



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

VIVÊNCIAS DOS PAIS FACE À PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELOS FILHOS

Anabela Esteves Gonçalves

Coimbra, outubro de 2013



e s c o l a superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

VIVÊNCIAS DOS PAIS FACE À PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELOS FILHOS

Anabela Esteves Gonçalves

Orientadora: Professora Doutora Irma da Silva Brito,
Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coorientador: Dr. Fernando Joaquim Ferreira Mendes,
Psicólogo, IREFREA Portugal

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau
de Mestre em Enfermagem Comunitária

Coimbra, outubro de 2013

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Alexandre e Beatriz, aos meus afilhados e aos meus sobrinhos, as crianças e adolescentes que têm um papel importante na minha vida e que me fizeram valorizar este estudo em cada uma das suas fases.

AGRADECIMENTOS

A elaboração da presente dissertação de mestrado só foi possível com a colaboração e disponibilidade de um conjunto de pessoas que, de forma mais ou menos direta, me apoiaram ao longo deste percurso. Gostaria de deixar uma palavra de agradecimento a todos em particular:

À Professora Doutora Irma da Silva Brito, pela orientação clara e objetiva do presente trabalho, pelo seu incentivo, apoio, disponibilidade, interesse e compreensão demonstrados;

Ao Dr. Fernando Mendes, pela coorientação neste estudo, pelo seu conhecimento, entusiasmo e vasta experiência na área da prevenção familiar em relação ao uso de substâncias psicoativas;

Aos pais de adolescentes que aceitaram, de bom grado, participar no *focus group* e consequentemente nesta investigação, partilhando connosco as suas vivências;

Aos adolescentes com quem me cruzo profissionalmente, no meu dia-a-dia, que me fizeram valorizar e realizar com maior entusiasmo este trabalho;

À equipa multidisciplinar do Centro de Saúde Norton de Matos, pelo incentivo e exemplo de trabalho e dinamização de projetos com qualidade;

Aos meus filhos, Alexandre e Beatriz, que se privaram da minha presença em muitos momentos importantes do seu crescimento e me ajudaram a definir prioridades;

Ao meu marido, por todo o apoio que me deu ao longo deste projeto, mesmo quando teve de adiar os seus próprios projetos;

À minha mãe, pela sua força e determinação que, mesmo nos momentos difíceis, me fez acreditar que tudo é possível;

Ao meu pai, por todos os valores que me transmitiu e que me ajudaram a perceber o que é realmente importante, mesmo nos seus últimos dias;

A toda a família e amigos, que tanto me apoiaram e que em alguns momentos deste percurso abdicaram da minha presença.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAT - Centro de Atendimento a Toxicodependentes

ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESPAD - European School Survey on Alcohol and other Drugs

EUA - Estados Unidos da América

HBSC - Health Behavior in School-Aged Children

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência

INME - Inquérito Nacional em Meio Escolar

IREFREA - Instituto Europeu para o Estudo dos Fatores de Risco em Crianças e Adolescentes

LSD - Ácido Lisérgico Dietilamida

M - Mãe

n.º - número

OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

OMS - Organização Mundial de Saúde

P- Pai

SPA - Substâncias Psicoativas

RESUMO

A adolescência é uma fase em que, frequentemente, se iniciam comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias psicoativas (SPA). A família, sendo a primeira instância de socialização da criança tem uma grande influência nos estilos de vida que os adolescentes adotam. Deste modo, considerou-se fundamental conhecer as experiências dos pais, de modo a compreender as suas necessidades e melhor definir estratégias para capacitar as famílias em relação à prevenção das toxicodependências. Assim, o estudo “Vivências dos pais face à problemática do consumo de substâncias psicoativas pelos filhos” tem como objetivos caracterizar as ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos seus filhos; descrever a sua perceção acerca das influências externas que encorajam os consumos; caracterizar a reação/resposta dos pais a estas influências externas; e identificar o que sabem os pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos.

Enveredou-se por um estudo qualitativo, tendo sido utilizado como método recolha de dados um *focus group*, no qual participaram oito pais de crianças/adolescentes em que um dos filhos tivesse idade compreendida entre os dez e os dezoito anos. Da análise dos dados emergiram várias categorias associadas a cada tema. Em relação às ações dos pais na prevenção do uso de SPA, estes identificam-se como responsáveis na modelação social dos adolescentes face aos consumos, referem as normas e a comunicação como possíveis intervenções na prevenção destes consumos, as possíveis reações face aos consumos dos filhos, dão ênfase aos estilos parentais autoritativos, bem como ao papel específico do pai e da mãe na gestão familiar. Relativamente às influências externas que podem encorajar os filhos a consumir SPA, os pais identificam a influência do grupo de pares, o contexto escolar e as atividades de lazer, referindo ainda a importância do controlo em relação às saídas à noite, aos meios de comunicação social e às novas tecnologias. Na reação/resposta dos pais face a estas influências encontram-se várias intervenções em família, a supervisão das noites fora de casa, a participação dos pais nas atividades da escola. Quando confrontados com a falta de conhecimentos, estes detiveram-se sobre os possíveis comportamentos de risco dos filhos, o acesso às SPA e as possíveis consequências dos consumos de SPA. O estudo evidencia a importância do Enfermeiro de Saúde Comunitária, no desenvolvimento de Programas de Intervenção a nível da família, da escola e da comunidade, incluindo os adolescentes como parceiros na prevenção.

Palavras-chave: família, adolescente, substâncias psicoativas, prevenção.

ABSTRACT

Adolescence is a stage during which people generally start risky behaviours, namely psychoactive substances consumption (PSC). The family has a key influence in the lifestyles adolescents adopt because it is the first structure to influence the socialization process. Thus we considered essential to know the parents experiences so that we can understand their needs and better define strategies to give families the necessary tools to prevent toxic dependencies. In this context the main goals of the study "Parents' experiences relating the problem of psychoactive substances consumption by their children" are to characterize parents' actions in order to prevent the use/abuse of PSC by their children; to describe their perception about the external influences which encourage the consumption of such substances and to identify what parents really know about their children's psychoactive substances consumption (PSC).

A qualitative study was conducted among a focusl group in which 8 parents took part, whose children/adolescents aged 10 to 18 years old. From the analysis of the data several categories associated with each topic emerged. In relation to the parents' actions to prevent the use/abuse of PSC, they assume themselves as responsible for the social modeling of adolescents in what concerns psychoactive substances consumption. They refer that the rules and communication may play an important role in the prevention of these consumptions as well as the reaction they might have to their children's consumption and they also emphasize the authoritative parental styles and the specific role of the father and mother in the family organization as important. In what concerns the external influences which might encourage their children to use CPS parents identify peer pressure, school context and free time activities as the most relevant and they also refer the importance of monitoring their children's whereabouts especially when they go out at night, the influence of the media and of the new technologies. Measures such as family intervention, monitoring the children's nights spent out of the house, the parents' involvement in the school activities are possible parents' reactions/responses to these influences. When asked about the lack of knowledge to deal with these problems, parents referred their children's risky behaviours, the access to PSC and the consequences of psychoactive substances consumption. This study provides strong evidence of the important role the Community Health Nurse plays in the development of Intervention programmes at family, school and community, stressing that adolescents have to be partners in this prevention.

Key words: Family, adolescence, psychoactive substances, prevention.

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 - Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	65
Quadro 2 - Categorização das ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos filhos.....	68
Quadro 3 - Categorização das influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos filhos.....	77
Quadro 4 - Categorização da reação/resposta dos pais às influências externas..	85
Quadro 5 - Categorização dos conhecimentos dos pais sobre o uso de SPA.....	92

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1 - O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA	23
1.1 - ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NOS ADOLESCENTES	26
1.2 - FATORES DETERMINANTES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA	29
2 - A FAMÍLIA COMO FATOR DE VULNERABILIDADE E PROTEÇÃO PARA O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	37
2.1 - CONCEITO DE FAMÍLIA NA ADOLESCÊNCIA	37
2.2 - ESTILOS PARENTAIS, PRÁTICAS EDUCATIVAS E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELOS ADOLESCENTES	39
2.3 - A COMUNICAÇÃO NA FAMÍLIA COM FILHOS ADOLESCENTES	46
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	49
1 - METODOLOGIA DO ESTUDO	51
1.1 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	51
1.2 - OBJETIVOS DO ESTUDO	52
1.3 - DESENHO DO ESTUDO.....	53
1.4 - PARTICIPANTES NO ESTUDO	55
1.5 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	57
1.6 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	58
1.7 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	60
1.8 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	63
2 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
2.1 - PARTICIPANTES DO ESTUDO	65

2.2 - VIVÊNCIAS DOS PAIS FACE À PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SPA PELOS FILHOS.....	67
2.2.1 - Ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos filhos.....	68
2.2.2 - Influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos filhos	76
2.2.3 - Reação/resposta dos pais às influências externas	84
2.2.4 - O que sabem os pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos	91
CONCLUSÃO	105
BIBLIOGRAFIA	113
APÊNDICES	119
APÊNDICE I - Guião de discussão do “Focus Group com pais de crianças/adolescentes”.	
APÊNDICE II - Ficha de Informação para o Projeto, com Resumo da Pesquisa e Termo de Consentimento.	
APÊNDICE III - Matriz de redução dos dados sobre as ações dos pais face à prevenção do uso/abuso de SPA pelos seus filhos.	
APÊNDICE IV - Matriz de redução de dados sobre as Influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos filhos.	
APÊNDICE V - Matriz de redução dos dados sobre a reação/resposta dos pais às influências externas.	
APÊNDICE VI - Matriz de redução de dados acerca dos conhecimentos dos pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos.	

INTRODUÇÃO

A adolescência é, geralmente, considerada um dos períodos mais saudáveis do ser humano, com menores índices de morbi-mortalidade em relação a outros grupos etários, sendo habitualmente um período da vida durante o qual os jovens desenvolvem novas capacidades, desafiam regras, testam limites e tentam ultrapassar as suas barreiras pessoais. O adolescente encontra-se perante um conjunto de tarefas que envolvem a procura da sua identidade, autonomia crescente, mudanças a nível físico, cognitivo e social. Estas mudanças integram desafios constantes e confrontos com o mundo que o rodeia, nomeadamente com os pais e com outros adultos.

Nesta fase iniciam-se, frequentemente, diversos comportamentos de risco, designadamente a experimentação de substâncias psicoativas (tabaco, bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas). O uso e/ou abuso destas substâncias psicoativas pelos adolescentes é atualmente uma preocupação ao nível da Saúde Pública e da Saúde Comunitária, assim como as consequências associadas a este comportamento. Portugal, apesar de não se encontrar entre os países com maior incidência de consumos na adolescência, tem assistido a algumas variações nas prevalências de consumo destas substâncias nos adolescentes ao longo dos anos, com as bebidas alcoólicas a ocupar um papel de destaque, tornando esta realidade preocupante (Fonseca, 2010).

Embora tanto o consumo de substâncias psicoativas (SPA) como os problemas associados sejam complexos nos seus determinantes e consequências, parece cada vez mais evidente que as influências que permitem aumentar ou diminuir a probabilidade de consumo entre os adolescentes estão em todos os níveis da rede social, incluindo o indivíduo utilizador, a família, o grupo de pares, a escola, a comunidade e a sociedade como um todo (Hernandis & Diez, 2002).

Compreender os comportamentos de saúde dos adolescentes e os fatores que os influenciam é fundamental para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, programas de promoção da saúde e intervenções dirigidas a este grupo etário. Muitos dos comportamentos dos adolescentes podem afetar a sua saúde a curto e a longo prazo, uma vez que na adolescência se fortalecem os hábitos adquiridos na infância e se integram novos hábitos influenciados pelo ambiente (Matos, 2008).

Importa ressaltar que a família é a primeira instância de socialização, tanto por causa da importância que tem o que nela acontecer para o desenvolvimento do adolescente,

como por esta preceder na sua influência outras instâncias de socialização posterior, como a escola ou o grupo de pares, entre outras. Assim, os fatores familiares influenciam uma variedade de comportamentos, nomeadamente em relação aos estilos de vida que os adolescentes adotam (Hernandis & Diez, 2002).

Quando os filhos entram na adolescência, os pais perdem muitas possibilidades de monitorizar as atividades em que os seus filhos estão envolvidos. As pesquisas sobre o tema demonstram que há uma forte relação entre comportamentos de risco, consumo de substâncias psicoativas e contextos de lazer, de tal forma que certos comportamentos são favorecidos ou não, dependendo do ambiente onde os adolescentes desenvolvem as suas atividades de lazer.

Neste sentido, considerou-se fundamental conhecer as experiências dos pais dos adolescentes, de modo a compreender as suas necessidades e, assim, melhor definir estratégias que garantam suporte adequado às famílias e para as capacitar em relação à prevenção das toxicodependências. Compreender os comportamentos de saúde dos adolescentes e os fatores que os influenciam é fundamental para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, programas de promoção da saúde e intervenções dirigidas, neste contexto da adolescência e da sua família.

Considerando a sua relevância e pertinência, parece-nos oportuno a escolha do tema “Vivências dos pais face à problemática do consumo de substâncias psicoativas pelos filhos”, dada a escassez de estudos realizados nesta área em Portugal.

Iniciámos o processo de investigação com a seguinte questão de partida:

- Como vivenciam os pais a problemática do consumo de substâncias psicoativas pelos filhos?

O presente estudo segue uma abordagem qualitativa, tendo como objetivos:

- ✓ Caracterizar as ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos seus filhos;
- ✓ Descrever a perceção acerca das influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos seus filhos;
- ✓ Caracterizar a reação/resposta dos pais às influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos seus filhos;
- ✓ Identificar o que sabem os pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos.

Para a concretização do estudo foi realizado um *focus group*, uma técnica de pesquisa qualitativa que tem sido utilizada com o objetivo de colher dados através da interação grupal permitindo, neste caso, uma compreensão abrangente do contexto das famílias no que se refere ao uso/abuso de substâncias psicoativas por parte de seus filhos.

Com o intuito de compreender e apreender os conhecimentos existentes acerca desta temática, este trabalho foi fundamentado numa revisão bibliográfica extensiva de

autores considerados relevantes em relação aos determinantes familiares na prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes distintas. Numa primeira parte é realizado o enquadramento teórico, que pretende situar o nível de conhecimento já existente nesta área, abordando o consumo de substâncias psicoativas na adolescência, com destaque para os aspetos epidemiológicos e para os fatores determinantes do seu consumo; e a família como fator de vulnerabilidade e proteção para o consumo destas substâncias, tendo em atenção o conceito de família na adolescência, os estilos parentais e as práticas educativas, bem como a comunicação na família com filhos adolescentes. Na segunda parte, o estudo empírico, é apresentada a metodologia utilizada, justificando o estudo, fazendo referência aos objetivos e ao desenho do estudo, aos participantes, ao instrumento e procedimentos de recolha de dados, aos procedimentos de análise de dados e aos procedimentos éticos e legais. De seguida, expõe-se a apresentação e discussão dos resultados, com a caracterização dos participantes do estudo e, posterior, descrição das vivências dos pais face à problemática do consumo de substâncias psicoativas pelos filhos que emergiram do *focus group* realizado, referindo os aspetos mais relevantes e comparando com a literatura consultada de forma a expor como é que os resultados se encaixam no contexto do que já é conhecido sobre esta temática. Na conclusão são apresentados os resultados mais relevantes do estudo em causa, as limitações e ainda algumas sugestões que pareceram relevantes para futuras investigações.

A definição do presente estudo teve em consideração a importância do problema para a prática de enfermagem, a sua relevância teórica e a viabilidade de um futuro projeto de intervenção, examinando-o com base em considerações pragmáticas como o tempo que se dispunha para realizar e apresentar o estudo, a disponibilidade de recursos e as questões éticas.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é considerada uma fase de transição entre a infância e a vida adulta que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985), compreende o período entre os 10 e os 19 anos de idade, na qual ocorrem transformações a nível físico, psicológico, emocional, sexual, cognitivo, comportamental e social que levam à identidade adulta; sendo considerada ainda uma fase em que os jovens têm de fazer inúmeras escolhas relacionadas com os seus pares, família, saúde e autonomia. O adolescente é confrontado com mudanças físicas com a puberdade, mudanças psicológicas com a emergência do pensamento abstrato, novos interesses, formas de estar e de se comportar, apresentando também um maior envolvimento na procura da sua identidade, mudanças sociais, que levam a procurar um afastamento progressivo do núcleo familiar (que, até essa altura, exerceu uma influência primordial e foi controlando as ações do jovem) para conquistar progressivamente a sua autonomia junto dos seus pares. Por ser um período de profundas mudanças, possibilita o aparecimento de comportamentos irreverentes que, por vezes, expõem o adolescente a riscos (Feijão, 2007; Gaspar & Matos, 2008).

Os adolescentes são, normalmente, considerados como o grupo etário mais saudável de entre a população global, uma vez que os jovens apresentam menor vulnerabilidade à doença. No entanto, esta fase pode também ser considerada um período crítico na evolução da saúde, pois, os problemas de saúde são, na maioria, associados ao seu comportamento, à sua relação com o meio e às mudanças sociais que vão atravessando. Esta etapa da vida coloca inúmeros desafios e muitas escolhas com impacto na saúde, com efeitos a longo prazo, são feitas precisamente na adolescência, entre estas escolhas encontra-se o consumo de substâncias psicoativas, muitas vezes associado a sintomas de mal-estar psicológico, quer no presente, quer em relação ao futuro (Matos, Simões & Canha, 2000; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006).

O uso de substâncias psicoativas pelos jovens e as suas implicações a nível de saúde e a nível social apresentam-se como um desafio complexo e multidimensional para o qual a Saúde Comunitária pode contribuir de forma efetiva com uma abordagem preventiva nesta área (Filho & Ferreira-Borges, 2008).

A adolescência é, então, um período de transição, no qual os adolescentes desenvolvem as suas capacidades quando experimentam novos tipos de

comportamentos e enfrentam o desafio de adotarem comportamentos mais ou menos saudáveis. Os comportamentos saudáveis, quando adquiridos durante a adolescência, normalmente mantêm-se na idade adulta. De igual modo, os comportamentos de risco para a saúde, quando adotados na infância ou na adolescência, são muitas vezes difíceis de erradicar na vida adulta e podem representar impacto na saúde, quer a curto quer a longo prazo (Ferreira & Torgal, 2010). Entre os comportamentos de risco incluem-se o consumo de substâncias psicoativas como o tabaco, o álcool e as drogas ilícitas.

Geralmente, os adolescentes iniciam as suas experiências com as drogas consideradas lícitas, como o tabaco e o álcool, nos seus ambientes familiares, sendo que a influência dos seus pares é altamente preditiva para esse consumo (Ferreira & Torgal, 2010).

O **tabaco** é, geralmente, a primeira droga a ser consumida pelos adolescentes, este consumo inicia-se, normalmente de forma experimental, entre os 11 e os 15 anos. Poucas são as pessoas que experimentaram e se tornam fumadoras depois dos 18 anos. O tabaco é, nos nossos dias, uma das substâncias psicoativas mais consumidas e de fácil acesso. Não estando o seu consumo totalmente proibido, este é encarado pela nossa sociedade como algo normal, sejamos fumadores ou não. O consumo de tabaco representa a maior causa de morbilidade e mortalidade prematura nos países desenvolvidos, sendo um fator importante associado ao aparecimento de cancro e uma das principais causas de doenças cardiovasculares e respiratórias. Embora se tenha verificado algum sucesso por parte das iniciativas de saúde pública no combate ao consumo de tabaco (da qual resultou uma redução deste tipo de consumo nos últimos 30 anos), houve um recente crescimento da prevalência do consumo de tabaco junto da população jovem (Ferreira, Matos & Diniz, 2008; Macedo & Duarte, 2008; Ferreira & Torgal, 2010).

O consumo de tabaco aumenta significativamente em adolescentes que têm também outros comportamentos de risco, como o consumo de drogas ilícitas e álcool. Ainda o facto de os amigos, os pais e os irmãos fumarem apresenta associação positiva com o tabagismo do adolescente. Durante este período, cheio de ambivalências, os jovens protestam contra a sua situação infantil e procuram demarcar-se da autoridade parental, desejando aceder à idade adulta. Assim, vestem-se de acordo com a sua própria moda, consomem os mesmos produtos, as mesmas marcas e falam uma linguagem que lhes permite reconhecerem-se, entre pares (Ferreira, Matos & Diniz, 2008; Macedo & Duarte, 2008; Ferreira & Torgal, 2010).

O **álcool** é a substância psicoativa mais usada pelos adolescentes, sendo que a maioria dos estudantes dos países desenvolvidos experimentaram o consumo de

bebidas alcoólicas antes de completarem os 15 anos. Apesar do seu consumo ser ilegal nesta fase do ciclo de vida, este continua a ser um importante problema a nível de saúde pública e de saúde comunitária, pois é o maior fator de risco para a saúde deste grupo. Comparados com outras pessoas de outros grupos etários, que também consomem bebidas alcoólicas, os adolescentes apresentam maior tendência para consumos do tipo *binge drinking* (consumo de várias bebidas alcoólicas numa só ocasião, cinco ou mais para os rapazes, quatro ou mais para as raparigas) e para se embriagarem. É preocupante este tipo de consumo até ao ponto de intoxicação devido a posteriores associações entre o consumo de álcool e acidentes de viação, violência, suicídios, homicídios, relações sexuais não protegidas, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis (Macedo & Duarte, 2008; Ferreira & Torgal, 2010). Pode-se mesmo afirmar que o álcool é a droga que causa maiores danos à sociedade atual. Mas mesmo face a esta realidade, as campanhas publicitárias fazem questão de continuar a mostrar consumidores bonitos, alegres, descontraídos e socialmente bem-sucedidos, totalmente ao contrário do que mostra a realidade com que nos vamos deparando no dia-a-dia (Ferreira, Matos & Diniz, 2008; Macedo & Duarte, 2008; Ferreira & Torgal, 2010).

Em relação às **substâncias ilícitas**, de acordo com o Relatório ESPAD 2011, 18% dos alunos inquiridos referiram já ter experimentado drogas ilícitas (OEDT, 2012). Apesar da gravidade da utilização destas substâncias, o seu impacto na mortalidade e na morbilidade é inferior ao estimado para o álcool e tabaco, as drogas lícitas mais consumidas e com maior número de consumidores (Neto, Fraga & Ramos, 2012). As principais causas de morte prematura e morbilidade associadas ao consumo destas drogas são *overdose*, infeção VIH/Sida, infeção por hepatite B e C, suicídio e traumatismos (homicídios, acidentes de viação e outras mortes acidentais). Apesar dos acidentes de viação serem a principal causa de morte nos adolescentes entre os 15 e os 19 anos, seguidos dos suicídios e da violência, os dados tendem a desprezar a relação entre a proporção de acidentes e o consumo destas drogas (Neto, Fraga & Ramos, 2012).

O uso precoce de substâncias ilícitas, nomeadamente a *cannabis*, está associado a uma maior probabilidade de consumo de outras drogas no futuro e ao desenvolvimento de dependência, além de predizer problemas psiquiátricos tardios, aumentando o risco de problemas psicóticos em indivíduos vulneráveis. O uso destas substâncias na adolescência está também associado à redução da escolaridade, fator que pode limitar as oportunidades de desenvolvimento pessoal com repercussões ao longo da vida. A *cannabis* é a substância ilícita mais consumida pelos adolescentes e normalmente a primeira a ser experimentada, por várias razões, nomeadamente o seu

baixo preço, o fácil acesso e o fato de ser encarada como a substância ilícita de consumo regular de menor risco e mais fácil de abandonar (Neto, Fraga & Ramos, 2012).

Deste modo, os comportamentos de consumo em adolescentes continuam a merecer destaque no conjunto das preocupações que dizem respeito à saúde dos jovens, nomeadamente em Portugal. O consumo de substâncias psicoativas representa um problema social preocupante e que impele a sérios desafios, uma vez que se assiste a uma elevada prevalência no consumo destas substâncias e a alterações nos padrões de consumo que, sem dúvida, representam uma ameaça à saúde, bem-estar e qualidade de vida dos adolescentes. Ainda mais se tivermos em conta que, como foi referido anteriormente, a adolescência é uma das fases do ciclo de vida mais saudáveis, durante a qual são consolidados conhecimentos, crenças e atitudes subjacentes aos comportamentos, pelo que este é considerado um período de eleição na promoção de comportamentos de saúde (Vinagre & Lima, 2006; Gaspar & Matos, 2008).

1.1 - ASPETOS EPIDEMIOLÓGICOS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NOS ADOLESCENTES

O conhecimento sobre a realidade do consumo de substâncias psicoativas e a sua evolução ao longo dos anos permite-nos identificar as tendências, as necessidades de intervenção e, assim, orientar as opções estratégicas. É com vista à elaboração de planos para lidar com este fenómeno na adolescência, que são desenvolvidos estudos epidemiológicos por todo o mundo, principalmente em contexto escolar, instituição em que é possível aceder a mais adolescentes. Apresentamos de seguida alguns desses estudos, nacionais e internacionais, destacando a realidade portuguesa:

O **HBSC** (Health Behavior in School-Aged Children) é um estudo desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que pretende colmatar a insuficiência de conhecimento quanto à saúde e bem-estar dos adolescentes, comportamentos, estilos de vida e contextos em que vivem. Esta investigação é periódica, ocorrendo de 4 em 4 anos, em meio escolar, envolvendo uma rede de países, nos quais se inclui Portugal; contempla alunos do 2º, 3º Ciclo e Secundário (6º, 8º e 10º anos), com idades médias de referência de 11, 13 e 15 anos (Matos *et al.*, 2012).

O **ESPAD** (European School Survey on Alcohol and other Drugs) é um projeto a nível europeu, que se realiza a cada quatro anos, tendo sido iniciado em 1995, estando Portugal a colaborar com o mesmo, desde o seu início. As amostras são

representativas dos alunos que completam 16 anos no ano em que decorre a recolha de dados do estudo e o objetivo do estudo é obter informação que permita acompanhar a evolução dos consumos de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, drogas e medicamentos) entre os adolescentes europeus. O **ECATD** (Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas) corresponde a uma versão alargada do ESPAD, uma vez que se utiliza o mesmo questionário e a mesma metodologia, ao qual foram acrescentadas algumas questões específicas de Portugal, mas realiza-se em amostras representativas de alunos do ensino público, de cada um dos grupos etários dos 13 aos 18 anos (em que os resultados dos alunos de 16 anos são enviados para o estudo europeu - ESPAD) (Feijão, Lavado & Calado, 2011).

O **INME** (Inquérito Nacional em Meio Escolar) é um estudo periódico que foi iniciado em 2001 e repetido em 2006 e em 2011. Tem como alvo a população dos alunos do ensino público, engloba dois inquéritos (3º Ciclo e Secundário) e tem como objetivo a caracterização (ao nível nacional, regional e local), quer do consumo de substâncias psicoativas quer dos respetivos consumidores e o acompanhamento, periódico, da evolução deste fenómeno permitindo a análise de tendências e a identificação de necessidades de intervenção preventiva (Feijão, 2012a).

Em relação ao consumo de **tabaco**, nas populações escolares, os referidos estudos sublinham:

- ✓ Uma redução do consumo de tabaco, em rapazes e raparigas, seja experimentação ou consumo habitual. Portugal está abaixo da média europeia no consumo de tabaco e tem vindo a diminuir a sua incidência, de forma consistente, entre os jovens dos 11 aos 16 anos.
- ✓ Aumento dos consumos atuais, ou seja, das prevalências nos últimos 30 dias, em todas as idades e em ambos os sexos (à exceção dos rapazes de 14 anos).
- ✓ Menos experimentação de tabaco e início mais tarde, mas mais consumidores atuais (Feijão, Lavado & Calado, 2011; Feijão, 2012a; Matos *et al.*, 2012).

Quanto ao consumo de **álcool**, os últimos estudos em meio escolar destacam os seguintes resultados:

- ✓ Diminuição do número de consumidores de álcool em todas as idades, em ambos os sexos.
- ✓ Decréscimo na percentagem de experimentação, em todos os grupos etários, globalmente e de modo semelhante nos rapazes e nas raparigas.
- ✓ As prevalências do consumo recente (últimos 12 meses) e de consumo atual (últimos 30 dias) também diminuíram em todas as idades, quer nos rapazes quer nas raparigas.

- ✓ Aumento da prevalência das situações de embriaguez, ao longo da vida, em todas as faixas etárias, tanto para os rapazes como para as raparigas.
- ✓ Aumento da prevalência, das situações de embriaguez, nos últimos 30 dias, entre os 16 e os 18 anos, em ambos os sexos.
- ✓ Ligeiro aumento da percentagem de consumidores de bebidas destiladas e aumento relevante nas quantidades destas bebidas consumidas pelos alunos dos 16 aos 18 anos (Feijão, Lavado & Calado, 2011; Matos *et al.*, 2012).

Quanto ao uso de **substâncias ilícitas**, os últimos estudos em meio escolar destacam os seguintes resultados:

- ✓ Em 2006, os resultados do HBSC/OMS e do INME, evidenciaram descidas dos consumos, sendo a cannabis a droga com maiores prevalências de consumo entre estas populações. A exceção na diminuição do consumo de cannabis verificou-se no grupo dos mais novos e com estatuto socioeconómico mais baixo (Filho & Ferreira-Borges, 2008).
- ✓ Em 2007, os resultados do ESPAD (alunos de 16 anos) e do ECATD (alunos dos 13 aos 18 anos) também evidenciaram descidas dos consumos (entre 2003-2007), destacando-se a descida da experimentação de todas as substâncias ilícitas em todas as idades. A cannabis manteve-se como a droga mais experimentada (Feijão, Lavado & Calado, 2011).

Contudo, os resultados dos estudos apresentados a partir de 2010 evidenciam uma tendência de aumento da prevalência dos consumos.

- ✓ Em 2010, os resultados do HBSC/OMS evidenciaram um aumento da prevalência do consumo entre 2006 e 2010, nomeadamente da cannabis. A cannabis, os estimulantes e o LSD surgiram em 2010 como as drogas mais experimentadas (Matos, *et al.*, 2012).
- ✓ Em 2011, os resultados do ESPAD, do ECATD e do INME, confirmam a tendência de aumento da prevalência de consumo (Feijão, Lavado & Calado, 2011).

Os resultados do ESPAD e do ECATD revelam uma subida da experimentação de drogas, com aumento da prevalência ao longo da vida em todas as idades, comparativamente a 2007. Verifica-se ainda:

- ✓ Especificamente quanto à cannabis registou-se um aumento da experimentação entre os alunos dos 14 aos 18 anos, comparativamente a 2007. Verificou-se ainda um aumento das prevalências dos consumidores recentes (no último ano), à exceção dos alunos com 13 anos. Quanto aos consumos atuais, verifica-se um aumento das prevalências em todas as faixas etárias, à exceção dos alunos com 13 anos.

✓ Comparativamente a 2007 destaca-se ainda o aumento da experimentação de anfetaminas, dos alunos com 14, 16 e 18 anos, de LSD em todas as idades, de cocaína entre os 13 e os 16 anos e de heroína entre os alunos com 14 e 15 anos (Feijão, Lavado & Calado, 2011).

No INME 2011, verificou-se um aumento das prevalências de consumo ao longo da vida de qualquer droga, tanto no 3.º Ciclo, como no Secundário. Desatacam-se ainda os seguintes resultados:

✓ A cannabis manteve-se com a maior prevalência de consumo ao longo da vida, tanto no 3.º ciclo como no Secundário.

✓ No 3.º Ciclo, entre 2006 e 2011 verificou-se um aumento da prevalência do consumo de cannabis, registando-se uma estabilidade e diminuições na maioria das outras drogas.

✓ Entre 2006 e 2011, no Secundário, a tendência foi de aumento da maioria das drogas, destacando-se para além da cannabis, uma subida da prevalência de consumo de anfetaminas e de LSD (Feijão, 2012a; Feijão, 2012b).

Sublinhamos que *“no contexto das populações escolares, os resultados dos estudos nacionais evidenciam que o consumo de drogas que vinha aumentando desde os anos 90 diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007, constatando-se em 2010 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações, o que alerta desde já para a necessidade do reforço das medidas preventivas”* (IDT, 2011, p.11).

Em conclusão, o consumo de substâncias psicoativas pelos jovens em Portugal é um fato preocupante, mesmo apesar de alguns valores se situarem abaixo das médias europeias, o que nos faculta indicadores para uma urgente intervenção no sentido de inverter este fenómeno. Contudo, para tal é necessário definir os seus determinantes.

1.2 - FATORES DETERMINANTES DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADOLESCÊNCIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a dependência de substâncias psicoativas como doença, uma vez que há alteração da estrutura e do funcionamento normal da pessoa, sendo este comportamento prejudicial para ela. Este comportamento, traduzido pelo consumo de substâncias psicoativas não tem uma causa única, sendo produto de uma série de fatores (físicos, emocionais, psíquicos e sociais) que atuam em simultâneo, sendo uns mais frequentes em determinadas pessoas do que em outras. Esta dependência atinge o ser humano nas suas três dimensões básicas (biológica, psíquica e social), sendo atualmente reconhecida como uma importante questão social, uma vez que atinge o mundo inteiro e todas as classes

sociais. O adolescente não começa a consumir substâncias psicoativas ou a abusar delas por acaso ou por uma decisão isolada, mas sob a influência de múltiplos fatores (Castro & Rosa, 2010). São referidos por vários autores os fatores de risco e de proteção para o uso e abuso de substâncias psicoativas.

Entende-se por **fatores de risco** aquelas circunstâncias ou características pessoais e ambientais que, combinadas entre si, podiam ser predisponentes ou facilitadoras para o início e a manutenção do uso e abuso de substâncias psicoativas (Villa & Hermida, 2002).

Em relação aos **fatores protetores**, estes representam as influências, orientações e comportamentos na vida dos jovens, que contribuem para o seu desenvolvimento e para a prevenção de comportamentos problemáticos. Assim, quanto maior for a exposição aos fatores de risco maior a probabilidade do adolescente consumir substâncias psicoativas e quanto mais se conseguir diminuir os riscos presentes na vida do adolescente, menor será a sua vulnerabilidade em relação ao uso das mesmas. A exposição a fatores de risco não determina por si só o uso de substâncias psicoativas, pertencendo aos fatores protetores a função de atenuar ou facultar condições para que os adolescentes consigam gerir os riscos a que estão expostos de forma eficaz e assim reduzirem a possibilidade de usarem substâncias psicoativas (Filho & Ferreira-Borges, 2008).

O conhecimento do papel dos fatores de risco e de proteção na iniciação e no uso de substâncias entre os adolescentes teve implicações relevantes na elaboração dos programas de prevenção. Os estudos confirmam que quando os riscos na vida de um adolescente são reduzidos, este é menos vulnerável ao uso de substâncias psicoativas e a problemas de saúde e sociais relacionados a estas substâncias.

Os fatores de risco e de proteção estão presentes em cada um dos níveis de interação que o adolescente tem com o que o rodeia: na sua relação consigo próprio, na sua relação com os outros ou na sua relação com a sociedade em que se insere. Para cada uma destas relações o adolescente apresenta particularidades que agem como um filtro que determina o tipo de interações que se estabelecem, sejam elas positivas ou negativas (Filho & Ferreira-Borges, 2008). Uma forma de organizar os fatores de risco e de proteção é através do seu agrupamento de acordo com as áreas que os programas de prevenção procuram abranger e que representam os domínios nos quais estas interações ocorrem. Contamos, a este nível, com fatores determinantes descritos por vários autores, que serão apresentados a seguir de acordo com cada dimensão: individuais, familiares, grupo de pares, escolares e socioculturais.

1.2.1 - Fatores individuais

Podem ser considerados como fatores individuais as características ou disposição genética e psicológica dos adolescentes, as suas atitudes, valores, conhecimentos, habilidades, competências sociais e comunicacionais (Filho & Ferreira-Borges, 2008). São descritos como fatores de risco individuais:

- ✓ Alienação e rebeldia - a criança que sente que não faz parte da sociedade ou que não aceita as regras, que não acredita em tentativas de ter êxito ou ser responsável, assumindo uma posição de desafio perante a sociedade, apresenta maior risco de consumo de substâncias psicoativas (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002);
- ✓ Comportamento antissocial no início da adolescência - este fator de risco inclui má conduta na escola, deixar de ir à escola, envolver-se em lutas com outras crianças e apresentar um comportamento delinquente (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002); assim como a pouca tolerância à frustração, a baixa autoestima, a não-aceitação de normas, a assertividade pobre (não saber dizer “não”), a elevada necessidade de aprovação social e falta de autonomia na ação (Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009);
- ✓ Primeiro consumo de SPA precoce - quanto mais cedo se inicia o consumo de SPA maior a probabilidade de sofrer consequências relacionadas com as mesmas mais tarde (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002);
- ✓ Situações críticas vitais como ruturas familiares, perda de entes queridos (Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009);
- ✓ Sistema de valores pessoais - atitudes de carácter negativo, ceticismo, egocentrismo, falta de responsabilidade (Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009);
- ✓ Expetativa pessoal - expetativa de que determinadas substâncias aliviam o stress e proporcionam uma sensação de descontração, ou que só através dos consumos se conseguem divertir ou ser aceites pelos colegas (Antunes, 1998; Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006).

Por outro lado, os adolescentes não são um recetáculo passivo ou objeto controlado por influências familiares ou sociais. São participantes ativos do processo de formação de vínculos e de transmissão de normas e suas características físicas, emocionais e sociais interagem na dinâmica de socialização (Schenker & Minayo, 2005). Assim, são enumerados como fatores protetores individuais:

- ✓ Objetivos definidos e investimento no futuro, uma vez que o uso de SPA interfere com os planos de vida (Schenker & Minayo, 2005);

- ✓ Elevada autoestima, sentimentos de valor, orgulho, habilidade, respeito e satisfação com a vida, quando combinados com outros fatores protetores do seu contexto de vida (Schenker & Minayo, 2005);
- ✓ A religiosidade, os valores de respeito pelo corpo e pela vida, a autoaceitação, o coeficiente de inteligência, o locus de controle interno, os valores, o respeito pela legislação e a capacidade de aceitar compromissos (Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

1.2.2 - Fatores familiares

São considerados fatores de risco familiares:

- ✓ História familiar de alcoolismo - se a criança nasceu ou cresceu numa família com história de alcoolismo, o risco de ter problemas com álcool ou outras drogas aumenta (Pettersen *et al. apud* Becoña, 2002);
- ✓ Uso de substâncias psicoativas pelos pais e atitudes positivas em relação ao seu uso - nas famílias em que os pais têm hábitos de consumo, são tolerantes com o consumo de seus filhos ou envolvem os seus filhos no seu próprio comportamento consumidor, o jovem tem maior probabilidade de vir a consumir substâncias psicoativas mais cedo (Antunes, 1998, Pettersen *et al. apud* Becoña, 2002);
- ✓ Problemas de gestão familiar - estratégias de gestão familiar inadequadas, incluindo a falta de expectativas claras sobre o comportamento dos filhos, a falha dos pais em controlar os filhos e punição excessivamente severa ou inconsistente, aumentam o risco de abuso de drogas (Pettersen *et al. apud* Becoña, 2002);
- ✓ Fatores relacionados com o núcleo familiar como os modelos familiares, o estilo educativo e o clima afetivo no seio familiar (Filho & Ferreira-Borges, 2008; Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009);
- ✓ Ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos - envolvimento materno insuficiente, práticas disciplinares inconsistentes ou coercivas, excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites aos comportamentos das crianças e dos jovens e tendência à superproteção, educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações, supervisão parental deficiente e conflitos familiares (Schenker & Minayo, 2005).

Por outro lado, o âmbito familiar tem um contributo potencialmente forte e durável para o ajustamento infantil, o vínculo e a interação familiar saudável servem de base para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e dos adolescentes. Assim, como fatores de proteção familiares temos:

- ✓ Interação familiar gratificante - esta é um forte fator protetor, mesmo que os pais consumam substâncias psicoativas, quando eles são capazes de promover um contexto amoroso, afetuoso e de cuidado;
- ✓ Relevância dos vínculos familiares fortes;
- ✓ Apoio da família ao processo de aquisição de autonomia pelo adolescente;
- ✓ Supervisão parental dos diversos processos de crescimento e desenvolvimento;
- ✓ Estabelecimento de normas claras para os comportamentos sociais, incluindo o uso de substâncias psicoativas;
- ✓ Estabilidade e coesão da família (Schenker & Minayo, 2005; Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009).

1.2.3 - Fatores relacionados com o grupo de pares

O grupo de pares está, normalmente, relacionado a normas e atividades em que o adolescente está inserido (Filho & Ferreira-Borges, 2008). Destacam-se os seguintes fatores de risco relacionados com o grupo de pares:

- ✓ Amigos que consomem substâncias psicoativas - o consumo de substâncias psicoativas é influenciado pela convivência com colegas que consomem essas mesmas substâncias ou que frequentemente se envolvem noutras condutas desviantes (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002; Fonseca, 2010);
- ✓ Amigos com atitudes favoráveis face ao uso de substâncias psicoativas - se veem adolescentes conhecidos a experimentar estas substâncias, as suas atitudes muitas vezes mudam para uma maior aceitação do consumo das mesmas, colocando-os em maior risco de as consumir (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002);
- ✓ Adolescentes mais vulneráveis têm tendência a inserir-se em grupos onde as atitudes e os comportamentos são idênticos aos seus - é referida uma sintonia, ou seja, os adolescentes que querem começar a aumentar o uso de drogas procuram colegas com valores e hábitos semelhantes, o que pode facilitar e estimular o consumo de substâncias (Antunes, 1998; Schenker & Minayo, 2005);
- ✓ A pressão de grupo - pode refletir a tendência de se deixar influenciar pelos amigos com características idênticas às suas em termos de background social e comportamental (Antunes, 1998; Schenker & Minayo, 2005).

Raramente se dá ênfase às amizades entre os jovens como fator protetor, uma vez que, geralmente são focalizadas as influências negativas das amizades e não as positivas. No entanto, podemos destacar alguns fatores de proteção relacionados com o grupo de pares:

✓ Os grupos de amigos com objetivos e expectativas de realização na vida e movimentos que levam ao protagonismo juvenil e à solidariedade têm um papel fundamental numa etapa existencial em que as influências dos pares são cruciais (Schenker & Minayo, 2005);

✓ Os amigos apresentam uma importância especial nesta fase da vida dos adolescentes - com eles partilham sentimentos, identidades e interesses comuns. Os amigos são um elemento fundamental para o bem-estar e para o ajustamento global do adolescente. Os jovens mais felizes são os que estão melhor integrados socialmente, têm amigos e têm facilidade de comunicação com eles (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006).

1.2.4 - Fatores escolares

A escola é preponderante na socialização da criança/adolescente, salientando-se uma certa mística e identidade do tipo de educação transmitida na escola com o comportamento daqueles que a frequentam (Schenker & Minayo, 2005).

Fatores de risco escolares:

✓ Comportamento antissocial precoce - as crianças que são agressivas no jardim-de-infância ou na escola primária têm risco maior de abuso de substâncias. Quando o comportamento agressivo precoce de uma criança está ligado ao isolamento, abandono ou hiperatividade, aumenta o risco de problemas na adolescência (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002);

✓ Insucesso escolar - se este começa nos últimos anos da escola primária, a experiência do fracasso na escola aumenta o risco tanto de abuso de drogas como de comportamento delincente (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002);

✓ A falta de motivação para os estudos, o absentismo e o mau desempenho escolar, a insuficiência no aproveitamento e a falta de compromisso com o sentido da educação (Schenker & Minayo, 2005);

✓ Estilos educativos, modelo do professor e grau de integração escolar (Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009);

✓ Instituição alvo de assédio de traficantes e passadores de substâncias ilícitas, uma vez que a escola é o espaço privilegiado dos encontros e interações entre adolescentes (Schenker & Minayo, 2005).

O ambiente escolar pode apresentar os seguintes fatores de proteção:

✓ Suporte dos colegas e dos professores - que são fatores determinantes não só da ligação à escola, mas também de percepções de bem-estar;

✓ Apego à escola e aos professores;

- ✓ Comunicação entre os pais e a escola;
- ✓ Existência de normas claras na escola (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006; Pacheco, Murcho, Jesus, & Pacheco, 2009).

1.2.5 - Fatores socioculturais

Podemos considerar os seguintes fatores de risco socioculturais:

- ✓ Privação económica e social - crianças que vivem em ambientes marginais e nos bairros relacionados com o crime é mais provável que estejam envolvidos em comportamentos criminosos e, posteriormente tenham problemas com substâncias psicoativas (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002);
- ✓ Desorganização comunitária - muitos problemas com drogas ocorrem em comunidades ou bairros onde as pessoas têm pouco apego à comunidade, onde os índices de vandalismo e criminalidade são altos e quando há pouca vigilância dos locais públicos (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002);
- ✓ Disponibilidade de substâncias psicoativas - quanto mais disponíveis estão as substâncias psicoativas numa comunidade (principalmente substâncias lícitas em estabelecimentos comerciais de fácil acesso), maior será o risco de que os jovens abusem das mesmas; assim como a perceção da disponibilidade de substâncias psicoativas também está associada com um risco aumentado (Petterson *et al. apud* Becoña, 2002; Cavalcante, Alves & Barroso, 2008);
- ✓ Legislação ineficaz e falta de fiscalização adequada - na venda de substâncias psicoativas lícitas, sendo frequente a sua compra por menores de 18 anos (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008);
- ✓ Baixo preço de algumas substâncias - o que torna a sua aquisição possível à maioria dos adolescentes (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008);
- ✓ Falta de ocupação de tempos livres - por exemplo através de programas específicos (Antunes, 1998);
- ✓ Papel dos meios de comunicação social - particularmente no caso das substâncias lícitas, os meios de comunicação social geralmente mostram imagens muito favoráveis, o uso de bebidas alcoólicas e de tabaco costuma estar associado, através da publicidade, a imagens de artistas, ao charme da sociabilidade e à sexualidade (Schenker & Minayo, 2005; Cavalcante, Alves & Barroso, 2008).

Fatores de proteção socioculturais:

- ✓ Reflexão crítica dos adolescentes entre pares e com os pais e educadores - esta modera o risco potencial da exposição e estimula a comunicação e o amadurecimento

em relação ao uso de substâncias psicoativas (Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009);

✓ Participação em atividades religiosas e atividades grupais positivas, modelos não consumistas e apoio social (Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco, 2009);

✓ Crescimento interior dos adolescentes - mesmo os fatores stressantes da vida, constituem elementos de fortalecimento e amadurecimento (Schenker & Minayo, 2005).

Em jeito de conclusão, fazemos referência a Abrãao *apud* Pacheco, Murcho, Jesus & Pacheco (2009) que salienta diferentes níveis de fatores de risco e de proteção, organizados de acordo com os contextos psicossociais ambientais em que se insere o adolescente. Em cada um destes níveis existem fatores de risco e de proteção, que interagem entre si e com o adolescente, sendo que o desenvolvimento humano saudável resulta de um equilíbrio dinâmico entre estes fatores, determinado mais em função da frequência, duração, severidade e etapa de desenvolvimento em que sucedem do que em termos quantitativos relativos à contabilização do número de variáveis de fatores de risco ou de proteção.

2 - A FAMÍLIA COMO FATOR DE VULNERABILIDADE E PROTEÇÃO PARA O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

No contexto sociocultural atual, a família desempenha um papel fundamental e é a unidade básica em que nascemos, nos desenvolvemos e socializamos. É principalmente na família que procuramos o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise. O conceito de família tem evoluído ao longo do tempo, consoante a época e o contexto sociocultural em que se insere cada autor, pois vivemos numa sociedade em mudança e a própria família tem sido alvo de diversas mutações.

2.1 - CONCEITO DE FAMÍLIA NA ADOLESCÊNCIA

O conceito de família tem passado por muitas transformações e adaptações, uma vez que as novas configurações familiares, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a divisão da função económica na família, entre outros, são aspetos importantes no estabelecimento de valores e de autoridade dentro de casa (Flach, Lobo & Potter, 2011).

Apesar de não ser fácil delimitar o conceito de família, a perspetiva sistémica conceptualiza-a como “*um sistema, um todo, uma globalidade*” (Relvas, 1996, p.12), dentro da qual se geram relações e emoções independentes de vínculos biológicos (Alarcão, 2006); ou seja, no contexto da Teoria Geral dos Sistemas a família foi definida como um sistema, um grupo de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de diversos estádios de evolução (Sampaio & Gameiro, 1995). A família é um sistema aberto em interação com outras pessoas, grupos e com sistemas mais amplos como a comunidade, o que lhe permite receber um amplo conjunto de influências sociais e culturais, permitindo aos seus elementos, particularmente ao adolescente, adotar uma série de valores procedentes de diversos contextos extrafamiliares. A família pode, também, ser entendida como um espaço privilegiado para a aprendizagem de dimensões significativas da interação; um espaço de vivência de relações afetivas profundas, tais como: filiação, fraternidade e amor (Alarcão, 2006).

A unidade familiar tem duas funções de extrema importância para os seus membros: permitir a proteção e o desenvolvimento equilibrado (função interna) e facilitar a

socialização e transmissão dos padrões culturais vigentes (função externa) (Relvas, 1996).

É no contexto organizacional da família que aparece o exercício da parentalidade como um *“modelo de funcionamento que pressupõe o desempenho das funções executivas, como proteção, educação, integração na cultura familiar (...) que resulta sempre da reelaboração dos modelos de parentalidade construídos na família de origem”* (Alarcão, 2006, p. 353).

É na etapa do ciclo vital “família com filhos adolescentes” que o sistema familiar consegue uma maior abertura ao exterior, uma vez que o adolescente possui consigo um amplo conjunto de valores e de normas respeitantes às experiências vividas na escola, com o grupo de pares e com a própria família (Relvas, 1996; Alarcão, 2006).

A necessidade de um novo equilíbrio entre o individual, o familiar e o social surge como um aspeto determinante do evoluir da família nesta etapa do ciclo vital, isto não diz só respeito ao adolescente, mas também a todos os elementos da família e, evidentemente, com o sistema como um todo. Mais do que em qualquer outra etapa é necessário o alargamento dos espaços individuais na família, sem que isso conduza à destruição do espaço grupal, que apesar de redefinido, deve ser reforçado na sua coesão. Este movimento e a sua necessidade torna-se compreensível, na medida em que as funções específicas desta etapa são equivalentes ao auge das duas funções globais e primordiais do sistema familiar, as quais são, como vimos, a socialização e a individualização dos seus elementos (Relvas, 1996). A adolescência parece funcionar enquanto estágio de topo da tarefa familiar de equilíbrio entre a socialização e a promoção da individualização. A descrição da adolescência é vulgarmente realizada em termos exagerados e extremos, envolta numa série de mitos, tanto pelas famílias, como pela sociedade ocidental em geral (Relvas, 1996; Alarcão, 2006).

A adolescência é uma etapa decisiva no processo de desprendimento da família. Nesse movimento de conquista da independência e de autonomia, o jovem volta-se para o meio social e apoia-se no seu grupo de pares, uma vez que, a família deixa de ser o centro das suas atenções. Nesta fase da vida, o jovem apresenta maior rebeldia em relação à autoridade em geral, as regras costumam ser questionadas e até mesmo contestadas por ele, o que é necessário para o desenvolvimento da sua identidade (Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002; Wagner, Carpenedo, Melo & Silveira, 2005).

A família apresenta um papel primordial no desenvolvimento global do adolescente e os fatores a ela associados têm influência na socialização, educação, transmissão de crenças e valores, prestação de cuidados, assim como, na saúde e bem-estar dos elementos que a compõem. Apesar dos adolescentes ampliarem os seus horizontes,

os pais continuam a ser a sua base de apoio para as questões de proteção e segurança, assim como para os problemas de saúde e escolares (Camacho, 2011).

No seio da família, o adolescente aprende e adquire tanto crenças como atitudes, normas sociais, valores e executa a partir deles uns ou outros comportamentos. A aprendizagem, a observação, as consequências das ações, etc., vão gradualmente moldando o modo de ser da criança e posteriormente do adolescente. O processo de socialização está, frequentemente, na base do consumo posterior ou não de substâncias psicoativas (Villa & Hermida, 2002).

As teorias do desenvolvimento defendem o papel fundamental das famílias na parentalidade e indicam que as famílias que prestam apoio são fundamentais quando se trata de criar filhos saudáveis e evitar problemas posteriores na adolescência. A nossa sociedade acelerada e orientada para o consumo parece ter esquecido este importante papel dos pais. A pesquisa longitudinal demonstra que os pais influenciam substancialmente os comportamentos de saúde dos seus filhos adolescentes. Um ambiente familiar positivo protege os adolescentes de condutas pouco saudáveis, nomeadamente do consumo de substâncias psicoativas (Kumpfer & Johnson, 2007).

2.2 - ESTILOS PARENTAIS, PRÁTICAS EDUCATIVAS E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELOS ADOLESCENTES

O modo como os pais exercem a sua função parental pode ser muito diversificado, o que vai influenciar o desenvolvimento da criança e do adolescente, uma vez que os modelos afetivos e de interação que os pais utilizam para lidar com os filhos influenciam significativamente a forma como eles aprendem e se relacionam com os outros. Os modelos parentais, as expectativas e os métodos educativos determinam largamente o comportamento dos adolescentes, bem como as suas atitudes e objetivos (Matos, Tomé, Simões & Diniz, 2010).

Grande parte dos estudos relacionados com a educação dos adolescentes e com os seus efeitos, têm procurado identificar as características nas quais os pais diferem claramente uns dos outros, e que têm sido consideradas preponderantes nas diferenças que se verificam, a vários níveis, entre os adolescentes. Neste contexto, na literatura, têm sido identificadas duas dimensões distintas da interação parental:

- As **práticas educativas** que são estratégias e técnicas adotadas pelos pais no sentido de orientar o comportamento de seus filhos para atingir objetivos específicos em determinadas situações; são também denominadas por alguns autores de estratégias educativas ou de socialização, uma vez que têm como função comunicar ao adolescente a vontade dos pais de que ele altere o seu comportamento ou que se

comporte de uma determinada maneira (com o objetivo de suprimir comportamentos considerados inadequados e encorajar a ocorrência de comportamentos adequados); incluem também o ambiente familiar proporcionado pelos progenitores e os comportamentos que os pais têm perante as atitudes da criança (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Pratta & Santos, 2006; Paiva & Ronzani, 2009).

- Os **estilos parentais** que se referem a um padrão global de características da relação entre pais e filhos em diferentes situações, que cria um ambiente emocional no qual se manifestam os comportamentos dos pais e outros aspetos da interação entre pais e filhos, como o tom de voz, a linguagem corporal, as mudanças de humor, etc. (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Pratta & Santos, 2006; Paiva & Ronzani, 2009).

Os estilos parentais e as práticas educativas estão normalmente associados, uma vez que o conjunto das práticas educativas vai formar o estilo parental (Paiva & Ronzani, 2009). As práticas educativas exercidas com mais frequência pelos progenitores são aquelas que se encontram mais relacionadas com o estilo parental adotado (Duarte, 2010). Estas dimensões são influenciadas pelas relações de poder, estabelecidas no âmbito familiar, fundamentadas na influência dos pais em aspetos comportamentais, emocionais e intelectuais dos filhos (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004).

O modelo teórico de Baumrind (1966), acerca dos tipos de controlo parental, foi um marco nos estudos que têm sido realizados sobre a educação pais-filhos, servindo de base para um novo conceito de estilos parentais que integra aspetos emocionais e comportamentais (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004). Esta autora caracterizou a existência de três estilos específicos:

- **Estilo autoritativo** (ou participativo) - os progenitores exercem uma autoridade forte mas simultaneamente racional e flexível. A disciplina é imposta de forma indutiva, os pais monitorizam a conduta dos filhos, corrigindo as atitudes negativas e gratificando as atitudes positivas. Utilizam, de um modo adequado, recompensas e punições que se encontram em conformidade com o comportamento do adolescente. A comunicação entre pais e filhos é bidirecional, baseada no respeito mútuo, sendo, muitas das regras, em função da idade e desenvolvimento dos filhos, negociadas, e sempre explicadas. É incentivada a autonomia, a individualidade, a tomada de decisões, a responsabilidade e a possibilidade de escolha do adolescente. Os pais autoritativos são controladores, têm expetativas elevadas em relação ao comportamento dos filhos, em termos de responsabilidade e de maturidade, mas são igualmente afetuosos, exigindo dos filhos correspondência e disciplina. Têm em consideração os sentimentos, necessidades e desejos dos filhos, apoiando-os na

exploração do meio (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Pratta & Santos, 2006; Flach, Lobo & Potter, 2011; Spinthall & Collins, 2011).

- **Estilo autoritário** - os pais autoritários são rígidos e recorrem a abordagens diretas e impositivas, utilizando medidas punitivas e violentas para controlarem o comportamento dos seus filhos. Apresentam elevados níveis de exigência face aos filhos e valorizam a obediência através do respeito à autoridade. A comunicação é unidirecional, dos pais para os filhos, sendo a negociação de regras e a partilha de opiniões quase inexistente. Os pais autoritários são inflexíveis, hiper-críticos, hostis, enaltecem de forma excessiva as regras e as normas, que não podem ser discutidas, dão pouca autonomia aos adolescentes e têm, frequentemente, expectativas irrealistas quanto ao grau de maturidade dos filhos. São progenitores que demonstram pouco afeto e apresentam uma fraca ou ausente responsividade face às necessidades emocionais do adolescente (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Pratta & Santos, 2006; Flach, Lobo & Potter, 2011; Spinthall & Collins, 2011).

- **Estilo permissivo** - os progenitores tendem a executar pouco controlo e exigem dos filhos baixos padrões de responsabilidade e de maturidade. Promovem um ambiente aceitante, não punitivo, não estabelecendo limites e normas claras e coerentes. São pais afetuosos, comunicativos e são excessivamente responsivos e tolerantes face aos impulsos e às necessidades do adolescente, permitindo a este monitorizar o seu próprio comportamento. Os progenitores não se percebem como modelos ou agentes ativos na socialização e na educação dos filhos, mas como recursos possíveis (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Pratta & Santos, 2006; Flach, Lobo & Potter, 2011; Spinthall & Collins, 2011).

Posteriormente, Maccoby e Martin (1983) acrescentaram à tipologia proposta por Baumrind um quarto estilo parental:

- **Estilo negligente** - os pais apresentam em relação aos seus filhos uma exigência baixa face a padrões de maturidade e a comportamentos aceitáveis. Não exigem responsabilidade aos filhos mas também não promovem a independência destes. São progenitores pouco envolvidos nas tarefas de socialização, centrados em si mesmo, ausentes e indiferentes, pouco afetuosos e incapazes de se auto-organizar para responder às necessidades físicas, emocionais e afetivas dos filhos (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Pratta & Santos, 2006; Flach, Lobo & Potter, 2011; Spinthall & Collins, 2011).

Maccoby e Martin (1983), propuseram que os estilos parentais fossem caracterizados de acordo com duas dimensões centrais das práticas educativas dos pais:

- **Controlo/Exigência** - é uma dimensão importante do comportamento parental e desempenha uma função primordial na socialização dos filhos, envolve todos os comportamentos e atitudes dos pais que têm por objetivo o controle do comportamento dos filhos por meio do estabelecimento de limites e de regras a serem seguidas, que tem importantes implicações para o funcionamento adaptativo da criança, principalmente no que respeita à sua capacidade para viver em grupo e em sociedade (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Pratta & Santos, 2006; Pereira, 2009; Flach, Lobo & Potter, 2011).

- **Compreensão/Apoio** - que se refere ao reconhecimento que os pais fazem da individualidade do adolescente dando-lhe, simultaneamente, suporte emocional e afetivo; ou seja, que se refere às atitudes dos pais que manifestam compreensão para com os filhos, buscando oferecer apoio emocional (afeto) e um intercâmbio comunicativo, baseado na bidirecionalidade, com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento da autonomia e autoafirmação dos jovens (Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg, 2004; Pratta & Santos, 2006; Pereira, 2009; Flach, Lobo & Potter, 2011).

Tendo por base estas duas dimensões, os autores propõem quatro tipos de estilos parentais:

- Pais autoritativos - caracterizados por resultados elevados em ambas as dimensões.
- Pais autoritários - caracterizados pela baixa compreensão/apoio (afeto) e elevado controlo/exigência.
- Pais permissivos - apresentam resultados elevados na dimensão compreensão/apoio e baixos resultados na dimensão controlo/exigência
- Pais negligentes - apresentam resultados baixos em ambas as dimensões (Pratta & Santos, 2006; Paiva & Ronzani, 2009; Flach, Lobo & Potter, 2011).

Deste modo, cada estilo parental retrata diferentes valores, práticas e comportamentos parentais, assim como um equilíbrio distinto entre a exigência e a compreensão. Importa salvaguardar que não existem progenitores com um estilo parental puro e que as práticas educativas utilizadas por estes tendem a alterar-se à medida que os filhos se vão desenvolvendo, contudo, estas tendem a ser relativamente consistentes ao longo do tempo e das situações (Oliveira, 2002; Spinthall & Collins, 2011).

As práticas parentais são influenciadas por vários fatores dinamicamente relacionados, com especial destaque para a personalidade dos pais, as características individuais do adolescente e o contexto sociocultural (relações com a família alargada, suporte social, qualidade da relação conjugal, situação financeira, stress), onde decorrem as interações entre pais e filhos (Pereira, 2009).

Torna-se ainda importante considerar os aspetos históricos que têm organizado as funções familiares ao longo do tempo, para avaliar e intervir na otimização dos recursos que cada família apresenta para enfrentar as suas crises. Não se pode pressupor um modelo ideal, igualitário e equilibrado. Hoje em dia existem muitos pontos que mostram a complexidade do assunto: são múltiplos os fatores que devem ser levados em conta, como a história da família, o tipo de funcionamento familiar, a integração da família na comunidade. Para compreender melhor o sentido das práticas educativas é necessário considerar o meio social, a cultura à qual as famílias pertencem. Além disso, todas as famílias passam por períodos estáveis, outros de reorganização ou de crise e as interações dentro da família modificam-se (Flach, Lobo & Potter, 2011).

A educação dos filhos sempre foi uma tarefa complexa para a função parental, porém isso não significa que essas responsabilidades sejam compartilhadas de forma igualitária entre o casal. Alguns fenómenos e movimentos sociais importantes, como a entrada das mulheres no mercado de trabalho e a sua maior contribuição no sistema financeiro familiar acabaram por proporcionar um novo perfil à família. Antes a estrutura familiar tradicional tinha o pai como único provedor e a mãe como única responsável pelas tarefas domésticas e pelos cuidados aos filhos. O que tem acontecido na maioria das famílias de nível socioeconómico médio é um processo de transição, já que em muitas famílias já se pode perceber alguma divisão de tarefas, na qual pais e mães compartilham as tarefas educativas e a organização do quotidiano familiar (Mendes, 1999; Flach, Lobo & Potter, 2011).

O comportamento dos pais tem grande influência na educação dos filhos, especialmente quando não se opõem a seus filhos, o que faz com que estes não tolerem frustrações e se tornem insuportáveis; ou quando os consideram como iguais, como adultos, afetando assim o desenvolvimento das crianças. Os estilos parentais influenciam em diversos aspetos o desenvolvimento dos filhos podem inclusive determinar o estilo parental que os filhos vão adotar futuramente, havendo uma transmissão intergeracional de estilos parentais (Flach, Lobo & Potter, 2011).

Baumrind (1966), considerou o controlo parental autoritativo mais efetivo que os outros tipos de controlo, o que foi comprovado nos seus estudos. Ao analisar a influência de cada estilo parental na vida dos adolescentes verificou que os filhos de pais autoritativos têm sido associados a aspetos positivos como a assertividade, maturidade, responsabilidade social, conduta independente e empreendedora, boa competência psicológica e baixo índice de disfunção comportamental, sendo socialmente mais competentes do que os filhos de pais que não tenham este estilo parental (Weber, Prado, Viezzer, & Brandenburg, 2004; Camacho, 2011).

Para Weber, Prado, Viezzer & Brandenburg (2004) adotar um estilo autoritativo é bastante adequado para uma educação saudável dos filhos. Para adotar este estilo é preciso que os pais se envolvam na educação, respondendo às necessidades que a criança tem de atenção, incentivo, auxílio, diálogo e diversão (responsividade), bem como supervisionar e monitorizar os comportamentos do filho, exigindo a obediência de regras e limites e o cumprimento de deveres (exigência). Os pais precisam de ser respeitados nos seus papéis e também devem respeitar os direitos dos filhos. Deste modo, por um lado há uma posição de controlo e por outro uma posição de compreensão e bidirecionalidade, que oferece à criança maior autonomia e autoafirmação (Flach, Lobo & Potter, 2011).

Os estudos apontam que os filhos de pais autoritários sejam obedientes, mas com maiores níveis de ansiedade, mostrando-se inseguros e infelizes, com baixa autoestima e um índice elevado de depressão. Possuem bom desempenho académico, mas são pressionados a corresponder às expectativas dos pais em relação à educação e à escolha profissional. Em geral, apresentam comportamentos de externalização (agressão verbal ou física, destruição de objetos, mentira) e de internalização (retração social, depressão, ansiedade) (Weber, Prado, Viezzer, & Brandenburg, 2004; Camacho, 2011; Flach, Lobo & Potter, 2011).

Os filhos de pais permissivos tendem a apresentar baixa capacidade de autorregulação, baixa habilidade de reação a conflitos, um pior desempenho académico, maiores índices de agressividade e menor independência, no entanto, têm um baixo índice de depressão (Weber, Prado, Viezzer, & Brandenburg, 2004; Camacho, 2011).

Os filhos de pais negligentes são os que apresentam maiores fragilidades do ponto de vista psicológico, emocional e social. Este estilo parental revelou os piores resultados de todos os padrões, distinguindo-se pela negativa do padrão autoritário e permissivo. Os filhos tendem a ser tristes, frustrados, inseguros, desorientados, podendo mais facilmente ter problemas de conduta, problemas afetivos e comportamentais e possuem maior índice de *stress* (Pratta & Santos, 2006; Flach, Lobo & Potter, 2011; Spinthall & Collins, 2011).

A forma como a criança é educada e socializada reflete-se nas suas atitudes, tanto na sua adolescência como na idade adulta, assim como na avaliação que os adolescentes fazem do seu relacionamento com os seus pais, a percepção que os adolescentes apresentam do relacionamento parental encontra-se relacionada ao nível de bem-estar dos mesmos (Pratta & Santos, 2006).

Nesta perspetiva, alguns estudos têm mencionado que os diferentes estilos parentais de socialização e as práticas educativas que permeiam a relação entre pais e filhos

funcionam como variáveis psicossociais que exercem grande influência na adoção de diferentes comportamentos prejudiciais à saúde entre os jovens, entre eles o consumo de substâncias psicoativas (Paiva & Ronzani, 2009). Os resultados desses estudos demonstram que os adolescentes que têm maior supervisão parental são os que apresentam menores taxas de envolvimento com substâncias psicoativas. Práticas parentais como procurar saber onde se encontram os seus filhos, estar atento às suas atividades, saber quem são os seus amigos, o que eles fazem no seu tempo livre e como gastam o seu dinheiro são consideradas medidas que revelam esforços parentais para supervisionar os seus filhos, medidas estas que estão associadas ao conhecimento parental sobre os filhos. Os estudos apontaram que a supervisão dos adolescentes foi entendida como uma prática parental importante para o menor consumo de substâncias psicoativas (Paiva & Ronzani, 2009).

Outras duas práticas parentais que apresentaram resultados significativos na prevenção do consumo de substâncias psicoativas foram o suporte e o envolvimento parental. Estas práticas parentais estão relacionadas com a capacidade dos pais em responder às questões dos filhos, estando presentes de forma mais construtiva entre os pais que adotam um estilo parental autoritativo, uma vez que estes proporcionam um ambiente emocional que transmite aos seus filhos o apoio necessário para a resolução dos seus problemas. A ausência de suporte parental pode predispor o adolescente a uma maior vulnerabilidade para o uso abusivo de substâncias psicoativas, nomeadamente porque aumenta a probabilidade de envolvimento com pares consumidores (Paiva & Ronzani, 2009).

Magalhães & Fonte (2007) constataram, no seu estudo com 188 alunos de uma Escola Secundária, que existe uma correlação positiva significativa entre o consumo de tabaco e o estilo educativo parental autoritário, ou seja, quanto maior é o consumo de tabaco, mais elevada é a perceção do estilo educativo autoritário. A transgressão pode ser provocada pelo fato de os pais proibirem os filhos de fumar, assim, quanto mais os pais proíbem os filhos de fumar maior é o consumo de tabaco. As mesmas autoras referem outros estudos que indicam que existe uma correlação entre o estilo autoritário e o consumo de drogas ilícitas.

A perceção dos adolescentes acerca do controlo parental e de um relacionamento seguro com pelo menos um dos pais (especialmente com a mãe) é preditor de um melhor ajustamento dos adolescentes, tendo em conta que a proximidade que os jovens mantêm com os pais, aparece como um possível mediador de ajustamento (Camacho, Matos, Tomé, Simões & Diniz, 2010).

2.3 - A COMUNICAÇÃO NA FAMÍLIA COM FILHOS ADOLESCENTES

A comunicação entre os membros da família é uma peça essencial para potencializar e auxiliar o estabelecimento de relações mais satisfatórias e saudáveis, pelo que a comunicação parento-filial assume um papel fundamental no exercício das funções inerentes à parentalidade, nomeadamente entre pais e filhos adolescentes (Alarcão, 2006). A comunicação numa família com filhos adolescentes caracteriza-se por um acréscimo nos conflitos entre pais e filhos, uma vez que o filho adolescente passa a pôr em causa as regras, os valores e as crenças familiares (Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002).

Tendo em conta as novas exigências que surgem no relacionamento familiar nesta fase do ciclo vital, torna-se necessário que haja um aumento da flexibilidade das fronteiras e equilíbrio na autoridade dos pais, com a intenção de manter a harmonia familiar. Famílias com fronteiras mais flexíveis permitem que o adolescente possa andar livremente em diferentes territórios, aproximando-se quando se sente inseguro e afastando-se quando quer experimentar a sua independência. Neste sentido, é necessário o esforço de todos os membros da família na procura de novos padrões de convivência familiar adaptados a este momento específico do ciclo vital da família (Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002).

Este processo conduz a profundas transformações, nomeadamente no que se refere à comunicação que se estabelece na família. O contexto passa a ser de grande importância para o sucesso no diálogo entre pais e filhos. Wagner, Carpenedo, Melo & Silveira (2005), referem estudos que apontam que a autoestima, o bem-estar e os tipos de estratégias utilizadas pelos adolescentes são variáveis que estão diretamente relacionadas com a comunicação familiar eficaz. Neste período, também se nota que os filhos começam a ter o cuidado de filtrar as informações antes de as contar aos pais, como parte do processo de autonomia e de preservação do seu espaço pessoal. Tendo em conta as diferentes estratégias de comunicação, o conteúdo expresso nas conversas entre pais e filhos e a dinâmica de funcionamento familiar, Wagner, Carpenedo, Melo & Silveira (2005) descrevem três formas de comunicação: a comunicação aberta, a superficial e a fechada. Nas famílias onde os seus membros podem expor os seus sentimentos e dúvidas sem se sentirem ameaçados, possivelmente existe uma comunicação aberta, profunda, responsável e efetiva; pelo que, quanto menor for o nível de desacordo entre os pais e os adolescentes, melhor será o desenvolvimento das relações familiares. Nas famílias com fronteiras rígidas, a comunicação entre pais e filhos normalmente é mais difícil, os adolescentes acabam por não confiar nos seus pais uma vez que estes se mostram incapazes de perceber

as mudanças dos seus filhos. Estes pais procuram constantemente provas da responsabilidade dos seus filhos, mas não conseguem conversar abertamente e orientá-los em relação às dúvidas que surgem nesta fase do desenvolvimento. A comunicação fechada é caracterizada por excesso de autoridade, ordens e ameaças por parte dos pais, não havendo espaço para os filhos exporem os seus sentimentos e as suas dúvidas (Wagner, Carpenedo, Melo & Silveira, 2005).

O diálogo com os membros da família nesta etapa da vida é essencial, pois é precisamente nesta fase que os adolescentes mais precisam da orientação e da compreensão dos pais, pois tudo o que estes lhes transmitiram desde a infância continua a ser importante; no entanto, o diálogo entre pais e filhos deve funcionar como uma troca, e não ser considerado como uma cobrança, um controle da vida do adolescente. Dialogar envolve tanto a exposição de ideias como o saber ouvir, permitindo a possibilidade de negociação. Para o adolescente é importante compreender que os pais têm interesse nas suas atividades, nas suas preocupações, nos seus medos, enfim, na sua vida em geral. Os pais, por seu lado, usando o diálogo desde cedo, podem orientar permanentemente os filhos nas mais variadas temáticas, impondo limites claros a serem tidos em consideração. Por outro lado, a falta de diálogo a nível familiar pode conduzir a dificuldades em termos de relacionamento, pois os problemas relativos à comunicação com os pais e a falta de compreensão na família, podem influenciar o bem-estar dos adolescentes (Pratta & Santos, 2006).

Deste modo, através do diálogo, os membros da família tornam-se mais próximos, o que transmite segurança tanto para os pais (que estão atentos ao dia a dia dos filhos), como para os adolescentes (que se sentem mais seguros e valorizados pelos pais), e tendo uma relação mais próxima, é mais fácil para os pais detetarem mudanças no comportamento dos filhos (Pratta & Santos, 2006). Estas autoras, destacam que, para além do diálogo, quando a família procura desde cedo estabelecer relações de respeito, confiança, afeto e cortesia entre os seus membros, ela tende a lidar com a adolescência de forma mais coerente e com menos dificuldades.

Muito centrada nas relações entre pais e adolescentes, aparecem normalmente referências à relação entre a dimensão comunicacional e o exercício da autoridade (Relvas, 1996; Alarcão, 2006). Eckstein *apud* Relvas (1996), estudou a violência filio-parental, tendo verificado que os filhos tendem a perceber a postura comunicacional dos pais como desafiante, dando assim início a uma interação negativa. Este estudo vem comprovar a necessidade de estabelecer limites e fronteiras claras entre os subsistemas filial e parental, especialmente em situações de conflito latente. Por outro lado, um autoconceito familiar positivo depende do nível de abertura comunicacional entre o adolescente e os pais, uma vez que, quando a

comunicação é aberta e sem problemas os jovens experimentam sentimentos positivos e menor conflitualidade. Verdadeiramente, a comunicação parento-filial assume um papel importante a longo prazo, envolvendo alguns comportamentos problemáticos e facilitando, algumas vezes, o desenvolvimento de psicopatologias (Relvas, 1996; Alarcão, 2006).

São vários os estudos que apresentam a boa comunicação entre pais e filhos como fator de proteção para alguns comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de substâncias psicoativas (Camacho, 2011).

O relacionamento familiar, a influência dos estilos parentais e da comunicação familiar, apesar de passarem por diversas alterações na adolescência, desempenham funções importantes para os adolescentes, tendo um papel determinante no ajustamento e desenvolvimento de competências psicossociais, na saúde mental e em comportamentos de saúde dos jovens. Deste modo, as relações positivas na família, o suporte emocional e social dos pais e um estilo de disciplina parental construtivo e consistente, estão normalmente relacionados com maiores índices de bem-estar e de ajustamento na adolescência e menor envolvimento em comportamentos de risco ou em grupos de pares desviantes (Camacho, Matos & Diniz, 2008; Camacho, Matos, Tomé, Simões & Diniz, 2010).

A noção de que os pais de hoje não dialogam o suficiente com os filhos, criando-se entre ambos uma barreira de silêncio, pois vivem concentrados no stress quotidiano e na necessidade de “ganhar dinheiro”, é confrontada com outra que solicita cada vez mais o seu empenhamento em termos de competitividade, algumas vezes justificada, justamente, pela necessidade de obter as condições económicas necessárias à educação e proteção dos filhos (hoje em dia cada vez mais exigente e prolongada no tempo) (Relvas, 1996).

A literatura salienta, também, que não é a quantidade de tempo disponível por parte dos pais que vai determinar a forma como o adolescente vai experienciar e enfrentar as suas inseguranças próprias desta fase, mas a qualidade das relações estabelecidas entre pais e filhos no tempo que dispõem para ficarem. É fundamental a presença dos pais no quotidiano dos adolescentes, pois estes precisam de perceber que os pais se preocupam com eles, que existe uma identidade familiar e que os problemas são enfrentados em grupo. Neste contexto, um dos meios mais importantes para que as relações entre pais e filhos sejam de qualidade é o diálogo, que nesta etapa do desenvolvimento assume um papel muito importante, pois mesmo que os adolescentes se fechem no seu “mundo”, este pode funcionar como um facilitador para que haja bom ambiente e harmonia nas famílias com filhos adolescentes (Pratta & Santos, 2006).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1 - METODOLOGIA DO ESTUDO

Após o enquadramento teórico realizado, que pretende contextualizar a questão central deste estudo “Vivências dos pais face à problemática do consumo de substâncias psicoativas pelos filhos”, surge a necessidade de apresentar o processo metodológico que orientou o mesmo. Assim, este capítulo encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira destinada às opções metodológicas, nomeadamente a justificação do estudo, a questão de investigação e os objetivos do estudo, o desenho e a caracterização dos participantes do estudo, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos na sua aplicação, os procedimentos de análise dos dados, bem como os procedimentos éticos e legais desenvolvidos; a segunda parte é constituída pela apresentação e discussão dos resultados.

1.1 - JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

A escolha e formulação do problema de investigação correspondem à etapa inicial da fase concetual do processo de investigação, que se encontra baseada na revisão de literatura que integra o problema no contexto de conhecimento presente (Fortin, 1999). Neste sentido, tendo tomado conhecimento do projeto desenvolvido pelo IREFREA (Instituto Europeu para o Estudo dos Fatores de Risco em Crianças e Adolescentes), ***European Family Empowerment: Improving family skills to prevent alcohol and drug related problems*** (Projeto financiado pela União Europeia, com o código JLS/DPIP/2008-2/112), relacionado com as competências da família para prevenir problemas relacionados com consumo de substâncias psicoativas e tendo-lhe sido proporcionada a possibilidade de realizar o seu estudo neste contexto, a autora não hesitou, dado o seu interesse acerca do consumo de substâncias psicoativas pelos jovens e o papel dos pais nestes comportamentos de risco.

Quando os filhos entram na adolescência, os pais perdem muitas possibilidades de monitorização das atividades que os jovens desenvolvem. As pesquisas sobre o tema mostram que há uma estreita relação entre os comportamentos de risco, consumo de substâncias psicoativas e o contexto de lazer, de tal forma que certos comportamentos e/ou consumos são favorecidos ou não, dependendo do ambiente onde eles desenvolvem as atividades de lazer. Os fatores familiares influenciam uma variedade de comportamentos, especialmente no que diz respeito ao estilo de vida que os adolescentes adotam, como atividades de lazer, participação na vida noturna e

consumo de substâncias psicoativas. Embora a maioria dos jovens vivam uma vida feliz e satisfatória, os problemas sociais e de saúde entre alguns jovens estão a aumentar. Como se referiu, há muitas razões possíveis para explicar, entre as quais fatores individuais, económicos, socioculturais e relacionais.

Considerou-se fundamental conhecer as experiências dos pais de jovens, para que se possa compreender as suas necessidades, potencialidade e vulnerabilidade e, assim, possibilitar a definição de estratégias para garantir suporte adequado às famílias e para as capacitar em relação à prevenção das toxicodependências.

Neste contexto, a questão de partida com a qual se iniciou o processo de investigação é a seguinte:

- Como vivenciam os pais a problemática do consumo de substâncias psicoativas pelos filhos?

Esta questão levou à formulação de questões orientadoras sobre as dimensões das dinâmicas familiares que estejam relacionadas com o consumo de SPA pelos jovens:

- ✓ Quais são as ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos seus filhos?
- ✓ Qual a perceção dos pais acerca das influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos seus filhos?
- ✓ Qual é a reação/resposta dos pais às influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos seus filhos?
- ✓ O que sabem os pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos?

Foi estabelecida esta ordem para evitar que os pais se sentissem constrangidos quando questionados acerca do consumo dos filhos.

Pretende-se explorar e desenvolver as possibilidades de prevenção das famílias para evitar o consumo de SPA na adolescência e encontrar as condições através das quais essas habilidades podem ser otimizadas, através da identificação de estratégias para facilitar a capacitação dos pais na gestão de comportamentos de risco dos seus filhos.

As questões que surgiram resultaram ainda de observações de práticas e comportamentos, processos de reflexão e análise crítica, tendo a pesquisa bibliográfica sobre o domínio ajudado a defini-las uma vez que foi possível conhecer estudos realizados com populações idênticas ou utilizando métodos de investigação semelhantes.

1.2 - OBJETIVOS DO ESTUDO

Tendo em conta as questões formuladas, estabelecemos os seguintes objetivos a atingir:

- ✓ Caracterizar as ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos seus filhos;

- ✓ Descrever a percepção acerca das influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos seus filhos;
- ✓ Caracterizar a reação/resposta dos pais às influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos seus filhos;
- ✓ Identificar o que sabem os pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos.

1.3 - DESENHO DO ESTUDO

Enveredou-se por um estudo de nível I - exploratório qualitativo descritivo, uma vez que, segundo Fortin (1999), a exploração e a descrição de fenómenos podem ser efetuadas com a ajuda de desenhos descritivos. Este tipo de desenho é utilizado para pesquisar informações precisas sobre as características dos sujeitos ou grupos, ou sobre a frequência de ocorrência de um fenómeno, particularmente quando se sabe pouco sobre o fenómeno, como neste caso em que se sabe pouco sobre as vivências dos atuais pais portugueses (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

“A pesquisa qualitativa usa o texto como material empírico, parte da noção da construção social, das realidades em estudo, está interessada nas perspetivas dos participantes, nas suas práticas do dia-a-dia e no seu conhecimento quotidiano em relação à questão em estudo” (Flick, 2009, p. 16). De acordo com Bogdan & Biklen (1994), a investigação qualitativa apresenta cinco características que a distinguem: o ambiente natural é a fonte de dados em que o investigador constitui o instrumento principal, é descritiva uma vez que os dados recolhidos são em forma de palavras e não de números, a atenção do investigador centra-se preferencialmente no processo e não tanto nos resultados, os dados são analisados tendencialmente de forma indutiva e o significado dos mesmos é fundamental. Streubert & Carpenter (2002) reforçam a ideia do investigador como instrumento, o que implica a consciência e a aceitação de que este faz parte do estudo, uma vez que o investigador é observador, entrevistador e intérprete de vários aspetos da pesquisa, aspetos estes que fazem com que a objetividade não faça sentido, nestes estudos. O reconhecimento da natureza subjetiva e a compreensão de que os investigadores afetam o que é estudado, é fundamental para a produção deste tipo de pesquisa.

A utilização do método qualitativo permitirá obter uma compreensão abrangente do contexto das famílias no que se refere ao uso/abuso de substâncias psicoativas por parte de seus filhos. No presente trabalho optou-se por constituir um **focus group**, que tem sido utilizado com o objetivo de colher dados através da interação grupal.

Um *focus group* é uma técnica de pesquisa qualitativa na qual o investigador reúne, num mesmo local e durante um certo período, um determinado número de pessoas

que serão o público-alvo das suas investigações, tendo como objetivo recolher, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico. Neste sentido, a técnica do *focus group* envolve um grupo de representantes de uma determinada população na discussão de um tema previamente escolhido, sob o controlo de um moderador que estimula a interação e garante que a discussão não extravasa o tema em “foco”; é no contexto da interação que se espera que surjam as informações solicitadas. O termo *grupo* refere-se às questões relacionadas com o número de participantes, às sessões semiestruturadas e à presença de um moderador que coordena e lidera as atividades e os participantes, enquanto o termo *focal* é designado pela proposta de recolher informações sobre um tópico específico (Amado, 2009).

Estamos perante uma análise em profundidade de um tema, que está relacionado com a vida quotidiana das pessoas e que gera um vasto corpo de dados expressos na própria linguagem dos intervenientes e do seu contexto. Procura-se nessa análise a experiência, as atitudes, os sentimentos e as crenças dos participantes acerca do tema em causa, tendo em conta a interação e as reações que se concebem no interior de um grupo e em virtude do tópico em discussão (Amado, 2009).

O *focus group* é, particularmente, utilizado em pesquisas que consideram a opinião dos participantes em relação a uma experiência (neste caso as vivências dos pais); sendo úteis para explorar as perspetivas dos participantes sobre questões nas quais eles ainda não tinham pensado (Barbour, 2009).

São referidas na literatura vantagens do *focus group*, na colheita de dados qualitativos, tais como: serem eficientes para obter informações qualitativas, mesmo que relativamente complexas, com um mínimo de interferência dos investigadores; baixos custos; rapidez na recolha de dados, flexibilidade do formato; ambiente relaxado; permite que os participantes não respondam a todas as questões e que decidam o que querem partilhar e o que desejam manter privado; permite que o moderador explore perguntas não previstas e incentive a interação entre os participantes; adequado para medir o grau de satisfação das pessoas envolvidas. Também existem limitações, associadas com a aplicação da técnica de *focus group*, tais como: não garante total anonimato; suscetibilidade de interferência quanto aos juízos de valor do moderador; o risco de que as discussões sejam desviadas ou dominadas por poucas pessoas, modificando os resultados; a composição intencional e de conveniência da amostra que limita as possibilidades de generalização para a população investigada; exige um moderador com experiência em orientar grupos (Gomes e Barbosa, 1999; Galego e Gomes, 2005).

Pretendemos nessa discussão direcionar a reflexão sobre o tema, de uma maneira não-estruturada e natural. Considerámos a técnica apropriada para explorar o tema pois o objetivo é explicar como as pessoas consideram a sua experiência de pais de adolescentes e que ideia têm sobre o consumo de substâncias psicoativas pelos filhos. A reflexão em grupo visou potenciar a recolha de dados pois como vimos, durante a reunião, a discussão é efetiva em fornecer informações sobre o que as pessoas sentem e pensam, ou sobre a forma como agem. Permitiu, ainda, examinar as questões de investigação a partir da perspetiva dos participantes.

1.4 - PARTICIPANTES NO ESTUDO

No presente estudo, foram selecionados os pais de adolescentes através de uma amostragem por conveniência, uma vez que este tipo de amostragem “favorece o uso das pessoas mais convenientemente disponíveis como sujeitos de um estudo” (Polit & Hungler, 1995, p.146). Num estudo qualitativo, a amostra é sempre intencional, porque não há qualquer razão para que seja representativa da população (Coutinho, 2011).

Optámos por um *focus group* uma vez que no final do mesmo considerámos ter dados suficientes tendo em conta a riqueza das opiniões dos participantes no mesmo. Em pesquisas qualitativas, o número de *focus groups* poderá variar de acordo com o objetivo da pesquisa (De Antoni, 2001). A questão de quantos *focus groups* realizar é delimitada pelas comparações que o pesquisador deseja fazer. Não há um número considerado certo, ainda que fazer dois *focus groups* com grupos com características semelhantes possa dar mais segurança ao pesquisador em relação aos padrões de dados, uma vez que isso sugeriria que as diferenças observadas não eram apenas uma característica de um grupo em particular, mas são provavelmente relacionadas às diferentes características dos participantes refletidas na seleção dos mesmos; uma vez que cada participante possui um conjunto de características (idade, género, nível socioeconómico e educacional), é possível fazer comparações intergrupo (Barbour, 2009). No entanto, a realização de apenas um *focus group* é suficiente para uma análise qualitativa, uma vez que a sinergia do grupo forma um processo dinâmico e único que possibilita que o grupo seja compreendido como um contexto diferenciado (De Antoni, 2001).

Outra questão frequente está relacionada ao número de participantes que deve ser recrutado no *focus group*, a bibliografia aponta para números muito variados de participantes, dos 4 ao 15, dependendo dos objetivos, do tema e de outras condições. O tamanho ótimo para um *focus group* é aquele que permite a participação efetiva dos participantes e a discussão adequada dos temas (Amado, 2009; Barbour, 2009). Num

grupo pequeno, cada um tem mais oportunidade para falar e isso permite ao moderador gerir a dinâmica do grupo, o processo de informações e a atenção individualizada a cada participante (De Antoni, 2001). É recomendado recrutar cerca de 20% a mais de pessoas do que realmente será necessário para a condução do *focus group*, de modo a prevenir ausências inesperadas de participantes (Carlini-Cotrim, 1996; Iervolino & Pelicione, 2001). Assim, para o presente estudo foram convidados quinze pais de adolescentes em idade escolar, tendo comparecido apenas oito, quatro pais e quatro mães.

Tanto em termos de moderação de grupos como em termos de análise de transcrições, um máximo de oito participantes já é bastante desafiador, uma vez que identificar vozes individuais, procurar esclarecimentos e explorar diferenças nas perspetivas dos participantes tornam os grupos maiores difíceis de moderar e analisar (Barbour, 2009); pelo que foi considerado que o número de pais que compareceram era o ideal.

Nos *focus groups*, muitas vezes o grupo que é considerado é o caso, e não os participantes individuais. Encontrar o caso certo, significa ter um grupo que inclua pessoas com uma relação específica com o que está a ser estudado e com a mistura certa de pessoas, opiniões e posturas (Flick, 2009). Uma vez que o grupo será a principal unidade de análise na pesquisa com *focus groups*, faz sentido convocá-lo para facilitar comparações, ao garantir que os membros do grupo partilham pelo menos uma característica importante (Barbour, 2009).

Contudo, certa homogeneidade entre os participantes é importante para manter o diálogo; esta homogeneidade está relacionada ao nível socioeconómico, idade, educação e características familiares (De Antoni, 2001). A homogeneidade pode permitir uma maior profundidade na recolha de dados, na medida em que os participantes se identificam mais facilmente com a experiência uns dos outros e também se inibem menos do que com a presença de pessoas com características muito diferentes, em termos de idade, estatuto social, etc. (Amado, 2009).

Os participantes não devem pertencer ao mesmo círculo de amizade ou trabalho, de forma a evitar que a livre expressão de ideias no grupo seja prejudicada pelo receio do impacto (real ou imaginário) que essas opiniões possam ter posteriormente (Carlini-Cotrim, 1996; Iervolino & Pelicione, 2001, Amado, 2009). Os participantes não se conheciam uns aos outros de modo a criar um ambiente estável e sincero.

Os participantes devem ser homogéneos a nível das características que interfiram na perceção do assunto em foco, garantindo um ambiente confortável para a troca de experiências e impressões de carácter pessoal. É importante sublinhar que a homogeneidade em algumas características pessoais não deve implicar a procura de

homogeneidade da percepção do problema; caso contrário, o *focus group* perderia a sua riqueza fundamental, que é o contraste de diferentes perspectivas entre pessoas semelhantes (Carlini-Cotrim, 1996; Iervolino & Pelicione, 2001, Barbour, 2009). Por isso convocámos pais de filhos adolescentes de ambos os sexos, de diferentes idades, graus de escolaridade, profissões e níveis socioeconómicos.

Em suma, os critérios de inclusão foram: ser pais de crianças/adolescentes em que um dos filhos tivesse idade compreendida entre os dez e os dezoito anos.

1.5 - INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A utilização de um guião aumenta a abrangência dos dados e torna a colheita de dados mais eficiente. Os moderadores de *focus groups* também precisam de reagir rapidamente e lembrar-se de que o guião de discussão é apenas um guia flexível, não um protocolo detalhadamente estruturado (Barbour, 2009).

O guião de discussão que se utilizou na recolha de dados, guião do “Focus Group com pais de crianças/adolescentes” (Apêndice I), foi construído especificamente para este estudo, no âmbito do Projeto European Family Empowerment - Improving family skills to prevent alcohol and drug related problems (Código JLS/DPIP/2008-2/112), tendo em conta os seus objetivos, a revisão bibliográfica e a população-alvo a que se destina. Inclui algumas questões fechadas, relativas a dados sociodemográficos, para a caracterização dos participantes, com as quais se pretendeu obter informações acerca do indivíduo e sua posição na família (caracterização por idade, sexo, grau de escolaridade, atividade económica nos últimos três meses, estado civil, número de filhos e idade dos filhos). As questões abertas são definidas, a saber:

- I. Ações dos pais para prevenir o uso/abuso de álcool e outras drogas nos seus filhos.
- II. Influências externas que encorajam o consumo.
- III. Reação/resposta dos pais às influências externas.
- IV. O que sabem os pais sobre o uso de álcool e outras drogas pelos seus filhos?

O guião que orientou a discussão no grupo continha poucos itens, permitindo certa flexibilidade na condução da entrevista focalizada de grupo, com registo de temas não previstos, mas relevantes. Considerou-se ao estruturar o guião que as primeiras questões fossem mais gerais e mais fáceis de responder. Esta estratégia visava incentivar a participação de todos. Gradualmente foram inseridos os tópicos mais específicos, bem como questões suscitadas por respostas anteriores, estimulando linhas de pensamento que não estavam previstas no guião.

1.6 - PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A preparação do presente *focus group* e a conseqüente recolha de dados decorreu em algumas etapas, que a seguir descrevemos.

Inicialmente, procedeu-se à seleção da equipa de trabalho, um pequeno grupo constituído pelo moderador do *focus group* (Fernando Mendes), pela comoderadora, que pontualmente teve intervenção na condução do grupo (Irma Brito) e duas relatoras para anotar a discussão, estas foram responsáveis pela operação do gravador (Rosário Mendes) e pelas anotações dos comportamentos verbais e não-verbais e, posteriormente, pela transcrição dos dados gravados (a autora do presente estudo, Anabela). Esta equipa tinha conhecimentos acerca do tópico em discussão.

A seleção dos participantes foi realizada conforme descrito anteriormente, no entanto, na véspera da reunião confirmou-se por telemóvel o horário e o local do encontro, no sentido de estimular a presença de cada pai previamente convidado.

Foram necessários alguns preparativos antes da sessão, como o agendamento prévio do local, a preparação da sala, organização do ambiente e manutenção do gravador. Foram preparadas condições de modo a oferecer alguma comodidade, pouca retração aos participantes e estimular a comunicação (Amado, 2009).

O local onde o *focus group* se realizou foi conforme o que idealmente se preconiza em ambiente neutro, de fácil acesso, silencioso (fator importante para a obtenção de fitas bem gravadas), não movimentado e com privacidade numa sala com cadeiras confortáveis dispostas em volta de uma mesa quadrada, de modo a favorecer a interação entre os participantes (Iervolino & Pelicione, 2001). Decorreu em ambiente calmo, nas salas de reuniões da ESEnfC, não se tendo verificado, de um modo geral, interrupções externas, o que facilitou o debate e permitiu a recolha de material cuja riqueza e importância se pode reconhecer na fase que se segue: apresentação, interpretação e discussão dos resultados.

Para a recolha de dados foi tido em conta a importância da utilização de equipamento de gravação de boa qualidade, tendo sido previamente posicionado o gravador no centro da mesa, ou seja, no centro do grupo, de modo a maximizar a qualidade da gravação (Barbour, 2009).

Em relação à estrutura operacional, o *focus group* foi coordenado pelo moderador que, com o apoio da comoderadora, foi o responsável pelo início, motivação, desenvolvimento e pela conclusão do debate, intervindo e interagindo com os participantes. Teve o papel de conduzir o grupo e manter o foco da discussão no tópico da pesquisa, ouvir atentamente as respostas, conduzir o grupo para o próximo tópico quando um tópico já tinha sido suficientemente explorado, solicitar

esclarecimento ou aprofundamento de pontos específicos, ao mesmo tempo que estimulava os mais tímidos ou passivos a participar e evitava que outros participantes monopolizassem a discussão (Amado, 2009).

A tarefa de condução de um *focus group*, enquanto instrumento de investigação, exige dos moderadores habilidades específicas na orientação de discussões em grupo, uma vez que estes devem ter sensibilidade e bom senso para conduzir o grupo de modo a manter o foco sobre os interesses do estudo, sem negarem aos participantes a possibilidade de se expressarem espontaneamente (Amado, 2009). O moderador fez o mínimo de anotações durante a sessão, apenas dos tópicos a serem revistos. Estimulou as respostas, de modo disciplinado, ouvindo sem dar as suas opiniões pessoais ou julgar as respostas. Neste sentido, o moderador teve o papel fundamental de garantir através de uma intervenção ao mesmo tempo discreta e firme, que o grupo abordasse os tópicos de interesse do estudo, de maneira menos diretiva possível.

As relatoras tiveram também um papel fundamental para validar a investigação, embora com uma posição menos ativa pois, além de proporcionarem apoio logístico na operacionalização do encontro, foram também responsáveis pelo registo da linguagem verbal e não-verbal dos participantes, como por exemplo, tom de voz, expressões faciais e gesticulação. Além da gravação, foram realizadas anotações escritas, bastante completas de modo a refletir o conteúdo da discussão, tendo sido anotada a ordem em que os participantes falaram e algumas palavras-chave de cada fala, ou seja, a sequência da conversa e do conteúdo da discussão, assim como algumas reflexões imediatas sobre a mesma.

A orientação do *focus group* iniciou no momento em que o primeiro participante entrou na sala. Cada participante foi recebido de forma cordial pela equipa acima referida, tendo sido criado um ambiente agradável de espera, no qual se evitou que o tema do *focus group* fosse abordado precocemente em conversas informais, tendo sido abordados apenas assuntos neutros antes do início dos trabalhos. Quando todos os participantes se sentaram, distribuiu-se o guião do *focus group* (Apêndice I), foram recolhidos os termos de consentimento informado (Apêndice II) e foram iniciados os trabalhos. A palavra coube inicialmente ao moderador, que se apresentou e também aos outros membros da equipa (comoderadora e relatoras). De seguida, expôs brevemente os objetivos da pesquisa e do grupo de forma clara, rápida e genérica, assinalando as questões centrais sobre as quais a discussão se iria centrar. O segundo passo foi explicar a forma de funcionamento do grupo, onde, além das regras gerais, foi esclarecido que não se procurava o consenso na discussão a ser empreendida, uma vez que a divergência de perspetivas e experiências é bem-vinda.

O terceiro passo consistiu em solicitar consentimento ao grupo para efetuar a gravação e dar garantia do total sigilo do material obtido, além de assegurar a concordância dos membros do grupo de que eles respeitariam a confidencialidade, uma vez que é muito importante que os participantes se sentissem seguros de que o material ali obtido seria utilizado somente para a pesquisa (Barbour, 2009). Assim, assegurou-se que todos os participantes tinham assinado previamente o termo de consentimento livre e esclarecido.

Procedeu-se de seguida à apresentação dos participantes, tendo servido como quebra-gelo inicial e como última tática para esperar os participantes mais atrasados.

A seguir iniciou-se a exploração do foco do estudo, a condução do *focus group* realizou-se a partir do guião de discussão, que como vimos anteriormente está relacionado com as questões de investigação a que este estudo pretende responder. Os tópicos não foram dirigidos ao grupo em forma de questões mas em forma de “dicas”, de pequenos estímulos para introduzir o assunto, ou seja, tratou-se de uma solicitação para comentar algo ou descrever uma experiência.

Na moderação da discussão de grupo procurou-se seguir um ponto de equilíbrio entre o desenrolar da reflexão e o guião, decidindo *ad hoc* que perguntas fazer, quando e em que ordem, contudo, seguiu-se a reflexão pelos quatro eixos temáticos. Procurou-se manter sempre uma atitude de disponibilidade e interesse, tendo presente que não se pode usufruir da mesma intensidade com todas as pessoas participantes.

Foram realizados esclarecimentos finais com os participantes, tendo sido permitido tempo suficiente para que estes manifestassem as suas dúvidas e preocupações; foi-lhes ainda disponibilizado um contato para o caso de surgirem posteriormente algumas dúvidas que quisessem esclarecer. No final do *focus group* agradeceu-se a cada participante a ajuda e a disponibilidade dispensada e o valor do seu contributo. Todos os participantes cooperaram de acordo com as regras e estavam satisfeitos por terem participado, oferecendo-se para colaborar novamente se fosse necessário.

A reunião teve uma duração de cerca de 3 horas, com um intervalo de 15 minutos para um pequeno lanche (chá, café e biscoitos), como forma de demonstrar gratidão aos participantes e encorajar uma atmosfera relaxada (Barbour, 2009).

1.7 - PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados colhidos através de *focus groups* são de natureza qualitativa, o que implicou a necessidade de analisar os dados também de forma qualitativa. A análise de dados nos estudos qualitativos é um processo indutivo e interativo, uma vez que o tratamento da informação pode ser realizado à medida que os dados vão sendo recolhidos, sendo

possível que a análise dos primeiros dados recolhidos pelo investigador desperte novas questões e origine a recolha de novos dados (Vieira, 2011).

Os “textos” analisados pelos investigadores qualitativos são, na maioria das situações, derivados da transcrição que eles fazem das entrevistas com os participantes, das notas de campo que eles fizeram ao longo da permanência no terreno (Vieira, 2011). Assim, após a audição da discussão gravada, procedemos à transcrição da mesma para suporte escrito, respeitando integralmente a linguagem utilizada pelos participantes, esta transcrição permitiu que nos fossemos familiarizando com os dados, com a ajuda das notas tiradas completámos as lacunas na transcrição anotando comunicações não-verbais enquanto ouvimos a gravação original.

Na transcrição do *focus group*, foi atribuído um número a cada participante pela ordem em que se apresentaram, o qual foi precedido pela letra P se se tratava de um pai ou pela letra M se se tratava de uma mãe. Utilizaram-se algumas das convenções preconizadas por Kirk & Miller: os comentários dos participantes foram assinalados com aspas simples, os cortes no discurso foram assinalados através da utilização de parênteses com reticências e os silêncios foram registados através da utilização de reticências (Kirk & Miller *apud* Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1994).

A riqueza de dados que podem ser reunidos através da utilização do *focus group*, exige do investigador um procedimento metódico que assegure objetividade no tratamento desses dados e num maior aproveitamento possível das informações que tenham sido facultadas pelos participantes. Sendo uma estratégia de recolha de dados, cujo material narrativo necessita de ser organizado e estruturado para lhe extrair significado à luz da análise qualitativa, o *focus group* permite obter riqueza de informação que, pela sua natureza, torna pertinente a utilização da técnica de análise de conteúdo.

Recolhido o material e transcrito, iniciou-se o processo de análise começando por uma organização sistemática do mesmo. Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 205) “a análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta de aspetos importantes do que deve ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros”.

A análise de conteúdo é definida como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 2004, p. 42), sendo necessário efetuar um conjunto de operações práticas organizadas em três etapas descritas pelo mesmo autor: a pré-análise (1), a exploração do material (2) e o tratamento dos resultados (3).

(1) **Pré-análise** - Este momento é importante para organizar o material, escolher os documentos a serem analisados, formular hipóteses ou questões norteadoras e elaborar indicadores que fundamentem a interpretação final (Bardin, 2004). Neste caso, a discussão do *focus group* deverá ser previamente transcrita, conforme já referido, constituindo-se o *corpus* da pesquisa (Coutinho, 2011). Assim, a pré-análise compreende uma primeira fase de contato com os documentos a analisar, designada de “leitura flutuante” e vai sendo progressivamente mais precisa, permitindo sistematizar os dados e delinear a análise (Bardin, 2004).

Uma vez que a informação a ser submetida a análise foi recolhida através do *focus group*, a fase de pré-análise consistiu na “leitura flutuante” dos dados, traduzida na audição das discussões e na leitura das transcrições do seu conteúdo, realizadas pela investigadora. Foram tidas em conta as seguintes regras para a constituição do corpus documental a analisar: exaustividade, representatividade, homogeneidade, exclusividade e pertinência (Bardin, 2004).

(2) **Exploração do material** - É a etapa de concretização das decisões tomadas na pré-análise. É o momento da codificação, em que “os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (Bardin, 2004, p. 103). Esta codificação é um processo faseado de decisões e ações que deve ser adaptado às características do material a estudar e aos objetivos do estudo (Amado, 2000). Segundo Bardin (2004), a codificação compreende:

- ✓ A escolha de unidades de registo (recorte): unidade de significação a codificar;
- ✓ A seleção de regras de contagem (enumeração);
- ✓ A categorização.

A categorização é “uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género com os critérios previamente definidos” (Bardin, 2004, p. 117). Na exploração do material obtido procurou-se reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. Para tal aplicaram-se os critérios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade (Bardin, 2004).

(3) **Tratamento dos resultados (a inferência e interpretação)** - Descoberto um tema nos dados, é necessário comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique. Quando se encontram temas diferentes, é preciso achar semelhanças entre eles (Coutinho, 2011).

Durante a interpretação dos dados, foi preciso regressar aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois deram o suporte e as perspectivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que deu sentido à interpretação (Bardin, 2004). Assim, através da revisão da literatura foi-nos possível ir encontrando sustentabilidade para os dados emergentes. Para Bardin (2004), as interpretações serão sempre no sentido de procurar o que se esconde sob a aparente realidade, o que significa realmente o discurso enunciado, o que querem dizer em profundidade certas afirmações aparentemente superficiais. Assim, o tratamento e interpretação dos dados foram realizados de forma a torna-los válidos e significativos. Em relação às questões da validade e da fidelidade na investigação qualitativa, Amado (2000) refere que o objetivo desta fase será garantir que *“as categorias elaboradas pelo analista traduzem o verdadeiro sentido dos dados; que elas foram corretamente definidas e de um modo tão operacional que, outro analista, utilizando essas mesmas definições, faria a mesma análise”* (Amado, 2000, p. 58). A literatura sugere vários procedimentos, sendo o mais utilizado aquele que implica a colaboração de juízes externos. Assim, solicitou-se à orientadora do presente estudo que, a partir de um bom conhecimento do sistema de categorias e respetivas definições (ou seja, dos critérios de análise), procedesse à categorização de uma amostra aleatória do *corpus* documental. De seguida, confrontou-se a codificação da orientadora com a realizada pela investigadora. Deste modo, como em qualquer análise qualitativa, são necessárias pelo menos duas pessoas envolvidas na análise de dados, que primeiro o vão realizar de forma independente entre si, para validação das categorias apuradas.

1.8 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

“O desenvolvimento de um estudo de investigação implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral” (Streubert & Carpenter, 2002, p. 37).

O processo de aquisição de conhecimentos nunca deve ultrapassar o limite do respeito pelo indivíduo e da proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 1999).

Como qualquer outro trabalho de investigação realizado com pessoas, também este estudo apresenta questões éticas relevantes, sendo indispensável a sua exposição e subsequente apresentação de estratégias de proteção dos direitos dos participantes. A todos os participantes foi dada a oportunidade de exercer o seu direito ao consentimento livre e esclarecido, tendo-lhes sido facultado, antes da reunião, uma “Ficha de Informação sobre o Projeto” com o resumo da pesquisa e o termo de

consentimento (Apêndice II). Foi ainda solicitada aos participantes autorização para proceder à gravação da discussão, para posterior análise e tratamento dos dados.

Foi assegurado aos participantes o direito de se retirarem do estudo se assim o desejassem, sem que isso representasse qualquer prejuízo para eles. Foi ainda assegurado o direito à autodeterminação através da utilização dos dados apenas para os fins nomeados no consentimento informado (Fortin, 1999).

A intimidade dos participantes foi garantida na medida em que, apesar de qualquer investigação constituir por si só uma intrusão na vida pessoal dos participantes (Fortin, 1999), os mesmos foram gestores da informação a dar no contexto da investigação, nomeadamente na partilha de informações íntimas.

Os dados recolhidos em formato áudio não foram nem serão reproduzidos ou disponibilizados a nenhuma outra entidade que não os responsáveis pelo estudo, sendo salvaguardada a confidencialidade e anonimato dos indivíduos. Uma limitação a este direito é o facto de ser possível à investigadora identificar os participantes pelas respostas dadas, uma limitação associada à própria técnica do *focus group*. No entanto, foi assegurada a confidencialidade no tratamento dos dados e que, através da leitura do relatório final não seja possível identificar os participantes, respeitando assim a privacidade e anonimato dos mesmos. Como se tratava de uma sessão em grupo, os participantes foram encorajados a manter a confidencialidade acerca do que foi partilhado na mesma e a respeitar as opiniões de todos indiscriminadamente.

Considera-se que o *risco* associado a este estudo foi um risco temporário, pelo desconforto (por exemplo ansiedade) que o participante possa ter sentido durante a realização do *focus group* ou o desconforto associado ao tempo despendido na participação no mesmo, estes foram os compromissos ao direito à proteção contra o desconforto e prejuízo identificados.

Antes, durante e após o estudo os participantes têm o direito a receber um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999), neste sentido, todos os participantes foram informados sobre o objetivo, métodos e duração da investigação e incentivados a participar.

2 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo apresenta os dados recolhidos através do *focus group* que, na sequência da análise de conteúdo seguem aproximadamente a estrutura da matriz de questões orientadoras. Assim, apresentam-se os temas, as categorias e as subcategorias, que se constituíram respetivamente como capítulos, subcapítulos e parágrafos de texto apoiados por múltiplas citações do *focus group* em análise (unidades de registo) e por quadros interpretativos, de forma a ilustrar melhor a análise de conteúdo realizada. A apresentação, interpretação e discussão dos resultados que se seguem pretendem dar resposta às questões que estiveram na origem deste estudo e aos objetivos inicialmente definidos. A interpretação e discussão dos resultados foram realizadas com base na revisão concetual efetuada anteriormente, fazendo referência aos estudos relacionados com as questões em discussão.

2.1 - PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do presente estudo eram, como referido anteriormente, pais de crianças/adolescentes em que um dos filhos tivesse idade compreendida entre os dez e os dezoito anos. O quadro 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos participantes, tendo por base o guião de discussão utilizado no *focus group*.

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

Participante	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado Civil	Nº Filhos	Idade 1º Filho	Idade 2º Filho	Atividade Económica	Nível Socio-Económico
P1	47	M	5º Ano	Casado	2	23	14	Conta própria	Baixo
P2	45	M	Universidade	Casado	2	14	12	Empregado	Médio
M3	37	F	Universidade	Nam/Cº	2	14	4	Empregado	Médio
M4	46	F	Universidade	Casado	2	16	13	Empregado	Elevado
M5	48	F	Universidade	Casado	1	18	-	Empregado	Baixo
P6	39	M	Secundário	Casado	1	10	-	Conta própria	Médio
M7	47	F	Universidade	Casado	2	17	10	Empregado	Elevado
P8	47	M	Universidade	Casado	2	17	10	Conta própria	Elevado

A amostra é constituída por oito participantes, sendo quatro do sexo feminino (50%) e quatro do sexo masculino (50%), respetivamente quatro mães (50%) e quatro pais (50%). Relembramos que na transcrição do *focus group*, foi atribuído um número a cada participante, pela ordem em que se apresentaram, o qual foi precedido pela letra M se se tratava de uma mãe, ou pela letra P se se tratava de um pai.

Os participantes que compareceram para o *focus group* apresentavam idades compreendidas entre os 37 e os 48 anos, com uma média de 44,5 anos e moda situada nos 47 anos.

Relativamente à escolaridade, seis dos participantes (75%), concluíram o ensino universitário, um participante (12,5%) concluiu o ensino secundário e um participante (12,5%) concluiu o 5º ano de escolaridade. Saliente-se que o grau de escolaridade dos pais que compareceram no *focus group* é elevado, uma vez que 75% possuem uma licenciatura ou grau superior. Ferreira (2013), refere o facto de que quanto menor for o grau de escolaridade dos pais maior a probabilidade de os adolescentes consumirem ou abusarem de bebidas alcoólicas.

Em relação ao estado civil, a moda situa-se nos casados representados por sete pais (87,5%) da amostra em estudo, havendo apenas um participante que vive com namorado/companheiro (12,5%). Apesar de terem sido convidados faltaram dois pais solteiros (um do sexo masculino e um do sexo feminino). As pesquisas mostram que a ausência de um dos pais, em muitos casos devido ao divórcio, só influencia em um maior consumo de substâncias quando o adolescente vive sozinho com a mãe. Em vez disso, quando junto com a mãe está também um outro adulto, a possibilidade de que os filhos sejam consumidores diminui. A maior incidência de consumos ocorre geralmente em filhos mais velhos, se os pais são divorciados e, acima de tudo, se o divórcio coincide com a fase da adolescência do filho. Curiosamente, o novo casamento de um dos pais aumenta a probabilidade do consumo de substâncias pelas meninas, mas não por parte dos rapazes. A verdade é que a estabilidade familiar é um fator de proteção para o consumo de substâncias (Ruiz & Lozano *apud* Becoña, 2002). Os adolescentes que vivem em lares monoparentais ou com padrastos são mais propensos ao consumo de substâncias psicoativas, em comparação com adolescentes que vivem com ambos os pais (Becoña *et al.*, 2012a).

Tendo em conta o número de filhos, seis participantes (75%) têm dois filhos enquanto dois pais (25%) possuem apenas um filho. Estes dados estão de acordo com os estudos que referem que a família típica portuguesa tem um ou dois filhos. Quanto à idade do primeiro filho, estes têm idades compreendidas entre os 10 e os 23 anos, com uma média de 16,13 anos e moda situada nos 14 e nos 17 anos. Relativamente ao segundo filho, estes têm idades compreendidas entre os 4 e os 14 anos com uma

média de 10,5 anos e moda situada nos 10 anos. Em relação à composição familiar, como o tamanho da família, a ordem de nascimento dos filhos e o número de irmãos na família, ter irmãos, especialmente irmãos mais velhos, exerce algum efeito protetor sobre o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e substâncias ilegais (Becoña, 2002). Quanto à atividade económica, cinco participantes (62,5%) estão empregados (a tempo inteiro no setor público) e três participantes (37,5%) têm emprego por conta própria em diferentes atividades (Chapeiro, Fotógrafo, Comercial). A ocupação profissional do pai aparece como tendo influência nos comportamentos de risco, aqueles adolescentes cujos pais estão desempregados ou têm empregos temporários têm filhos com um maior consumo de substâncias (Ruiz *et al. apud* Becoña, 2002). Cada um dos pais participantes representa uma família que pertence a diferentes níveis socioeconómicos, conforme cada um se classificou. Assim, três dos participantes (37,5%) pertencem a uma família com elevado rendimento, três participantes (37,5%) pertencem a uma família com rendimento médio e dois participantes (25%) pertencem a uma família com baixo rendimento. Quanto à situação socioeconómica familiar encontram-se estudos que referem que um aumento do consumo de álcool pelos adolescentes está associado a um maior nível de educação e, provavelmente, a um melhor nível socioeconómico dos pais (Recio *et al. apud* Becoña, 2002). Outros estudos encontram uma associação clara entre o alto nível socioeconómico dos pais e o consumo de álcool e marijuana dos filhos. Estes dados refletem, provavelmente, que por um lado, o aumento da disponibilidade de dinheiro facilita a acessibilidade às substâncias e, por outro, os problemas económicos, emocionais e de outro tipo, aumentam o consumo de substâncias, como um meio de fuga ou saída dos mesmos (Ruiz *et al. apud* Becoña, 2002). Perante estes dados podemos dizer que, aparentemente, o grupo de pais participantes no *focus group* pertencem a famílias com baixo risco de abuso de substâncias psicoativas por parte dos seus filhos.

2.2 - VIVÊNCIAS DOS PAIS FACE À PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SPA PELOS FILHOS

Na adolescência apesar de haver um afastamento da família e uma aproximação do grupo de pares, a família continua a ter um papel fundamental no desenvolvimento do jovem, que pode funcionar como um fator de risco ou de proteção no envolvimento em comportamentos de risco. A família e os fatores a ela associados têm influência na educação, socialização, prestação de cuidados, transmissão de crenças e valores e, de um modo geral, na saúde e bem-estar dos seus elementos (Ferreira, 2013).

Para apresentação dos dados obtidos, relacionados com as vivências dos pais face à problemática do consumo de substâncias psicoativas pelos filhos, optámos por elaborar quadros síntese para cada questão do *focus group* onde se apresentam os temas, categorias e subcategorias obtidos. Os quadros com a matriz de redução de dados para cada um dos temas, com as respetivas categorias, subcategorias e unidades de registo, aparecem no final do estudo em apêndice.

2.2.1 - Ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos filhos

Com o intuito de descrever as ações dos pais para prevenir o consumo de SPA pelos seus filhos foi-lhes solicitado para falarem sobre a sua responsabilidade face ao uso das mesmas, da sua intervenção para prevenir este tipo de comportamentos, da sua reação face ao uso/abuso de SPA pelos seus filhos, do controlo exercido e sobre o que pensam ser o papel específico do pai e da mãe na gestão familiar. No quadro 2 apresentamos as categorias e subcategorias que emergiram desta questão.

Quadro 2 - Categorização das ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos filhos

Tema	Categorias	Subcategorias
Ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos filhos	Responsabilidade dos pais na modelação social para os consumos de SPA	Consciência dos fatores de risco e de proteção relacionados com o ambiente familiar
	Intervenção dos pais na prevenção do uso/abuso de SPA	Diálogo com os filhos sobre SPA
	Reação dos pais face ao uso/abuso de SPA	Questionar as razões
		Punir
	Controlo e estilos parentais	Colocar limites ao uso de SPA
		Proibir o uso de SPA
	Papel específico do pai e da mãe na gestão familiar	Papel do pai e da mãe
		Coordenação entre os pais

Em relação às ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos filhos foram identificadas cinco categorias: responsabilidade dos pais na modelação social para os consumos de SPA, intervenção dos pais na prevenção do uso/abuso de SPA, reação dos pais face ao uso/abuso de SPA, controlo e estilos parentais e papel específico do pai e da mãe na gestão familiar. O Apêndice III corresponde à matriz de redução de dados sobre este tema.

Em relação às ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos seus filhos, o discurso dos pais mostra que relativamente à categoria responsabilidade dos pais na modelação social para os consumos de SPA todos os pais estão cientes dos fatores de vulnerabilidade e de proteção, uma vez que eles próprios enfatizam o quão importante é o papel da família na modelação social para a prevenção do consumo de SPA. “Os pais são responsáveis porque têm de dar o exemplo; conversar e informar os filhos (nem que seja tabu), pode beber, pode fumar, mas as consequências são estas; controlar dinheiro e companhias (com quem estão, para onde é que vão)” M4; “Os pais têm muita responsabilidade, pois para além de darem o seu exemplo (...); se (...) a família tiver bom ambiente as crianças têm uma vida mais saudável e são mais responsáveis” P2.

O uso de substâncias psicoativas está relacionado com o processo de socialização do indivíduo, em que a influência da família é importante, já que é nesta esfera de influência onde o adolescente adquire crenças, valores e hábitos que podem ter uma influência na probabilidade do uso de substâncias. Isso não significa que há uma relação causal entre a influência da família e uso de drogas no filho. Mas é inegável que as práticas parentais são fundamentais para a prevenção de comportamentos de risco no uso de drogas (Becoña *et al.*, 2012a).

No que diz respeito ao ambiente familiar, este constitui um importante fator a ter em consideração, quer isoladamente quer em interação com outros fatores determinantes na adoção de comportamentos de risco. A qualidade da vida familiar e as práticas parentais parecem ter uma grande influência na prevenção dos comportamentos de risco dos adolescentes, nomeadamente no consumo de substâncias psicoativas, sendo especialmente importante na relação familiar o diálogo entre gerações e o conhecimento que os pais têm sobre os seus filhos (Ferreira, 2013).

Entre os principais fatores familiares de risco identificados em vários estudos destacam-se os problemas de relacionamento entre pais e filhos, relações afetivas precárias, ausência de regras e normas claras dentro do contexto familiar (limites), uso de substâncias psicoativas pelos pais, irmãos ou parentes próximos, situações de conflito permanentes, dificuldades de comunicação, falta de acompanhamento e

monitorização constante dos filhos por parte dos pais, falta de apoio e de orientação e falta de qualidade nas relações familiares. Neste sentido, as crianças privadas de experiências positivas e consistentes em contexto familiar são as mais carentes a nível de experiências de reforço ao atingirem a idade escolar, o que pode influenciar o desempenho escolar das mesmas, no seu processo de socialização e no estabelecimento de vínculos fortes com instituições como a escola, funcionando, assim, como fatores de risco em relação ao uso de substâncias psicoativas na adolescência (Pratta & Santos, 2006).

No domínio da família, os fatores de risco são a baixa ou deficiente supervisão familiar, falta de disciplina familiar, história familiar de comportamento antissocial, atitudes parentais favoráveis ao comportamento antissocial e atitudes parentais favoráveis ao uso de substâncias psicoativas. Como fatores de proteção nesta área indicam o apego à família, as oportunidades para o envolvimento familiar e os reforços pelo envolvimento familiar (Becoña, 2002). Entre as atitudes e comportamentos familiares em relação ao consumo de drogas é claro, como visto até agora, que uma atitude mais favorável e comportamento de consumo dos pais vão corresponder a um maior consumo de drogas pelos seus filhos, tanto pelo processo de socialização como pelo processo de modelação que ocorrem na aprendizagem. Vários estudos têm encontrado consistentemente que o consumo de substâncias pelos pais está associado ao consumo de substâncias pelos seus filhos, tanto para o consumo de tabaco, como para bebidas alcoólicas ou substâncias ilegais. Por outro lado, quando os pais não consomem qualquer tipo de substância e existe uma boa estabilidade emocional na família, o não consumo dos pais é um fator de proteção para as crianças e até indiretamente influencia o não consumo dos amigos dos seus filhos (Book *et al.* *apud* Becoña, 2002). Finalmente, alguns estudos descobriram que as atitudes permissivas dos pais para o consumo, em vez do consumo real por parte dos pais, é um fator do mesmo peso para explicar o consumo de substâncias pelos seus filhos, como se os pais realmente consumissem (Becoña, 2002).

Quase todos os pais expressaram a sua opinião reforçando a sua responsabilidade, no entanto alguns pais acrescentam também a responsabilidade dos próprios adolescentes e os seus fatores individuais. “A família tem um papel muito importante, mas as características pessoais também são muito importantes, estas questões pessoais decorrem do desenvolvimento e da comunicação com a família, mas nem todas” M7; “Temos de ter em conta (...) a família, mas também a personalidade, por exemplo se é medroso (isto também tem a ver com a educação da família) (...) pode também começar a consumir, mesmo tendo uma boa família que até conversa e

transmite informação” P6; “Uma criança mais curiosa pega facilmente num cigarro” M3. No domínio individual alguns dos fatores de risco considerados na literatura são a rebeldia e as atitudes favoráveis ao comportamento antissocial (Becoña, 2002).

Quanto à categoria intervenção dos pais na prevenção do uso/abuso de SPA, os pais sublinharam a importância do diálogo com os filhos sobre este tema, eles consideram que a família deve conversar com as crianças e adolescentes sobre o consumo de SPA, mostrando-lhes as consequências, logo a partir do 1º Ciclo do Ensino Básico e manter uma comunicação aberta e bom relacionamento. “Conversar com os filhos, mostrar-lhes as consequências” P1; “Dar exemplos de como é que as pessoas ficam quando consomem (...), como é que as famílias ficam” P2; “Na primeira filha, comecei a falar cedo, tendo em conta os programas da escola que neste momento são facilitadores. Os filhos mais novos normalmente já falaram com os mais velhos. Quanto mais cedo melhor, talvez a partir do 5º ano” M7.

No entanto, os pais têm consciência de que o acesso à informação pode não ser suficiente, especialmente se os amigos ou colegas consomem SPA. “Num momento errado na vida podem entrar no meio e procurar pessoas que consomem. A informação não foi suficiente” M7. Quando M7 refere que “a informação não foi suficiente” todos os pais concordaram.

São vários os estudos que apontam a boa comunicação entre pais e filhos como fator protetor nos comportamentos de risco e, apesar de a adolescência ser caracterizada por um afastamento da família, esta continua a ser um pilar fundamental no desenvolvimento harmonioso do adolescente. A relação que os adolescentes mantêm com seus pais poderá ser um fator de peso na opção do adolescente por um estilo de vida saudável. A comunicação e apoio parental podem ser fontes alternativas do apoio do grupo de pares e agir como fator de proteção no envolvimento em comportamentos de risco (Becoña, 2002). Os jovens que apresentam facilidade em comunicar com os pais, são os que estão menos envolvidos em comportamentos de risco, estão mais satisfeitos com a vida, são mais felizes e apresentam maiores índices de bem-estar (Ferreira, 2013).

Camacho, Matos & Diniz (2008), referem no seu estudo que os jovens que apresentam facilidade em falar com os pais e que os pais sabem muito sobre os seus amigos, maneira como gastam o dinheiro, onde estão depois da escola, saídas à noite e como passam os seus tempos livres são os que apresentam menores índices de consumo de substâncias psicoativas. Os adolescentes que nunca experimentaram bebidas alcoólicas, nunca estiveram embriagados, que não fumam e que não consumiram drogas no último mês mencionam mais frequentemente que têm maior

facilidade em falar com os pais, enquanto os jovens que não têm ou não veem os pais apresentam maiores índices de consumo (Camacho, Matos, Tomé, Simões & Diniz, 2010). Se, por um lado, os pais funcionam como fator de proteção, por outro, aumentam a probabilidade de os jovens se envolverem em comportamentos de risco. Os jovens com dificuldade em comunicar com os pais são os que se envolvem em comportamentos de risco (Ferreira, 2013).

Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann (2002), no seu estudo, referem que existe uma diferença significativa na forma como a mãe e o pai comunicam com os seus filhos e que, tanto do ponto de vista da mãe como dos filhos, a mãe é quem comunica melhor com os filhos adolescentes, independentemente do sexo destes.

Por outro lado, informar e argumentar sobre drogas é importante, mas os pais precisam saber que isso não é suficiente como uma ação preventiva. Os jovens de hoje têm acesso a uma infinidade de informações sobre substâncias, e cerca de metade deles falam sobre as drogas e os riscos relacionados com os seus pais. Os pais precisam estar cientes de que a informação que fornecem vai ser interpretada de acordo com outros *inputs* poderosos (contextos, comunicação social, cultura dos jovens e estilos de vida, normas formais e informais, etc.). Portanto, os pais devem lidar com essas influências e estar cientes de que os seus filhos não estão imunes a fontes exteriores (Becoña *et al.*, 2012b).

Em relação à reação dos pais face ao uso/abuso de SPA, esta categoria foi subdividida em duas subcategorias, uma vez que quando questionados os pais sobre o que eles fariam se descobrissem que os seus filhos consumiam SPA, estes referiram que a família deve questionar as razões “Questionar - como é que caístes?” P2; e punir, se assim for necessário, especialmente com punição psicológica, restringindo os momentos recreativos, limitando o uso de telemóvel, etc. “ (...) mostrava decepção com o comportamento dela o que a iria magoar e fazer sofrer” M4; “Castigo: saídas em casa, sem telemóvel, sem computador” P8.

O risco de abuso de substâncias aumenta quando as práticas de gestão familiar são caracterizadas por expectativas de comportamento pouco claras, baixo controlo e monitorização do seu comportamento, poucos e inconsistentes reforços de comportamento positivo e castigos excessivamente severos e inconsistentes para o comportamento desejado. No outro extremo, o conflito familiar é um fator que facilita o consumo de substâncias em adolescentes, como encontram sistematicamente os estudos sobre este assunto (Becoña, 2002). Neste sentido, os teóricos são contra a punição referindo que se os pais quiserem que os filhos façam algo, têm que “premiar” esse comportamento. Um prémio não é apenas um presente material, pode ser um

beijo, um elogio. Só reforçando, este terá sucesso para motivar o comportamento positivo, nunca através da punição. A punição serve apenas para eliminar comportamentos negativos que os pais querem que os seus filhos deixem de ter.

Por outro lado, os participantes referem ainda que alguns pais não estão cientes do comportamento dos seus filhos, uma vez que estão muito ausentes de casa. “ (...) a mãe da colega nem se apercebe, uma vez que os pais são divorciados e que por vezes a filha diz que fica em casa de amigos” M3.

No que diz respeito ao controlo e estilos parentais, esta categoria foi subdividida em duas subcategorias Colocar limites ao uso de SPA e Proibir o uso de SPA. Os pais consideram ser necessário estabelecer limites (explicando os fundamentos e gerindo de acordo com as características do adolescente), ainda que estes limites possam ser infringidos ou negociados. “Devemos colocar alguns limites, ainda que possam pisar o risco. Com limites temos mais armas para negociar. Depois vêm as punições, só há punições se forem estabelecidos limites” M7. Mas alguns pais consideram que não existem limites, pois para eles proibir é negativo e é uma utopia. “Discutir limites e proibir é uma utopia; mais cedo ou mais tarde experimentam” P8; “Criar limites é adiar o problema. Devem ter alicerces, ter noção e responsabilidade” P2. Um dos pais contradiz os outros, ao referir que deve ser dada liberdade aos adolescentes desde que estes tenham sucesso académico. “O meu filho sai desde os 15 anos, só exijo que tenha boas notas, enquanto tal tem toda a liberdade” P8.

Uma secção importante da literatura que associa a família com a probabilidade de consumo de drogas em adolescentes é a de “gestão familiar”, este conceito refere-se às diferentes habilidades que os pais precisam para estabelecer o controlo do comportamento do adolescente através da sua monitorização, estabelecendo normas/limites, a construção de relacionamentos entre os membros da família, bem como a aplicação de disciplina através da negociação, o reforço positivo e o castigo, que referimos acima. Tem sido demonstrado que a ignorância das atividades dos filhos, a ausência de regras claras sobre o funcionamento familiar e ausência ou imposição extrema ou irracional da disciplina envolve risco aumentado de comportamento desviante e, portanto, do uso de substâncias. Do ponto de vista descritivo de “gestão familiar” postularam três falhas parentais que se encontram na base da presença de comportamento perturbador infantil. O primeiro é a falta de supervisão, que resulta da incapacidade paterna de conhecer, em qualquer momento onde está o seu filho e qual será o seu comportamento esperado (horário de chegada a casa, o que está a fazer, com quem está, etc.). O segundo é um défice em habilidades de liderança, descrita como a incompetência dos pais para estabelecer

normas de comportamento que podem ser convenientemente interiorizadas, reagir adequadamente diante dos incumprimentos ou infrações do mesmo, exigir o comportamento correto, em suma, para exercer a autoridade. O terceiro é um déficit da gestão das contingências, ou da habilidade de recompensar ou castigar adequadamente o comportamento infantil ou adolescente, eliminando ou reduzindo o comportamento desviante e promovendo o adaptado de acordo com as leis do comportamento. Estes três défices assinalam a falta de habilidades que estão no núcleo do que tem sido definido como estilos educacionais (Villa & Hermida, 2002).

Um aspeto fundamental é o papel da família na formação da criança e do adolescente; é função da família ensinar a criança a lidar com limites e frustrações, crianças que crescem num ambiente com regras claras são, normalmente, mais seguras e sabem o que devem ou não fazer, quando confrontadas com limites sabem lidar com a frustração, uma vez que desenvolveram recursos próprios para superá-la. A presença dos pais perto dos filhos é tão ou mais importante na adolescência do que na infância, uma vez que os primeiros agora têm de estar atentos, mobilizar sem dirigir, apoiar nos fracassos e incentivar nos êxitos, ou seja, estar com os filhos e respeitar cada vez mais a sua individualização (Castro & Rosa, 2010).

Dar aos filhos regras claras sobre o consumo de álcool é mais útil do que falar com eles sobre os riscos da sua utilização (Van der Voorst *et al. apud* Becoña *et al.*, 2012b). Os pais que têm atitudes claras em relação ao uso de drogas e controlam o tipo de amigos com que seus filhos convivem têm mais sucesso em reduzir o uso de droga nos seus filhos e nos amigos dos filhos (Becoña *et al.*, 2012b).

Maior supervisão parental, conhecimento do que os filhos fazem, manter uma atitude restritiva para o consumo, ligação à escola do adolescente e desenvolvimento de atividades extracurriculares que envolvem esforço, estão associados a um menor risco de uso de álcool e de outras drogas. A investigação indica que, quando os pais controlam o comportamento dos filhos, estes apresentam níveis mais baixos de uso de álcool, tabaco e cannabis. Isto é válido tanto para prevenir como para retardar a idade de início dos consumos. Sabe-se que quando o controlo é excessivo, ou é exercido de uma forma muito coerciva e os limites são muito restritivos, podem gerar problemas de rebeldia e de comportamento, sendo essencial contrabalançar e investir no afeto em relação aos filhos (Becoña *et al.*, 2012b).

Quanto ao papel específico do pai e da mãe na gestão familiar, esta categoria foi dividida em Papel do pai e da mãe e Coordenação entre os pais. Quando questionados os pais sobre se há diferenças no papel específico da mãe ou do pai face à prevenção do consumo de SPA a mãe é referida como mais carinhosa e por

isso mais próxima dos adolescentes, embora para os rapazes possa ser o pai. “Mãe é mãe, tem um vínculo mais forte e está mais próxima; embora o exemplo para o rapaz possa ser o pai. O pai também deve assumir a sua parte (...)” P2; “A mãe é mais carinhosa, o papel do pai é mais punitivo” P8. Só quatro pais se manifestaram, dois a favor da diferença e dois pela igualdade; no entanto, metade dos pais considera o género indiferente, mas a complementaridade entre os pais muito necessária. “Em questões de prevenção/informação a responsabilidade tem de ser dos dois, deve ser equitativa, deve haver complementaridade de papéis” M4; “É indiferente” M5. A coordenação e comunicação entre os pais são referidas também como muito necessárias. “A comunicação entre os pais tem de ser coordenada, não pode haver respostas divergentes” M7.

Em relação ao papel da mãe, alguns estudos apontam que, apesar de a mulher ter entrado no mercado de trabalho, aumentando a sua atividade fora do lar e o seu poder económico; o cuidado da casa e, principalmente, o cuidado e educação dos filhos são ainda funções desempenhadas sobretudo por ela. Independentemente das transformações que têm ocorrido na família, as funções e papéis tradicionais baseados nos estereótipos de género, mantêm-se vinculados à mulher, nomeadamente a função de cuidadora do lar e dos filhos. Em vez de ter surgido uma mudança das funções que historicamente têm sido desempenhadas pela mulher, a realidade atual indica um acréscimo de novas funções ao papel feminino na família. Tendo em conta a complexidade das atribuições da mulher no núcleo familiar, é provável que pertença principalmente à mãe o papel de conversar e estar atenta às necessidades e aos interesses dos filhos. A mãe é mencionada, pela maioria dos adolescentes, como a pessoa da família com quem os adolescentes mais conversam, sendo considerada uma pessoa muito coerente e com grande capacidade de entendimento (Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002).

Por outro lado, alguns pais assumiram com maior frequência e qualidade os cuidados aos seus filhos, embora alguns autores afirmem que estas mudanças são muito pequenas e não afetam, no essencial, a clássica divisão entre o que é feminino e o que é masculino no desempenho dos papéis familiares, uma vez que, ainda permanece, frequentemente, relacionada à figura masculina e à função paterna a atribuição tradicionalmente conferida ao pai de providenciar o sustento económico da família. Os adolescentes mencionam que conversam pouco com o pai; mesmo tendo em conta que a figura paterna atualmente tem desempenhado as suas funções com maior qualidade e frequência. O pai ainda ocupa, de forma genérica, um contato periférico na vida do adolescente no que se refere às questões mais pessoais e íntimas, este fato pode estar associado à noção que a maioria dos adolescentes tem

de seus pais, considerando-os como alguém que nem sempre os entende. No entanto, o pai é considerado muito coerente no seu discurso e nas suas atitudes, sendo uma figura avaliada de forma positiva pelos adolescentes (Wagner, Falcke, Silveira & Mosmann, 2002).

Os jovens referem escolher o pai quando necessitam de dinheiro para comprar alguma coisa, falando com a mãe quando querem permissão para sair ou quando necessitam de algum conselho (Wagner, Carpenedo, Melo & Silveira, 2005).

Os adolescentes, quando analisam o seu relacionamento com os seus pais, referem que normalmente são mais próximos da mãe, conversando mais com ela sobre a sua intimidade, além de falarem sobre uma variedade de assuntos mais que com o pai. Deste modo, os adolescentes preferem as suas mães para conselhos e orientação e acreditam que elas são mais abertas e iniciam mais as conversas, aceitando as opiniões dos filhos (Wagner, Carpenedo, Melo & Silveira, 2005).

Na sua investigação, Camacho, Matos & Diniz (2008), ao analisarem a diferença entre géneros afirmam que as raparigas referem mais frequentemente que a mãe sabe muito sobre os seus amigos e sobre as saídas à noite, enquanto os rapazes referem mais frequentemente que o pai sabe muito sobre o dinheiro que é gasto, sabe muito sobre onde estão depois da escola e sabe sobre os seus tempos livres.

Camacho, Matos, Tomé, Simões & Diniz (2010), ao investigarem, também, a diferença entre géneros, verificaram que a comunicação é mais fácil com o pai quando se é rapaz e mais fácil com a mãe quando se é rapariga. Em relação à idade, os jovens de 11 anos relatam mais frequentemente que têm maior facilidade em falar com os pais, mas à medida que vão ficando mais velhos a comunicação torna-se mais difícil.

Em muitas famílias ainda são as mães que são responsáveis pela educação dos filhos, facto que deve ser levado em conta, uma vez que é necessário envolver, tanto quanto possível, os pais também (Becoña *et al.*, 2012a).

2.2.2 - Influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos filhos

Atualmente, os adolescentes passam grande parte do seu tempo de lazer fora de casa, desenvolvendo atividades extra escolares ou na companhia de amigos (Becoña *et al.*, 2012a). O conhecimento dos pais sobre o tipo de grupo em que o adolescente se insere e o tipo de comportamentos em que se envolve poderá facilitar a prevenção de comportamentos de risco.

Interessou-nos conhecer as influências externas que incentivam os adolescentes a consumir SPA, pelo que questionámos os pais acerca da sua perceção sobre influências no comportamento dos adolescentes face ao uso de SPA, o controlo que

os pais possuem sobre as “saídas à noite” dos seus filhos e o controlo exercido pelos primeiros sobre os meios de comunicação social e as novas tecnologias. O quadro 3 apresenta as categorias e subcategorias relacionadas com este tema.

Quadro 3 - Categorização das influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos filhos

Tema	Categorias	Subcategorias
Influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos filhos	Influências no comportamento dos adolescentes face ao uso de SPA	Amigos e grupo de pares
		Contexto escolar
		Desporto e/ou atividades de lazer
	Controlo dos pais sobre as “saídas à noite”	Controlo/supervisão das “saídas à noite”
	Controlo dos meios de comunicação social e novas tecnologias	Televisão
		Telemóvel e internet

Assim, relativamente às influências externas que incentivam o consumo de SPA pelos filhos destacaram-se três categorias: influências no comportamento dos adolescentes face ao uso de SPA, controlo dos pais sobre as “saídas à noite” e controlo dos meios de comunicação social e novas tecnologias. O Apêndice IV evidencia as unidades de registo correspondentes às subcategorias acima mencionadas.

Quanto à primeira categoria: influências no comportamento dos adolescentes face ao uso de SPA, podemos identificar três subcategorias: amigos e grupo de pares, contexto escolar e desporto e/ou atividades de lazer.

Os pais, que participaram no *focus group*, consideram que o papel dos amigos e grupo de pares é importante, influenciando positiva e negativamente. “ (...) o grupo tem um papel muito importante na adolescência e nos consumos nas saídas à noite. Alguns jovens quando em grupo fazem consumos excessivos” M7; “Os nossos filhos têm noção do que os colegas fazem mal; a minha filha tem uma colega (de 14 anos), que é boa aluna e que sai muito ao fim de semana bebendo bebidas alcoólicas em excesso (...)” M3; “As crianças em conjunto são diferentes do que são com os pais; quando têm “líderes” mudam os comportamentos” P6. Todos os pais se manifestaram de acordo com a grande influência dos pares. “Quando a minha filha pede para fazer

alguma coisa, dá sempre o exemplo dos amigos portanto têm muita influência” M4; “Diz sempre que os amigos têm mais liberdade” M5. Referem que os jovens têm consciência disso mas que não aceitam que se fale negativamente acerca dos amigos. “ (...) chamar a atenção que há amigos menos positivos, sem nunca falar mal deles” M5. Salientam que o/a namorado/a tem uma grande influência. “Se o jovem tiver uma namorada que consome, pode também começar a consumir (...)” P6.

Os estudos desta área referem que é no início da adolescência que os grupos e os amigos adquirem uma maior importância na vida dos jovens, sendo que esta crescente importância está relacionada com as necessidades individuais de intimidade, identificação e construção de identidade, advinda do relacionamento com os seus pares. Durante a adolescência os jovens tendem assim a passar mais tempo com os seus pares do que com a sua família, no entanto, a relação dos adolescentes com os pais não perde a função protetora, promovendo a segurança nos jovens. Verifica-se que simultaneamente à integração num grupo de pares, os adolescentes tendem a distanciar-se do controlo parental e de figuras de autoridade, ficando mais vulneráveis ao risco (Ferreira, 2013).

O comportamento relativo ao consumo de algumas substâncias psicoativas que, como vimos, até pode ter origem na família é muitas vezes reforçado por influência dos pares, esta relação interpares é considerada um fator de risco quando os amigos considerados modelo de comportamento revelam tolerância, aprovação ou consomem substâncias psicoativas. Os adolescentes mais vulneráveis têm tendência a inserir-se em grupos onde as atitudes e os comportamentos são idênticos aos seus, é referida uma sintonia, ou seja, os adolescentes que querem começar a aumentar o uso de drogas procuram colegas com valores e hábitos semelhantes, o que pode facilitar e estimular o consumo de substâncias. A pressão de iguais tem sido referida como sendo importante, contudo, pode refletir a tendência de se selecionar amigos com características idênticas às suas em termos de background social e comportamental (Antunes, 1998; Schenker & Minayo, 2005).

Raramente os estudos sobre o consumo de substâncias psicoativas dão ênfase às amizades entre os jovens como fator protetor, uma vez que, geralmente, são focalizadas as influências negativas das amizades e não o estabelecimento ou manutenção de influências positivas dos amigos. No entanto, os grupos de amigos com objetivos e expectativas de realização na vida e movimentos que levam ao protagonismo juvenil e à solidariedade têm um papel fundamental numa etapa existencial em que as influências dos pares são cruciais (Schenker & Minayo, 2005); como é o caso dos grupos de escuteiros, desportivos ou de voluntariado.

Os amigos apresentam também uma importância especial nesta fase da vida dos adolescentes, com eles partilham sentimentos, identidades e interesses comuns. Os amigos são um elemento fundamental para o bem-estar e para o ajustamento global do adolescente. Os jovens mais felizes são os que estão melhor integrados socialmente, têm amigos e têm facilidade de comunicação com eles (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006).

Os pais podem também aumentar o seu conhecimento sobre os amigos dos seus filhos e respetivos pais, estabelecendo regras comuns com eles. Os pais podem criar redes de apoio mútuo com os professores e outros pais, onde encorajam os seus adolescentes a estarem envolvidos em atividades divertidas e saudáveis que, por vezes, envolvem toda a família. A colaboração em rede de pais é fundamental como sistema de apoio, uma vez que permite que os pais partilhem as suas preocupações e soluções para problemas comuns relacionados com a parentalidade. O trabalho em rede aumenta a supervisão dos pais porque, se partilharem estratégias, os filhos não podem usar os amigos como alibi ou desculpa para encobrir as atividades que os pais normalmente não permitiriam. Uma melhor colaboração entre os pais melhora o conhecimento dos pais e aumenta o conhecimento sobre os filhos, enquanto reforça a rede de apoio (Becoña *et al.*, 2012b).

Em relação ao contexto escolar, todos os participantes reconhecem que a escola, em termos de espaço, pode potenciar os consumos. É na escola que estão a maior parte dos amigos e os comportamentos de risco acontecem muitas vezes por pressão dos pares, para afirmação entre colegas. “Os consumos são uma questão de afirmação entre colegas; mesmo com informação, uma boa escola, pais que ensinam há sempre desvios difíceis de enfrentar” P6; “A escola desvia-os, consomem por companhia com colegas que têm dinheiro fácil e o fazem para se evidenciarem, é uma moda para descontraír, alguns nem se apercebem. (...) A escola tem um papel fundamental” M3; “Na escola há grupos que consomem - escola que promove consumo. Mas a escola em termos de organização não potencia os consumos e até os deteta. Em termos de espaço a escola pode potenciar os consumos” M7.

Os pais apontam que os professores sabem mais do que eles acerca dos consumos dos adolescentes, no entanto, a falta de comunicação entre pais e professores e o baixo investimento na prevenção atrasam a sinalização dos problemas. “Os professores sabem quase tudo o que se passa com os alunos, os pais só não sabem porque não vão à escola falar com os professores” M4. Uma mãe refere também a falta de proximidade entre alunos e professores, devido à sobrecarga horária e

burocrática dos últimos; pensa ainda que existe mais informação sobre sexualidade do que sobre SPA. “Devia haver mais proximidade entre os professores e os alunos” M3. A escola pode ser um fator de risco ou um fator de proteção para a saúde, uma vez que o ambiente escolar é responsável pela transmissão de normas e padrões comportamentais, representando um papel determinante no processo de socialização dos adolescentes. Experiências positivas no ambiente escolar podem constituir um recurso para o bem-estar subjetivo dos adolescentes, sendo que a escola se constitui como um importante agente de socialização e um espaço privilegiado de encontros e interações entre os adolescentes. No entanto, alguns fatores como o mau desempenho acadêmico, a falta de motivação para a aprendizagem, o absentismo, combinada à falta de interesse em investir na realização pessoal, podem de certa forma contribuir para o envolvimento em comportamentos de risco, entre os quais, o consumo de substâncias (Schenker & Minayo, 2005; Ferreira, 2013).

Quando pensamos no contexto escolar não podemos descurar o que este espaço representa ao nível da adaptação e desenvolvimento, uma vez que ao longo dos diferentes ciclos escolares o adolescente atravessa vários períodos de transição, por vezes, de difícil adaptação. Por este motivo considera-se que a escola tem um papel importante na promoção da resiliência nos estudantes, sendo um ambiente favorável à aquisição desta competência, que envolve a participação dos jovens e tem níveis elevados de exigência (Schenker & Minayo, 2005; Matos et al., 2012).

Um ambiente escolar de aceitação/suporte contribui para a felicidade e saúde dos adolescentes, os adolescentes mais satisfeitos com a escola revelam menor probabilidade de fumar ou beber em excesso, maior probabilidade de desenvolver relacionamentos positivos com professores e amigos, tendo perceção de serem mais saudáveis e apresentando uma maior adoção de comportamentos protetores da saúde (Ferreira, 2013).

Como referido acima pelos pais participantes no *focus group*, os professores constituem um dos principais elementos do contexto escolar. A ligação que o professor estabelece com os alunos, o suporte que oferece, as expectativas que tem em relação aos seus alunos e as mensagens que transmite acerca das suas capacidades, são fatores importantes para o desenvolvimento de competências em relação a si próprio e à vida escolar. O papel do professor surge como fundamental na promoção de capacidades de decisão e de escolha de estilos de vida saudáveis, sendo por isso a formação de professores de grande importância (Ferreira, 2013).

Para além dos amigos, o suporte dos colegas e dos professores são também fatores determinantes não só da ligação à escola, mas também de perceções de bem-estar ou de sintomas psicológicos. Neste sentido, alguns estudos demonstram que um elevado

suporte e aceitação dos colegas parece estar positivamente relacionado com o bem-estar e negativamente relacionado com sintomas de mal-estar. Em relação aos professores, os estudos referem que o sentimento de apoio por parte dos professores é um dos preditores mais importantes da satisfação dos adolescentes com a escola. Podem ser considerados fatores protetores, a nível escolar, o apego à escola e aos professores, a comunicação entre os pais e a escola e a existência de normas claras na escola (Simões, Matos & Batista-Foguet, 2006; Pacheco, Murcho, Jesus, & Pacheco, 2009).

Relativamente ao desporto e/ou atividades de lazer as opiniões são contraditórias, uns pais referem que os jovens que praticam desporto apresentam menor contato com SPA e um estilo de vida mais saudável, uma vez que se dedicam mais aos treinos e aos estudos; assim como os jovens que se envolvem em atividade de lazer na comunidade. “ (...) Manter as crianças ocupadas em atividades como desporto, teatro, escuteiros, atividades na igreja. Se falarmos com os pais dos miúdos que são atletas de alta competição percebemos que estes são muito responsáveis e têm excelentes notas” P2. A maioria dos pais concorda, acenando com a cabeça de modo afirmativo, no entanto, um dos pais contrapõe esta opinião referindo que as influências negativas podem estar em todo o lado. “Em todo o lado há de tudo, até no desporto, nos escuteiros e na catequese. Não é a escola, é o todo” P6.

Uma das estratégias de prevenção do consumo de substâncias largamente referida é a promoção de formas saudáveis de os adolescentes ocuparem o seu tempo e de utilizarem a sua energia (e necessidade normal de experimentação) tais como o desporto e as atividades artísticas. Loureiro, Matos e Diniz (2008), referem no seu estudo que o desporto pode ter um papel protetor contra o envolvimento em comportamentos de risco para a saúde dos adolescentes uma vez que oferece a possibilidade de participar em atividades estruturadas e de construir relações sociais com os seus pares e treinadores. Estes autores sublinham o facto de a relação entre os comportamentos de risco e a atividade física não oferecerem uma evidência clara do papel protetor das mesmas, uma vez que o impacto da participação dos adolescentes no desporto relativamente ao uso de determinadas substâncias é limitado. Os estudos referidos por estes autores não são consensuais quanto ao sentido da relação entre a prática de exercício físico e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas. No entanto, eles pensam que a prática desportiva dos adolescentes deve proporcionar um ambiente social que promova valores sociais e de saúde básicos ao desenvolvimento harmonioso do indivíduo.

Becoña (2002) refere como fatores de proteção a religiosidade, a crença na ordem moral, habilidades sociais e o apego aos pares e como fatores de risco a ausência de valores éticos e morais, predomínio de valores pessoais e ausência de valores sociais e tradicionais (religião), estando assim de acordo com a opinião de alguns dos pais.

Torna-se necessário salientar que o tempo livre disponível após o fim das aulas, é por vezes onde ocorrem determinados comportamentos de risco, devendo ser alvo de atenção por pais e educadores, de forma a minimizar esses comportamentos (Ferreira, 2013).

Na categoria controlo dos pais sobre as “saídas à noite” quando questionados sobre o controlo/supervisão dos adolescentes em relação às mesmas, os pais referem que conhecem os amigos, sobretudo os de longa data, no entanto, reconhecem a dificuldade de controlar com quem saem à noite, mesmo quando dizem que estão com amigos conhecidos. “À noite não estamos com eles, não os controlamos. Devemos conhecer os colegas, ver como é que eles e os colegas chegam a casa, ver o comportamento dos colegas. Controlar os miúdos hoje em dia é difícil” P8; “No início ia levar e buscar a filha, depois de ter confiança ia deixando. Fui percebendo quem eram os amigos, como é que o grupo sai dos locais” M7.

Reconhecem que “a noite” começa e acaba tarde, da uma hora às seis da manhã, sendo por isso ainda mais difícil de controlar. “Devemos ter noção da noite na cidade. Sair até que horas? Jantar até 0/1h, beber um copo até às 2/4h, depois as discotecas começam a funcionar às 3/4h. Tenho noção dos hábitos e roteiros dos amigos” P8.

Apesar de serem menores de idade, muitos adolescentes saem à noite, durante o fim de semana para irem a festas com os amigos. Lomba *et al.* (2008) referem, no seu estudo, que em média os adolescentes inquiridos saem sete noites por mês, ou seja, saem as duas noites do fim de semana e essas saídas duram, em média, sete horas por noite. Este envolvimento precoce em atividades de diversão noturna leva-os a abandonar outras atividades que ocorrem de dia e estar cada vez menos tempo com a família, substituindo progressivamente pela companhia do grupo de amigos (Becoña *et al.*, 2012b).

A monitorização parental tem sido apontada, tal como a comunicação, como fator de proteção no envolvimento em comportamentos de risco. Observou-se que os adolescentes com uma maior monitorização parental, são os adolescentes mais novos, são as raparigas, são os que têm uma melhor relação com a família. São também os que apresentam menos sintomas de mal-estar psicológico, os que estão mais satisfeitos com a vida e os que apresentam menos envolvimento em comportamentos de risco. Os resultados levam-nos a concluir que uma boa

comunicação, associada a monitorização e supervisão parental, surge inversamente associada aos comportamentos de risco e diretamente associada à saúde e bem-estar dos jovens (Ferreira, 2013).

A monitorização parental é importante que comece desde muito cedo e que se mantenha ao longo do seu desenvolvimento. Em certos casos, quando os filhos chegam à adolescência, os pais relaxam na sua tarefa de supervisão. A supervisão contínua é uma das principais estratégias que os profissionais devem transmitir às famílias. Táticas de supervisão, como manter contacto com os pais dos amigos dos filhos (para partilhar estratégias, experiências e acompanhá-los em conjunto) funcionam. A maioria dos pais usa este recurso para os filhos com idades precoces, mas esquecem-se quando os filhos atingem o período da adolescência, quando é mais necessário, pois é o período onde eles começam ou aumentam o consumo. Portanto, deve-se incentivar os pais a continuar a acompanhar e monitorizar os filhos. Os pais que agem como um grupo, na partilha de estratégias, regras e limites, ganham segurança nas suas ações e garantem uma melhor aprendizagem na aquisição de estratégias adaptadas à idade dos filhos (Becoña *et al.*, 2012b).

Os limites devem ser estabelecidos. Os pais não devem recear falar com os filhos sobre os perigos da noite e exigir que se mantenham sempre contactáveis através do telemóvel, digam para onde vão e com quem. É importante que os pais conheçam e tenham o contacto de um ou mais amigos e no caso dos mais novos, o contacto de outros pais. O local e a hora de chegada são também requisitos importantes (Rubi *et al.*, 2009). O controlo dos pais é fundamental quando se evita a exposição às oportunidades. Sabe-se que, se a supervisão dos pais em relação aos filhos é escassa ou inexistente, é mais provável que os filhos experimentem drogas. Daí a importância de os pais saberem o que seus filhos fazem, tanto quando estão em casa como quando saem com os amigos (Becoña *et al.*, 2012b).

Em relação ao controlo dos meios de comunicação social e novas tecnologias, esta categoria foi dividida em “televisão” e “telemóvel e internet”.

No caso dos meios de comunicação social, os pais reconhecem que determinadas séries televisivas influenciam muito os jovens, fazendo nomeadamente referência à telenovela “Morangos com Açúcar”. “Qualquer ídolo é um exemplo para as crianças (cantores, atores - Ex: Morangos com Açúcar), que pode influenciar negativamente o comportamento das crianças” P2.

Uma tendência muito comum quando se fala de substâncias psicoativas é a absolutização do papel dos meios de comunicação social como fator de risco. Particularmente no caso das drogas lícitas, os meios de comunicação geralmente

mostram imagens muito favoráveis, o uso de bebidas alcoólicas e de tabaco costuma estar associado, através da publicidade, a imagens de artistas, ao charme da sociabilidade e à sexualidade. Frequentemente os anúncios exaltam as substâncias, retratando-as como mediadoras de fama e sucesso. No entanto, não se pode culpar só a comunicação social, por um lado ela reflete e retrata a cultura vigente, por outro lado, seria um erro menosprezar a capacidade crítica dos jovens e a sinergia de vários outros elementos com os meios de comunicação social. Nenhuma publicidade por si só produz o efeito negativo de persuasão, quando fatores protetores atuam em direção contrária; o desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo na família, na escola e com os pares serve de base para uma atitude criteriosa do adolescente quanto às mensagens relativas às drogas lícitas, veiculadas pelos meios de comunicação social (Schenker & Minayo, 2005; Cavalcante, Alves & Barroso, 2008).

Por outro lado, relativamente às novas tecnologias, os pais identificam que é difícil controlar o uso de telemóvel e o acesso à internet. “É difícil controlar o telemóvel e a internet, só conversando” P8. Em muitos dos participantes é notório que não querem “contrariar” os filhos. “Temos de controlar as pesquisas na net e o facebook, mas sem demonstrar” P2.

Um dos saltos qualitativos no discurso histórico dos últimos anos tem sido o surgimento de novas tecnologias. Os adolescentes cresceram com tecnologias como o telemóvel e a internet, que já fazem parte das suas vidas quotidianas. Estas tecnologias, que facilitam um contato rápido e imediato, têm avançado muito nos últimos anos, fazendo com que alguns pais se sintam desatualizados ou com poucas habilidades de gestão, enquanto os seus filhos as foram incorporando em todas as áreas da sua vida: a escola, o lazer, os relacionamentos com amigos, etc. Portanto, uma boa gestão das novas tecnologias tornou-se um requisito básico para os pais. Essas tecnologias, além de facilitarem a criação de redes de famílias, tornam os pais mais próximos da realidade vivida pelos seus filhos, como eles entendem o mundo e se relacionam com ele (Becoña *et al.*, 2012b).

2.2.3 - Reação/resposta dos pais às influências externas

Os pais podem ajudar a estabelecer os fatores de proteção, dentro e fora do contexto doméstico e familiar. As famílias podem definir regras de sair à noite e de consumo de álcool (ou outras substâncias), e monitorização do uso de novas tecnologias onde os filhos podem estar sujeitos a estratégias ou contatos de marketing prejudiciais (Becoña *et al.*, 2012b).

Foram questionados os pais acerca da sua reação/resposta às influências externas que podem incentivar os seus filhos ao uso/abuso de SPA. O quadro 4 evidencia as categorias e subcategorias associadas a este tema.

Quadro 4 - Categorização da reação/resposta dos pais às influências externas

Tema	Categorias	Subcategorias
Reação/resposta dos pais às influências externas	Intervenção da família face às influências externas à mesma	Tempo de lazer com os filhos
		Responsabilidade da família
		Participação em grupos comunitários
	Supervisão das noites “fora de casa”	Advogar ambientes seguros
	Participação dos pais nas atividades da escola	Frequência da participação dos pais
		Responsabilização dos pais
	Redes de resolução de problemas na comunidade	Estratégias educativas
		Técnicos de saúde nas escolas

O quadro anterior demonstra que as reações dos pais às influências externas se prendem com a intervenção da família face às suas influências externas, supervisão das “noites fora de casa”, participação dos pais nas atividades da escola e com a solicitação de redes de resolução de problemas na comunidade. O Apêndice V apresenta as unidades de registo retiradas do *focus group* que correspondem às categorias evocadas.

Quanto à categoria intervenção da família face às influências externas à mesma esta foi subdividida em três subcategorias. Assim, os pais referem que uma das formas de conseguir limitar as influências negativas externas à família é a partilha de mais tempo de lazer com os filhos, ou pelo menos tempo de lazer com mais qualidade. “Ocupar tempo de fim de semana acompanhando os filhos nas suas atividades, ir à praia com eles e com os amigos” P2.

Assiste-se cada vez mais a um decréscimo do tempo que os pais podem despende com os seus filhos, a qualidade do tempo passado em família constitui-se assim como imprescindível no estabelecimento de relações afetivas e de suporte que contribuem para um melhor desenvolvimento do adolescente. A ligação afetiva entre pais e filhos continua a ser um dos principais fatores do bem-estar emocional dos adolescentes e do entendimento que estes têm da sua família (Rubi *et al.*, 2009).

Tanto os pais como os adolescentes precisam de desfrutar de tempo livre, de tempo de lazer, para se sentirem bem. Os períodos de lazer e trabalho, a diversão e a obrigação, ajudam-nos a estruturar e a dar regularidade às nossas vidas. No caso dos adolescentes, o lazer assume particular importância uma vez que eles estão a começar a criar as suas redes sociais, e também porque representa conhecer e explorar coisas novas e excitantes. Para eles, cada dia é único, especial e irrepetível. Tendo em conta que isto é assim, que o tempo de lazer é essencial para os adolescentes, os pais devem promover um lazer saudável e criativo oferecendo-lhes, assim, alternativas aos comportamentos de risco como o consumo de substâncias. Pais e adolescentes devem fazer atividades diferentes, ver televisão em conjunto, fazer excursões, acampamentos, corridas, desportos ao ar livre, desportos em equipa, realizar atividades artísticas ou culturais, ou até cozinhar em conjunto. Se os pais promoverem este tipo de atividades estarão a criar modelos para os seus filhos, para que estes aprendam a “construir” o seu espaço de lazer, de forma livre e crítica. Assim, os pais terão atividades partilhadas com os seus filhos nos seus tempos livres, que têm uma grande importância uma vez que são o ambiente ideal para comunicar com eles, como nessa altura não há obrigações ou sentimentos negativos, todos estarão focados em desfrutar e podem falar relaxados e com tempo. Os pais devem saber que o envolvimento nas atividades dos seus filhos funciona como um fator preventivo (Rubi *et al.*, 2009).

Outra forma identificada de fazer face às influências externas é a família assumir a sua própria responsabilidade, uma vez que para que os jovens possam estar expostos a alguns fatores de risco, nomeadamente à noite, precisam de ter o consentimento dos pais; esta responsabilidade aumenta ainda mais quanto mais novo é o adolescente. Os pais deixam os filhos sair à noite mesmo sabendo que estes têm idade inferior à permitida para entrar nos espaços recreativos. Alguns dos pais presentes no *focus group* acham que os pais que procedem desta forma deveriam ser responsabilizados. “A culpa é da família que deixa sair crianças com 12 anos, os pais é que não os deviam deixar sair, deviam ser autuados” P6.

Como já referimos, a adolescência é um momento de mudança, um tempo em que os jovens têm de encontrar a sua identidade. Neste processo de busca ficam mais perto dos seus amigos, dos seus iguais e “separam-se” um pouco mais dos pais. Nesta fase, parece que tudo é importante, exceto o que os pais dizem, mas isso é mais uma ilusão do que uma realidade. Nesta fase de mudança, os filhos precisam, mais do que nunca, de um ponto de referência claro, alguns modelos positivos, um pai e uma mãe. Apesar de uma maior dependência em relação ao grupo de amigos, normal e

desejável nesta fase, os pais devem estar cientes de como o adolescente se desenvolve no grupo, que papel adquire e como se relaciona. E se acontecer que um dos comportamentos do grupo seja o consumo de substâncias, os adolescentes poderão adotar esse comportamento para se adaptarem. A maneira de prevenir é comunicando com os filhos, mostrando como conseguirão detetar a pressão do grupo de pares, dando estratégias de como dizer “não” sem afetarem a sua imagem (Rubi *et al.*, 2009).

Os pais identificaram ainda a participação em grupos comunitários como forma de controlar as influências externas, estes consideram que a participação dos adolescentes em grupos dinâmicos e que possam apresentar realidades diferentes das suas, podem ajudar os seus filhos a afastarem-se de determinados fatores de risco. “Trabalho na comunidade. Participar em grupos dinâmicos, conhecer realidades diferentes de que não temos perceção” P7.

Becoña (2002), refere como fatores de proteção na comunidade os reforços para o seu envolvimento na mesma e oportunidades para envolvimento nela, alertando ainda que muitos problemas com drogas ocorrem em comunidades ou bairros onde as pessoas têm pouco apego à comunidade.

As atividades que os jovens desenvolvem são chave para a prevenção. Muitas dessas atividades acontecem numa comunidade onde os pais poderão exercer a sua influência. Através de atividades de lazer e diversão, os jovens comunicam entre eles, relacionam-se e criam identidades de grupo, compartilhando culturas e estímulos. Estas atividades são uma experiência de aprendizagem e proporciona-lhes novas habilidades que, embora contrariando as recebidas na escola ou em casa, exercem grande influência sobre a sua avaliação e gestão de comportamentos de risco; dependendo de questioná-las ou adotá-las como parte do seu estilo de vida (Becoña *et al.*, 2012b).

Relativamente à categoria supervisão das noites “fora de casa” é dada grande relevância à subcategoria advogar ambientes seguros, uma vez que mesmo que os pais não saibam que os seus filhos menores de idade tentam entrar num bar ou numa discoteca (uma vez que os filhos por vezes enganam os pais referindo que estão em casa de amigos), estes também não são impedidos de entrar pelos funcionários dos mesmos e são-lhes permitidos os consumos de algumas SPA, nomeadamente bebidas alcoólicas e tabaco. Assim, os pais advogam ambientes mais seguros e exigem a aplicação da lei referente a este assunto. “É preciso advogar para ambientes mais seguros” M7; “Pôr controlo efetivo nas discotecas, pedir identificação dos jovens. Fiscalização. O negócio não se pode fazer à custa dos miúdos” P8; “Os miúdos mais

velhos comprem bebidas para os outros e os empregados nem estão atentos, estão a servir em série” P6.

Vários fatores relacionados ao uso precoce e posterior abuso de substâncias têm a ver com a existência de leis ou normas sociais tolerantes para com o uso de bebidas alcoólicas ou outras substâncias, tendo os adolescentes maior acesso a substâncias que causam dependência ou que estão mais disponíveis para o seu consumo indiscriminado (Becoña, 2002).

Em Portugal, a nova lei do álcool, que entrou em vigor no dia um de maio deste ano, mantém nos 16 anos a idade mínima legal para o consumo de vinho e cerveja e a venda proibida de bebidas espirituosas a menores de 18 anos. Para os adolescentes que beberem, contrariando a lei, as novas regras determinam *“a notificação da ocorrência ao respetivo representante legal, nos casos em que os menores evidenciem intoxicação alcoólica”*. A infração também será comunicada *“ao núcleo de apoio a crianças e jovens em risco localizado no centro de saúde ou no hospital da área de residência do menor ou, em alternativa, às equipas de resposta aos problemas ligados ao álcool integradas nos cuidados de saúde primários da área de residência do menor, nos casos de reincidência da situação de intoxicação alcoólica, ou de impossibilidade de notificação do representante legal”* (Decreto-Lei n.º 50/2013). Os menores ficam igualmente proibidos de consumir bebidas alcoólicas em locais públicos ou abertos ao público, podendo nestes casos ser exigida pelas autoridades a apresentação do documento de identificação que comprove a idade. Com este diploma, aposta-se no reforço da fiscalização nos estabelecimentos de consumo e passa ainda a ser proibida a disponibilização ou venda de álcool em máquinas automáticas e nos postos de abastecimento de combustível em autoestradas ou fora de localidades, entre a meia-noite e as 8 horas (Decreto-Lei n.º 50/2013).

Em relação ao tabaco, no artigo 15º da Lei n.º 37/2007, a proibição de venda de produtos de tabaco é dirigida *“a menores com idade inferior a 18 anos, a comprovar, quando necessário, por qualquer documento identificativo com fotografia”*. A legislação diz ainda que é proibida a comercialização através de máquinas de venda automática, sempre que estas não *“estejam munidas de um dispositivo eletrónico ou outro sistema bloqueador que impeça o seu acesso a menores de 18 anos”*. O incumprimento do artigo 15º determina a aplicação de uma *“sanção acessória de interdição de venda de qualquer produto do tabaco”* (Decreto-Lei n.º 37/2007).

Quanto à participação dos pais nas atividades da escola são referidas duas categorias: a frequência com que os pais o fazem e a necessidade de os responsabilizar pela sua presença na escola.

Em relação à frequência da participação dos pais, estes reconhecem que, de um modo geral, participam pouco na escola, sobretudo por falta de tempo e de interesse. Vão à escola apenas uma vez por em cada período escolar e a frequência diminui com o aumento da idade dos filhos. “A ida à escola é escassa. Vou uma vez por ano, noto que as idas à escola diminuem com o aumento da idade dos filhos e que os pais só vão à escola para se encontrarem com os diretores de turma” M7; “Os pais participam pouco nas escolas por falta de tempo, pois têm demasiadas preocupações” M3.

Costuma dizer-se que os pais não têm tempo livre para passar com seus filhos, e muito menos para se reunir regularmente com os professores da sua escola, a menos que haja um caso especial que exige uma maior presença. Por outro lado, os jovens passam grande parte do seu tempo na escola e é aí que começam a maioria das suas amizades. Por isso é importante manter contato regular com os diretores de turma dos jovens, com os professores e outros monitores pois eles podem ser os primeiros a detetar problemas de comportamento, uso de substâncias ou a companhia de amigos indesejados (Becoña *et al.*, 2012b).

A dificuldade de aceder à família pode ser explicada pela pouca tradição de associações de pais, bem como pela excessiva delegação de responsabilidade para com a escola que fazem muitos pais. É também uma dificuldade o facto paradoxal de que, geralmente, participam nas atividades aqueles pais mais integrados socialmente, menos consumidores, com melhores habilidades de relacionamento com os filhos e mais motivados para a sua educação, eles são talvez, os que menos precisam, pois a sua participação já é um bom indicador de ajustamento psicossocial da família em questão (Hernandis & Diez, 2002).

Camacho & Matos (2006), referem no seu estudo que maioria dos Encarregados de Educação considerou que a sua participação na educação dos filhos é boa, embora gostassem de ter mais tempo para passar com os filhos, têm acesso à informação relativa ao desempenho do jovem através das reuniões no final de cada período. Os encarregados de educação referem mais frequentemente que costumam colocar as dúvidas acerca da saúde, bem-estar e educação ao seu médico de família. Os professores inquiridos referem que as reuniões no final de cada período são uma das estratégias utilizadas que apresenta maior eficácia, embora refiram que são poucos os pais que participam na educação dos filhos.

Relativamente à responsabilização dos pais, alguns referem que por vezes a escola também não os incentiva a participar mais. “Os pais nem sempre sabem como e quando participar nas escolas dos seus filhos” M3; “Às vezes as escolas também não promovem muito e os pais desligam-se” M7. Assim, sugerem uma maior

responsabilização, referindo que a escola devia apostar mais no contato com os pais através das novas tecnologias e sugerem ainda que os pais deviam começar a ter “faltas” se não se demonstrassem envolvidos nas atividades escolares dos filhos. “Deviam criar um modo eletrónico de contacto com os pais” M7; “Os pais deviam começar a ter faltas e chumbar por faltas” M7; “Deviam arranjar uma caderneta para os pais, que fosse obrigatória em todas as escolas” M5.

É importante que os pais mantenham uma relação espontânea com a escola para ajudar a melhorar a adaptação, a socialização e desenvolvimento pessoal dos filhos. Os professores são hoje um elemento básico do processo de socialização dos filhos. Por isso há necessidade de os pais interagirem com os professores, juntamente com os alunos, para constituírem uma comunidade educativa que permita o desenvolvimento de um projeto compartilhado (Becoña *et al.*, 2012b).

Por último, a categoria redes de resolução de problemas na comunidade está subdividida em duas subcategorias, que os pais consideram de grande importância: as estratégias educativas e a presença de técnicos de saúde nas escolas.

Quando um pai referiu o reforço das estratégias educativas, todos os outros se mostraram de acordo, defendendo a existência de estratégias de ensino a ser desenvolvidas para os filhos e para os pais e que, posteriormente, os “obrigue” a conversar em família acerca de assuntos que estes consideram delicados, nomeadamente os consumos de SPA. “Divulgação máxima, muita informação nas escolas, para depois discutir abertamente em casa” P8.

Segundo o Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006, p. 5), a “*família é a primeira escola da criança e deve ter como objetivo a busca e a prática do bem-estar físico, psicológico, social, afetivo e moral, constituindo também um elemento preponderante na atenuação das fragilidades inerentes à doença, em especial as doenças crónicas ou incapacitantes*”. Por outro lado, uma escola que pretenda promover a saúde, deve mobilizar a participação direta da comunidade, desde as decisões sobre o projeto, ao envolvimento da própria escola, dos serviços de saúde, da comunidade de pais, dos voluntários, das empresas, dos parceiros diversos, até à sua execução e avaliação. Assim, neste contexto referido pelos pais que participaram no *focus group*, este programa apresenta entre as suas finalidades a intenção de reforçar os fatores de proteção relacionados com os estilos de vida saudáveis incluindo nomeadamente a “Educação para o consumo” (DGS, 2006).

Outra reivindicação dos pais foi a existência de mais técnicos de saúde nas escolas. “As escolas devem ter mais técnicos de saúde, há miúdos que não vão ao Centro de Saúde” M5.

Neste sentido, e tendo ainda em conta o Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006), os técnicos das equipas de saúde escolar são profissionais preparados para apoiar o desenvolvimento do processo de promoção da saúde em meio escolar, que sabem partilhar saberes e encontrar pontos de convergência, no desafio da saúde positiva para todos. A equipa nuclear de saúde escolar deverá ser composta por médico e enfermeiro, na base de 24 horas/semana por cada grupo de 2500 alunos, o que raramente acontece na maioria das escolas.

2.2.4 - O que sabem os pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos

Habitualmente, o conhecimento dos pais sobre os comportamentos de risco dos filhos, e fatores associados, é analisado com base nas respostas dos próprios jovens. Os pais devem saber que o uso e abuso de substâncias como as bebidas alcoólicas, tabaco ou cannabis é uma prática comum no estilo de vida dos adolescentes de hoje. Muitos pais não sabem o que os seus filhos fazem quando saem e passam tempo com os amigos, ou demonstram ingenuidade, pois, apesar de cientes do fácil acesso às drogas e sabendo que os amigos de seus filhos consomem, não consideram que os seus filhos podem estar a fazer o mesmo (Becoña *et al.*, 2012b).

De forma a descobrir o que os pais sabem acerca do uso de SPA pelos seus filhos foi-lhes perguntado se conheciam os comportamentos de risco por parte deles, se sabiam como os filhos podiam aceder a SPA, nomeadamente às substâncias ilícitas e, finalmente, quais as suas preocupações em relação às consequências de um possível consumo de substâncias por parte dos filhos. O quadro 5 mostra as categorias e subcategorias que emergiram do tema referido.

Quadro 5 - Categorização dos conhecimentos dos pais sobre o uso de SPA

Tema	Categorias	Subcategorias
Conhecimentos dos pais sobre o uso de SPA	Conhecimentos dos pais sobre comportamentos de risco dos filhos	Acreditam que os filhos já experimentaram mas não são consumidores
	Conhecimentos dos pais sobre acesso às SPA	Locais de acesso
		Locais de consumo
	Preocupação dos pais em relação às consequências dos consumos de SPA, inclusive no futuro	Consciência dos filhos face às consequências
		Reação dos pais face ao consumo real

De acordo com o quadro 5, os participantes do *focus group* identificaram três categorias: Conhecimentos dos pais sobre comportamentos de risco dos filhos, Conhecimentos dos pais sobre acesso às SPA e Preocupação dos pais em relação às consequências dos consumos de SPA, inclusive no futuro. O Apêndice VI apresenta as unidades de registo que permitiram identificar os conhecimentos dos pais face ao uso de SPA, ao seu acesso e às suas consequências no futuro.

Em relação ao conhecimento dos pais sobre os comportamentos de risco de seus filhos, estes acreditam que os filhos já experimentaram mas não são consumidores regulares (referindo-se apenas às bebidas alcoólicas e ao tabaco), uma vez que os filhos têm informação sobre os riscos e consequências do uso destas substâncias. “Não acredito que a minha filha seja a santinha que parece; ela confessou que já experimentou fumar, mas não sei se voltou a fumar” M4; “A minha filha demonstra desagrado em relação a quem fuma. Álcool diz que não gosta, mas já deve ter experimentado” M7. Apenas duas mães têm coragem de admitir que não sabem se as filhas já experimentaram substâncias ilícitas. “Outro tipo de drogas, não sei, não consigo estar com ela 24h” M4; “Outras drogas não sei, não posso pôr as minhas mãos no lume. Pode não ter experimentado por ter medo. A curiosidade pode ser um fator importante para experimentar” M7.

O conhecimento dos pais sobre o uso de substâncias dos filhos é extremamente vago, em termos gerais, e tende a subestimar o consumo real. Isso pode explicar, em parte, por que é que os pais não participam com maior frequência em atividades preventivas. Os pais parecem um pouco ingênuos ao avaliar o uso de substâncias pelos filhos, embora tenham uma maior perceção de facilidade de acesso às drogas do que os seus filhos. A perceção dos pais sobre os amigos dos seus filhos e hábitos de

consumo dos seus pares está mais perto da realidade do que ao expressar o consumo dos próprios filhos (Becoña *et al.*, 2012b).

Em relação ao conhecimento dos pais sobre o acesso às SPA, estes destacam duas subcategorias: os locais de acesso e os locais de consumo.

Os pais reconhecem que as SPA são acessíveis, mas não sabiam que eram baratas (especialmente as substâncias ilícitas). “Sei que as drogas ilegais são acessíveis, mas não sabia que era barato” M5. Alguns pais referem ter consciência da existência de “Smart Shops”. “Em Coimbra existem duas “Smart Shops”, com “drogas legais”. Isso devia ser proibido” P2. No entanto, a maioria dos pais fez um ar de surpresa demonstrando desconhecimento acerca das mesmas e acenando positivamente com a cabeça quando P2 refere que estas lojas deviam ser proibidas.

Embora os pais estejam conscientes de que o acesso às substâncias é muito fácil, não parecem entender que isso pode ter um efeito sobre o consumo de substâncias nos filhos. Alguns estudos referem que muitos dos primeiros consumos de drogas começam na família, onde as crianças podem observar os consumos dos seus membros ou qualquer membro da família pode incitar diretamente o jovem ao seu uso (Becoña, 2002).

No nosso meio há uma grande permissividade em relação ao consumo de drogas. O acesso a drogas legais é regulamentado, mas as restrições não são devidamente aplicadas. O mercado das drogas ilegais é muito diversificado no tipo de substâncias, através de vários canais de fornecimento. A grande acessibilidade e disponibilidade são de grande relevância, especialmente sobre os adolescentes que têm um acesso fácil ao álcool (Gosellet *apud* Becoña *et al.*, 2012b).

O moderador do *focus group* esclareceu que atualmente a banalização do consumo de drogas tem vindo a aumentar muito significativamente, sendo um dos exemplos mais flagrantes as “Smart Shops”. Estes estabelecimentos proliferam a um ritmo extraordinário, vendendo, de forma legal, substâncias com efeitos psicoativos. Legalmente são “ervanárias especializadas”, vendem substâncias psicoativas, vendem produtos cuja composição química original (a ilegal) é alterada em alguns aspetos moleculares, colocando-as fora da lista de substâncias proibidas. Em alguns casos essas alterações moleculares até aumentam os efeitos das substâncias originais. Têm rótulos a avisar o comprador que não se destinam a consumo humano, de modo a desresponsabilizar as lojas dos perigos que advêm da sua utilização.

Um diploma publicado em Diário da República em 17 de Abril deste ano, proibiu a venda, produção e publicidade de 159 substâncias que até aí eram consideradas

drogas legais e que eram vendidas em “Smart Shops”, ou na Internet sob pretexto de serem, por exemplo, fertilizantes para plantas (Decreto-Lei n.º 54/2013).

Quanto aos locais de consumo a maioria dos pais acreditam que a casa dos amigos seja o local privilegiado para o consumo de SPA. “Pode ser no melhor sítio de todos, mais sossegado e protegido” P8; “A casa dos amigos pode ser o melhor local para consumir, sempre foi assim!” P6. Uma mãe admite que a determinada altura os filhos começam a omitir alguns fatos acerca das suas saídas. “Percebemos que os nossos filhos nos começam a enganar; a minha filha descaiu-se dizendo que quando ia a casa da amiga, era como se ela morasse sozinha naquela casa” M7.

Matos & Carvalhosa (2003), mencionam que os locais mais frequentemente referidos para o consumo de drogas são as discotecas, os bairros degradados e a casa de amigos. Entre os outros locais apresentados, encontra-se a escola, locais públicos de lazer como jardins e festas, locais abandonados ou isolados como o carro e a casa de banho, e ainda “em qualquer local”.

Questionando sobre a preocupação dos pais em relação às consequências dos consumos, inclusive no futuro, todos reconhecem que pais e filhos estão conscientes dos perigos e consequências, uma vez que os filhos até fazem trabalhos sobre isso na escola e depois conversam sobre eles com os pais. “Eles próprios já sabem disso, falam dos acidentes, de um episódio de “navalhada” M5; “É a minha própria filha que é muito espontânea a falar desses assuntos” M7; “Trazem trabalhos que fazem na escola, sobre a temática, para discutir com os pais” P8.

Silva *et al.* (2006), referem, no seu estudo, que os receios dos pais em relação ao futuro de seus filhos, no que diz respeito às drogas foram bastante frequentes. Observaram-se dois tipos principais de medos: os relacionados ao mundo externo (influências de amigos/ambientais, marginalidade) e os relacionados às consequências pessoais do uso (dependência, overdose, internamentos).

Em relação à subcategoria reação dos pais face ao consumo real por parte dos filhos, primeiro os pais referem que teriam alguma dificuldade em acreditar e aceitar que isso fosse verdade. “As primeiras vezes os pais nem aceitam, primeiro vão a um psicólogo; só quando o percurso vai longo é que vão a um CAT, primeiro vão a um “especialista disfarçado” como um Psicólogo, ou Psiquiatra” M3. Os pais verbalizam que se tivessem um filho “viciado” isso iria ser um problema muito complicado para toda a família, que teriam forçosamente de procurar ajuda, mas que o fariam no setor privado, uma vez que alguns pais referem não acreditar no sigilo dos serviços públicos. “Seria um percurso longo e muito complicado para toda a família; só se

tratam quando têm motivação. Só com sorte se consegue a reabilitação” M4; “Há pouca privacidade nos serviços públicos” M4.

Silva *et al.* (2006) descrevem, na sua investigação, a reação dos pais ao saberem do uso de drogas pelos filhos. Perante o uso de drogas lícitas (álcool e tabaco), as reações mais prevalentes foram conversar com os filhos e encarar o consumo com naturalidade. Poucos pais relataram conhecer o uso de drogas ilícitas de seus filhos, sendo que, nestes casos, a maioria não acreditou que fosse verdade ou discutiu com os filhos. Estes dados reforçam a ideia de que existe maior tolerância e permissividade dos pais em relação ao uso de drogas lícitas. Os dados mais prevalentes quanto aos sentimentos dos pais ao tomarem conhecimento do uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) pelos filhos foram: indiferença e tristeza. Os sentimentos diante do uso de drogas ilícitas (marijuana e cocaína) foram: tristeza, impotência e medo.

Em síntese, podemos referir que no *focus group* desenvolvido todos os pais concordam que a família tem um papel preponderante na prevenção do uso/abuso de substâncias psicoativas por parte dos filhos, no entanto, os seus conhecimentos, atitudes e crenças face a este tema nem sempre são os mais atualizados ou coerentes. Neste sentido, os profissionais de saúde e, especialmente os enfermeiros de Saúde Comunitária têm uma grande responsabilidade na conceção e na aplicação de Projetos de Intervenção Comunitária que ajudem os pais e conseqüentemente os adolescentes a lidar de forma adequada com a problemática do uso de substâncias psicoativas.

3 - INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM FACE À PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS PELOS ADOLESCENTES

Parece-nos evidente, com base nos resultados obtidos no *focus group* desenvolvido, que é importante desenvolver iniciativas de apoio aos pais (e adolescentes), que consideram frequentemente esta fase do desenvolvimento como um período difícil para o qual não se sentem preparados, sendo prioritário a estruturação de intervenções de enfermagem com foco na família com filhos na adolescência.

A conceção de uma enfermagem centrada no trabalho com as famílias tem vindo a ser desenvolvida desde a definição das metas de saúde para o Séc. XXI, mas foi na Declaração de Munique (Conferência Ministerial da OMS, 2000) que se deu ênfase à figura do “Enfermeiro de Família” que, integrado na equipa multidisciplinar de saúde, assume a responsabilidade pelo contínuo de cuidados em que a família emerge como foco dos cuidados de enfermagem; trabalha com as dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente (Regulamento 126/2011 de 18 de fevereiro).

Por seu lado, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma ajustada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde. Evidenciam-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade (Regulamento 128/2011 de 18 de fevereiro).

Na reorganização do sistema de saúde português, a intervenção de base comunitária é um dos eixos centrais para a construção de mais e melhor saúde para as nossas populações. É especialmente ao nível dos Cuidados de Saúde Primários que se desenvolvem Projetos de Intervenção Comunitária, os quais, abrangem não só um indivíduo, ou uma família, mas uma comunidade ou grupo específico da comunidade.

A prevenção do uso/abuso de substâncias psicoativas atua no âmbito da redução da experimentação e procura destas substâncias, através de um conjunto de estratégias que contribuem para a promoção dos fatores protetores e para a diminuição dos

fatores de risco associados ao seu uso e abuso. Um objetivo importante dos programas de prevenção é a redução da exposição dos jovens a fatores de risco. Contudo, na maioria das vezes, tal não é possível e um objetivo realista passa a ser a redução do impacto dos fatores de risco, justamente através da promoção das competências pessoais e sociais dos jovens, das capacidades de autorregulação face a situações de risco e do aumento das competências parentais, da melhoria da qualidade da vinculação familiar e dos padrões de comunicação pais-filhos. Um outro fator de proteção é o desenvolvimento de uma rede social de apoio, com outras pessoas chave na vida dos filhos. Justificam-se então programas de intervenção com pais e outros familiares numa abordagem integrada dos principais cenários onde as crianças/ adolescentes circulam (Matos & Sampaio, 2009).

Assim, a prevenção pode ser operacionalizada através de uma rede de programas de intervenção nos domínios do indivíduo, da família, da escola e da comunidade, programas estes em que o enfermeiro pode e deve ter um papel preponderante.

O principal desafio na implementação destes programas é conseguir estabelecer o contato entre o adolescente, a família e as unidades de saúde, a fim de otimizar os serviços de apoio, bem como facilitar o acesso à informação. Quando o acesso dos adolescentes e suas famílias não ocorre de forma satisfatória nas Unidades de Saúde, cabe à equipa desenvolver atividades extramuros, na comunidade, em que o enfermeiro se apresenta como membro atuante na equipa, uma vez que a sua formação académica lhe proporciona subsídios para tal. Ações como a divulgação interna na Unidade de Saúde, visitas domiciliárias, divulgações na comunidade e estabelecimento de parcerias institucionais com famílias, associações juvenis, grupos religiosos e escolas, são fundamentais para que um maior número de adolescentes e famílias sejam envolvidos e informados sobre as perdas e ganhos, quando se escolhe ou se abdica das substâncias psicoativas (Cavalcante, Alves & Barroso, 2008).

Apesar de as consultas de vigilância de saúde na adolescência estarem previstas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, tem havido uma certa dificuldade em generalizar esta prática. A presença dos adolescentes nos serviços de saúde é considerada uma oportunidade única para potenciar as suas aprendizagens, promovendo a assistência em saúde aos adolescentes e famílias. No decurso das consultas de vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, são realizadas intervenções que visam a concretização de um conjunto de objetivos, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde nesta população; tais como: estimular a opção por comportamentos promotores de saúde, nomeadamente os relacionados com a prevenção de consumos nocivos; promover o desenvolvimento pessoal e social dos adolescentes, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, prevenindo situações

disruptivas ou de risco acrescido; apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos (DGS, 2013).

Enquanto as estratégias preventivas tradicionais tinham como objetivo “os jovens sem problemas”, o objetivo do novo paradigma é “jovens totalmente preparados”; o que irá trazer uma nova dimensão aos fatores de risco, que enfatiza a necessidade de promover o desenvolvimento positivo do adolescente através dos seus processos de reafirmação (Becoña, 2002). Neste sentido, é importante tentar criar nos adolescentes aquilo que se considera ser um “estilo de vida saudável” mas, acima de tudo, tentar contribuir para que tenham aquilo a que se pode dar o nome de “atitude saudável”. Uma atitude que passa pela capacidade de tomar decisões refletidas e de resistir a pressões (de pares ou de outras instâncias), valorizando a responsabilidade individual e a consciência dela (Matos & Sampaio, 2009).

Nas fases mais precoces da adolescência, os pais controlam com maior proximidade a situação de saúde dos filhos, porém à medida que a sua autonomia aumenta é essencial que estes comecem a ter maior responsabilidade neste âmbito. Os pais devem-se preparar e preparar os jovens para o processo gradual de autonomia facilitando a comunicação, antecipando cenários, treinando a capacidade de decisão, conquistando confiança, com disponibilidade e concedendo a liberdade merecida, mas com supervisão contínua dos comportamentos de risco. A promoção do suporte familiar, a qualidade da relação familiar e a garantia de que alguém se disponha a ouvir e a supervisionar a evolução do adolescente (Adulto de Referência), são os fatores que mais contribuem para prevenir comportamentos de risco, de acordo com a OMS (Peixoto, Ferrão, Duarte & Jonas, sd).

Peixoto, Ferrão, Duarte & Jonas (sd), defendem que na consulta de Saúde Infantil e Juvenil se podem concretizar estes objetivos. Esta deve ser aproveitada para o início de uma longa caminhada, assente num TRIPÉ constituído no vértice pelo profissional de saúde e na base pela família ou adulto de referência e o jovem, sempre em ligação com a escola e com a comunidade. A entrevista é uma oportunidade para responsabilizar o adolescente pela sua saúde, sendo sempre este o interlocutor principal. Assim, para estes autores esta consulta tem como objetivos:

- 1) Construir o TRIPÉ assistencial, fundamental para a vigilância longitudinal entre o profissional de saúde, a família e o adolescente.
- 2) Informar o adolescente e a família sobre as mudanças que ocorrem na adolescência: biológicas/fisiológicas, cognitivas, emocionais, sociais, morais e as relacionadas com a identidade.
- 3) A nível da família, ensinar:

- ✓ A preparar o Adulto de Referência: informar e promover a comunicação, confiança, supervisão;
- ✓ A promover o suporte familiar, evitando o conflito;
- ✓ O papel do reforço positivo, afeto, apoio, incentivo, disponibilidade e negociação;
- ✓ A identificar estilos parentais de risco (ausência de adulto de referência, doenças familiares nomeadamente psiquiátricas, consumos, violência...);
- ✓ O papel dos modelos - educar pelo exemplo;
- ✓ A fomentar a autonomia com responsabilidade/responsabilização e necessidade de supervisão;
- ✓ A respeitar a intimidade/individualidade;
- ✓ A participação ativa (não intrusiva) na vida do Adolescente: escola, amigos, atividades...

4) Prevenção/Promoção da saúde (física, mental, comportamental)

- ✓ Promover estilos de vida saudáveis (Peixoto, Ferrão, Duarte & Jonas, sd).

Neste contexto, a entrevista de enfermagem assume um papel particularmente importante, na medida em que possibilita identificar as necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados das experiências dos adolescentes. Na entrevista, o adolescente é o ator principal da solução para os seus problemas, o que implica o desenvolvimento de uma relação terapêutica caracterizando-se, não só, por uma parceria entre os diferentes intervenientes no respeito pelas suas capacidades, como também pelas suas opiniões, sentimentos e competências. Nesta entrevista são assegurados o direito à privacidade e a confidencialidade em relação às informações partilhadas entre adolescente e enfermeiro. A entrevista pode ser considerada, em si mesma, um tratamento para uma parte significativa dos problemas que o adolescente pode manifestar. Consiste num espaço privilegiado no contato com o adolescente para conhecer o seu estado de saúde, estilos de vida, identificar problemas, preocupações, necessidades e competências, e simultaneamente, transmitir informações com vista a prevenir eventuais alterações da sua saúde. No decurso da entrevista é essencial o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e o adolescente que favoreça uma vinculação, de modo a que o adolescente seja capaz de revelar os seus sentimentos, problemas e perspetivas (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Assim, a entrevista ao adolescente deve ser estruturada em três fases:

- **Fase de acolhimento**, em que o enfermeiro esclarece as etapas que constituem a entrevista:

- ✓ Entrevista com o adolescente e família, espaço que pode contribuir para o desenvolvimento de uma parceria entre o enfermeiro, familiares e adolescente. Esta situação é importante para observar as relações entre os diferentes membros,

compreender os antecedentes pessoais, familiares e os papéis que adotam no seio da família;

✓ Entrevista individual com o adolescente, é uma altura única para um melhor conhecimento do adolescente, na qual poderá exprimir os seus pontos de vista acerca dos problemas e inquietações, desejos e projetos. Concomitantemente, é um momento para refletir e trabalhar a responsabilidade pela sua saúde e iniciar projetos com significado para o adolescente. Esta entrevista individual dá ao enfermeiro a possibilidade de manifestar um interesse verdadeiro na relação com o adolescente, o que pode aumentar o sentimento de confiança, autoestima e independência em relação aos pais;

✓ Entrevista com o adolescente e família. Esta etapa final pode suceder, sendo necessário validar antecipadamente com o adolescente os assuntos a partilhar.

- **Fase exploratória**, na qual se colhem os dados sobre as diversas áreas de saúde, incluindo a aquisição de informação relevante referente à disposição para aprender, motivação para a mudança, assim como áreas potenciais para promover a aprendizagem.

- **Fase resolutiva**, que corresponde à etapa de educação para a saúde que tem implícito um processo de diagnóstico, planeamento e intervenção, sendo que na fase de avaliação é determinada a natureza da necessidade, bem como a motivação para aprender e as metas a atingir, sendo estas estabelecidas em conjunto com o adolescente e com a família (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Esta entrevista, tendo subentendida uma abordagem holística, é um espaço de trabalho com possíveis efeitos terapêuticos em relação a alguns problemas, esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento de competências, nomeadamente em relação à prevenção do uso/abuso do consumo de substâncias psicoativas. Devem ser incluídas ações destinadas a estimular e promover o desenvolvimento, tais como as informações e ensinamentos aos pais, para que cada criança/adolescente possa atingir o máximo das suas potencialidades no seu processo educativo e social (DGS, 2013).

Ir-á depender do esforço de todos: adolescentes, pais, educadores e profissionais de saúde, tornar estas consultas de vigilância de saúde uma realidade, uma vez que neste domínio há ainda um longo caminho a percorrer (Fonseca, 2008).

Também a nível da comunidade, são escassos os programas de prevenção primária em relação ao uso de substâncias psicoativas dirigidos a adolescentes que envolvem a família e, em particular, os pais. Neste contexto, a intervenção familiar, dado o seu papel central no desenvolvimento do indivíduo e seu potencial desenvolvimento e aprendizagem de competências foi considerada uma área prioritária de intervenção na prevenção. O fundamento para o desenvolvimento destas intervenções preventivas

parte dos indicadores que destacam o papel importante da família, especialmente os pais, para um ajustado, sustentado e harmonioso desenvolvimento das crianças e adolescentes. Trata-se de trabalhar a coesão familiar, criando oportunidades para o envolvimento da família, a supervisão dos pais, o clima afetivo da família e a cordialidade nas relações parentais e relações familiares, a supervisão familiar, as regras da família e a definição de limites parentais (Mendes, 2007).

Neste ponto, encontramos a necessidade de formar, de “educar” os pais para que adquiram os conhecimentos, atitudes e competências necessárias para desempenhar o seu papel educativo corretamente. Desta educação aos pais deve advir uma mudança de atitudes e hábitos. Pelo que, não bastariam só sessões de informação ou folhetos de leitura isolados. Escolas destinadas a pais que têm filhos na infância ou adolescência (que podem ser maioritariamente em ambiente virtual) aparecem como uma oportunidade de fornecer informações aos pais, formação e aconselhamento oportunos para desenvolver o seu papel educativo específico. Ou seja, visam capacitar os pais para terem mais e melhores recursos educativos para desenvolver nos filhos comportamentos, atitudes, valores e competências psicológicas e relacionais que lhes permitam confrontar o mais eficazmente possível a si mesmos e à realidade da vida social (Hernandis & Diez, 2002). Os enfermeiros estão, como já referimos, capacitados para pôr em prática programas de prevenção, que podem ser integrados nas Unidades de Cuidados na Comunidade, à semelhança do que fazem já em outras áreas, como por exemplo com os “Cursos de Preparação para o Parto”.

Não podemos esquecer que um programa de prevenção, envolvendo a família, deve ser claro nos seus objetivos e voltado para as necessidades reais da população, tendo em consideração os contextos nos quais as famílias estão inseridas. A atuação sobre as famílias tende a incentivar as competências educacionais e de comunicação dentro da família, aumentar o sentido de competência parental e a sua capacidade para resolver problemas, bem como conscientizar sobre a importância do seu papel como agentes de saúde. Os programas devem ser concebidos para responder às necessidades e preocupações dos pais, em vez de se concentrarem exclusivamente na formação sobre substâncias psicoativas. Neste sentido, as ações preventivas que têm como foco de atenção a família podem apresentar diversos formatos e métodos (Sánchez & Carrillo, 2002).

A agência dos EUA responsável pelo estudo e tratamento das dependências propõe os seguintes princípios de prevenção para programas aplicados no meio familiar:

- 1) Envolver toda a unidade familiar na aplicação do programa, em todas as fases do seu desenvolvimento;
- 2) Incidir na formação dos pais sobre o comportamento, com os objetivos de:

- a) Reduzir os problemas de comportamento de seus filhos;
- b) Melhorar o relacionamento intergeracional;
- c) Estabelecer um modelo de convivência respeitosa;
- d) Controlar as atividades dos seus filhos durante a adolescência;
- 3)** Incluir componentes educacionais para pais com informações específicas sobre substâncias psicoativas;
- 4)** Realizar programas para pais de crianças e adolescentes de todas as idades;
- 5)** Facilitar o acesso, para as famílias em situação de risco, aos serviços especializados (NIDA *apud* Sánchez & Carrillo, 2002).

Sánchez & Carrillo (2002), sugerem que as estratégias de prevenção familiar sejam divididas em duas fases, uma fase educativa e outra de treino de competências parentais, apresentando conteúdos como:

1) Fase Educativa

- a) Psicologia do adolescente;
- b) Processos de comunicação humana;
- c) Estilos educativos;
- d) Informação específica sobre substâncias psicoativas;
- e) Autonomia e autoestima.

2) Treino de Competências Parentais

- a) Treino de competências de comunicação;
- b) Treino de competências sociais.

Os programas familiares eficazes influenciam a família inteira (e não apenas os pais ou filhos) em processos ativos de troca de competências e comportamento, em vez de transmitir lições educativas didáticas (Kumpfer & Johnson, 2007). Karol Kumpfer é a autora do Programa de Fortalecimento de Famílias, um dos melhores programas de prevenção em meio familiar a nível mundial e dos mais bem avaliados. Este programa de treino de competências familiares, realizado em catorze sessões, destina-se a aumentar a resiliência e reduzir fatores de risco associados ao consumo de substâncias, depressão, violência, delinquência e insucesso escolar em crianças de alto risco entre os 6 e os 12 anos e seus pais. Este programa abarca sempre a totalidade da família (pais e filhos) uma vez que “só quando se proporciona uma nova dinâmica a todo o sistema familiar é que se consegue a mudança”. Este curso tem permitido aumentar a eficácia parental, mudança de comportamentos que poderiam levar aos consumos, melhoria na comunicação entre os membros, menos depressões, entre outros resultados positivos. Em relação aos filhos, baixou os valores “pró-droga”, diminuiu a agressividade, aumentou a cooperação, melhorou as notas e diminuiu o uso de tabaco, bebidas alcoólicas e substâncias ilícitas.

Estas ações de educação para pais devem ser integradas em planos comunitários mais amplos, que sirvam de apoio e mostrem continuidade. Não devemos esquecer que mesmo sendo a família o principal agente socializador, e portanto preventivo, não é o único. A escola talvez desempenhe um papel menos decisivo, mas igualmente conveniente (Hernandis & Diez, 2002). Programas de intervenção escolar e comunitária devem incluir ações dirigidas especificamente à família. Torna-se evidente, com base nos resultados obtidos, que é essencial implementar políticas que facilitam a relação entre as famílias e a escola. Uma boa relação entre a família e a escola traz múltiplos benefícios para ambas as partes. Se, por um lado, a escola pode beneficiar em trazer as famílias para o seu meio, por outro, as famílias poderão aceder na escola a ações de sensibilização que as ajudarão a enfrentar os vários desafios associados à adolescência. Promover programas de desenvolvimento de competências pessoais e sociais para os jovens, na escola, poderá prevenir o envolvimento em comportamentos de risco e pode, igualmente, habilitar os jovens a comunicar de forma adequada, não só com os pais, mas também com os seus pares, prevenindo o isolamento e aumentando o seu bem-estar (Ferreira, 2013).

Os programas de intervenção a nível da família, da escola e da comunidade sublinham a necessidade de inclusão dos jovens como parceiros e como pares em qualquer intervenção com objetivos de otimização da sua saúde e da adoção de estilos de vida saudáveis (Matos & Sampaio, 2009).

De tudo o exposto, pode-se argumentar que a prevenção do consumo de substâncias psicoativas é uma tarefa complexa, em que intervêm uma multiplicidade de fatores psicológicos e sociais. Pelo que não é possível desenvolver um algoritmo que permita conseguir uma intervenção bem-sucedida, ou seja, não existe uma forma única de intervenção que seja a melhor, mas requer uma ampla gama de estratégias de prevenção. O mais importante antes de qualquer iniciativa é o planeamento, para que os esforços isolados não sejam desperdiçados. Toda a ação isolada terá certamente um impacto, que pode ganhar proporções muito maiores se as ações estiverem voltadas para um objetivo comum, atuando de forma coordenada.

Em todos estes aspetos, o enfermeiro a desempenhar funções nos Cuidados de Saúde Primários pode ter, como vimos, um papel preponderante seja através das Consultas de Saúde Infantil e Juvenil nas Unidades de Saúde, ou através das Unidades de Cuidados na Comunidade, desenvolvendo programas de prevenção familiar na comunidade e/ou nas escolas, não esquecendo ainda a importância do seu papel face aos adolescentes através do apoio na implementação do Programa Nacional de Saúde Escolar.

CONCLUSÃO

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno cada vez mais generalizado e característico na nossa sociedade, que varia em função da idade sendo a idade de maior risco de início para o consumo a adolescência, a partir dos primeiros anos da mesma, representando um problema de Saúde Comunitária.

Enquanto fatores determinantes, para o consumo de substâncias psicoativas, existem diversos fatores de risco e de proteção, como a relação com a família, a pressão do grupo de amigos, o desempenho acadêmico e a ligação com a escola, a integração de valores comunitários, a capacidade de decodificação de mensagens provenientes da comunicação social, além de aspetos individuais como a autoestima, capacidade de resolução de problemas, entre outros.

Os adolescentes vivem numa família que tem um papel importante a desempenhar a nível preventivo e de modelação do adolescente e do que ele será no futuro. Não podemos esquecer que o processo de socialização está na base, muitas vezes, de um posterior consumo ou não de substâncias psicoativas. Parece existir evidência que demonstra que os pais têm um papel fundamental na prevenção do consumo de substâncias psicoativas na adolescência, uma vez que conseguem evitar, através das suas condutas e atitudes na vida quotidiana, o aparecimento de fatores de risco.

Os diferentes estilos parentais de socialização (autoritativo, autoritário, permissivo e negligente), através das práticas educativas deles decorrentes foram amplamente relacionados com o uso de substâncias psicoativas. Neste sentido, quando se pensa em ações relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, a família deve ser considerada. Reforçar os seus vínculos e contribuir para que os pais adotem posturas mais benéficas com os filhos, a partir de práticas mais positivas de socialização, podem produzir resultados mais eficazes.

O estudo realizado procura conhecer as vivências dos pais face à problemática do consumo de substâncias psicoativas pelos filhos. Teve como objetivos caracterizar as ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos seus filhos; descrever a sua perceção acerca das influências externas que encorajam os consumos; caracterizar a reação/resposta dos pais a estas influências externas; e identificar o que sabem os pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos através da técnica de *focus group*.

Dos dados obtidos na transcrição das expressões dos oito pais aquando da reunião, destacam-se algumas conclusões que emergem da apresentação e discussão dos

resultados, do enquadramento teórico e dos objetivos propostos. De acordo com as áreas temáticas:

Relativamente à **caraterização dos pais** que participaram no estudo destacamos: o facto de a amostra ser constituída por oito pais, sendo quatro do sexo feminino e quatro de sexo masculino, quando habitualmente a literatura refere uma maior participação das mães em relação às questões relacionadas com os seus filhos. O elevado grau de escolaridade dos mesmos que, segundo a literatura, é um fator protetor para o consumo de bebidas alcoólicas pelos seus filhos. Todos os participantes no *focus group* apresentam um relacionamento estável, sendo na sua maioria casados, os estudos afirmam que a estabilidade familiar é um fator de proteção para o consumo de substâncias psicoativas. Seis participantes (75%) têm dois filhos e os outros dois participantes têm um filho, dados que estão de acordo com os estudos que referem que a família típica portuguesa tem um ou dois filhos, por outro lado, também sabemos que ter irmãos exerce algum efeito protetor sobre o consumo de substâncias psicoativas. Todos os pais têm emprego a tempo inteiro, a literatura mostra-nos que aqueles adolescentes que têm pais desempregados ou com empregos temporários, apresentam maior consumo de substâncias; os pais posicionam-se, predominantemente, num nível socioeconómico médio ou elevado, alguns estudos referem que existe associação entre o alto nível socioeconómico dos pais e o consumo de álcool e marijuana pelos filhos. Como já referimos, aparentemente, os participantes deste estudo pertencem a famílias com mais fatores protetores e poucos fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas pelos seus filhos.

Quanto às **ações dos pais para prevenir o uso/abuso de SPA pelos filhos**, foram identificadas cinco categorias:

- ✓ O discurso dos pais mostra que relativamente à categoria responsabilidade dos pais na modelação social para os consumos de SPA, todos os pais estão cientes dos fatores de vulnerabilidade e proteção relacionados com o ambiente familiar, uma vez que eles próprios apontam a relevância do papel da família na modelação social para a prevenção do consumo de SPA. Quase todos os pais expressaram a sua opinião reforçando a sua responsabilidade, no entanto alguns pais acrescentam também a responsabilidade dos próprios adolescentes e os seus fatores individuais.
- ✓ Quanto à categoria intervenção dos pais na prevenção do uso/abuso de SPA, os pais sublinharam a importância do diálogo com os filhos sobre este tema, eles consideram que a família deve conversar com as crianças e adolescentes, sobre o consumo de SPA, mostrando-lhes as consequências, logo a partir do 1º Ciclo do

Ensino Básico e manter uma comunicação aberta sobre este e outros temas ao longo da adolescência. No entanto, os pais têm consciência que o acesso à informação pode não ser suficiente, especialmente se os amigos ou colegas consomem SPA.

✓ Em relação à reação dos pais face ao uso/abuso de SPA, quando questionados os pais sobre o que eles fariam se descobrissem que os seus filhos consumiam SPA, eles referiram que a família deve questionar as razões que levaram os adolescentes a adotar estes comportamentos e puni-los se assim for necessário, especialmente com “punição psicológica”, restringindo os momentos recreativos, limitando o uso de telemóvel, etc.

✓ No que diz respeito ao controlo e estilos parentais, os pais consideram ser necessário estabelecer limites (explicando os fundamentos e gerindo de acordo com as características do adolescente), ainda que esses limites possam ser infringidos ou negociados; e até proibir explicitamente o uso de SPA.

✓ Quanto ao papel específico do pai e da mãe na gestão familiar, quando questionados se há diferenças nestes papéis face à prevenção do consumo de SPA a mãe é referida como mais carinhosa e por isso mais próxima dos jovens, embora para os rapazes possa ser o pai. Só quatro pais se manifestaram, dois a favor da diferença e dois pela igualdade; no entanto, metade dos pais considera o género indiferente, mas a complementaridade, coordenação e comunicação entre os pais muito necessária.

Em relação às **influências externas que incentivam o consumo de SPA pelos filhos**, foram encontradas três categorias:

✓ Quanto à primeira categoria, influências no comportamento dos adolescentes face ao uso de SPA, podemos identificar três subcategorias: amigos e grupo de pares, contexto escolar, desporto e/ou atividades de lazer. Assim, os pais consideram que o papel dos amigos e grupo de pares é importante, influenciando positiva e negativamente; aceitam que os filhos têm consciência dessa influência mas não aceitam que se fale negativamente acerca dos seus amigos. Em relação ao contexto escolar, todos os participantes reconhecem que a escola, em termos de espaço, pode potenciar os consumos, uma vez que é na escola que estão a maior parte dos amigos e os comportamentos de risco acontecem muitas vezes por pressão dos pares, para afirmação entre colegas. Os pais apontam que os professores sabem mais do que eles acerca dos consumos dos seus filhos, no entanto, a falta de comunicação entre pais e professores e o baixo investimento na prevenção atrasam a sinalização de alguns problemas. Relativamente ao desporto e/ou atividades de lazer as opiniões são contraditórias, a maioria dos pais concordam que os jovens que praticam desporto

apresentam menor contato com SPA e um estilo de vida mais saudável, uma vez que se dedicam mais aos treinos e aos estudos; assim como os jovens que se envolvem em atividades de lazer na comunidade; no entanto, um dos pais contrapõe esta opinião referindo que as influências negativas podem estar em todo o lado.

✓ Na categoria controlo dos pais sobre as “saídas à noite”, quando questionados sobre o controlo/supervisão dos adolescentes em relação às mesmas, os pais referem que conhecem os amigos, sobretudo os de longa data, no entanto, reconhecem a dificuldade de controlar com quem saem à noite, mesmo quando dizem que estão com amigos conhecidos. Reconhecem que a noite começa e acaba tarde, sendo por isso mais difícil de controlar os comportamentos dos filhos neste período do dia.

✓ Em relação ao controlo dos meios de comunicação social e novas tecnologias, no caso da “televisão” os pais reconhecem que determinadas séries influenciam negativamente os adolescentes, por outro lado, relativamente ao “telemóvel e internet”, os pais aceitam que é difícil controlar o uso de telemóvel e o acesso à internet, sendo em muitos casos notório que não querem “contrariar” os filhos.

Considerando a **reação/resposta dos pais às influências externas**, surgiram quatro categorias:

✓ Quanto à categoria intervenção da família face às influências externas à mesma, os pais referem que algumas formas de conseguir limitar as influências negativas externas à família passam por: partilhar mais tempo de lazer com os filhos, ou pelo menos tempo de lazer com mais qualidade; assumir a sua responsabilidade enquanto pais, uma vez que para que os jovens possam estar expostos a alguns fatores de risco, nomeadamente à noite, precisam de ter o consentimento dos pais; participar em grupos comunitários como uma forma de controlar as influências externas, pois consideram que a participação dos adolescentes em grupos dinâmicos e que possam apresentar realidades diferentes das suas, podem ajudar os seus filhos a afastar-se de determinados fatores de risco.

✓ Relativamente à categoria supervisão das noites “fora de casa” é dada grande relevância ao facto de ser necessário advogar ambientes seguros, em que sejam aplicadas as leis relacionadas à idade de acesso aos bares e discotecas e, conseqüentemente, ao acesso a algumas substâncias psicoativas que são passíveis de ser consumidas nestes ambientes noturnos.

✓ Quanto à participação dos pais nas atividades da escola, em relação à frequência da participação dos pais, estes reconhecem que, de um modo geral, participam pouco na escola, sobretudo por falta de tempo e de interesse. Vão à escola apenas uma vez em cada período escolar e a frequência diminui com o aumento da idade dos filhos.

Relativamente à responsabilidade dos pais, alguns referem que por vezes a escola também não os incentiva a participar mais, sugerem uma maior responsabilização, referindo que a escola devia apostar mais no contato com os pais através das novas tecnologias.

✓ Por último, na categoria redes de resolução de problemas na comunidade, os pais consideram de grande importância: as estratégias educativas e a presença de técnicos de saúde nas escolas; defendendo a existência de estratégias de ensino a ser desenvolvidas para os filhos e para os pais e que, posteriormente, os “obrigue” a conversar em família acerca de assuntos que estes consideram delicados, nomeadamente os consumos de SPA.

Tendo em conta **o que os pais sabem sobre o uso de SPA pelos seus filhos**, surgiram três categorias:

✓ Em relação ao conhecimento dos pais sobre os comportamentos de risco de seus filhos, estes acreditam que os filhos já experimentaram mas não são consumidores regulares (referindo-se apenas às bebidas alcoólicas e ao tabaco), uma vez que os filhos têm informação sobre os riscos e consequências do uso destas substâncias. Apenas duas mães têm coragem de admitir que não sabem se as filhas já experimentaram substâncias ilícitas.

✓ Em relação ao conhecimento dos pais sobre o acesso às SPA, estes reconhecem que as SPA são acessíveis, mas não sabiam que eram baratas (especialmente as substâncias ilícitas). Alguns pais referem ter consciência da existência de “Smart Shops”, no entanto, a maioria dos pais fez um ar de surpresa demonstrando desconhecimento acerca das mesmas. Quanto aos locais de consumo a maioria dos pais acreditam que a casa dos amigos seja o local privilegiado para o consumo de SPA.

✓ Questionando sobre a preocupação dos pais em relação às consequências dos consumos, inclusive no futuro, todos reconhecem que pais e filhos estão conscientes dos perigos e consequências, uma vez que os filhos até fazem trabalhos sobre isso na escola e depois conversam sobre eles com os pais. Em relação à reação dos pais face ao consumo real por parte dos filhos, os pais referem que teriam alguma dificuldade em acreditar e aceitar que isso fosse verdade. Verbalizam que se tivessem um filho “viciado” isso iria ser um problema muito complicado para toda a família, que teriam forçosamente de procurar ajuda, mas que o fariam no setor privado.

A utilização do método qualitativo permitiu-nos uma compreensão abrangente do contexto das famílias no que se refere ao uso/abuso de substâncias psicoativas pelos seus filhos. Como vimos, há aspetos da pesquisa qualitativa que fazem com que a

objetividade não faça sentido nestes estudos, assim, o reconhecimento da natureza subjetiva e a compreensão de que os investigadores afetam o que é estudado, é fundamental para este tipo de pesquisa. Por outro lado, num estudo qualitativo a amostragem é sempre intencional, porque não há qualquer razão para que seja representativa da população, portanto foram selecionados os pais de adolescentes através de uma amostragem por conveniência, pelo que não se pode partir destas conclusões para a generalização com outros pais de adolescentes, contudo não se pode invalidar a importância que estas têm.

Neste estudo, o *focus group* demonstrou ser um método eficaz para a colheita de dados em pesquisas qualitativas, que proporcionou riqueza e variedade de dados pela troca de experiências, pela reflexão promovida pela dinâmica e sinergia do grupo.

Optámos por realizar apenas um *focus group* uma vez que no final do mesmo considerámos ter dados suficientes, no entanto, poderia ser interessante ter realizado um segundo *focus group* com algumas variações como por exemplo ser realizado em meio rural, ter pais com outro nível educacional e socioeconómico. A sugestão deste segundo *focus group*, poderia trazer mais riqueza aos dados intragrupo, como depois na comparação intergrupos, mas com a limitação de tempo para realizar o estudo este não foi viável.

Também verificámos, pela literatura, que normalmente participam nas atividades relacionadas com os filhos e com a sua educação, os pais mais integrados socialmente, com melhores hábitos de relacionamento com os filhos e mais motivados para a sua educação, que são provavelmente os que menos precisam; acreditamos que também no *focus group* desenvolvido isto tenha acontecido e que os pais que faltaram fossem os que, provavelmente, mais precisavam de obter informação. Precisamos de desenvolver estratégias para chegar junto desses pais, que normalmente não vão com os filhos à escola ou ao centro de saúde, não participando nas suas atividades.

Os resultados acima descritos confirmam a necessidade de elaborar medidas que facilitam e promovam a saúde dos adolescentes, assim como a maior participação dos pais na educação dos seus filhos, com o objetivo de diminuir os índices de uso de substâncias psicoativas na adolescência. Torna-se por isso importante a participação de todos os agentes educativos, o que poderá ser feito através de ações de sensibilização, *focus groups* com pais e adolescentes, com o objetivo de demonstrar a importância de uma boa comunicação entre pais e filhos e seus benefícios, como construir uma relação de confiança entre pais e filhos, bem como informar os pais e adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e substâncias ilícitas, o que poderá ser realizado nas escolas e na comunidade. Estas ações de educação

para pais e adolescentes devem ser integradas em planos comunitários mais amplos, que sirvam de apoio e mostrem continuidade. Não podemos esquecer, como foi referido, a importância da participação dos adolescentes e de seus pais nas Consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

O estudo evidencia a importância do Enfermeiro de Saúde Comunitária, no desenvolvimento de Programas de Intervenção que devem pressupor que a prevenção do abuso de substâncias psicoativas seja sinónimo de uma vida saudável, empreendimento tão importante para os adolescentes que deve abranger a família, a escola, o grupo de pares, a comunidade e a comunicação social, incluindo os adolescentes como parceiros na prevenção.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios Familiares* (3ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Amado, J. S. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, n.º 5, pp. 53-63.
- Amado, J. S. (2009). *Introdução à Investigação Qualitativa em Educação. Relatório não publicado de uma unidade curricular apresentado nas Provas de Agregação*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Antunes, M. T. (1998). Os Jovens e o Consumo de Bebidas Alcoólicas. *Referência*, n.º 1, pp. 30-39.
- Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2004). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Becoña, E. (2002). Factores de Riesgo y Protección Familiar para el Uso de Drogas. In J. R. Hermida & R. S. Villa. *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias* (pp. 117-137). Ministerio del Interior: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Becoña, E., Brotherhood, A., Calafat, A., Csemy, L., Duch, M., Gabrhelik, R. & Jalling, C. (2012b). *Prevenção de comportamentos de risco na adolescência - Guia para profissionais e mediadores familiares*. Obtido de EFE – Estratégias de Prevenção Familiar para Profissionais: http://www.irefrea.org/uploads/PDF/EFE_ProfessionalsGuide_PT.pdf
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Duch, M. & Fernández-Hermida, J. R. (2012a). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, Vol. 24, n.º 3, pp. 253-268.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Camacho, I. M. (2011). *A Influência da Família na Saúde e nos Comportamentos de Risco dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.
- Camacho, I. & Matos, M. G. (2006). Práticas parentais, escola e consumo de substâncias em jovens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 7, n.º 2, pp. 317-327.
- Camacho, I., Matos, M. G. & Diniz, J. A. (2008). A Família: Fator de Proteção no Consumo de Substâncias. In M. G. Matos, *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?* (pp. 165-199). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.

Camacho, I., Matos, M. G., Tomé, G., Simões, C. & Diniz, J. A. (2010). A Influência da Família no Consumo de Substâncias nos Adolescentes Portugueses. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, n.º 2, pp. 191-208.

Carlini-Cotrim, B. (1996). Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 30, n.º 3, pp. 285-293.

Castro, M. & Rosa, L. (2010). *Fatores de Risco e Proteção na prevenção do uso indevido de Drogas*. Obtido de Universidade Federal de Piauí: http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.7/GT_07_01_2010.pdf

Cavalcante, M. B., Alves, M. D. & Barroso, M. G. (2008). Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na Perspetiva da Promoção da Saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Vol. 12, pp. 555-559.

Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina.

De Antoni, C. M. (2001). Grupo focal: Método qualitativo de pesquisa com adolescentes em situação de risco. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Vol 53, n.º 2, pp. 38-53.

Decreto-Lei nº 50/2013, de 16 de abril.

Decreto-Lei nº 54/2013, de 31 de julho.

DGS. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

DGS. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Duarte, J. (2010). *Valores e estilos parentais educativos em famílias nucleares intactas*. Lisboa: Faculdade de Psicologia.

Feijão, F. (2007). Adolescentes e consumo de substâncias psicoactivas: O tempo e o território enquanto factores subjacentes às dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa. *Toxicodependências*, Vol. 13, pp. 59-80.

Feijão, F. (2012a). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – 3.º Ciclo. Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoativas: uma abordagem integrada*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Feijão, F. (2012b). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – Secundário. Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoativas: uma abordagem integrada*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Feijão, F., Lavado, E. & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas-2011. Grupos etários dos 13 aos 18 anos. ECATD/ESPAD-Portugal/2011*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Ferreira, M. M. & Torgal, M. C. (2010). Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol. 18, n.º 2, pp. 122-129.

Ferreira, M. S. (2013). *Consumo de Substâncias, Estilos de Vida Activos e a Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Ferreira, M., Matos, M. G. & Diniz, J. A. (2008). Consumo de Substâncias na Adolescência: Evolução ao longo de 8 anos. In M. G. Matos, *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À procura de um Estilo?* (pp. 319-340). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.

Filho, H. C. & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas. Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.

Flach, K., Lobo, B. & Potter, J. (2011). *As Práticas Educativas na Família e a importância da presença Parental*. Obtido de www.psicologia.pt: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0276.pdf>

Flick, U. (2009). *Desenho da Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Fonseca, A. C. (2010). Consumo de droga durante a adolescência em escolas portuguesas. *Psychologica*, Vol. 2, n.º 52, pp. 163-184.

Fonseca, H. (2008). *Compreender os adolescentes: um desafio para pais e educadores*. Lisboa: Editorial Presença.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação: da conceção à realidade*. Loures: Lusociência.

Galego, C. & Gomes, A. (2005). Emancipação, rutura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, n.º 5, pp. 173-184.

Gaspar, T. & Matos, M. G. (2008). Consumo de Substâncias e Saúde/Bem-Estar, em Crianças e Adolescentes Portugueses. In M. G. Matos, *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?* (pp. 45-69). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência.

Gomes, M. E. & Barbosa, E. F. (1999). *A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos*. Obtido de www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E9-49D2-A638-6D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf

Hernandis, S. P. & Diez, J. P. (2002). La Implicación de os Padres en los Programas Preventivos del Consumo de Drogas: un Estudio Empírico. In J. R. Hermida & R. S. Villa, *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias* (pp. 325-361). Ministerio del Interior: Plan Nacional sobre Drogas.

IDT. (2011). *Relatório Anual 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodpendências*. Lisboa: IDT.

Iervolino, S. & Pelicioni, M. C. (2001). A Utilização do Grupo Focal como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde. *Revista Escola Enfermagem USP*, Vol. 35, n.º 2, pp. 115-121.

Kumpfer, K. L. & Johnson, J. L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones*, Vol. 19, n.º 1, pp. 13-25.

Lei nº 37/2007, de 14 de Agosto.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lomba, L., Apostolo, J., Loureiro, H., Graveto, J., Silva, M. & Mendes, F. (2008). Consumos e comportamentos sexuais de risco na noite de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, Vol. 14, n.º 1, pp. 31-41.

Loureiro, N. E., Matos, M. G. & Diniz, J. A. (2008). Actividade física, desporto e consumo de substâncias entre adolescentes portugueses. In G. M. Matos, *Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo* (pp. 341-348). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Macedo, A. M. & Duarte, V. L. (2008). *Enfermagem na Saúde Escolar: Consumo de Substâncias*. Obtido de Onco.news: <http://www.aeop.net/sgc/RevistaOn/Articles/DOCS/2fbd66c608ebfc757bdc3c70dd523b43.pdf>

Magalhães, I. & Fonte, C. (2007). *Estudo do Consumo de Drogas na Adolescência e os Estilos Educativos Parentais: implicações para a prevenção*. Obtido de Faculdade de Ciências Humanas e sociais: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/459/1/320-330REVISTA_FCS_04-6.pdf

Matos, M. G. (2008). Adolescência e seus Contextos: o Estudo HBSC/OMS. In M. G. Matos, *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?* (pp. 25-43). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Matos, M. G. & Sampaio, D. (2009). *Jovens com Saúde - Diálogo com uma Geração*. Lisboa: Texto Editores.

Matos, M. G., Simões, C. & Canha, L. (2000). Saúde e estilos de vida em jovens portugueses em idade escolar. In M. G. Matos, *Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp. 217-240). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., Gaspar, T. (2012). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Matos, M. & Carvalhosa, S. (2003). *Consumo de substâncias: tabaco, álcool e drogas*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.

Mendes, F. J. (1999). Drogadicción y Prevención familiar: una política para Europa. *Adicciones*, Vol. 11, n.º 3, pp. 193-200.

Mendes, F. J. (2007). Perspectivas sobre la implementación de programas de prevención familiar. *Adicciones*, Vol. 19, n.º 1, pp. 27-30.

Neto, C., Fraga, S. & Ramos, E. (2012). Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses. *Revista de Saúde Pública*, Vol. 46, n.º 5, pp. 808-815.

OEDT. (2012). *Resumo do Relatório ESPAD 2011: Consumo de substâncias entre os alunos em 36 países europeus*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.

Oliveira, J. B. (2002). *Psicologia da Família*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, J., Murcho, N., Jesus, S. & Pacheco, A. (2009). Factores de risco e de protecção das toxicodependências em crianças e jovens adolescentes: contributos para a sua compreensão. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, Vol. 17, n.º 1, pp. 33-38.

Paiva, F. & Ronzani, T. (2009). Estilos Parentais e Consumo de Drogas entre Adolescentes. Revisão Sistemática. *Psicologias em Estudo*, Vol. 14, n.º 1, pp. 177-183.

Peixoto, J. C., Ferrão, A., Duarte, D. G. & Jonas, P. (s.d.). *Consulta dos 12-13 anos (início da puberdade)*. Obtido de Centro Pediátrico e Juvenil de Coimbra: <http://www.cpjcoimbra.com/pdf/consulta%2012-13%20anosl.pdf>

Pereira, A. I. (2009). *Crescer em Relação: Estilos Parentais Educativos, Apoio Social e Ajustamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pratta, E. & Santos, M. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, Vol. 11, n.º 3, pp. 315-322.

Regulamento 126/2011, de 18 de fevereiro.

Regulamento 128/2011, de 18 de fevereiro.

Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família: Perspectiva Sistémica*. Porto: Afrontamento.

Rubí, M. R., Franzke, N. T., López, E. R., Jerez, M. J., Far, A. C. & Vich, E. G. (2009). *Drogas, Hijos Adolescentes y Dudas, cómo actuar? Manual para Madres y Padres*. Palma de Maiorca: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Sampaio, D. & Gameiro, J. (1995). *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Sánchez, J. P. & Carrillo, F. X. (2002). Factores Familiares, Comportamientos Perturbadores y Drogas en la Adolescencia. In J. R. Hermida & R. S. Villa, *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Ministerio del Interior: Plan Nacional sobre Drogas.
- Schenker, M. & Minayo, M. C. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 10, n.º 3, pp. 707-717.
- Silva, E., Micheli, D., Camargo, B., Buscatti, D., Alencar, M. & Formigoni, M. (2006). Drogas na adolescência: temores e reações dos pais. *Psicologia: Teoria e Prática*, Vol. 8, n.º 1, pp. 41-54.
- Simões, C., Matos, M. G. & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 7, n.º 2, pp. 147-164.
- Spinthall, N. & Collins, A. (2011). *Psicologia do Adolescente: uma abordagem desenvolvimentista* (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Vieira, C. M. (2011). *Metodologia da Investigação em Educação II. Relatório não publicado de uma unidade curricular*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Villa, R. S. & Hermida, J. R. (2002). Factores de Riesgo Familiares para el Uso de Drogas: un Estudio Empírico Español. In J. R. Hermida & R. S. Villa, *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias* (pp. 61-111). Ministerio del Interior: Plan Nacional sobre Drogas.
- Vinagre, M. & Lima, M. L. (2006). Consumo de álcool, tabaco e drogas em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol. 7, n.º 1, pp. 73-81.
- Wagner, A., Carpenedo, C., Melo, L. & Silveira, P. (2005). Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Vol. 18, n.º 2, pp. 277-282.
- Wagner, A., Falcke, D., Silveira, L. & Mosmann, C. (2002). A comunicação em famílias com filhos adolescentes. *Psicologia em Estudo*, Vol. 7, n.º 1, pp. 75-80.
- Weber, L., Prado, P., Viezzer, A. P. & Brandenburg, O. (2004). Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Vol. 17, n.º 3, pp. 323-331.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Guião de discussão do “Focus Group com pais de crianças/adolescentes”



European Family Empowerment
Improving family skills to prevent alcohol and drug related problems
JLS/DPIP/2008-2/112

ESTE FORMULÁRIO É APENAS PARA RECOLHER ALGUNS DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Código FG: _____

Código do participante: _____

Data: _____

1. Idade: _____ 2. Género: 1 Masculino 2 Feminino

3. Grau de Escolaridade:

1 Escola Primária

2

3 Escola Secundária

4 Universidade

5 Outro: _____

4. Actividade económica nos últimos 3 meses:

1 Estudante

2 Empregado/a

3 Empregado/a ocasional

4 Desempregado/a com subsídio

5 Desempregado/a sem subsídio

6 Reformado/a, beneficiário/a por incapacidade

7 Trabalhador ilegal

8 Dona de Casa

9 Outro: _____

5. Estado Civil:

1 Solteiro/a

2 Vive com namorado/a ou companheiro/a

3 Casado/a

4 Divorciado/a

5 Viuvo/a

6 Segundo Casamento

6. Número de crianças: _____

7. Idade da(s) criança(s)

1 1ª criança idade: _____

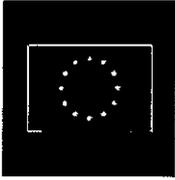
2 2ª criança idade: _____

3 3ª criança idade: _____

4 4ª criança idade: _____

5 5ª criança idade: _____

Comentários:



European Family Empowerment
Improving family skills to prevent alcohol and drug related problems
JLS/DPIP/2008-2/112

FOCUS GROUP COM PAIS DE CRIANÇAS/ADOLESCENTES (10 AOS 18 ANOS)

I. ACÇÕES DOS PAIS PARA PREVENIR O USO/ABUSO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NOS SEUS FILHOS

1. *Quem é responsável pelo uso de álcool e outras drogas do seu filho?*
2. *O que é que pode fazer para ajudar o seu filho a prevenir uso de álcool e outras drogas?*
3. *Que mais é preciso?*
4. *Quando é que é melhor começar a falar?*
5. *O que acha de proibir?*
6. *Quais são as vantagens e desvantagens de proibir/controlar?*
 - 6.1. *O que faria (ou acha que faria) se soubesse que seu filho já bebe álcool? E se abusa/ou de álcool?*
 - 6.2. *O que faria (ou acha que faria) se soubesse que seu filho já experimentou drogas? E se abusa/ou?*
7. *Qual deveria ser o papel da mãe e do pai em relação ao uso de álcool e outras drogas?*
 - 7.1. *Até onde devem eles cooperar?*
 - 7.2. *Como é que isto resultaria no seio da sua família?*
8. *O que acha sobre a importância da comunicação com os filhos na questão do uso de álcool e outras drogas?*
 - 8.1. *O que acha sobre a importância do entendimento com os filhos na questão do uso de álcool e outras drogas?*
 - 8.2. *O que acha sobre a importância de atribuir responsabilidades aos filhos na questão do uso de álcool e outras drogas?*
 - 8.3. *O que acha sobre a importância de estabelecimento de limites aos filhos no questão do uso de álcool e outras drogas?*
 - 8.4. *Há mais alguma coisa que considere importante para complementar esta questão?*

II. INFLUÊNCIAS EXTERNAS QUE ENCORAJAM O CONSUMO

1. *Como é que os AMIGOS influenciam o comportamento dos seus filhos?*
 - 1.1. *Os pais pensam que o consumo de álcool e outras drogas dos amigos dos filhos tem influência nos comportamentos deles?*
 - 1.2. *O que faz como pai/mãe em relação a isso?*
 - 1.3. *Que mais podem os pais fazer em relação a isso?*
2. *Que influência pode ter a Escola nos seus filhos em relação ao uso de álcool e outras drogas?*
 - 2.1. *Que influencia têm os treinadores de desporto e de actividades de lazer nos seus filhos em relação ao uso de álcool e outras drogas?*
 - 2.2. *Que podem os pais fazer para controlar/supervisionar essas influências?*
3. *O que sabe sobre os hábitos de saída à noite dos seus filhos?*
 - 3.1. *Sabe quais os hábitos de consumo (uso de álcool e outras drogas) dos seus filhos durante essas saídas?*
 - 3.2. *Como pode melhorar o controlo/supervisão nessas saídas?*
4. *O que pensa da influência da Internet no consumo/dependência dos seus filhos?*
 - 4.1. *O que podem os pais fazer em relação a isso?*
5. *O que pensa da influência da TV/filmes no consumo/dependência dos seus filhos?*



European Family Empowerment

Improving family skills to prevent alcohol and drug related problems

JLS/DPIP/2008-2/112

5.1. *O podem os pais fazer em relação a isso?*

6. *O que pensa da influência dos media em geral no consumo/ dependência dos seus filhos?*

6.1. *O podem os pais fazer em relação a isso?*

III. REACÇÃO/RESPOSTA DOS PAIS ÀS INFLUÊNCIAS EXTERNAS

1. *Hoje em dia as crianças passam muitas horas longe de casa e experimentam influências de muitos contextos/pessoas.*

1.1. *Até que ponto a família tem obrigação de agir para além de casa?*

1.2. *Que tipo de acções é que acha que deveriam ser tomadas?*

1.3. *Até que ponto são essas acções realistas ou em que condições podem ser levadas a cabo?*

2. *Porque é que é tão difícil para os pais se envolverem e encontrarem soluções em supervisionar as noites fora de casa dos filhos?*

3. *Como lidam os pais com a supervisão dos amigos dos filhos?*

3.1. *Até que ponto os pais devem manter contacto com os pais dos amigos dos filhos?*

4. *Até que ponto participa nas actividades da escola dos seus filhos?*

4.1. *Qual é a medida ideal?*

4.2. *Como avalia a sua participação na escola dos seus filhos?*

5. *Até que ponto os pais devem criar redes para resolver estes problemas a nível da comunidade? O que pensa disto?*

5.1. *Quais as dificuldades que prevê nessa hipótese de criação de redes?*

6. *Como avalia o papel do TIC (TM, Facebook) para manter a relação com outros pais/organizações?*

6.1. *Usa o TIC nesta matéria? O que pode/precisa de ser melhorado para usar melhor o TIC?*

6.2. *Porque é que há pouca supervisão no uso do TIC pelos filhos?*

IV. O QUE SABEM OS PAIS SOBRE O USO DE USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PELOS SEUS FILHOS?

1. *Pensa que os seus filhos experimentam/abusam de álcool e outras drogas?*

1.1. *Como é que sabe que os seus filhos usam ou não usam?*

1.2. *Encontramos disparidade entre o consumo expresso por pais e pelos filhos (e.g. bebedeira). Como explica?*

2. *Como é que avalia o seu conhecimento acerca dos comportamentos de risco em jovens no geral?*

2.1. *Encontramos pais que sabem pouco sobre os comportamentos dos seus filhos. Como explica isso?*

3. *Pensa que os seus filhos sabem onde obter álcool e outras drogas?*

3.1. *Encontramos pais tem pouco conhecimento em como os seus filhos têm acesso a álcool e outras drogas)? Como explica isso?*

4. *Como avalia as diferentes possibilidades de uso de álcool e outras drogas pelos seus filhos*

4.1.1. *Consumo em casa, Em casa de um amigo, Na rua, Em festas, bares, discotecas...*

5. *Até que ponto está preocupado com o recente uso de álcool e outras drogas pelos seus filhos?*

5.1. *Até que ponto está preocupado com o futuro uso de álcool e outras drogas pelos seus filhos?*

5.2. *Quais os problemas/consequências que prevê?*

6. *Que influência o uso de álcool e outras drogas actual terá/poderá ter no futuro dos seus filhos?*

6.1. *De que forma poderá influenciar?*

APÊNDICE II – Ficha de Informação para o Projeto, com Resumo da Pesquisa e Termo de Consentimento



European Family Empowerment

Improving family skills to prevent alcohol and drug related problems

JLS/DPIP/2008-2/112

FICHA DE INFORMAÇÃO PARA O PROJECTO: EUROPEAN FAMILY EMPOWERMENT: MELHORAR AS COMPETÊNCIAS DA FAMÍLIA PARA PREVENIR PROBLEMAS RELACIONADOS COM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Coordenador do estudo em Portugal: Fernando Mendes
Número de telefone: +351 969771666

1. Introdução: Está a ser convidado a participar numa pesquisa que está focalizada no funcionamento familiar como um factor essencial na prevenção primária do uso de álcool e outras drogas, assim como outros tipos de comportamentos de risco. A sua participação no estudo é inteiramente voluntária e é livre de se retirar a qualquer momento. Antes de concordar em participar no estudo, por favor leia as informações seguintes com atenção e sinta-se livre para perguntar ao entrevistador quaisquer dúvidas que possa ter.

2. Resumo de Pesquisa: O objectivo principal deste estudo é explorar as possibilidades de prevenção das atuais famílias europeias em relação ao uso e abuso de álcool e outras drogas nas crianças, para compreender as condições através das quais essas habilidades podem ser aprimoradas. Para tal será necessário identificar as condições que facilitem a capacidade dos pais na gestão de comportamentos de risco das crianças, especificamente os relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

3. Confidencialidade: O seu nome não será registado em nenhum local dos formulários desta entrevista. A fim de preservar a sua confidencialidade, apenas um número será associado às informações que fornecer. O seu nome não aparecerá em qualquer publicação nem será mencionado a qualquer pessoa sem o seu consentimento por escrito.

4. Outras Informações: Como a sua participação no estudo é completamente voluntária, pode se recusar a responder a qualquer uma das perguntas da entrevista. Pode ainda fazer perguntas sobre este projecto sempre que considerar necessário e anular a sua participação no estudo a qualquer momento.

Se necessitar de alguma informação adicional sobre este estudo, pode contactar o coordenador do projecto: Dr Fernando Mendes

TERMO DE CONSENTIMENTO

5. Eu entendo que minha participação neste projecto de pesquisa não pode ter qualquer benefício directo para mim, e que eu posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem afectar os meus direitos ou as responsabilidades dos pesquisadores em qualquer aspecto.

6. Concordo que dados da pesquisa obtidos a partir dos resultados do estudo podem ser publicados, desde que eu não possa ser identificado.

7. Declaro que sou maior de 18 anos.

8. Concordo com a minha participação no projecto: **European Family Empowerment: melhorar as competências da família para prevenir problemas relacionados com álcool e outras drogas**

Assinatura:

Data: Coimbra,

O coordenador do projecto:

APÊNDICE III - Matriz de redução dos dados sobre as ações dos pais face à prevenção do uso/abuso de SPA pelos seus filhos

Matriz de redução dos dados sobre as ações dos pais face à prevenção do uso/abuso de SPA pelos seus filhos

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Responsabilidade dos pais na modelação social para os consumos de SPA	Consciência dos fatores de risco e de proteção relacionados com o ambiente familiar	<ul style="list-style-type: none"> • (...) Os pais que estejam metidos, os filhos também ficam. Depende da companhia, do ambiente em casa, os pais também têm culpa. P1 • Os pais têm muita responsabilidade, pois para além de darem o seu exemplo (...); se (...) a família tiver bom ambiente as crianças têm uma vida mais saudável e são mais responsáveis. P2 • A família, em casa, deve explicar, desde cedo, o que é a droga, o tabaco; e inculcar hábitos saudáveis como o desporto. (...) Os pais têm responsabilidade mas a escola é muito importante. M3 Uma criança mais curiosa pega facilmente num cigarro. M3 • Os pais são responsáveis porque têm de dar o exemplo; conversar e informar os filhos (nem que seja tabu), pode beber, pode fumar, mas as consequências são estas; controlar dinheiro e companhias (com quem estão, para onde é que vão). M4 • Os pais são responsáveis (...). Os pais devem-se esforçar e sensibilizar desde cedo os filhos sobre as consequências do uso de álcool e outras drogas. Os pais são um exemplo para os filhos. Os pais estão em primeira linha e a escola em segunda. M5 • Temos de ter em conta (...) a família, mas também a personalidade, por exemplo se é medroso (isto também tem a ver com a educação da família) (...) pode também começar a consumir, mesmo tendo uma boa família que até conversa e transmite informação. P6 • A família tem um papel muito importante, mas as características pessoais também são muito importantes, estas questões pessoais decorrem do envolvimento e da comunicação com a família, mas nem todas. M7
Intervenção dos pais na prevenção do uso/abuso de SPA	Diálogo com os filhos sobre SPA	<ul style="list-style-type: none"> • Conversar com os filhos, mostrar-lhes as consequências. P1 • Dar exemplos de como é que as pessoas ficam quando consomem (...), como é que as famílias ficam. P2 • Diálogo a dar exemplo do controlo P2 • Na primeira filha, comecei a falar cedo, tendo em conta os programas da escola que neste momento são facilitadores. Os filhos mais novos normalmente já falaram com os pais velhos. Quanto mais cedo melhor, talvez a partir do 5º ano. M7 • A partir do 3º/4º ano. M3 • Deve-se falar talvez no 4º ano, mas seguramente no 5º ano. M7 • Devemos falar nestas temáticas desde cedo, com uma relação aberta, desde que eles compreendam. Os nossos filhos são mais desenvolvidos do que nós a nível de procura de informação (novas tecnologias - internet). P6 • Num momento errado na vida podem entrar no meio e procurar pessoas que consomem. A informação não foi suficiente. M7
Reação dos pais face uso/abuso de SPA	Questionar as razões Punir	<ul style="list-style-type: none"> • (...) a mãe da colega nem se apercebe, uma vez que os pais são divorciados e que por vezes a filha diz que fica em casa de amigos. M3 • Questionar - como é que caístes? Viste como aconteceu? Não tornes a fazer isso. Vai ao Google ver as consequências. P2 • Se mostrasse menos atenção - castigo. P2 • A quente "apanhava"; não sei o que faria M5. • Castigo: saídas em casa, sem telemóvel, sem computador. P8 • Aproveitava a boa relação que temos, quebrava a relação e mostrava deceção com o comportamento dela o que a iria magoar e fazer sofrer. M4

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Controlo e estilos parentais	Colocar limites ao uso de SPA	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir limites e proibir é uma utopia; mais cedo ou mais tarde experimentam. P8 • Concorde. Criar limites é adiar o problema. Devem ter alicerces, ter noção e responsabilidade. As idades não são referência nenhuma; os limites devem ser individuais, cada um sabe o seu limite. Temos de saber os sinais que o nosso corpo nos dá. P2 • Devemos colocar alguns limites, ainda que possam pisar o risco. Com limites temos mais armas para negociar. Depois vêm as punições, só há punições se forem estabelecidos limites. M7 • Tem de haver limites se não pensamos que podem fazer tudo. • Devemos fazer gestão dos limites conforme as características da criança. P8 • O meu filho sai desde os 15 anos, só exijo que tenha boas notas, enquanto tal tem toda a liberdade. P8 • A minha filha começou a sair aos 16 anos, primeiro para jantar, depois até às 2h, a seguir até às 4h e até às 5h, tendo de me enviar um SMS de 2/2h. You sempre buscá-la e vamos a conversar até casa, que é longe. Penso ser capaz de identificar se houver consumos. M4
	Proibir o uso de SPA	<ul style="list-style-type: none"> • Devemos proibir dizendo que não têm idade (“não provas champanhe porque não tens idade”). Não devem provar como se fazia antigamente. M7 • A forma de dizer não também é muito importante; devemos chamar à razão, não sendo muito secos nem evasivos, conversando e dando exemplos dos prós e dos contras. “A cama que fizeram é aquela em que se vão deitar”. P2 • Proibir também é uma coisa negativa. P1 • Cumprir horário, se não tem punição. • Os pais têm um papel fundamental nas primeiras saídas, devem acompanhar os filhos, observar o espaço, os colegas, o ambiente; é importante serem amigos mas têm de ser pais e ser repreendedores. M3 • É indiferente. M5
Papel específico do pai e da mãe na gestão familiar	Papel do pai e da mãe Coordenação entre os pais	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe é mãe, tem um vínculo mais forte e está mais próxima; embora o exemplo para o rapaz possa ser o pai. O pai também deve assumir a sua parte. As mães têm uma abordagem mais fácil. P2 • Em questões de prevenção/informação a responsabilidade tem de ser dos dois, deve ser equitativa, deve haver complementaridade de papéis. M4 • A mãe é mais carinhosa, o papel do pai é mais punitivo. P8 • A comunicação entre os pais tem de ser coordenada, não pode haver respostas divergentes. M7 • Quando era jovem, os pais de uma amiga conferenciavam antes de dar uma resposta, a resposta que davam era única entre os dois; depois a amiga tentava negociar com eles. É importante negociar (Ex: negociar a meta para experimentar - 18 anos). M4.

APÊNDICE IV - Matriz de redução de dados sobre as Influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos filhos

Matriz de redução de dados sobre as Influências externas que encorajam o consumo de SPA pelos filhos

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Influências no comportamento dos adolescentes face ao uso de SPA	Amigos e grupo de pares	<ul style="list-style-type: none"> • Depende da companhia, (...) P1 • Alguns jovens têm pais perfeitos com muito dinheiro disponível e más companhias. M2 • Se o jovem tiver uma namorada que consome, pode também começar a consumir, (...) P6 • Questão do grupo, o grupo tem um papel muito importante na adolescência e nos consumos nas saídas à noite. Alguns jovens quando em grupo fazem consumos excessivos. M7 • Os nossos filhos têm noção do que os colegas fazem mal; a minha filha tem uma colega (de 14 anos), que é boa aluna e que sai muito ao fim de semana bebendo bebidas alcoólicas em excesso; (...) M3 • As crianças em conjunto são diferentes do que são com os pais; quando têm "líderes" mudam os comportamentos. P6 • Quando a minha filha pede para fazer alguma coisa, dá sempre o exemplo dos amigos; portanto têm muita influência. M4 • Diz sempre que os amigos têm mais liberdade. M5 • O papel dos amigos é muito importante. • Fazer diálogo para chamar a atenção que há amigos menos positivos, sem nunca falar mal deles. M5 • Temos de ter em conta o grupo de amigos, (...) P6
	Contexto escolar	<ul style="list-style-type: none"> • A escola desvia-os, consomem por companhia com colegas que têm dinheiro fácil e o fazem para se evidenciarem, é uma moda para descontrair, alguns nem se apercebem. (...) A escola tem um papel fundamental. Temos de saber o tipo de companhia que os nossos filhos têm. M3 • Os professores sabem quase tudo o que se passa com os alunos, os pais só não sabem porque não vão à escola falar com os professores. M4 • (...) mas a escola também tem de informar. M5 • Os consumos são uma questão de afirmação entre colegas; mesmo com informação, uma boa escola, pais que ensinam há sempre desvios difíceis de enfrentar. P6 • É mais fácil os professores detetarem consumos que os pais; mas os professores estão pouco à vontade quando se apercebem destes comportamentos. Devia haver mais proximidade entre os professores e os alunos. M3 • O diretor de turma é muito importante: conhece todas as crianças, está atento, conversa com os outros professores. P2 • Os professores observam os alunos, é mais fácil os professores detetarem problemas do que os pais. Os professores às vezes não se apercebem da sua importância. M4 • Os professores não estão preparados para detetar consumos/problemas. P8 • Na escola há grupos que consomem - escola que promove consumo. Mas a escola em termos de organização não potencia os consumos e até os deteta. Em termos de espaço a escola pode potenciar os consumos. M7 • Na escola falam mais sobre educação sexual (sexualidade, contraceção) do que sobre álcool e drogas. M3

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Controlo dos pais sobre as "saídas à noite"	Desporto e/ou atividade de lazer Controlo/supervisão das "saídas à noite"	<ul style="list-style-type: none"> • (...) Manter as crianças ocupadas em atividades como desporto, teatro, escuteiros, atividades na igreja. Se falarmos com os pais dos miúdos que são atletas de alta competição percebemos que estes são muito responsáveis e têm excelentes notas. P2 • Em todo o lado há de tudo, até no desporto, nos escuteiros e na catequese. Não é a escola, é o todo. P6 • À noite não estamos com eles, não os controlamos. Devemos conhecer os colegas, ver como é que eles e os colegas chegam a casa, ver o comportamento dos colegas. Controlar os miúdos hoje em dia é difícil. P8 • No início ia levar e buscar a filha, depois de ter confiança ia deixando. Fui percebendo quem eram os amigos, como é que o grupo sai dos locais. M7 • Peço sempre o contacto de dois amigos. M4 • Tenho o cuidado de perceber quem são os amigos, muitos vêm do infantário. M5 • Questiono sempre mas tenho pouco peso. P8 • A crítica também é importante; podemos elucidar os nossos filhos que aquela companhia não é boa para ele. P2 • Devemos ter noção da noite na cidade. Sair até que horas? Jantar até 0/1h, beber um copo até às 2/4h, depois as discotecas começam a funcionar às 3/4h. Tenho noção dos hábitos e roteiros dos amigos. P8 • A Queima das Fitas é um assunto à parte. P1
Controlo dos meios de comunicação social e novas tecnologias	Televisão Telemóvel e internet	<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer ídolo é um exemplo para as crianças (cantores, atores - Ex: Morangos com Açúcar), que pode influenciar negativamente o comportamento das crianças. P2 • É difícil controlar o telemóvel e a internet, só conversando. P8 • Ter telemóvel exige muito diálogo, atenção por parte dos pais. P1 • Temos de controlar as pesquisas na net e o facebook, mas sem demonstrar. P2

APÊNDICE V - Matriz de redução dos dados sobre a reação/resposta dos pais às influências externas

Matriz de redução dos dados sobre a reação/resposta dos pais às influências externas

Categorias	Subcategorias	Unidades de Registo
Intervenção da família face às influências externas à mesma	Tempo de lazer com os filhos	<ul style="list-style-type: none"> • Ocupar tempo de fim de semana acompanhando os filhos nas suas atividades, ir à praia com eles e com os amigos. Ajudar o filho de famílias pouco abastadas, comprando uma prenda. Conversar com outras crianças/jovens. Não bater com a porta. Ter um gesto que seja útil. P2
	Responsabilidade da família	<ul style="list-style-type: none"> • A culpa é da família que deixa sair crianças com 12 anos, os pais é que não os deviam deixar sair, deviam ser autuados. P6
	Participação em grupos comunitários	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho na comunidade. Participar em grupos dinâmicos, conhecer realidades diferentes de que não temos perceção. P7
Supervisão das noites "fora de casa"	Advogar ambientes seguros	<ul style="list-style-type: none"> • Os miúdos mais velhos compram bebidas para os outros e os empregados nem estão atentos, estão a servir em série. P6 • É preciso advogar para ambientes mais seguros (menores nas discotecas - associações de pais contactar polícia). M7 • Pôr controlo efetivo nas discotecas, pedir identificação dos jovens. Fiscalização. O negócio não se pode fazer à custa dos miúdos.P8 • Vamos uma vez por período.
Participação dos pais nas atividades da escola	Frequência da participação dos pais	<ul style="list-style-type: none"> • A ida à escola é escassa. Vou uma vez por ano, noto que as idas à escola diminuem com o aumento da idade dos filhos e que os pais só vão à escola para se encontrarem com os diretores de turma.M7 • Os pais participam pouco nas escolas por falta de tempo, pois têm demasiadas preocupações. M3 • Há pais que não conseguem mesmo ir à escola, por causa da sua profissão. P2
	Responsabilização dos pais	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais deviam começar a ter "faltas" e chumbar por "faltas". M7 • Os pais nem sempre sabem como e quando participar nas escolas dos seus filhos.M3 • Há uma crise de cidadania, estamos aqui a privar a nossa família e o nosso repouso. Às vezes as escolas também não promovem muito e os pais desligam-se. M7 • Ainda existe o conceito de que se vou à escola é porque o meu filho se portou mal. M4 • Os alunos que mais precisam de ter os pais na escola, são os que não os têm. M7 • Deviam arranjar uma caderneta para os pais, que fosse obrigatória em todas as escolas. M5 • Deviam criar um modo eletrónico de contacto com os pais. M7
Redes de resolução de problemas na comunidade	Estratégias educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgação máxima, muita informação nas escolas, para depois discutir abertamente em casa. P8
	Técnicos de saúde nas escolas	<ul style="list-style-type: none"> • As escolas devem ter mais técnicos de saúde, há miúdos que não vão ao Centro de Saúde. M5

APÊNDICE VI - Matriz de redução de dados acerca dos conhecimentos dos pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos

Matriz de redução de dados acerca dos conhecimentos dos pais sobre o uso de SPA pelos seus filhos

		Unidades de Registo
Categorias	Subcategorias	
Conhecimentos dos pais sobre comportamentos de risco dos filhos	Acreditam que os filhos já experimentaram Mas não são consumidores	<ul style="list-style-type: none"> • Eu sou fumador e sei que os meus filhos repulsam o fumo, por isso penso que não vão fumar; o meu filho já bebeu de tudo (shots, fins, whisky), de certeza absoluta, não ponho a mão no lume por ele. O que me vale é que ele é “poupadinho”, “agarradinho” e não gasta na noite. P8 • A minha filha diz que não fuma, detesta o cheiro, mas diz que tem uma colega que fuma. Já experimentou. Repulsa o álcool, porque o pai bebia muito. Ela diz: “Achas que vou provar isso, nem penses”. A minha filha diz que a colega “idolo” fuma. M3 • Não acredito que a minha filha seja a santinha que parece; ela confessou que já experimentou fumar, mas não sei se voltou a fumar. Ela tem a mania que já é crescida e tem nariz empinado. O pai fuma e sente que não é bom exemplo. Beber não gosta. Outro tipo de drogas, não sei, não consigo estar com ela 24h. M4 • Há mais informação sobre o tabaco, e noto que eles têm mais aversão ao tabaco. M7 • Foi importante a lei que proibiu o tabaco em espaços fechados. P2 • A minha filha demonstra desagrado em relação a quem fuma. Álcool diz que não gosta, mas já deve ter experimentado. Outras drogas não sei, não posso pôr as minhas mãos no lume. Pode não ter experimentado por ter medo. A curiosidade pode ser um fator importante para experimentar. M7
	Locais de acesso	<ul style="list-style-type: none"> • Sei que as drogas ilegais são acessíveis, mas não sabia que era barato. M5 • Em Coimbra existem duas “Smart Shops”, com “drogas legais”. Isso devia ser proibido. P2
Conhecimentos dos pais sobre acesso às SPA	Locais de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser no melhor sítio de todos, mais sossegado e protegido. P8 • A casa dos amigos pode ser o melhor local para consumir, sempre foi assim! P6 • Percebemos que os nossos filhos nos começam a enganar; a minha filha descaiu-se dizendo que quando ia a casa da amiga, era como se ela morasse sozinha naquela casa. M7
	Consciência dos filhos face às consequências	<ul style="list-style-type: none"> • Eles próprios já sabem disso, falam dos acidentes, de um episódio de “navalhada”. M5 • É a minha própria filha que é muito espontânea a falar desses assuntos. M7 • Trazem trabalhos que fazem na escola, sobre a temática, para discutir com os pais. P8
Preocupação dos pais em relação às consequências dos consumos de SPA, inclusive no futuro	Reação dos pais face ao consumo real	<ul style="list-style-type: none"> • Procurava ajuda numa “casa de correção”. P2 • Seria um percurso longo e muito complicado para toda a família; só se tratam quando têm motivação. Só com sorte se consegue a reabilitação. M4 • As primeiras vezes os pais nem aceitam; primeiro vão a um psicólogo; só quando o percurso vai longo é que vão a um CAT, primeiro vão a um “especialista disfarçado” como um Psicólogo, ou Psiquiatra. M3 • Há pouca privacidade nos serviços públicos. M4

