

3

Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses

SUELY DE MELO SANTANA, JORGE NEGREIROS

RESUMO

O consumo de álcool e a depressão foram investigados através das escalas AUDIT e BDI. Participaram no estudo 484 alunos do ensino secundário (n=283) e do ensino superior (n=199) de ambos os sexos (299 feminino, 185 masculino). A média de idade foi de 18.85 + 2.93, entre 15-30 anos. Os resultados do AUDIT (n=478) indicaram que 92% dos estudantes apresentaram abstinência/consumo normal e 8% um consumo de risco. Entre estes últimos, 82.5% situaram-se na zona de risco, 10% na zona prejudicial e 7.5% na zona de dependência. O consumo de risco foi predominante nos rapazes (52%), universitários (61%) e na faixa etária dos 20-24 anos (59%). O consumo prejudicial prevaleceu nos rapazes (100%), universitários (100%) e jovens com idades entre os 20-24 anos (100%). A dependência foi expressiva entre rapazes (100%), alunos do secundário (67%) e jovens de 15-19 anos (67%). Encontrou-se uma correlação significativa entre consumo de álcool e as variáveis género ($r = -.190, p < .01$), faixa etária ($r = .147, p < .01$) e escolaridade ($r = .186, p < .01$). Os resultados do BDI (n=420) indicaram 9% de disforia ou depressão. Verificou-se uma correlação significativa entre os resultados do BDI com género ($r = .149, p < .01$) e consumo alcoólico ($r = .118, p < .05$). Discute-se a influência desta relação na adaptação social positiva e no desenvolvimento de estratégias para promover a saúde dos jovens.

Palavras-chave: Comportamento adictivo; Consumo de álcool; Depressão.

RÉSUMÉ

La consommation d'alcool et la dépression ont été étudiées par les biais des barèmes AUDIT et BDI. 484 élèves de l'enseignement secondaire (n = 283) et supérieur (n = 199), et des deux genres (299 femmes, 185 hommes), ont participé à l'étude. La moyenne d'âge était de 18.85 +2.93, parmi ceux qui avaient entre 15 et 30 ans. Les résultats de l'AUDIT (n=478) ont indiqué que 92% des élèves présentaient abstinence/ consommation normale et que 8% présentaient un usage à risque. Parmi ceux 8%, 82,5% usage à risque, 10% 10% usage préjudiciable et 7,5% usage avec dépendance. La consommation de risque était prédominante chez les garçons (52%), les élèves de l'enseignement supérieur (61%) et parmi ceux qui avaient entre 20 à 24 ans (59%). La consommation préjudiciable a prédominé chez les garçons (100%), les élèves de l'enseignement supérieur (100%) et les jeunes de 20 à 24 ans (100%). La dépendance était expressive chez les garçons (100%), les élèves de l'enseignement secondaire (67%) et les jeunes de 15 à 19 ans (67%). On a trouvé une corrélation significative entre la consommation d'alcool et le sexe ($r = -.190, p < .01$), l'âge ($r = .147, p < .01$) et la scolarité ($r = .186, p < .01$). Les résultats de BDI (n = 420) ont indiqué 9% de dysphorie ou de dépression. On a vérifié une corrélation significative entre les résultats de BDI avec le sexe ($r = .149 ; p < .01$) et la consommation d'alcool ($r = .118, p < .05$). On discute l'influence de cette relation dans l'adaptation sociale positive et les stratégies pour promouvoir la santé des jeunes.

Mots-clé: Comportement; Toxicomanie; Consommation d'alcool; Dépression.

ABSTRACT

Alcohol consumption and depression have been investigated through the AUDIT and BDI scales. 484 students have participated in this study; 283 attended secondary school and 199 were college students, of both genders (299 women, 185 men). Their average age was 18.85 + 2.93, between 15 and 30 years old. The results of the AUDIT (n=478) indicate that 92%, of these students show an abstinence/normal consumption pattern and that 8% have developed a high-risk consumption pattern. Among the latter, 82.5% were considered to have high-risk consumption patterns, 10% to have harmful consumption patterns and 7.5% to have alcohol dependence. The high-risk consumption was especially strong among boys (52%), university students (61%) and young people from 20 to 24 years (59%). The harmful consumption prevailed among boys (100%), university students (100%) and young people from 20 to 24 years old (100%). Dependence was significant among boys (100%), secondary school students (67%) and teenagers from 15 to 19 years (67%). A significant correlation was found between alcohol use, gender variables ($r = -.190, p < .01$), age ($r = .147; p < .01$) and schooling ($r = .186, p < .01$). The results of BDI (n = 420) showed 9% of dysphoria or depression. There was a significant correlation between the results of BDI with gender ($r = .149; p < .01$) and alcohol use ($r = .118; p < .05$). We discuss the influence of this relationship in the positive social adjustment and the strategies to promote health in young people.

Key Words: Addictive behaviour; Alcohol consumption; Depression.

1 – INTRODUÇÃO

Na população geral existem evidências de comorbilidade entre dependência alcoólica e depressão maior e associação entre sintomas depressivos e volume de consumo de álcool (WHO, 2004). O recente interesse pela comorbilidade entre as perturbações psiquiátricas e o abuso de substâncias tem favorecido o estabelecimento de duplo diagnóstico e permitido o desenvolvimento de intervenções que optimizam os cuidados de saúde dos pacientes, reduzindo simultaneamente os custos do tratamento. Investigações conduzidas nesta área indicam que a ratio da comorbilidade entre perturbação depressiva maior e perturbação por uso de álcool, expressa em termos de *Odds Ratio* (OR), é de 3-4 (Hubbart & Martin, 2001).

Actualmente, a depressão tem sido apontada como um dos graves problemas que atingem a população mundial e, particularmente, a faixa etária jovem e economicamente activa (Wainer *et al.*, 2003). Os aspectos biológicos da sintomatologia depressiva remetem para um défice funcional de dois neurotransmissores importantes: a serotonina e a noradrenalina. Há uma alteração de humor designada 'disforia' que, por ser súbita e passageira, não chega a ser suficiente para caracterizar um transtorno depressivo (Ballone, 2005). O 'episódio depressivo' em si, consiste numa alteração no estado de humor, de modo episódico e recorrente, que conduz o indivíduo a uma falta de interesse e prazer, ocasionando um aumento da fadiga e uma diminuição no ritmo das actividades quotidianas. A ocorrência de episódios depressivos no passado aponta para uma maior probabilidade de episódios futuros, salientando-se assim, a importância do diagnóstico e intervenção precoce. Além desses aspectos, o ambiente, através dos seus "stressores" psicossociais, tende a contribuir para a cronicização desta psicopatologia.

O manual para Classificação Internacional de Doenças (CID-10) especifica que podem ser observados os seguintes sintomas: 1) redução na atenção e concentração, 2) redução na auto-estima e autoconfiança do indivíduo, 3) sentimento de culpabilidade e inutilidade, 4) perspectivas pessimistas do futuro, 5) presença de ideias ou actos autolesivos – tipo suicídio, 6) redução do apetite e 7) perturbações do sono. O diagnóstico inclui uma gradação dos episódios enquanto leve, moderado e grave, sendo este grau avaliado, em geral, considerando-se as actividades sociais e laborais habituais a que o indivíduo se encontra vinculado (Organização Mundial de Saúde, 1993).

Observa-se, ainda, uma forte relação de comorbilidade entre a depressão maior e as perturbações de ansiedade e o abuso de substâncias psicoactivas, situações que conduzem o indivíduo a um quadro de maior vulnerabilidade. Ao procurar, através de crenças desadaptativas, a redução dos sintomas através do consumo de substâncias, seja para fazer face aos "stressores" sociais ou não, o indivíduo torna-se mais propenso a desenvolver uma dependência química e a perpetuar a sua perturbação depressiva (Wainer *et al.*, 2003).

Um estudo realizado com 311 pacientes com níveis variados de dependência, indicou que os estados emocionais negativos foram responsáveis por 35% das recaídas, os conflitos interpessoais por 16% e a pressão social por 20% do universo pesquisado (Scott, Williams & Beck, 1994). Os processos mal-adaptativos de pensamentos encontrados entre alcoólicos são similares aos apresentados por pacientes deprimidos (Marlatt & Gordon, 1993). Estes processos consistem em inferências arbitrárias, avaliações dicotómicas e hipergeneralizações, entre outros, tendendo a "turvar a percepção, avaliação e interpretação dos indivíduos sobre si mesmos, as expectativas que têm em relação a outros e situações com as quais devem lidar" (p. 344).

Apesar das evidências confirmarem a existência desta relação, a inerente característica depressora do sistema nervoso central que o álcool encerra, dificulta estabelecer a causalidade entre estas perturbações (Hubbart & Martin, 2001). Nesta perspectiva, alguns autores como Schuckit e outros, mencionados por Lehmann *et al.* (2001), tendem a identificar qual das perturbações ocorre primariamente, afirmando que após uma semana de abstinência é já possível fazer esta distinção. Os resultados inconsistentes observados em vários estudos, bem como a influência de outros factores nesta relação, indicam a necessidade de desenvolver mais investigações nesta área.

Nos jovens observam-se resultados similares, indicando esses resultados que tanto as diferenças de género como os problemas vivenciados na infância e na adolescência, influem na co-ocorrência de sintomas depressivos e consumo excessivo de álcool (Lehmann *et al.*, 2001). Os estados emocionais negativos funcionam como motivadores para o consumo de substâncias e, particularmente, para o consumo excessivo de álcool entre os adolescentes.

Em diversos estudos tem sido evidenciado que, frequentemente, as perturbações por uso de substância(s) estão

associadas e não se limitam a uma única comorbilidade. Elas co-existem com múltiplas perturbações mentais, tais como comportamento anti-social, défice de atenção e hiperactividade, perturbações de humor, entre outras (Negreiros, 2006). Este aspecto, em especial, reforça a perspectiva de que o tratamento multidimensional deve ser mais adequado e, certamente, mais efectivo na redução dos riscos e na promoção da saúde destes jovens (Clark & Scheid, 2001).

Dados de um estudo americano com esta população (SAMHSA, 2002) demonstram que os adolescentes com perturbações de ansiedade ou depressão têm mais possibilidades de desenvolver perturbações por abuso de substâncias em relação a outros que não apresentam este tipo de psicopatologia. Estes dados sugerem que os adolescentes com esta psicopatologia tendem a apresentar perturbações por abuso de substâncias numa idade média de 21 anos.

As investigações centradas nas especificidades de género têm encontrado uma maior prevalência de depressão nas mulheres (8.6%) do que nos homens (2.6%). Em relação ao uso de álcool observou-se, apenas nas mulheres, que este consumo foi preditor de elevados sintomas depressivos. A preexistência de susceptibilidades e a interacção de factores sociais e hormonais servem de base para a compreensão desses resultados (Poulin *et al.*, 2005).

Dois estudos recentes envolvendo jovens portugueses também encontraram resultados similares. O primeiro, realizado por Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004) com 570 estudantes de 12 a 17 anos de idade, do ensino básico e secundário, encontrou que as raparigas apresentavam mais sintomas depressivos do que os rapazes e que os jovens que consumiam álcool também obtinham, estatisticamente, resultados mais elevados quando comparados aos não-consumidores. O segundo estudo, que investigou a saúde dos jovens portugueses, envolveu 4.877 de ambos os géneros, entre 11 e 16 anos de idade, e encontrou evidências significativas da relação entre consumo de álcool, género e idade (Matos & equipa do projecto Aventura Social & Saúde, 2006).

As rápidas transformações provenientes do processo de globalização, no âmbito macro e micro social, favorecem a instabilidade dos sistemas sócio-culturais e, na sociedade actual, o consumo de substâncias parece estar associado ao nível de maturidade psicossocial do adolescente (Matos & equipa do projecto Aventura Social & Saúde,

2003). Neste cenário, investigar o perfil de consumo de álcool desses jovens e a sua relação com a depressão torna-se fundamental à promoção da saúde, para melhor conhecer e antecipar riscos bem como monitorar e actuar sobre as questões que geram consequências adversas para os jovens.

2 – MÉTODO

A amostra é constituída por 484 alunos do ensino secundário (n=283) e universitários (n=199), sendo 299 mulheres e 185 homens. A idade média foi de 18.85 (dp. 2.93), variando entre 15 a 30 anos de idade. Os participantes foram distribuídos em três grupos etários: Faixa etária I – 15-19 anos (n=294); Faixa etária II – 20-24 anos (n=168); Faixa etária III – 25-30 anos (n=19).

Foram aplicadas de modo colectivo duas escalas: AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor *et al.*, 2001 – versão portuguesa) e o *BDI* – Inventário de Depressão de Beck (1979/1982, in Cunha, 2001).

O AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test – consiste numa escala composta por 10 itens, cujo escore em cada um varia de 0 a 4, no máximo, sendo sensível aos vários sinalizadores da tendência ao uso do álcool. Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde e recomendado para uso internacional, tendo sido validado em vários países. Permite identificar quatro níveis de consumo: 1) normal, 2) de risco; 3) prejudicial 4) dependência. O manual sugere um ponto de corte de 08 pontos e, actualmente, tem sido referenciado como um método simples e mais adequado que outros instrumentos, tais como o CAGE (Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) e o MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), para a identificação do consumo excessivo ou de risco.

O Inventário de Depressão de Beck – *BDI*, na sua versão revista, foi elaborado por Beck e colaboradores (Beck *et al.*, 1979/1982). Consiste numa escala indicada tanto para avaliação clínica como para a investigação. Trata-se de uma escala de auto-relato que contém 21 itens, agrupados em duas subescalas: a cognitivo-afectiva, que envolve os primeiros treze itens, referentes à: 1) tristeza; 2) pessimismo; 3) sentimento de fracasso; 4) insatisfação; 5) culpa; 6) punição; 7) auto-aversão; 8) auto-acusações; 9) ideias suicidas; 10) choro; 11) irritabilidade; 12) retraimento social; 13) indecisão; e a somática e de desempenho, que envolve os seguintes oito itens restantes: 14) mudança na auto-imagem; 15) dificuldade de trabalhar; 16) insónia; 17)

fatigabilidade; 18) perda de apetite; 19) perda de peso; 20) preocupações somáticas; 21) perda da libido. Cada item apresenta quatro alternativas de resposta, que subentendem graus crescentes de gravidade da depressão, com escores variando de 0 a 3. O somatório dos escores contabiliza, no máximo, 63 pontos.

Para o presente estudo o ponto de corte adoptado foi de 16 pontos (Kendal *et al.*, 1987) para investigação na população geral. A interpretação dos resultados para a amostra não clínica, conforme sugerido por Gorenstein e Andrade (1998), agrupa os resultados na seguinte classificação: normal (0-15), indicativo de disforia (16-20) e indicativo de depressão (21 ou mais).

3 – RESULTADOS

Foi efectuada uma análise descritiva das respostas dadas às dez questões do AUDIT que assinalaram algum consumo e, posteriormente, foi realizado o teste de *Levene* para averiguar a homogeneidade da variância. Pelo perfil heterogéneo encontrado, optou-se por realizar uma análise não paramétrica, através do teste de *Kruskall Wallis*, sendo os resultados apresentados na Tabela 1, a seguir.

tanto ao género ($X^2 = 22.750$; g.l. 1; $p = 000$), quanto a escolaridade ($X^2 = 19.919$; g.l. 1; $p = 000$) e a faixa etária ($X^2 = 22.839$; g.l. 2; $p = 000$). Para o item 03 "*Qual a frequência com que bebe 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa única ocasião?*" a diferença foi apenas relativa ao género ($X^2 = 6.560$; g.l. 1; $p = 010$). Também para o item 04 "*Durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter começado a beber uma bebida alcoólica e não conseguir parar?*" as diferenças foram relativas tanto ao género ($X^2 = 5.151$; g.l. 1; $p = 023$), quanto a escolaridade ($X^2 = 3.891$; g.l. 1; $p = 049$) e a faixa etária ($X^2 = 5.952$; g.l. 1; $p = 015$). Do mesmo modo, ao considerar o somatório total, foram observadas diferenças em função das três variáveis: género ($X^2 = 10.367$; g.l. 1; $p = 001$), escolaridade ($X^2 = 26.918$; g.l. 1; $p = 000$) e faixa etária ($X^2 = 30.535$; g.l. 2; $p = 000$).

Para todas as diferenças encontradas, as médias observadas indicaram que o perfil predominante dos jovens que consomem álcool foi o masculino, estudantes universitários com idades variando entre 20 – 24 anos. Ao realizar uma análise a partir dos escores totais obtidos através do AUDIT ($n=478$), os resultados indicaram

TABELA 1 - Análise não-paramétrica (Kruskal-Wallis) das respostas ao AUDIT em função do género, do nível de escolaridade e da faixa etária.

Item	Factor								
	Género			Escolaridade			Faixa Etária		
	X ²	g.l.	p	X ²	g.l.	p	X ²	g.l.	p
01 (vezes que bebe)	22.750	1	.000	19.919	1	.000	22.839	2	.000
02 (copos/dia)	1.314	1	.252	2.411	1	.120	1.545	1	.214
03 (6 ou+/ocasião)	6.560	1	.010	.221	1	.638	2.818	2	.244
04 (dificuldade parar)	5.151	1	.023	3.891	1	.049	5.952	1	.015
05 (faltar compromisso)	.156	1	.692	.010	1	.922	.032	1	.858
06 (beber pela manhã)	2.333	1	.127	.778	1	.378	2.000	2	.368
07 (sentir culpa)	1.488	1	.222	.176	1	.675	1.044	2	.593
08 (não lembrar)	.420	1	.517	.266	1	.606	.262	2	.877
09 (ferimentos)	.004	1	.952	.105	1	.746	.105	1	.746
10 (redução)	.007	1	.934	.430	1	.512	3.140	2	.208
Total	10.367	1	.001	26.918	1	.000	30.535	2	.000

Como podemos observar, de entre os dez itens que compõem o AUDIT, foram encontradas diferenças significativas entre os consumidores em função do género, do nível de escolaridade e da faixa etária, nos itens 01, 03, 04 e no total. Para o item 01 "*Quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?*", as diferenças foram relativas

que, na sua maioria (92%), os estudantes apresentavam um padrão de abstinência/consumo normal e 8% um consumo de risco. Entre os 40 estudantes identificados como consumidores de risco, 82.5% situou-se na zona 2 – consumo de risco, 10% na zona 3 – consumo prejudicial e 7.5% na zona 4 – dependência.

A abstinência/consumo normal foi predominante para todos os subgrupos das variáveis: gênero (159 homens; 279 mulheres), nível de escolaridade (263 ensino secundário; 173 universitários), grupos de idade (275 na faixa etária I; 144 na faixa etária II; 18 na faixa etária III). Em relação aos quatro níveis de risco, foram identificados os seguintes perfis (Figuras 1, 2 e 3):

1) Abstinência/consumo normal - mais expressivo entre as mulheres (64%), os alunos do secundário (60%) e jovens entre os 15 e os 19 anos de idade (63%).

2) Consumo de risco - mais predominante entre os homens (52%), universitários (61%) e jovens de 20 a 24 anos de idade (59%).

3) Consumo prejudicial - mais prevalente entre os homens (100%), universitários (100%) e jovens de 20 a 24 anos de idade (100%).

4) Dependência - mais expressiva entre os homens (100%), a frequentar o ensino secundário (67%) e jovens de 15-19 anos de idade (67%).

Encontrou-se uma correlação significativa entre o consumo de álcool e as variáveis gênero ($r = -.190$, $p < .01$), idade ($r = .147$, $p < .01$) e nível de escolaridade ($r = .186$, $p < .01$).

Os resultados obtidos com o *BDI* indicaram que entre os 420 estudantes que se auto-avaliaram quanto aos sintomas depressivos, 38 (9%) apresentaram algum indicativo ou de disforia ou de depressão.

Ao considerar apenas estes casos positivos, no grupo das mulheres ($n=26$) foi observada uma maior per-

FIGURA 1 - Percentual de consumo em função do gênero

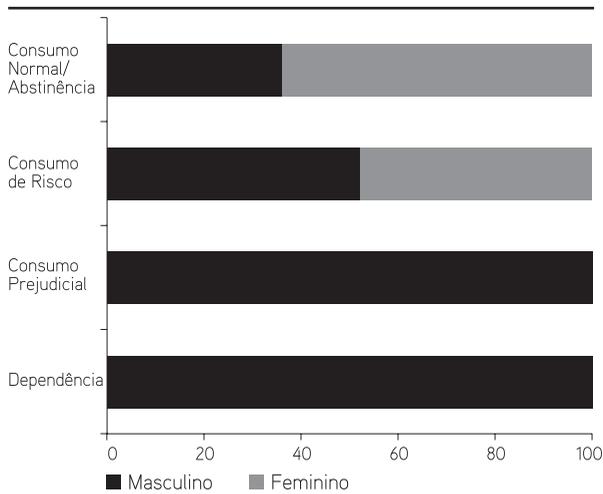


FIGURA 2 - Percentual de consumo em função da escolaridade

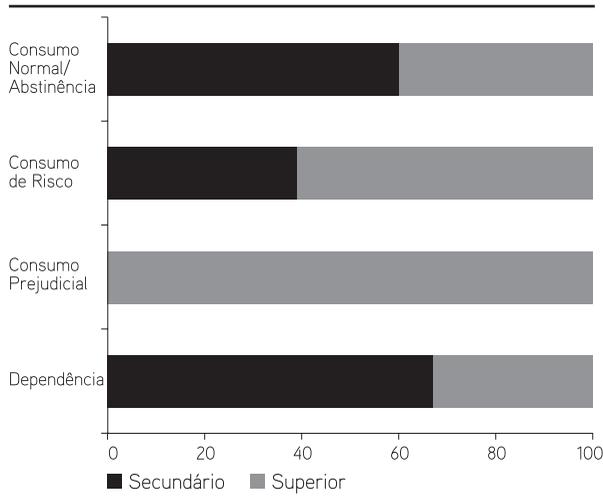
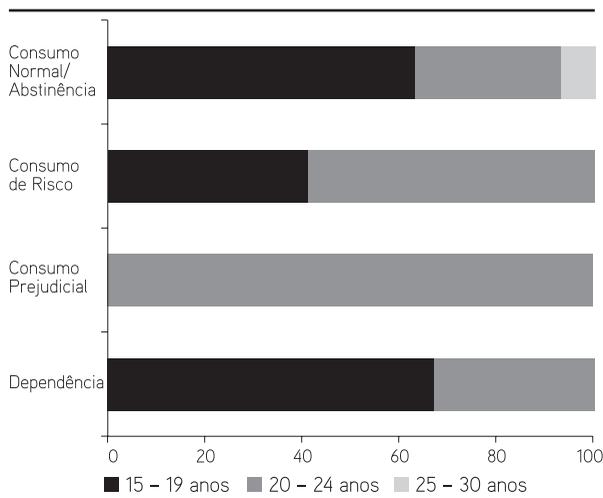


FIGURA 3 - Percentual de consumo em função da faixa etária



centagem de casos de depressão enquanto que entre os homens ($n=12$) verificaram-se mais casos de disforia (58%, cada). Quanto ao nível de escolaridade, entre os estudantes do secundário ($n=21$) foram encontrados mais casos de depressão (62%) enquanto que entre os universitários ($n=17$) prevaleceram os casos de disforia (59%). De acordo com a faixa etária, os estudantes com idades entre 15 e 19 anos ($n=289$) apresentaram uma maior percentagem de depressão (6.6%), entre os 20 e 24 anos ($n=164$) os casos de disforia e depressão foram quase equivalentes (4.3% e 4.9%, respectivamente) enquanto que os estudantes de 25 a 30 anos ($n=19$) indicaram uma maior percentagem de disforia (21.1%).

Não foi encontrada uma correlação significativa entre os resultados do *BDI* e as variáveis nível de escolaridade e faixa etária. Contudo, foi observada uma correlação significativa com o género ($r = .149, p < .01$) e o consumo de álcool ($r = .118, p < .05$).

4 – DISCUSSÃO

Importa salientar que a maioria dos jovens apresentou um consumo normal ou abstinente. Independentemente do género, da idade e escolaridade, esta categoria foi

FIGURA 4 - Percentual de disforia e depressão em função do género

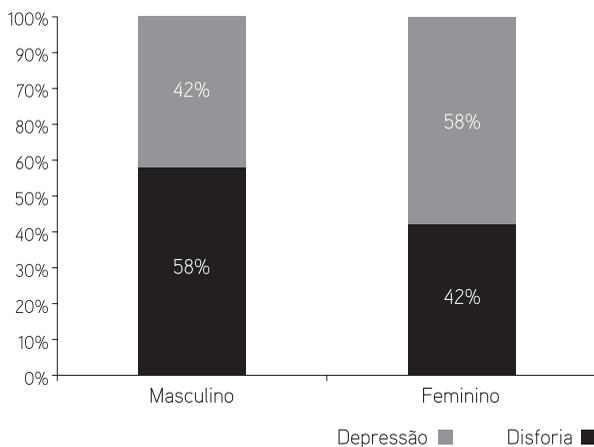


FIGURA 5 - Percentual de disforia e depressão em função da escolaridade

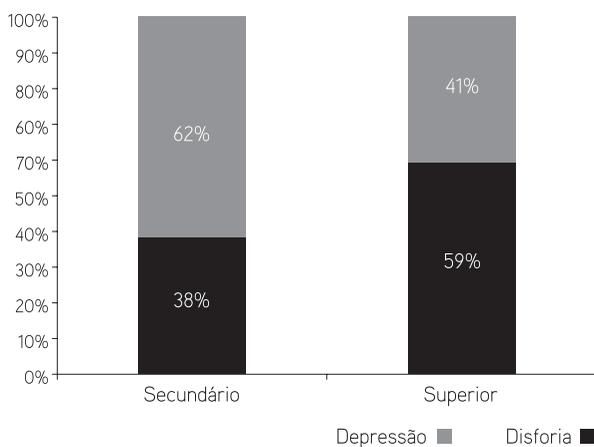
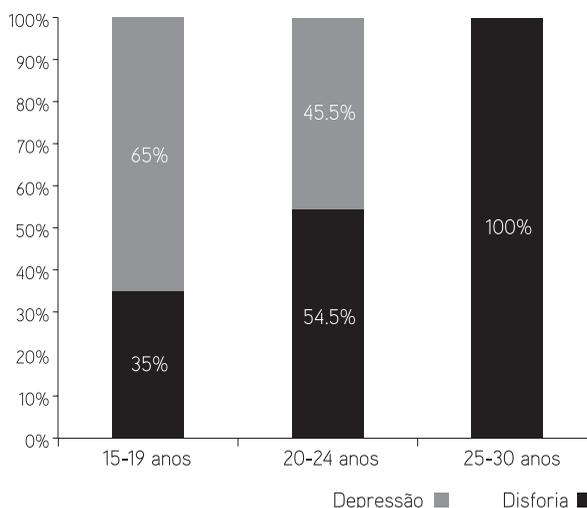


FIGURA 6 - Percentual de disforia e depressão em função da faixa etária



a que agregou um maior número de pessoas. Contudo, a influência destas variáveis já se fez notar, ao indicar que as mulheres, os estudantes de ensino secundário e os mais novos prevaleceram nesta categoria. Quando transpomos a linha divisória entre o consumo normal e o consumo de risco, o quadro inverte-se e passa a delinear-se um perfil de risco mais característico do género masculino, do estudante de ensino superior e de jovens com a idade de 20 a 24 anos. A maioria esteve entre a zona II e III do AUDIT as quais indicam, respectivamente, um consumo de risco e um consumo prejudicial.

Esta evidência começou a esboçar-se desde a análise descritiva das questões em separado. Observamos que, a partir da terceira alternativa de resposta, havia, geralmente, uma inversão da predominância relacionada ao género, indicando que os homens tendiam a indicar consumos mais elevados enquanto que as mulheres tendiam a escolher as duas primeiras alternativas, relativas a um menor ou mais espaçado consumo. As respostas fornecidas à terceira questão, que indica uma tendência do jovem para consumir álcool excessivamente numa única ocasião ("*binge drinking*"), sinalizaram que esse padrão de consumo semanal é predomi-

nantemente masculino, estando associado a estudantes do secundário ou universitários e com idades entre 15 e 24 anos de idade. No entanto, um aspecto que deve ser considerado remete para a similaridade entre o padrão de consumo mensal dos homens e mulheres. Este aspecto vem reforçar os resultados de outras investigações que têm evidenciado um aumento de consumo excessivo de álcool nas mulheres, mesmo que ainda não esteja equiparado ao dos homens (Mendes & Lopes, 2007; Ledoux, Sizaret, Hassler & Choquet, 2000).

Nas duas últimas questões, que referem a ocorrência de algum ferimento em si próprio ou em outros e o facto de ter recebido sugestões para reduzir o consumo de álcool, reforçam ainda mais esta reflexão que, pelo menos clinicamente, merece um olhar mais atento, sobretudo porque a relação encontrada entre o consumo de álcool e género, idade e nível de escolaridade vai na mesma direcção dos resultados de outras investigações portuguesas com esta população (e. g., Negreiros, 2001, Matos & equipa do projecto Aventura Social & Saúde, 2006; Cardoso *et al.*, 2004).

O *BDI* revelou que uma vasta maioria dos inquiridos encontrava-se dentro de padrões normais de consumo, mas evidenciou a influência do género que nos casos indicativos de disforia/depressão já que as mulheres são prevalentes neste grupo. A idade e o nível de escolaridade não demonstraram influência sobre estes resultados. Além disso, revelou-se nesta amostra, que a percentagem indicativa de disforia/depressão aproxima-se aos valores obtidos em estudos americanos e europeus com esse grupo etário (e. g., SAMHSA, 2007). Deste modo, confirma-se quer a influência do género quer a relação entre tendência à depressão e consumo de álcool. Estes dados sobre as diferenças de género, convergem com os resultados de estudos anteriores no que se refere à especificidade do género (Poulin *et al.*, 2005).

A convergência com outros estudos serve para reforçar a consideração destas variáveis como influentes nas interacções sociais, particularmente no desenvolvimento saudável dos jovens no seu ambiente social. Os resultados obtidos realçam a necessidade de se promoverem práticas orientadas para

uma adaptação social positiva, através de intervenções multidimensionais e cada vez mais precoces nos contextos familiar, escolar e comunitário.

CONTACTOS:

Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto
Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e Saúde
Rua Dr. Manuel Pereira da Silva, 4200-392 Porto - PT
tel.: 226079700
fax: 226079725

SUELY DE MELO SANTANA

Mestra em Psicologia Cognitiva. Profª. Assistente da Universidade Católica de Pernambuco.
dout04016@fpce.up.pt

JORGE NEGREIROS

Coordenador científico do Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e Saúde da FCPEUP da Universidade do Porto. Orientador da presente investigação.
jnegreiros@netcabo.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use and primary care. (2ª ed.) *World Health Organization*. Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva., Acesso em 04 de janeiro de 2006, por http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- Ballone, G. J. (2005). Depressão. In: *PsiquWeb*, Psiquiatria Geral. Acesso em 08 de outubro de 2007, por <http://www.psiqweb.med.br/>
- Cardoso, P., Rodrigues, C. & Vilar, A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise psicológica*, 4 (XXII): 667-675.
- Clark, D. B. & Scheid, J. (2001). Comorbid mental disorders in adolescents with substance use disorders. In J. R. Hubbart e Peter R. Martin (eds). *Substance abuse in the mentally and physically disabled*. New York, M. Dekker, cap.7, p. 133-167.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), edição especial, 245-250.

- Hubbart e Martin (2001). *Substance Abuse in the mentally and physically disabled: an overview*. In J. R. Hubbart e Peter R. Martin (eds). *Substance abuse in the mentally and physically disabled*. New York, M. Dekker, p. 1-10.
- Kendall, P. C. Hollon, S. D. Beck, A. T., Hammen, C. L., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 11 (3): 289-299.
- Ledoux, S., Sizaret, A., Hassler, C. & Choquet, M. (2000). Consumption de substances psychoactives à l'adolescence. *Revue des études de cohorte. Alcoologie et Addictologie*, 22: 19-40.
- Lehmann, L. P., Hubbart, J. R. & Martin, P. R. (2001). Substance Abuse and Depression. In J. R. Hubbart e Peter R. Martin (eds). *Substance abuse in the mentally and physically disabled*. New York, M. Dekker, cap.3, p. 33-58.
- Marlatt, A. & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Matos, M. G. & equipa do projeto Aventura Social & Saúde (2003). *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M. G. & equipa do projeto Aventura Social & Saúde (2006). *Consumo de substâncias nos adolescentes portugueses – relatório preliminar*. Lisboa: FMH. Acesso em 10 de fevereiro de 2007, por http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Relatorio_Preliminar_IDT_2006.pdf
- Mendes & Lopes (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. *Toxicodependências*, 13 (2): 25-40.
- Negreiros, J. (2001). *Padrões e consequências do consumo de drogas em Matosinhos: resultados na população estudantil e em consumidores problemáticos*. Porto: Radicário.
- Negreiros, J. (2006). *Psychological drug research: Current themes and future developments*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Organização Mundial de Saúde (Org.) (1993) *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Poulin, C., Hand, D., Boudreau, B. & Santor, D. (2005). Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction*, 100, 525-535.
- Scott, J., Williams, J. M. G. & Beck, A. T. (1994) *Terapia cognitiva na prática clínica: um manual prático*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Substance Abuse & Mental Health Services Administration - SAMHSA (2002). *Prevention of co-occurring disorders – prevention for children and adolescents*. U. S. Department of Health and Human Services. Report of congress, cap. 3, nov/2002. Acesso em 04 de julho de 2007, por <http://www.samsha.gov/reports/congress2002/chap3pca.htm>
- Vaz-Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. Ensaio de aplicação do "Inventário Depressivo de Beck" a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20 (9): 971-992.
- Wainer, R. et al. (2003). Terapia cognitivo-comportamental das depressões. In: Caminha et al. (orgs.). *Psicoterapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 61-85.
- World Health Organization - WHO (2004). *Global status report on alcohol*. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva. Acesso em 04 de janeiro de 2006, por http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf