Ana Raquel Dinis Zagalo de Lima Silva

Número: 26280

O papel da aceitação-rejeição parental, resiliência e ansiedade na problemática do consumo de substâncias lícitas na adolescência

Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar e da Educação

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor Francisco Machado e da Professora Doutora Carla Peixoto, Instituto Universitário da Maia

Setembro, 2017

O papel da aceitação-rejeição parental, resiliência e ansiedade na problemática do consumo de substâncias lícitas na adolescência

Dedicatória

Aos meus pais, por acreditarem em mim e me apoiarem nos meus sonhos!

O papel da aceitação-rejeição parental, resiliência e ansiedade na problemática do consumo de substâncias lícitas na adolescência

Agradecimentos

Antes de mais gostaria de expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a concretização da dissertação.

De seguida, presto os meus sinceros agradecimentos:

Quero agradecer desde já ao meu orientador Professor Doutor Francisco Machado e à Professora Doutora Carla Peixoto por todo o apoio e dedicação.

À Doutora Paula B. e à Doutora Clara M. por toda a disponibilidade e ajuda prestada.

Aos melhores pais do mundo, por toda a motivação, apoio e paciência. Obrigada por tornarem possível a concretização da minha formação académica.

Ao meu primo Tiago e à minha Tia Lena por toda a ajuda.

À minha amiga Soraia Caetano , por todo o apoio, ânimo e ajuda durante estes anos que passamos juntas.

Obrigada a todos/as!

O papel da aceitação-rejeição parental, resiliência e ansiedade na problemática do consumo de substâncias lícitas na adolescência

Resumo

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar e perceber se há uma relação entre o consumo de substâncias lícitas na adolescência, nomeadamente o consumo de álcool e tabaco, e os níveis de resiliência, ansiedade e perceção de aceitação ou rejeição parental apresentados/as pelos/as jovens. Com este estudo pretende-se perceber a importância e a influência que tem a ansiedade, a resiliência e a relação que os/as jovens mantêm com os pais no que concerne ao consumo de substâncias lícitas. Para este efeito, foi elaborado um estudo quantitativo onde foram aplicados os seguintes instrumentos, a Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung (Ponciano, Vaz Serra e Relvas - 1982), o Healthy Kids Resilience Assessment Module (HKRAM) (Martins - 2002) e o Questionário de aceitação-rejeição parental (PARQ CHILD) (Rohner - 2005). O estudo conta com uma amostra de 357 estudantes, de ambos os sexos, do sétimo ao décimo segundo ano de escolaridade, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade. Os resultados obtidos indicam que existem diferenças estatisticamente significativas, ou seja, comparando o consumo de substâncias lícitas com a ansiedade, verificou-se que os/as jovens que consomem substâncias lícitas são mais ansiosos/as em relação aos/às jovens que não consomem. No que diz respeito ao consumo de substâncias lícitas e a resiliência, observou-se que os/as jovens que consomem substâncias lícitas são menos resilientes que os/as jovens que não consomem. Relativamente ao consumo de substâncias lícitas e à perceção de rejeição parental constatou-se que quanto maior a rejeição percecionada, maior o consumo de substâncias lícitas por parte dos/as jovens.

Palavras-chave: substâncias lícitas, resiliência, ansiedade, aceitação-rejeição parental.

O papel da aceitação-rejeição parental, resiliência e ansiedade na problemática do consumo de substâncias lícitas na adolescência

Abstract

. The current study has as its main objective to evaluate and understand if there is a connection between the consumption of legal substances in adolescence, namely the consumption of alcohol and tobacco, and resilience, anxiety and parental acceptance – rejection shown by teens. This study aims to understand the importance and influence that anxiety, resilience and the relationships that teens have with their parents on the consumption of legal substances. For this effect, a quantitative study was elaborated and some instruments were applied, these being the Zung Self – Rating Anxiety Scale by Ponciano, Vaz Serra and Relvas (1982), the HKRAM (Healthy Kids Resilience Assessment Module) by Martins (2002) and the PARQ CHILD – short version (Parental acceptance – rejection survey) by Rohner (2005). The study consists of a sample of 357 students, of both genders, from seventh to twelfth grade, with ages ranging 12 to 18 years old. The main results indicate that there are statistically significant differences, in other words, comparing the consumption of legal substances with anxiety, we can see that teens that use these substances are more anxious in comparison to those who don't. Concerning the correlation between the consumption of legal substances and resilience, we can observe that teens that use these substances are not as resilient as teens that don't.

When it comes to the consumption of legal substances and perception of parental rejection, it was found that a higher perception of the rejection is a sign of higher consumption of these substances by teens.

***Key words*:** legal substances, resilience, anxiety, parental acceptance-rejection.

Índice

Introdução 1
1. Revisão da Literatura 5
1.1 Prevalência do consumo de álcool e tabaco em Portugal 5
1.2. Consumo de álcool na adolescência 10
1.3. Consumo de tabaco na adolescência 13
2. Ansiedade e o consumo de substâncias lícitas na adolescência 14
3. A resiliência 15
3.1. A resiliência e o consumo de substâncias na adolescência 17
4. Teoria da Aceitação-Rejeição Interpessoal 18
4.1. Aceitação-rejeição parental e o consumo de substâncias lícitas na adolescência 20
5. Método 21
5.1. Objetivos 21
5.2. Problemas de investigação 22
5.3. Hipóteses de investigação 23
5.4. Caracterização da amostra 24
5.5. Apresentação dos Instrumentos 34
Questionário sociodemográfico 35
Questionário de hábitos de consumo de substâncias lícitas na adolescência 35
Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung 35
Questionário de Aceitação-Rejeição Parental (Rohner, 2005) 36
Healthy Kids Resilience Assessment Module (Martins, 2002) 37
5.6. Procedimentos 37
6. Resultados 38
7. Discussão 48
8. Conclusão 51
Referências 54
ANEXOS 68

Índice de tabelas

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos/as participantes……25
Tabela 2: Hábitos de consumo do tabaco…….26
Tabela 3: Questão 5 – "Com quem fumaste o 1º cigarro?"……..26
Tabela 4: Questão 6 – "Em que local fumaste o 1º cigarro?"……..27
Tabela 5: Questão 11 – "Normalmente, como é que obténs os teus cigarros?"……...27
Tabela 6: Questão 18 – "Qual é a principal razão ou razões pela qual fumas?"……..28
Tabela 7: Questão 19.1 – "Refere quanto é que achas que estás bem informado/a ou consciente sobre as consequências do tabaco para a saúde de quem fuma"…29
Tabela 8: Questão 19.5 – "Refere quanto é que achas que estás bem informado/a ou consciente sobre onde é que as pessoas podem pedir ajuda para deixar de fumar"……29
Tabela 9: Questão 2 – "Com que regularidade é que costumas consumir bebidas alcoólicas?"……30
Tabela 10: Questão 4 – "Com quem consumiste a 1ª bebida alcoólica?"……...31
Tabela 11: Questão 5 – "Em que local consumiste a 1ª bebida alcoólica?"……31
Tabela 12: Questão 9 – "Na ocasião que mais bebeste, qual a quantidade de copos/doses consumiste?"…….32
Tabela 13: Questão 11 – "Quando consomes bebidas alcoólicas, como te costumas sentir?"……...32
Tabela 14: Questão 12 –"Já alguma vez ficaste embriagado/a (bêbado/a) por causa do consumo de bebidas alcoólicas?"……..33
Tabela 15: Questão 15 – "Quando foi a última vez que consumiste bebidas alcoólicas?".34
Tabela 16: Questão 16 – "Que bebidas alcoólicas costumas consumir com mais frequência?"……..34
Tabela 17: Análise descritiva das variáveis em estudo……..39
Tabela 18: Correlação ente a perceção aceitação/rejeição (mãe e pai), ansiedade e resiliência em relação aos/às jovens que consomem bebidas alcoólicas…….41
Tabela 19: Correlação entre a perceção aceitação/rejeição (mãe e pai), ansiedade e resiliência em relação aos/às jovens que consomem tabaco……43

Tabela 20: Diferenças entre o consumo de álcool e a perceção de aceitação/carinho (mãe) e a perceção de rejeição (mãe e pai)……45
Tabela 21: Diferenças entre o consumo de tabaco e a perceção de rejeição (mãe e pai).46
Tabela 22: Comparação dos níveis de ansiedade, tendo em atenção o consumo de álcool…….47
Tabela 23: Comparação dos níveis de ansiedade, tendo em atenção o consumo de tabaco…….48
Tabela 24: Diferenças entre o consumo de tabaco e a resiliência……...49

Índice de Figuras

Figura 1: Esquema das Dimensões da Aceitação-Rejeição Interpessoal……...19

Índice de anexos

Anexo 1: Consentimento Informado para a Instituição

Anexo 2: Consentimento Informado para os/as Encarregados/as de Educação

Anexo 3: Consentimento Informado para os/as Alunos/as

Anexo 4: Questionário Sociodemográfico

Anexo 5: Questionário – Hábitos de consumo de substâncias lícitas

Lista de Abreviaturas

ECADT	Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas
ESPAD	Projeto de pesquisa da escola europeia sobre álcool e outras drogas
HBSC	Comportamento de saúde em crianças em idade escolar
HKRAM	Escala de avaliação da resiliência em crianças saudáveis
INME	Inquérito Nacional em Meio Escolar
INSA	Inquérito Nacional da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PARQ	Questionário de aceitação-rejeição parental
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

Introdução

A presente investigação científica foca-se sobre o estudo do papel que a perceção de aceitação-rejeição parental, os níveis de ansiedade e a resiliência que os/as nossos/as jovens apresentam, desempenham nos hábitos de consumo de substâncias lícitas na adolescência, nomeadamente de álcool e tabaco. Atualmente há um grande consumo de álcool e tabaco na adolescência, o que pode trazer consequências negativas na vida dos/as jovens. Mesmo estes sendo menores de idade, hoje em dia é fácil ter acesso tanto ao álcool como ao tabaco (Feijão, Lavado & Calado, 2012).

Um bom ambiente familiar é considerado um fator promotor do consumo de álcool e tabaco (Chávez & Andrade, 2005). Os pais podem ter influência no comportamento dos/as filhos/as através dos padrões de interação da família podendo estes condicionar o desenvolvimento dos/as filhos/as de uma forma positiva ou negativa (Anaut, 2005). De acordo com Chou (1999), fatores como um bom suporte afetivo, boa comunicação entre pais e filhos/as e uma boa supervisão são fatores que contribuem para um bom ajustamento nas mais variadas áreas da vida do/a jovem.

Outra variável associada ao consumo de substâncias é a ansiedade. Esta pode ser um fator originador para o consumo e/ou abuso de álcool e outras substâncias (Takei & Schivoletto, 2000). Muitos/as jovens vivenciam a ansiedade através de determinados acontecimentos, tais como, a realização de testes, a realização de exames, as apresentações orais, a escolha de profissão, a escolha de curso para a faculdade (Lopes & Resende, 2013). E para muitos/as destes/as jovens, quando submetidos/as a pressões intensas, nomeadamente em relação ao desempenho ou sucesso

académico, o consumo de álcool e tabaco surge, frequentemente, como uma forma de gerir níveis patológicos de ansiedade e o subsequente sofrimento psicológico e/ou físico.

De acordo com Ferro e Meneses-Gaya (2015 - p. 143) refere que a resiliência é "a capacidade do ser humano em passar por situações adversas e superá-las, saindo das mesmas com a sua estrutura psíquica mais fortalecida, embora não ileso." O mecanismo de *coping* consiste na forma como as pessoas lidam com as circunstâncias adversas que surgem ao longo da vida. Tal como acontece com a resiliência, as estratégias de *coping* dependem de determinados atributos individuais, ambientais e familiares para se solidificarem na pessoa. Estas estratégias funcionam como fator de proteção (Garmezy & Rutter, 1988) para os níveis patológicos de ansiedade e sofrimento psicológico e físico, com que os/as nossos/as jovens têm que lidar no seu dia-a-dia, ao longo do seu ano letivo.

Tendo em consideração a exigência e o desgaste de um ano letivo, as dificuldades causadas por toda a pressão que é exercida sobre os/as nossos/as jovens para que tenham o melhor desempenho académico possível, assim como todo o esforço e sofrimento psicológico que estes/as sofrem na tentativa de atingir objetivos extremamente exigentes, consideramos importante analisar e perceber se os/as nossos/as jovens estão preparados/as para lidar com estas dificuldades, em termos de dimensões-chave para o ajustamento psicológico, como é o caso da resiliência. Será através da obtenção de níveis elevados de resiliência que os/as nossos/as jovens poderão gerir de forma mais eficaz e saudável os seus níveis de ansiedade e stress, reduzindo assim a necessidade de recorrer a mecanismos de *coping* baseados no consumo de substâncias, que para além de serem pouco eficazes na gestão da ansiedade, são prejudiciais à saúde física e psicológica.

Claro está que o desenvolvimento de níveis mais elevados de resiliência, tal como muitos outros processos psicológicos depende, em grande parte, da sua promoção desde idade precoce. A eficácia e efetividade da promoção de resiliência nos/as nossos/as jovens, desde idades precoces, por sua vez, está, inevitavelmente, ligada à qualidade da dinâmica familiar, e especialmente à qualidade das relações interpessoais e expressão de afeto na família. Neste âmbito, é importante reconhecermos a importância da perceção de aceitação-rejeição interpessoal, na medida em que a literatura comprova que a perceção de rejeição parental está associada a níveis mais elevados de ansiedade, insegurança, dificuldades de autocontrolo, instabilidade emocional e menor capacidade de lidar com o stress (Rohner, Khaleque & Cournoyer, 2007).

Desta forma, o objetivo do nosso estudo foca-se em tentar perceber, num primeiro momento os hábitos de consumo de álcool e tabaco da nossa amostra de jovens adolescentes, assim como os seus níveis de ansiedade. Em segundo lugar, pretendemos também avaliar os seus níveis de resiliência e perceção de aceitação-rejeição relativamente ao pai e à mãe, para no final, podermos analisar e concluir sobre se a resiliência está efetivamente associada tanto aos hábitos de consumo e níveis de ansiedade dos jovens, e também se a qualidade das relações entre pais e jovens está relacionada tanto com a promoção de ansiedade e consumo de substâncias lícitas, como na promoção de processos psicológicos benignos que ajudam a controlar a ansiedade e o consumo, como é o caso da resiliência.

Numa perspetiva de futuro, pretendemos com o nosso estudo, contribuir para o desenvolvimento de mais e melhores programas de intervenção/prevenção de ansiedade e consumo de substâncias em idade escolar, que possam incidir sobre dimensões relevantes para o problema, contribuindo assim para tornar os referidos programas mais eficazes.

No que diz respeito à estrutura, esta dissertação está dividida em quatro partes. Na primeira parte apresentamos a revisão da literatura, que aborda ao consumo de substâncias lícitas em Portugal, o consumo de álcool e tabaco na adolescência, a ansiedade e o consumo de substâncias lícitas na adolescência, a resiliência e o consumo de substâncias lícitas na adolescência e por último, a aceitação-rejeição parental e o consumo de substâncias lícitas na adolescência. Na segunda parte descrevemos a metodologia desta investigação, nomeadamente os objetivos do estudo, os problemas de investigação, as hipóteses, a descrição da amostra e dos instrumentos usados para a recolha de dados e o procedimento para a realização da investigação. Na terceira parte apresentamos os resultados e fazemos a discussão dos mesmos, tendo sempre em consideração a revisão de literatura realizada. Por último, a quarta parte irá focar-se nas conclusões desta investigação e dos dados recolhidos, deixando indicadores para futuras investigações neste âmbito e analisando também algumas limitações identificadas na realização desta dissertação.

1. Revisão da Literatura

1.1 Prevalência do consumo de álcool e tabaco em Portugal

Em Portugal, o álcool é considerada a substância psicoativa com maior prevalência de consumo (Balsa, Vital & Urbano, 2014).

Analisando os dados do INSA, de 1995 para 2005, o consumo de álcool nos últimos meses de cada ano, houve um aumento mais significativo no Alentejo (46,1% para 58,5%), havendo um aumento menos acentuado no Algarve e uma diminuição do consumo nas outras regiões de Portugal (Feijão, 2010).

No relatório de estudo HBSC de 1998 (2000) apurou-se que os rapazes mais velhos (15 anos ou mais) consomem mais bebidas alcoólicas que os rapazes mais novos, com menos de 15 anos de idade e que as raparigas. Este relatório refere também que 71% dos/as jovens já experimentaram bebidas alcoólicas (74,6% de rapazes e 67,8% de raparigas). Os rapazes com 15 anos ou mais, sendo os que consomem mais álcool, têm uma maior probabilidade do que outros/as jovens em envolver-se em comportamentos de risco, como por exemplo, fumar diariamente.

Quanto a estudos realizados com jovens a frequentar o 3º ciclo do ensino básico e do ensino superior, Feijão (2010) realizou uma caracterização epidemiológica do consumo de álcool. A taxa de prevalência do consumo de álcool pelos/as jovens, ao longo da vida, é superior no Alentejo verificando-se um aumento de 2001 para 2006 (no 3º ciclo, de 74% para 77% e no ensino secundário de 94% para 95%). A bebida alcoólica mais consumida é a cerveja, o consumo no ensino básico do 3º ciclo é de 66% e no ensino secundário verificou-se um aumento de 89% para 91%. Évora, Portalegre e Beja são os distritos onde se verifica um maior consumo de cerveja, sendo em Beja o aumento mais significativo (52% em 2001 para 61% em 2006). Porém

houve uma diminuição de 2001 para 2006, no ensino básico do 3º ciclo baixou de 61% para 52% e no ensino secundário baixou de 87% para 86%. Quanto à embriaguez houve também uma descida de 26,1% para 22,5% no ensino básico do 3º ciclo e de 52,2% para 47,3% no ensino secundário, de 2001 para 2006.

Feijão (2010) refere ainda que os/as jovens consomem bebidas alcoólicas essencialmente em discotecas, bares, enquanto que a escola é o local de menor consumo. Portugal é dos países com maior consumo de álcool a nível Europeu e Mundial (Inquérito Nacional de Saúde - INSA, 2006). Segundo Gameiro (1998), cerca de 500 mil jovens entre os 15 e os 24 anos de idade, já consumiam álcool três vezes por semana ou mais.

De acordo com OCDE (2011), Portugal apresentou o maior consumo de álcool, em 2009, com cerca de 12 litros per capita, mais 3 litros per capita do que a média da França, da República Checa, da Áustria e da Estónia. O consumo de álcool puro per capita em Portugal de 1980 a 1990 é muito irregular, variando entre os 10,7 litros e os 12,9 litros. Porém, de 1990 a 2003, o consumo diminui dos 12,9 litros até aos 9,6 litros. Nos anos 90 (1990, 1991, 1994, 1995 e 1996), Portugal era o país onde havia um maior consumo de álcool puro per capita. Em 2003, Portugal, passou para o 8º lugar (World DrinkTrends, 2005).

Em Janeiro de 2013 foi realizado um relatório de um estudo exploratório sobre consumos, perceções e representações das substâncias psicoativas. Neste estudo participaram 500 estudantes universitários de Lisboa, sendo aplicado um questionário de autopreenchimento, que revelou prevalência elevada de *binge drinking* (ou seja, consumo de grandes quantidades de álcool numa mesma ocasião) (76% no sexo feminino e 86,8% no sexo masculino) e de embriaguez (64,4% no sexo feminino e 70,9% no sexo masculino). Este estudo apresentou também sinais preocupantes de padrões de consumo de álcool, tanto mensalmente, sendo que os

dados apontam para que 28% do sexo feminino e 38,4% do sexo masculino apresentavam padrões de *binge drinking* entre 2 a 4 vezes por mês, como semanalmente, sendo possível verificar que 8,4% do sexo feminino e 16,1% do sexo masculino referiram ter consumido 5 ou mais bebidas alcoólicas num espaço curto de tempo, 2 ou mais vezes por semana (Guerreiro, Costa & Dias, 2013).

De acordo com o Plano Estratégico para 2013 – 2015 (SICAD, 2013), os últimos estudos em meio escolar, nomeadamente o ECADT (Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas) e o ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*), realizados por Feijão (2012), possibilitaram perceber a evolução do consumo de álcool em meio escolar, em três momentos consecutivos (2003, 2007 e 2011).

Em 2011 verificou-se uma diminuição de consumidores e uma descida das prevalências de consumo de álcool em todas as idades e em ambos os sexos, comparativamente a 2007 e 2003. Também as prevalências de consumo recente (últimos 12 meses e nos últimos 30 dias) diminuiu para todas as idades e em ambos os sexos comparativamente a 2007. No entanto, verificou-se um aumento da prevalência de situações de embriaguez, ao longo da vida, em todas as idades e para ambos os sexos. Houve também um aumento da prevalência das situações de embriaguez nos últimos 30 dias, entre as idades dos 16 e os 18 anos de idade, para ambos os sexos e o aumento de bebidas destiladas, entre os 15 e os 18 anos de idade (Feijão, Lavado & Calado, 2012).

Noutro estudo exploratório sobre os consumos e estilos de vida dos/as estudantes universitários/as, com uma amostra não representativa, na qual foi aplicado um questionário *online*, de autopreenchimento, e com 3327 inquéritos válidos, verificou-se uma prevalência acentuada do consumo de álcool nos 30 dias anteriores ao estudo. Quanto ao *binge drinking*, 37% dos estudantes do sexo feminino referiu ter bebido 5 ou mais copos e do sexo masculino referiu 6

ou mais copos. Adicionalmente, 9,4% dos/as estudantes afirmam ter-se embriagado pelo menos uma vez, durante esse tempo (Silva, Borrego, Ferreira, Lavado, Melo, Rowland & Truninger, 2013).

De acordo com os resultados obtidos do estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas (ECATD, 2011) realizado por Feijão e colaboradores (2012), a bebida alcoólica mais precocemente consumida em Portugal é a cerveja, iniciando-se o consumo por volta dos 10-12 anos de idade (SICAD, 2013).

No que diz respeito ao inquérito HBSC de 2010 (Matos & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde, 2012), 42% dos/as jovens refere ter consumido bebidas alcoólicas pela primeira vez entre os 12 e os 13 anos de idade e 62% menciona que se embriagou pela primeira vez aos 14 anos de idade.

Passando agora aos dados que dizem respeito ao consumo de tabaco, o relatório ESPAD (2004) diz-nos que entre 50% a 80% dos/as jovens já consumiram tabaco, comportamento partilhado por 18% dos/as jovens portugueses/as. Entre os 18% e 60% consumiram tabaco nos últimos 30 dias, tendo os/as jovens portugueses/as um consumo atual de 28%.

Um total de 72% dos/as jovens consideram ser bastante fácil obter tabaco (ESPAD, 2009). A prevalência do consumo de tabaco varia entre os 24% e os 80%, sendo a média 58%. Quanto aos últimos 30 dias, cerca de 29% dos/as jovens apresenta um consumo atual, situando-se Portugal nos 19% com consumo semelhante entre rapazes e raparigas. De acordo com a ESPAD (2012), 55% dos/as estudantes mencionam que já experimentaram fumar cigarros pelo menos uma vez, 28% fumou cigarros nos últimos 30 dias e 2% dos/as jovens já tinham fumado um maço de cigarros por dia nos últimos 30 dias. De 2007 para 2011 houve uma diminuição na

percentagem de experimentação de tabaco e com início mais tardio, todavia com mais consumidores atuais.

O ECATD (2011) refere que o tabaco é a substância mais consumida pelos/as jovens, a seguir ao álcool. A prevalência do consumo de tabaco ao longo da vida apresenta um aumento contínuo dos 13 para os 18 anos de idade, com cerca de 17% de jovens com 13 anos, cerca de 53% de jovens com 16 anos e cerca de 61% de jovens com 18 anos (Feijão, 2012).

Relativamente ao consumo atual, cerca de 5% dos/as jovens inquiridos referiu que fumou nos últimos 30 dias, bem como cerca de 27% dos/as jovens com 16 anos e cerca de 34% dos/as jovens com 18 anos. Ao longo dos nove anos do estudo houve uma diminuição da prevalência de tabaco ao longo da vida. Porém, com o aumento da idade, houve um aumento da experimentação do consumo de tabaco.

O relatório HBSC de 1998 (2002) refere que houve um aumento da experimentação do tabaco com o aumento da idade, sendo a percentagem superior nos rapazes. Segundo o mesmo relatório (2012), a segunda substância mais consumida pelos/as jovens é o tabaco, com 30% de prevalência de consumo, não havendo grande diferença entre os sexos, sendo o maior consumo nos/as jovens que frequentavam o 10º ano de escolaridade. Cerca de 43% dos/as jovens fumaram pela primeira vez aos 14 anos ou mais tarde. Os rapazes começam a fumar por volta dos 11 e 13 anos de idade e as raparigas por volta dos 14, 15 anos de idade. De acordo com o INME (2011), nos/as alunos/as do 3º ciclo do ensino básico, o consumo de tabaco diminuiu de 2001 para 2006, de 49% para 35%, voltando a aumentar em 2011 para 38%. Quanto à prevalência recente de consumo de tabaco, houve uma diminuição de 2001 para 2006, de 36% para 22%. Porém, o consumo de tabaco voltou a aumentar em 2011, para os 28%. Quanto aos/às alunos/as do ensino secundário, o tabaco é a segunda substância mais consumida sendo a primeira o álcool. O

consumo de tabaco diminuiu de 2001 para 2006, de 70% para 55%. Contudo, em 2011, o consumo aumentou para 64%. Em relação à prevalência do recente consumo de tabaco, houve um decréscimo de 2001 para 2006, de 49% para 34%. Porém, voltou a aumentar em 2011, para 48%. Quanto à prevalência atual do consumo de tabaco, houve uma diminuição de 2001 para 2006 mas voltou a aumentar em 2011 (36%).

1.2. Consumo de álcool na adolescência

Os/As jovens procuram novas sensações e descobertas, o que os distancia do mundo que tiveram na infância (Fonseca, 2002). Segundo Patrício (2006) é na adolescência que há uma maior disponibilidade para a experimentação de determinadas substâncias. Entre elas, o álcool é a substância mais consumida pelos/as jovens (Ferreira & Torgal, 2010).

Na adolescência, o consumo de álcool pode ter diversos significados, como a natureza do produto, a história do/a jovem, as expectativas do/a jovem e a capacidade de resposta do seu meio (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

A busca de identidade pode levar os/as jovens à incerteza sobre si mesmos/as, abrindo assim espaço para a ocorrência de situações de transgressão, procura de prazer e necessidade de liberdade, que muitas vezes, podem favorecer o consumo de substâncias (Demicheli, 2001).

Nesta fase há cada vez mais uma disposição para a experimentação de bebidas alcoólicas e um aumento do consumo de álcool de alto risco, como é o caso do *binge drinking* (consumo excessivo de bebidas alcoólicas com o intuito de se embriagar depressa), assim como a mistura de bebidas alcoólicas com outras substâncias. Os/As jovens são os/as mais frágeis a sofrer danos emocionais, físicos e sociais devido ao consumo de álcool (centro de alcoologia do Sul, 2001). O consumo de álcool contribui significativamente para estes danos e está relacionado a acidentes de

viação, comportamentos de risco, afogamento, tentativas de suicídio e consumo de outras substâncias (Zeigler, 2005).

Os fatores de risco para o consumo de substâncias nos/as jovens, podem ter a sua origem em diversas dimensões diferentes, nomeadamente comportamentais, de temperamento e afeto, emocionais (presença de sintomas psicológicos), ambientais (família, comunidade, grupo de pares) e genéticos (Belcher & Shimitzky, 1998). Um dos principais fatores de risco é o grupo de pares, sendo que por vezes os/as jovens se sentem influenciados/as a consumir bebidas alcoólicas para assim se sentirem integrados/as em determinado grupo (Hong, Lee, Grogan-Kaylor & Huang, 2011). Segundo Nash, McQueen e Bray (2005) também a curiosidade pode ser um fator de risco, levando assim a que os/as jovens experimentem bebidas alcoólicas. A oferta de álcool por parte de familiares e a norma social, ou seja, convicção que a maior parte das pessoas consomem álcool, também podem influenciar no começo do consumo de bebidas alcoólicas (Chartier, Hesselbrock & Hesselbrock, 2011). Há estudos que referem que os/as jovens, por vezes, recorrem ao consumo de álcool para gerir emoções negativas, criando assim uma sensação de bem-estar (Schulte, Ramo & Brown, 2009). Quanto a fatores protetores, podemos identificar a boa comunicação com os pais, as relações positivas com o grupo de pares e professores/as e o contentamento com a escola (Bonny, Britto, Homung & Slap, 2000; Matos, 2002).

O consumo precoce de álcool é um fenómeno que aparenta estar a tornar-se cada vez mais frequente, sendo que na base deste aumento poderão estar fatores como as mudanças biológicas e cognitivas, as mudanças psicológicas e sociais e a própria genética (Windle, Spear, Fuligni, Angold, Brown & Pine, 2008). Este consumo precoce é influenciado por vários contextos culturais e sociais em que os/as jovens vivem (Bonnie, 2004).

A literatura cientifica refere como potenciais determinantes do consumo de álcool são a convivência com pessoas que consomem álcool, como os pais ou irmãos, a pressão por parte do grupo de pares, a fácil acessibilidade às bebidas alcoólicas e o apelo ao consumo de álcool através da publicidade e dos meios de comunicação social (Petraitis, 1998). Determinados estudos referem também os fatores pré-natais (consumo de álcool e pré-disposição genética) e o estado emocional das mães durante a gravidez (Hutchinson, Alati, Najman, Mattick, Bor & O'Callaghan, 2008) como potenciais fatores determinantes para o consumo precoce de álcool.

De um ponto de vista desenvolvimentista, uma das razões para os/as jovens iniciarem e manterem o consumo de álcool pode ficar a dever-se ao facto desta conduta representar um privilégio da idade adulta e adotá-lo pode fazer com que os/as jovens se sintam mais adultos/as, por considerarem ser uma forma de ter mais autonomia e mais independência dos pais ou cuidadores (Currie, Roberts, Morgan, Smith, Settertobulte, Samdal & Rasmussen, 2004).

Segundo Costelo (1999), existem também fatores psicológicos que têm sido associados ao início precoce do consumo e abuso de álcool. Nas raparigas, a ansiedade precoce pode apressar a iniciação do consumo de álcool (Rose, 1998). Para além dos fatores psicológicos serem determinantes importantes dos comportamentos de risco, estes podem funcionar também como filtros pessoais através dos quais os estímulos ambientais e sociais são percebidos e manifestados em ações (Igra, 1996). Em contrapartida, a inexistência de sinais psicológicos, o contentamento com a escola e o grupo de pares têm um papel essencial na prevenção do consumo de álcool (Simões, Matos & Batista, 2008).

1.3. Consumo de tabaco na adolescência

Na adolescência podem surgir comportamentos de riscos que são muitas vezes difíceis de erradicar na idade adulta. O tabaco é geralmente a primeira substância consumida pelos/as jovens (Ferreira & Torgal, 2010).

A adolescência é uma fase da vida mais propensa para os/as jovens experimentarem fumar um cigarro, havendo também um maior risco para iniciarem hábitos tabágicos (Lima, 1999). Os efeitos do tabaco são o aumento do estado de atenção e de alerta, o desempenho cognitivo, inclusive momentos de stress e de ansiedade (Ferreira & Torgal, 2010). As pessoas que fumam, geralmente não conseguem fumar só aos fins-de-semana ou apenas nas férias. Na maioria dos casos, fumar requer dedicação diária e várias vezes por dia, para evitar o nervosismo, o desconforto, a irritação e a ansiedade (Marlatt, 2002). No consumo de tabaco é raro haver consumidores/as ocasionais, como acontece no consumo de outras substâncias. Na maioria dos casos, as pessoas fumam menos, inicialmente, e pouco a pouco, vão ganhando tolerância ao tabaco e fumando cada vez mais (Lopes, Bernardes, Acauan & Felipe, 2007).

Segundo Ferreira e Torgal (2010), o consumo de tabaco aumenta significativamente em jovens que têm também outros comportamentos de risco, tais como, o consumo de álcool e o consumo de substâncias ilícitas. De acordo com estes autores, o facto dos pais, irmãos fumarem influencia que os/as jovens comecem a fumar.

Habitualmente, os/as jovens começam a consumir substâncias lícitas, como é o caso do tabaco e do álcool, nos ambientes familiares (Ferreira & Torgal, 2010). Segundo Cleveland, Feinberg, Bontempo e Greenberg (2008), os aspetos que mais têm influência para o início do consumo de tabaco, são a família e a comunidade. O ambiente familiar, a influência do grupo de

pares, a pouca motivação para os estudos, o facto de os pais dos/as jovens fumarem e a vivência de uma separação ou morte na família são fatores de risco que influenciam no consumo de tabaco (Schenker & Minayo, 2005).

Segundo Clímaco e Ramos (2003), atualmente, a compra de tabaco é de acessibilidade fácil mesmo que a lei refira que é proibido a venda de tabaco a menores de 18 anos de idade, sendo este também um fator de risco.

2. Ansiedade e o consumo de substâncias lícitas na adolescência

Para qualquer ser humano, a ansiedade é uma vivência comum (Andrade & Gorenstein, 1998). A ansiedade torna-se patológica quando é uma resposta desadequada a um determinado estímulo (Bessa, 2009). Esta engloba vários aspetos psicológicos, físicos, cognitivos, emocionais e fatores de personalidade (Batista, 2007).

A ansiedade é considerada uma emoção normal experienciada por todos os seres humanos de todas as idades. A maioria das pessoas vivencia a ansiedade na adolescência devido a determinados acontecimentos, como a realização de um teste, a escolha de uma profissão, ingressar na faculdade, divórcio dos pais, doença de familiares, mudança de casa, entre muitas outras potenciais razões (Lemos, 2001). De acordo com Batista e Oliveira (2005), os/as jovens passam por muitas mudanças e adaptações, o que levam a que se sintam mais ansiosos/as ao se adaptarem às mudanças. Para além disto, as crianças e os/as jovens ansiosos/as têm uma maior dificuldade em atingir o seu potencial máximo na escola, têm dificuldades em concentrar-se se estiverem tristes, ou se estiverem preocupados/as com determinados acontecimentos das suas vidas, o que pode afetar a vida social, como por exemplo, criar amizades e aprender competências sociais (Cartwright-Hatton, 2007).

A ansiedade é considerada um dos fatores motivadores ao consumo de substâncias. Segundo Takei e Schivoletto (2000), a ansiedade pode ser um fator importante para o consumo de álcool e de outras substâncias. Os/As jovens ansiosos/as consomem álcool e outras substâncias ilícitas com o intuito de conseguirem gerir a sua ansiedade e assim se sentirem mais calmos/as (Cartwright-Hatton, 2007). Em relação ao consumo de tabaco, uma pessoa que fuma, geralmente fá-lo todos os dias e várias vezes por dia para evitar o nervosismo e o stress (Marlatt, 2002). A dependência de nicotina acontece de forma rápida. Os efeitos atrativos desta substância são o aumento da concentração e estado de alerta e o desempenho psicomotor, inclusive em situações de maior ansiedade e stress (Takei & Schivoletto, 2000).

Alguns estudos têm demonstrado haver uma relação positiva entre tabagismo e transtornos de ansiedade (Kandel, Jonhson, Canino, Goodman & Lahey, 1997; Isensee, Withchen, Stein, Hofler & Lieb, 2003), isto é, o consumo de tabaco está associado a níveis mais baixos de ansiedade. Dentro desta lógica, os/as jovens mais ansiosos/as têm mais tendência a consumir substâncias lícitas que os/as jovens menos ansiosos/as (Lopez, Turner & Saavedra, 2005).

3. A resiliência

Na fase da adolescência, o/a jovem passa por um período de diversas mudanças e adaptações a situações que vão surgindo no dia-a-dia. Algumas destas situações baseiam-se em mudanças fisiológicas, mudanças psicológicas, sentimento de inclusão em determinado grupo, formação académica Por vezes, os/as jovens demonstram sentimentos contraditórios e confusos, como a rejeição, a separação, a angústia que podem gerar problemas na vida do/a jovem (Brêtas, Ohara, Jardim, Junior & Oliveira, 2011; Wright, Masten & Narayan, 2013). Dito isto, o conceito

de resiliência consiste na capacidade que a pessoa tem em lidar de forma positiva com determinados acontecimentos adversos numa perspetiva de qualidade de vida e bem-estar. Podemos também definir a resiliência como a capacidade do ser humano passar por acontecimentos adversos e superá-los. O desenvolvimento da resiliência envolve um conjunto de fatores individuais e sua interação com o ambiente (Ferro & Meneses-Gaya, 2015).

Alguns autores definem resiliência como um traço individual enquanto que outros definem como um processo complexo de características dinâmicas (Filipe & Simões, 2013). Rutter (1992) carateriza a resiliência como *"um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam uma vida saudável, ainda que o individuo viva num meio desfavorecido."* A resiliência deve ser vista como um processo interativo entre a pessoa e o meio e não ser vista como um atributo com o qual as pessoas nascem (Ferro & Meneses-Gaya, 2015). Por outro lado, Rutten, Hammels, Geschwind, Menne-Lothmann, Pishva, Schruers, Van Den Hove, Kenis, Van e Wichers (2013) referem que a resiliência é um processo adaptativo e dinâmico que possibilita a recuperação rápida da homeostasia, em condições de stress. Porém, para Poletto e Koller (2008), a resiliência é um fenómeno que consiste na superação do stress, no qual os indivíduos superam, com sucesso, situações de risco para o desenvolvimento de psicopatologias.

A resiliência nos/as jovens manifesta-se conforme os seus recursos existentes e as suas características pessoais (Drinkard, 2014). Perante situações adversas, os/as jovens com resiliência recorrem aos seus recursos internos (personalidade, mecanismos de *coping*) e externos (família, escola, comunidade) com o objetivo de superar os problemas (Saewyc & Edinburgh, 2010; Ungar, 2015). As características principais encontradas em crianças e jovens resilientes são, a capacidade de socialização, a autoeficácia, a elevada autoestima, o elevado funcionamento cognitivo e o talento (Masten & Coastworth, 1995).

O envolvimento dos/as adultos/as no desenvolvimento da resiliência nos/as jovens simplifica o estabelecimento por parte dos mesmos, de relações bem sucedidas com os pais, professores/as, amigos/as (Bowlby, 2002).

De acordo com Rutter (1999) existem quatro mecanismos que contribuem para o desenvolvimento de processos de proteção, sendo estes, reduzir o impacto dos riscos, diminuir as reações negativas em cadeia que se seguem à exposição do individuo à situação de risco, manter e estabelecer a autoeficácia e a autoestima através do estabelecimento de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com êxito e criar oportunidades para retroceder os efeitos do stress.

3.1. A resiliência e o consumo de substâncias lícitas na adolescência

Jones e Magee (2014) referem que o facto de os/as jovens serem resilientes e assertivos/as faz com que tenham a capacidade de recusar o consumo de álcool, mesmo sendo pressionados/as pelo grupo de pares, podendo ser considerado um fator de proteção. Estudo realizado por Melillo, Estamati e Cuestas (2001) demonstra que os/as jovens que mantêm uma relação positiva com os pais, são jovens que apresentam maiores índices de resiliência.

Conforme literatura recente sobre a resiliência e o consumo de substâncias destacou-se a resiliência como uma habilidade de enfrentamento, com hipóteses de contribuição para a competência social, a autonomia, a autorregulação e a inteligência do/a jovem. Estudos referem que jovens mais resilientes tendem a consumir menos bebidas alcoólicas, tabaco e outras substâncias. (Becoña, 2007). Na Nova Zelândia foi realizado um estudo de coorte que teve a duração de 15 anos (do nascimento até aos 15 anos de idade), sendo o objetivo central a identificação de aspetos que contribuem para a resiliência dos/as jovens. Este estudo concluiu que

os/as jovens, muitas vezes, consomem tabaco por influência do grupo de pares (Stanton, Lowe & Silva, 1996)

Segundo Ungar (2003), jovens que se envolvem em situações de risco, como consumir álcool, fumar tabaco percecionam esses comportamentos como tendo efeitos positivos nas suas relações interpessoais. Pode então concluir-se que a definição de comportamentos desadequados, constitui um desafio nos estudos sobre a resiliência (Walsh, Dawson & Mattingly, 2010).

4. Teoria da Aceitação-Rejeição Interpessoal

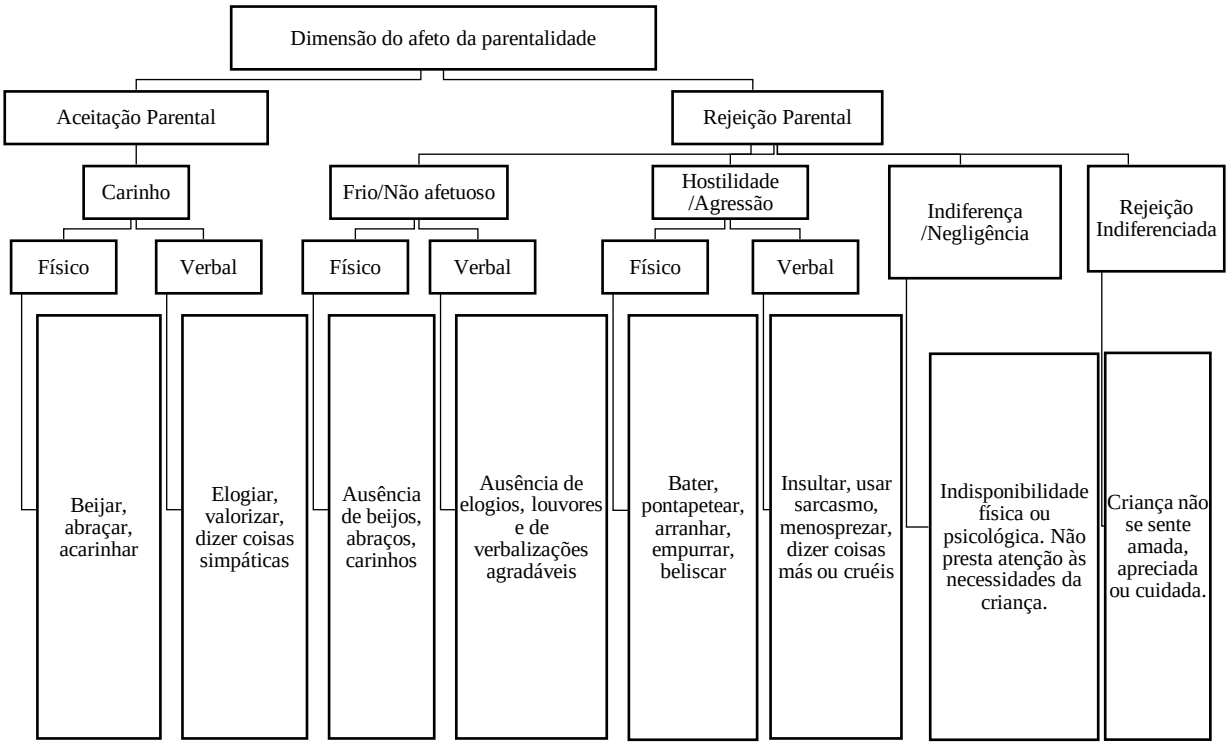
A Teoria da Aceitação-Rejeição Interpessoal (IPARTheory), elaborada por Ronald Rohner, é uma teoria de socialização cujos principais objetivos eram predizer e explicar as causas e consequências das experiências de aceitação e rejeição parental (Rohner, 2016). Porém, em 2000, esta teoria expandiu-se, incluindo assim outras figuras significativas para a criança, tais como, professores/as, amigos/as, irmãos/ãs (Rohner & Khaleque, 2015).

Esta teoria integra-se num perspetiva fenomenológica através da qual o desenvolvimento e o comportamento do ser humano é afetado mais pela perceção da pessoa do que pelos acontecimentos que ocorrem ao longo da vida. Só deste modo é possível justificar o porquê de muitas crianças serem negligenciadas e mesmo assim não se sentirem rejeitadas enquanto que outras crianças passam pelo sentimento de rejeição mesmo tendo o amor, o afeto e a apreensão dos pais ou outras pessoas significativas. (Rohner, 1986).

A IPARTheory apoia-se numa dimensão *contínum*, ou seja, tem dois polos relativos à aceitação e rejeição. (Rohner, 1986). Sendo assim, a aceitação diz respeito ao carinho tanto físico como verbal (Rohner, Khaleque & Cournoyer, 2012). Quanto à rejeição pode ser manifestada através de determinados comportamentos (hostilidade/agressividade, indiferença/negligência e

rejeição indiferenciada) (Kuyumcu & Rohner, 2016). Assim sendo, estes dois polos, aceitação e rejeição refletem a ligação existente entre as crianças e as figuras significativas, assim como os comportamentos utilizados para expressar determinados sentimentos, sensações (Rohner & Carrasco, 2014). Tal como se pode verificar de forma simplificada na figura 1.

Figura 1. Esquema das Dimensões da Aceitação-Rejeição Interpessoal



A IPARTheory está dividida em três subteorias, nomeadamente a subteoria de *coping*, a subteoria da personalidade e a subteoria dos sistemas socioculturais. A subteroia de *coping* consiste numa perspetiva que determina o comportamento da pessoa, quando esta perceciona rejeição. Existem três fatores essenciais, o *self*, o outro e o contexto em que a pessoa está inserida (Rohner, 1986). No que diz respeito à subteoria da personalidade é através desta que se tenta explicar as consequências da perceção de aceitação e rejeição interpessoal, a nível psicológico e

da personalidade (Rohner & Khaleque, 2002). A subteoria sociocultural tem como objetivo perceber as diferenças entre os pais que têm atitudes de aceitação e os pais que têm atitudes de rejeição (Rohner, 1986).

As pesquisas realizadas à volta desta teoria têm como intuito confirmar que o amor dos pais é fundamental para o desenvolvimento social e emocional das crianças (Rohner, Khaleque & Cournoyer, 2005).

De acordo com Rohner (2004), quando as necessidades das crianças não são asseguradas, as crianças tenderão a manifestar problemas de autoestima, comportamento hostil e agressivo, a sentir-se muito dependentes ou independentes mas de uma forma defensiva, com algumas dificuldades em gerir emoções, com uma determinada incapacidade de responsividade emocional e percecionar o mundo como algo negativo.

A perceção da rejeição parental é algo universal, isto é, crianças de todo o mundo, independentemente da idade, género e cultura, expressam dificuldades idênticas em consequência da rejeição parental. Ao que tudo indica, parece que as crianças, os/as jovens e os adultos tendem a estruturar as suas perceções de aceitação-rejeição em quatro típicos comportamentos, carinho/frieza, hostilidade/agressividade, indiferença/negligência e rejeição indiferenciada (Rohner, Khaleque & Cournoyer, 2005).

4.1. Aceitação-rejeição parental e o consumo de substâncias lícitas na adolescência

Segundo Calkins e Hill (2007), na origem da formação de possibilidades de atribuir significado e experienciar diversas emoções realça-se o papel das relações significativas na infância e na adolescência, tendo como modelos teorias relacionais como é o caso da teoria da aceitação-rejeição parental (Rohner, 2004).

A família é considerada o primeiro grupo social do/a jovem (Tallón, Ferro, Gómez & Parra, 1999). O bom relacionamento dos/as jovens com os seus pais ou principais cuidadores é um fator de proteção de extrema importância (Winnicott, 2001).

Nos últimos anos foram realizadas pesquisas que referem que a qualidade da relação entre pais e filhos/as tem obtido um impacto significativo no desenvolvimento de comportamentos de risco (Newman, Harrison, Dashiff & Davies, 2008).

O comportamento dos pais em relação ao afeto, à comunicação e práticas disciplinares predizem mediadores essenciais na formação e crescimento do/a jovem. Em relação ao consumo de álcool e de tabaco, alguns estudos referem que há um menor risco de consumo destas substâncias entre jovens cujos pais tiveram um estilo parental autoritário. A permissividade dos cuidadores também é associada ao consumo de substâncias lícitas. Contudo, os mesmo autores referem que uma educação autoritária e negligente está associada a um maior consumo de álcool e tabaco, seguida da educação permissiva (Newman, Harrison, Dashiff & Davies, 2008).

5. Método

Este capítulo será dedicado à descrição de um estudo correlacional sobre a aceitação-rejeição parental, a ansiedade e a resiliência no que diz respeito ao consumo de substâncias lícitas na adolescência. Ao longo deste capítulo serão apresentados os objetivos, problemas e hipóteses em estudo, e consequentemente, a caracterização da amostra, os instrumentos utilizados e os procedimentos para a recolha da amostra.

5.1. Objetivos

Os objetivos desta investigação focam-se em:

a) Tentar perceber os hábitos de consumo de álcool e tabaco da nossa amostra de jovens adolescentes, assim como os seus níveis de ansiedade;

b) Avaliar os níveis de resiliência e perceção de aceitação-rejeição relativamente ao pai e à mãe dos sujeitos da nossa amostra;

c) Analisar se a resiliência está efetivamente associada tanto aos hábitos de consumo e níveis de ansiedade dos/as jovens, e também se a qualidade das relações entre pais e jovens, avaliada a partir da perceção que os/as jovens têm de serem mais aceites ou mais rejeitados/as pelos seus pais, está relacionada tanto com a promoção de ansiedade e consumo de substâncias lícitas, como na promoção de processos psicológicos benignos que ajudam a controlar a ansiedade e o consumo, nomeadamente a resiliência.

d) Perceber se existem diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino a nível das variáveis em estudo, nomeadamente os hábitos de consumo de álcool e tabaco, níveis de ansiedade, resiliência e perceção de aceitação-rejeição parental.

5.2. Problemas de investigação

De acordo com os objetivos enunciados no ponto anterior, foram formulados os seguintes problemas de investigação:

1. Será que existe uma relação entre a perceção de aceitação-rejeição parental e os níveis de ansiedade, resiliência assim como com o consumo de substâncias lícitas na adolescência?
2. Será que existe uma relação entre os níveis de resiliência apresentada pelos/as jovens consumidores de substâncias lícitas e os seus níveis de ansiedade?
3. Será que existem diferenças entre jovens consumidores e não consumidores de substâncias lícitas relativamente à ansiedade, resiliência e perceção de aceitação-rejeição parental?

5.3. Hipóteses de investigação

Depois da explicação dos problemas de investigação e tendo por base a literatura científica, procede-se à formulação das hipóteses de investigação:

H1: Quanto mais os/as jovens consumidores de substâncias lícitas se percecionam como aceites pelos pais, maiores são os seus níveis de resiliência.

Segundo Chuang, Ennet, Bauman e Foshee (2009) referem que é extremamente importante haver um bom relacionamento familiar, onde exista tolerância, diálogo, compreensão e incentivo para ultrapassar determinados obstáculos. Com isto, havendo uma maior perceção de aceitação por parte dos/as filhos/as consequentemente haverá jovens mais resilientes.

H2: Quanto mais os/as jovens consumidores/as de substâncias lícitas se percecionam como aceites pelos pais, menores são os níveis de ansiedade que apresentam.

A dinâmica familiar e estilos parentais são fatores que podem ajudar a explicar o consumo de substâncias lícitas na adolescência. Segundo Choquet, Hassler, Morin, Falissard e Chau (2008), quanto melhor a relação entre pais e filhos/as, menor a ansiedade destes.

H3: Quanto mais os/as jovens consumidores/as de substâncias lícitas se percecionam como aceites pelos pais, menor é a frequência do consumo de álcool e tabaco.

Diversos estudos revelam que a falta de suporte parental, o consumo de álcool na família, o divórcio dos pais são alguns dos fatores que podem influenciar no consumo de substâncias lícitas (Stafstrom, 2014; Tornay, Michaud,Gmel, Wilson, Berchtold & Suris, 2013; Chomynova & Miller, 2014).

H4: Jovens consumidores/as de substâncias lícitas apresentam níveis mais altos de ansiedade do que os/as jovens que não consomem substâncias lícitas.

A maioria dos/as jovens passam por situações que podem ser stressantes levando assim a uma maior ansiedade. Alguns estudos demonstram haver uma associação positiva entre o consumo de substâncias e a ansiedade (Isensee el al, 2003).

H5: Jovens consumidores/as de substâncias lícitas apresentam níveis mais baixos de resiliência do que os/as jovens que não consomem substâncias lícitas.

A resiliência comporta variadas características da personalidade, tais como, autoestima, capacidade de resolução de problemas, aceitação de si mesmo/a, autoconfiança, autoestima. Estudos realizados indicam que jovens com maior autoestima (Veselska, Geckova, Orosova, Gajdosova, Dijk & Reijneveld, 2009) e com maior capacidade de resolução de problemas (Jaffee & D'Zurilla, 2009) têm menor probabilidade de consumir substâncias lícitas comparando com os/as jovens com baixa autoestima e com menores capacidades de resolver problemas.

5.4. Caracterização da amostra

A amostra desta investigação é composta por um total de 357 participantes, que frequentavam os anos letivos do sétimo ao décimo segundo ano, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, sendo que a média de idades se fixou nos 15 anos (M=14.87, DP =1.871). Na amostra total, verifica-se que 213 (59.7%) sujeitos são do sexo feminino, representando a maioria populacional. Estes dados podem ser analisados de forma mais detalhada na tabela 1.

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos/as participantes

		N	**%**
Sexo			
	Feminino	213	59.7
	Masculino	144	40.3
		357	100

Ano de escolaridade		
7º ano	58	16.2
8º ano	80	22.4
9º ano	81	22.7
11º ano	72	20.2
12º ano	66	18.5
	357	100

Quanto ao questionário de hábitos de consumo de substâncias lícitas, no que diz respeito ao consumo de tabaco, 108 (30.3%) dos/as participantes referem consumir tabaco enquanto que os restantes 249 (69.7%) participantes referem não consumir tabaco.

De acordo com os dados da tabela 2 podemos verificar que a idade média do começo do consumo de tabaco é de 14 anos (M=14.17, DP=1.501). Quanto à questão "Qual a quantidade de cigarros que fumas, em média, por dia?", a média é de 1.46 (DP=2.853). No que concerne à quantidade máxima que os/as jovens fumaram numa só ocasião, a média é 8.50 (DP=8.172).

Tabela 2

Hábitos de consumo de tabaco

	Min	*Max*	*M*	*DP*
"Idade que começaste a fumar."	10	17	14,17	1.501
"Quantidade de cigarros que fumas, em média, por dia."	0	15	1,46	2.853
"Quantidade máxima de cigarros que já consumiste numa só ocasião."	0	30	8,50	8.172

Relativamente à questão "Tens algum elemento da tua família que fume?", 78 (72.2%) dos/as participantes responderam de forma afirmativa, enquanto que 30 (27.8%) dos/as jovens referiu não ter nenhum elemento da família que consuma tabaco.

De acordo com os dados apresentados na tabela 3, é possível verificar que a maioria dos/as participantes revela que fumou o 1º cigarro com os/as amigos/as (N=94; 87%).

Tabela 3 - *Questão 5 – "Com quem fumaste o 1º cigarro?"*

	N	*%*
Sozinho/a	2	1.9
Amigos/as	94	87.0
Namorado/a	2	1.9
Familiares	8	7.4
Amigos/as e familiares	2	1.9
Total	108	100.00

No que diz respeito ao local que os/as jovens fumaram o 1º cigarro, a maioria respondeu "casa de amigos/as", como se pode verificar na tabela 4.

Tabela 4

Questão 6 – "Em que local fumaste o 1º cigarro?"

	N	*%*
Escola	13	12.0
Discoteca	15	13.9
Café/bar	25	23.1
Casa de amigos/as	28	25.9
Casa de familiares	9	8.3
Rua	10	9.3
Outros (praia, shopping)	8	7.3
Total	108	100.0

Quanto à obtenção dos cigarros, a maioria dos/as participantes respondeu que pede a amigos/as (N=55;50.9%), como está explicito na tabela 5.

Tabela 5

Questão 11 – "Normalmente, como é que obténs os teus cigarros?"

	N	*%*
"Compro com o meu dinheiro"	30	27.8
"Peço a amigos"	55	50.9
"Peço ao/à meu/minha irmão/irmã"	1	0.9
"Vou buscar ao maço dos meus pais e/ou amigos/as"	3	2.8
"Algumas vezes compro e outras vezes peço a amigos/as	13	12.1
Não aplicável (só experimentou)		
Total	6	5.6
	108	100.0

Quanto às razões que levam os/as jovens a fumar, 27 (25%) participantes referem que lhes dá prazer, como se pode observar na tabela 6 seguinte.

Tabela 6

Questão 18 – "Qual é a principal razão ou razões pela qual fumas? (Se necessário podes assinalar mais que uma razão)

	N	*%*
"Acalma-me"	14	13.0
"Dá-me prazer"	27	25.0
"Ajuda-me a socializar"	6	5.6
"Ajuda-me a fazer uma pausa em momentos difíceis"	4	3.7
"Ajuda a sentir-me mais integrado/a no meu grupo"	2	1.9
"Acalma-me, dá-me prazer e ajuda a socializar"	2	1.9
"Ajuda a não engorda e dá-me prazer e ajuda a fazer uma pausa em	2	1.9

momentos difíceis”		
“Acalma-me e ajuda-me a fazer uma pausa em momentos difíceis”	5	4.6
“Acalma-me, dá-me prazer e ajuda-me a fazer uma pausa em momentos difíceis”	8	7.4
Não aplicável (só experimentou)	13	11.7
“Dá-me prazer e ajuda-me a fazer uma pausa em momentos difíceis”	4	3.7
“Acalma-me e dá-me prazer”	8	7.4
Outras (divertimento, ajuda a aproximar de determinadas pessoas)	13	11.7
Total	108	100.0

Relativamente às consequências do tabaco para a saúde de quem fuma, 70 (64.8%) dos/as participantes respondeu estar muito bem informado/a (tabela 7).

Tabela 7

Questão 19.1 – “Refere quanto é que achas que estás bem informado/a ou consciente sobre as consequências do tabaco para a saúde de quem fuma”

	N	*%*
Informado/a	14	13.0
Bem informado/a	24	22.2
Muito bem informado/a	70	64.8
Total	108	100.0

Em relação ao item “Onde as pessoas podem pedir ajuda para deixar de fumar”, 30 (27.8%) dos/as participantes considera estar muito bem informado/a (tabela 8).

Tabela 8

Questão 19.5 – "Refere quanto é que achas que estás bem informado/a ou consciente sobre onde é que as pessoas podem pedir ajuda para deixar de fumar."

	N	*%*
Pouco informado/a	28	25.9
Informado/a	28	25.9
Bem informado/a	22	20.4
Muito bem informado/a	30	27.8
Total	108	100.0

Porém relativamente ao item "Alguma vez participaste, na escola ou mesmo fora dela, em atividades (programas, intervenções, sessões, palestras, etc) de prevenção do consumo de tabaco?", a maioria dos/as participantes (N=60; 55,6%) referiu que "não", enquanto que 48 (44.4%) dos/as participantes responderam que nunca participaram em atividades de prevenção do consumo de tabaco.

No que diz respeito ao consumo de álcool, 184 (51.5%) dos/as participantes referem consumir álcool enquanto que os restantes 173 (48.5%) participantes referem não consumir álcool. A idade média do começo do consumo de álcool é de 14 anos (M=13.92; DP=1.571).

No que concerne à frequência com que os/as participantes costumam consumir bebidas alcoólicas, 70 (38%) dos/as participantes referem consumir álcool entre 1 a 3 vezes por mês, como se pode verificar na tabela 9.

Tabela 9

Questão 2 – "Com que regularidade é que costumas consumir bebidas alcoólicas?"

	N	*%*
"Todos os dias"	1	0.5
"2 a 3 vezes por semana"	18	9.8
"1 vez por semana"	34	18.5
"Entre 1 a 3 vezes por mês"	70	38.0
"Menos de 1 vez por mês"	39	21.2
Só em festas, aniversários	14	7.6
Outra (ocasiões especiais, 5 em 5 meses)	8	4.2
Total	184	100.0

Em relação à questão "Com quem consumiste a 1ª bebida alcoólica?", 118 (64.1%) dos/as participantes referiu que foi na companhia dos/as amigos/as enquanto que 59 (32%) dos/as participantes referiu que foi com familiares, como se pode observar mais detalhadamente na tabela seguinte 10.

Tabela 10

Questão 4 – "Com quem consumiste a 1ª bebida alcoólica?"

	N	*%*
Com amigos/as	118	64.1
Com namorado/a	2	1.1
Com familiares	59	32.0
Com amigos/as e familiares	5	0.5
Total	184	100.0

Relativamente ao local em que os/as jovens consomem a 1º bebida alcoólica, 54 (29.3%) dos/as participantes responderam que consumiram a 1º bebida alcoólica na discoteca enquanto que 47 (25.5%) dos/as jovens referiram que consumiram pela 1º vez álcool em casa de familiares (tabela 11).

Tabela 11

Questão 5 – "Em que local consumiste a 1ª bebida alcoólica?"

	N	*%*
Discoteca	54	29.3
Café/bar	39	21.2
Casa de amigos/as	33	17.9
Casa dos pais/familiares	47	25.5
Outra (rua, casamento, baixa do Porto)	11	5.8
Total	184	100.0

Contrariamente do que acontece no consumo de tabaco, o consumo de álcool maioritariamente é do conhecimento dos pais dos/as jovens (N=152; 82.6%),

Em relação à questão "Na ocasião que mais bebeste, qual a quantidade de copos/doses consumiste?", 100 (54.3%) participantes responderam "4copos/doses" (tabela 12).

Tabela 12

Questão 9 – "Na ocasião que mais bebeste, qual a quantidade de copos/doses consumiste?"

	N	*%*

"1 copo/dose"	13	7.1
"2 copos/doses"	27	14.7
"3 copos/doses"	28	15.2
"4 copos/doses"	100	54.3
"1 copo e meio"	2	1.1
"Meio copo"	3	1.6
"Não sei, depende"	2	1.1
"1 quaro de copo	2	1.6
"Mais de 4 copos/doses"	7	3.7
Total	184	100.0

Em relação à forma como os/as jovens se costumam sentir quando consomem bebidas alcoólicas, 44 (23.9%) participantes referem sentir-se alegres (tabela 13).

Tabela 13

Questão 11 – "Quando consomes bebidas alcoólicas, como te costumas sentir? (podes selecionar mais que uma opção)"

	N	*%*
"Sem alterações"	40	21.7
"Eufórico"	3	1.6
"Alegre"	44	23.9
"Desinibido/a"	5	2.7
"Alegre e sonolento/a"	3	1.6
"Eufórico/a e alegre"	8	4.3
"Eufórico/a, alegre e desinibido/a"	7	3.8
"Sem alterações e por vezes alegre"	8	4.3
"Alegre e desinibido/a"	17	9.2
"Alegre, desinibido/a e alterações visuais"	3	1.6
"Eufórico/a, alegre e alterações visuais"	3	1.6
"Alegre e com vómitos"	3	1.6
"Alegre, desinibido/a, alterações visuais e motoras"	3	1.6
"Eufórico/a, alegre e sonolento/a"	4	2.2
"Alegre e alterações motoras"	2	1.1
"Alegre, desinibido/a e com vómitos"	2	1.1
Outras ("triste, chateado/a…")	29	14.9
Total	184	100.0

No que concerne à quantidade de vezes que os/as jovens se embriagaram, 65 (35.3%) dos/as jovens referem que nunca se embriagaram enquanto que 61 (33.2%) dos/as jovens referem que já ficaram algumas vezes embriagados/as (tabela 14).

Tabela 14

Questão 12 – "Já alguma vez ficaste embriagado/a (bêbado/a) por causa do consumo de bebidas alcoólicas?"

	N	%
"Sim, muitas vezes"	27	14.7
"Sim, algumas vezes"	61	33.2
"Sim, uma vez"	31	16.8
"Não"	65	35.3
Total	184	100.0

Em relação à questão "Quando foi a última vez que consumiste bebidas alcoólicas?", 82 (44.6%) dos/as jovens respondeu "Na última semana" (tabela 15).

Tabela 15

Questão 15 – "Quando foi a última vez que consumiste bebidas alcoólicas?"

	N	*%*
"Ontem"	11	6.0
"Na última semana"	82	44.6
"Entre uma semana a um mês"	68	37.0
"Há mais de três meses"	23	12.5
Total	184	100.0

No que diz respeito às bebidas alcoólicas que os/as jovens costumam consumir, 32 (17.4%) participantes responderam "vodka e shots", como se pode ver na tabela 16.

Tabela 16

Questão 16 – "Que bebidas alcoólicas costumas consumir com mais frequência?"

	N	*%*
"Cerveja"	16	8.7
"Cerveja e vodka"	10	5.4
"Vodka"	12	6.5
"Vinho"	8	4.3
"Shots"	3	1.6
"Vodka e shots"	32	17.4
"Cerveja e vinho"	10	5.4
"Somersby"	3	1.6
"Cerveja, vodka e vinho"	9	4.9
"Cerveja, licores, whisky, vodka, vinho e shots"	3	1.6
"Whisky, vodka e shots"	4	2.2
"Cerveja, whisky, vodka, vinho e shots"	3	1.6
"Cerveja, vodka e shots"	11	6.0
"Vodka e vinho"	4	2.2
"Cerveja, vodka, vinho e shots"	7	3.8
"Vodka e sangria"	3	1.6
Variadas bebidas brancas (gin, safari…)	17	9.0
Outras (licores, sangria, champanhe…)	29	15.2
Total	184	100.0

Relativamente a participações em atividades de prevenção do consumo de álcool, 100 (54.3%) participantes referem nunca ter participado nestas atividades enquanto que 84 (45.7%) dos/as participantes responderam que já participaram em atividades de prevenção do consumo de álcool.

5.5. Apresentação dos Instrumentos

A recolha de dados deste estudo foi realizada através de diversos questionários, sendo estes a ficha sociodemográfica (anexo 4), o questionário de hábitos de consumo de substâncias lícitas (anexo 5), a Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung (Ponciano, Vaz Serra &

Relvas, 1982) , o *Healthy Kids Resilience Assessment Module* (HKRAM - Martins, 2002) e o Questionário de Aceitação-Rejeição Parental (*Parental Acceptance-Rejection Questionnaire* - PARQ CHILD, Rohner, 2005).

Questionário sociodemográfico

Inicialmente foi construído um questionário sociodemográfico, com o intuito de recolher informações pessoais e pertinentes sobre os/as participantes, sendo assim possível a sua caracterização. O questionário contém questões como a idade, o sexo, a relação que os/as participantes mantêm com os pais e grupo de pares, o aproveitamento escolar, entre outras. O questionário sociodemográfico apresenta questões fechadas (e.g. "sexo: masculino ou feminino").

Questionário de hábitos de consumo de substâncias lícitas na adolescência

Este questionário foi concebido com o objetivo de recolher dados sobre os hábitos de consumo de substâncias lícitas, nomeadamente álcool e tabaco, dos/as jovens, na medida em que inclui questões que permitem avaliar, entre outras informações, a frequência com que bebem bebidas alcoólicas e/ou fumam. O questionário está dividido em duas partes, o álcool e o tabaco, sendo a parte do álcool constituída por 22 questões e a parte do tabaco por 21 questões. O preenchimento do questionário é através de escolha múltipla.

Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung

A Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung foi validada para a população portuguesa em 1982 por Ponciano, Vaz Serra e Relvas. Este questionário é constituído por 20 itens (e.g. "sinto-me facilmente perturbado ou em pânico"), estando as respostas organizadas de acordo com uma escala de Likert de 1 a 4 (1 - nunca ou raramente; 2 - algumas vezes; 3 - bastantes vezes; 4 - maior parte do tempo, sendo que a pontuação varia entre 20 e 80 pontos, o que significa que quanto maior a pontuação, maior o índice de ansiedade.

A escala avalia quatro componentes da ansiedade, a cognitiva (5 itens), a motor (4 itens), a vegetativa (9 itens) e o sistema nervoso central (2 itens). Os autores consideram que a escala apresenta uma boa validade, fidedignidade e discriminação. No que concerne ao *Alpha de Cronbach* encontrado na amostra do presente estudo, fixou-se em 0.80, o que representa uma boa validade.

Questionário de Aceitação-Rejeição Parental (Rohner, 2005)

O PARQ é composto por duas versões, uma para a mãe e outra para o pai, e cada versão apresenta 24 itens. O objetivo do questionário é o de avaliar se os sujeitos se sentem mais aceites ou mais rejeitados pelas suas figuras parentais. Este questionário engloba 4 subescalas que avaliam a perceção de aceitação, de hostilidade ou agressão, de indiferença ou negligência e rejeição indiferenciada. O instrumento possui também uma escala geral de rejeição, sendo que valores mais altos correspondem a níveis mais altos de rejeição.

Este instrumento é de autorresposta e apresenta uma escala de Likert que varia entre 1 e 4 pontos (1 – quase nunca é verdade; 2 – raramente é verdade; 3 – algumas vezes é verdade; 4 – quase sempre é verdade). O score total da escala traduz o nível de rejeição materna/paterna percecionada, oscilando entre mínimo de 24 e máximo de 96 pontos. O ponto modal é de 56 pontos, a partir do qual se conclui pela predominância de rejeição percecionada. A escala apresenta níveis elevados de consistência interna, variando entre 0.7 e 0.96 para o score total. Em relação ao *alpha de Cronbach* varia entre 0.85 e 0.93 para o pai e entre 0.69 e 0.84 para a mãe (Machado & Reverendo, 2012).

No presente estudo, relativamente à versão da mãe, o *Alpha de Cronbach* para a subescala carinho é de 0.85, para a subescala hostilidade/agressão é de 0.76, para a subescala indiferença/negligência é de 0.78 e para a subescala rejeição indiferenciada apresenta um *Alpha*

de Cronbach de 0.76. Quanto à versão do pai, este estudo apresenta um *Alpha de cronbach* para a subescala de carinho de 0.91, para a subescala hostilidade/agressão de 0.83, para a subescala indiferença/negligência de 0.85 e para a subescala rejeição indiferenciada apresenta um *Alpha de cronbach* de 0.81.

***Healthy Kids Resilience Assessment Module* (Martins, 2002)**

O questionário é composto por subescalas tipo Likert de 4 pontos. A primeira subescala varia entre discordo totalmente, discordo, concordo e concordo totalmente. Nas restantes subescalas varia entre totalmente falso, um pouco certo, bastante certo e muito certo. Quanto à cotação, cada subescala é cotada individualmente é obtida através da soma dos pontos obtidos pelo sujeito e dividida pelo número de itens respondidos. A pontuação total de toda a escala resulta da combinação dos *external assets, internal assets e response-set breakers* adotando-se o mesmo procedimento, isto é, somando os totais obtidos pelo sujeito e dividindo por três (Martins, 2002).

A validação para Portugal foi realizada em 2007 apresentando um *Alpha de Cronbach* de 0.92. Relativamente a este estudo a amostra apresenta um *Alpha de Croanbach* para a sua totalidade de 0.94.

5.6. Procedimentos

Para a realização desta investigação, todos os procedimentos utilizados foram elaborados conforme o Código Ético e Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Neste sentido, foram contactadas várias escolas da região do grande Porto, tendo sido entregue pessoalmente o pedido de autorização (Anexo 1) para a realização do estudo em três escolas básicas, com o terceiro ciclo de estudos, e secundárias. Com a aprovação das instituições, foram efetuadas as respetivas apresentações sobre o estudo aos/às alunos/as, com o propósito de esclarecer os

objetivos e salientar que a participação no mesmo é voluntária, confidencial e sem qualquer tipo de remuneração. Posteriormente, foram entregues os consentimentos informados para os/as encarregados/as de educação (Anexo 2) e aos/às alunos/as (Anexo 3), que explicavam as características do estudo, os direitos à participação e revogação do mesmo. Após a recolha de todos os consentimentos e com a devida autorização dos/as encarregados/as de educação, foram aplicados os instrumentos de avaliação durante as aulas. A aplicação dos mesmos decorreu entre o mês de Março e Maio de 2017.

Quanto à análise dos dados recolhidos será realizada com o cruzamento da informação através do SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences* versão 23.

No que diz respeito à analise de dados da amostra, o estudo da normalidade das distribuições foi realizado através da análise das medidas de simetria (*Skewness*) e achatamento (*Kurtosis*). Uma vez que as variáveis dependentes revelaram uma distribuição normal, por meio da análise dos valores absolutos de assimetria e curtose inferiores a 3 e 7, respetivamente, optou-se pela utilização de testes paramétricos (Marôco, 2010), nomeadamente o coeficiente de correlação de Pearson. Para comparação de grupos foi utilizado o *t test independente*. No que concerne à consistência interna dos instrumentos esta foi verificada através do *alpha de cronbach* onde valores superiores a .60 indica consistência adequada (Field, 2009).

6. Resultados

Neste capítulo serão apresentados e descritos os resultados obtidos ao longo do estudo, como resposta para os problemas e hipóteses de investigação, descritos anteriormente.

Tabela 17

Análise descritiva das variáveis em estudo

Variáveis	*Min.*	*Máx.*	*M*	*DP*
Ansiedade Zung	22	64	36.0822	7.2890
Aceitação/Carinho – Mãe	8	32	28.4790	4.11871
Hostilidade/Agressividade – Mãe	6	22	8.5742	3.03411
Negligência/Indiferença – Mãe	6	23	9.9328	3.59087
Rejeição Indiferenciada – Mãe	4	16	5.2213	2.12893
Rejeição total – Mãe	24	91	35.2493	11.06807
Aceitação/Carinho – Pai	8	32	27.3165	5.37295
Hostilidade/Agressividade – Pai	6	24	8.3557	3.38612
Negligência/Indiferença – Pai	6	24	10.4370	4.13122
Rejeição Indiferenciada – Pai	4	16	5.3529	2.44578
Rejeição total – Pai	24	96	36.8291	13.35414
Recursos internos (personalidade)	1.67	4	3.2940	0.43956
Resiliência Total	1.85	3.96	3.1265	0.38716

Ao analisar a tabela 17, pode observa-se que nos/as alunos/as a variável ansiedade apresenta uma média de 36.0822 (DP = 7.28.90), ou seja, no geral são alunos/as pouco ansiosos/as, pois o ponto médio da escala global da ansiedade é de 40.

Analisando o Parq Child (mãe), observa-se que nos/as participantes a variável carinho apresenta uma média de 28.4790 (DP=4.11871), a hostilidade/agressividade uma média de 8.5742 (DP=3.03411), a indiferença/negligência de 9.9328 (DP=3.59087), a rejeição indiferenciada de 5.2213 (DP=2.12893) e a média de rejeição total pela mãe é de 35.2493 (DP=11.06807). Estes resultados demonstram que os/as jovens se percecionam como predominantemente aceites pela mãe, visto que o ponto médio da escala global de aceitação-rejeição é de 56.

Quanto ao Parq Child (pai), pode analisar-se que nos/as jovens a variável carinho apresenta uma média de 27.3165 (DP=5.37295), a hostilidade/agressividade uma média de 8.3557 (DP=3.38612), a indiferença/negligência de 10.4370 (DP=4.13122), a rejeição indiferenciada de 5.3529 (DP=2.44578) e a média de rejeição total pelo pai é de 36.8291 (DP=13.35414). Estes resultados demonstram que os/as jovens se percecionam como predominantemente aceites pelo pai, uma vez que o ponto médio da escala global de aceitação-rejeição é de 56.

No que concerne aos recursos internos (personalidade), a média é de 3.2940 (DP=0.43956). A variável resiliência apresenta uma média de 3.1265 (DP=0.38716).

Tendo em consideração, o primeiro problema de investigação e hipótese procurou-se compreender a associação significativa entre as variáveis. Desta forma, a primeira hipótese de investigação, encontra-se representada na tabela 18 (consumo de álcool) e na tabela 19 (consumo de tabaco).

Tabela 18

Correlação entre a perceção de aceitação/carinho (mãe e pai), rejeição (mãe e pai), ansiedade e resiliência em relação aos/às jovens que consomem bebidas alcoólicas (N=184)

		Carinho_ mãe	*PARQ Total (Rejeição – Mãe)*	*Carinho_pai*	*PARQ Total (Rejeição – Pai)*	*Ansiedad e Zung Total*	*Resiliência*
Carinho_Mãe	Correlação de Pearson	-	-.868**	.541**	-.488**	**-.313****	**.458****
PARQ Total (Rejeição-Mãe)	Correlação de Pearson	-.868**	-	-.440**	.494**	**.347****	**-.527****
Carinho-Pai	Correlação de Pearson	.541**	-.440**	-	-.920**	**-.274****	**.305****

PARQTotal (rejeição-Pai)	Correlação de Pearson	-.488**	.494**	-.920**	-	**.305****	**-.387****
Ansiedade Zung total	Correlação de Pearson	-.313**	.347**	-.274**	.305**	-	**-.293****
Resiliência	Correlação de Pearson	-	-	-	-	-	-

Nota:**p<.001

A partir dos dados observados na tabela, verifica-se que existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a aceitação/carinho – mãe e a ansiedade (r_p = -.313, *p = .000)*, ou seja, quanto maior a perceção de aceitação/carinho por parte da mãe, menor a ansiedade por parte dos/as jovens que consomem álcool (N=184). Por outro lado, a perceção de aceitação/carinho – mãe correlaciona-se positivamente, de forma estatisticamente significativa, com a resiliência (r_p = .458, *p = .000)*. Estes valores indicam que quanto maior a perceção de aceitação por parte da mãe dos/as alunos/as maior é a resiliência dos/as participantes.

No que diz respeito à perceção de rejeição (mãe) e à ansiedade existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa (r_p = .347, *p = .000)*, ou seja, quanto mais rejeição percecionada pelos/as jovens, maior é a ansiedade. Por outro lado, existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a variável de perceção rejeição (mãe) e a resiliência (r_p = -.527, *p = .000)*. Estes valores indicam que quanto maior a rejeição percecionada, menos resilientes são os/as jovens.

Em relação às variáveis, aceitação/carinho (pai) e ansiedade, existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa (r_p = -.274, *p = .000)*, isto é, quanto maior o carinho percecionado por parte dos pais, pelos/as participantes, menor a ansiedade que estes demonstram. Quanto à perceção de aceitação/carinho (pai) e a resiliência há uma correlação positiva e estatisticamente significativa (r_p = .305, *p = .000)*, Estes valores indicam que quanto maior a aceitação/carinho (pai) percecionada pelos/as jovens, maior a resiliência.

No que concerne às variáveis de perceção de rejeição (pai) e ansiedade, existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa (r_p = .305, *p = .000)*, ou seja, quanto maior a rejeição (pai) percecionada pelos/as jovens, maior a ansiedade. Quanto à rejeição (pai) e resiliência há uma correlação negativa e estatisticamente significativa (r_p = -.387, *p = .000)*, o que significa que quanto maior a rejeição (pai) percecionada pelos/as jovens, menor a resiliência.

Por último, no que diz respeito às variáveis ansiedade e resiliência existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa (r_p = -.293, *p = .000)*. Estes valores indicam que quanto maior a resiliência, menores são os níveis de ansiedade apresentados pelos/as jovens.

Tabela 19

Correlação entre a aceitação/carinho (mãe e pai), rejeição (mãe e pai), ansiedade e resiliência em relação aos/às jovens que consomem tabaco(N=108)

		Carinho_ mãe	*PARQ Total (Rejeição – Mãe)*	*Carinho_pai*	*PARQ Total (Rejeição – Pai)*	*Ansiedad e Zung Total*	*Resiliência*
Carinho_Mãe	Correlação de Pearson	-	-.856**	.525**	-.493**	**-.304****	**.463****
PARQ Total (Rejeição-Mãe)	Correlação de Pearson	-.856**	-	-.433**	.532**	**.353****	**-.547****
Carinho-Pai	Correlação de Pearson	.525**	-.433**	-	-.901**	**-.271****	**.316****
PARQTotal (rejeição-Pai)	Correlação de Pearson	-.493**	.532**	-.901**	-	**.290****	**-.421****
Ansiedade Zung total	Correlação de Pearson	-.304**	.353**	-.271**	.290**	-	**-.310****
Resiliência	Correlação de Pearson	-	-	-	-	-	-

Nota:**p<.001

De acordo com os dados observados na tabela 19, verifica-se que existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a perceção de aceitação/carinho – mãe e a ansiedade (r_p = -.304, *p = .000)*, ou seja, quanto maior a perceção de aceitação/carinho por parte da mãe, menor a ansiedade por parte dos/as jovens que consomem tabaco (N=108). Por outro lado, a perceção de aceitação/carinho – mãe correlaciona-se positivamente, de forma estatisticamente significativa, com a resiliência (r_p = .463, *p = .000)*. Estes valores indicam que quanto maior a perceção de aceitação (mãe) dos/as alunos/as maior é a resiliência dos/as participantes.

No que diz respeito à perceção de rejeição (mãe) e à ansiedade existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa (r_p = .353, *p = .000)*, ou seja, quanto mais rejeição percecionada pelos/as jovens, maior é a ansiedade. Por outro lado, existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a variável rejeição (mãe) e a resiliência (r_p = -.543, *p = .000)*. Estes valores indicam que quanto maior a rejeição percecionada, menos resilientes são os/as jovens.

Em relação às variáveis, perceção de aceitação/carinho (pai) e ansiedade, existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa (r_p = -.271, *p = .000)*, isto é, quanto maior o carinho percecionado pelos/as participantes, menor a ansiedade destes. Quanto aperceção de aceitação/carinho (pai) e a resiliência há uma correlação positiva e estatisticamente significativa (r_p = .316, *p = .000)*, Estes valores indicam que quanto maior a perceção aceitação/carinho (pai) percecionada pelos/as jovens, maior a resiliência.

No que concerne às variáveis perceção de rejeição (pai) e ansiedade, existe uma correlação positiva e estatisticamente significativa (r_p = .290, *p = .000)*, ou seja, quanto maior a rejeição (pai) percecionada pelos/as jovens, maior a ansiedade. Quanto à perceção de rejeição

(pai) e resiliência há uma correlação negativa e estatisticamente significativa (r_p = -.421, *p = .000)*, o que significa que quanto maior a perceção rejeição (pai) percecionada pelos/as jovens, menor a resiliência.

Por último, no que diz respeito às variáveis ansiedade e resiliência existe uma correlação negativa e estatisticamente significativa (r_p = *-.310, p = .000)*. Estes valores indicam que quanto maior a resiliência, menores os níveis de ansiedade apresentados pelos/as jovens.

Em relação à terceira hipótese, procurou-se compreender se existem diferenças, em relação à rejeição percecionada pelos/as jovens e à aceitação-rejeição percecionada pelos/as jovens e ao consumo de substâncias lícitas. Os resultados encontram-se presentes na tabela 20 (consumo de álcool) e na tabela 21 (consumo de tabaco).

Tabela 20

Diferenças entre o consumo de álcool e a perceção de aceitação/carinho – mãe e a perceção de rejeição – mãe e pai

	"Costumas consumir bebidas alcoólicas?"	*N*	*Média*	*Desvio Padrão*	*T*
Aceitação/carinho mãe					
	Sim	184	28.0000	4.28621	-2.279
	Não	173	28.9884	3.88046	
Rejeição total mãe					
	Sim	184	36.9239	11.47936	2.981
	Não	173	33.4682	10.35169	
Rejeição total pai					
	Sim	184	38.2989	14.92981	2.156
	Não	173	35.2659	11.27762	

Nota:**p<.05

Observando a variável perceção de aceitação/carinho (mãe), constata-se que os/as jovens que consomem álcool apresentam uma média de 28.0000 (DP=4.28621), enquanto que os/as jovens que não consomem álcool apresentam uma média de 28.9884 (DP=3.88046). A partir da análise do *t-test* verifica-se que os/as jovens que consomem álcool percecionam menos carinho por parte da mãe em relação aos/às jovens que não consomem bebidas alcoólicas. Quanto à variável de perceção de rejeição (mãe), verifica-se que os/as participantes que consomem álcool apresentam uma média de 36.9239 (DP=11.47936), enquanto que os/as participantes que não consomem bebidas alcoólicas apresentam uma média de 33.4682 (DP=10.35169). De acordo com a análise do *t-test* verifica-se que os/as participantes que consomem álcool percecionam mais rejeição por parte da mãe do que os/as participantes que não consomem bebidas alcoólicas.

No que concerne à variável de perceção de rejeição (pai), constata-se que os/as jovens que consomem álcool apresentam uma média de 38.2989 (DP=14.92981) e os/as jovens que não consomem álcool apresentam uma média de 35.2659 (DP=11.27762). A partir da análise do *t-test* verifica-se que os/as jovens que consomem álcool são os que mais percecionam a rejeição por parte do pai.

Tabela 21

Diferenças entre o consumo de tabaco e a perceção de rejeição (mãe e pai)

	"Alguma vez consumiste tabaco?"	*N*	*Média*	*Desvio Padrão*	*T*
Rejeição total mãe					
	Sim	108	37.8333	11.89872	2.936
	Não	249	34.1285	10.51648	
Rejeição total pai					
	Sim	108	40.4630	14.92981	3.437

	Não	249	35.2530	11.27762

Nota:**p<.05

Em relação à variável de perceção da rejeição (mãe), verifica-se que os/as participantes que consomem tabaco apresentam uma média de 37.8333 (DP=11.89872), enquanto que os/as participantes que não consomem tabaco apresentam uma média de 34.1285 (DP=10.51648). De acordo com a análise do *t-test* verifica-se que os/as participantes que consomem tabaco percecionam mais rejeição por parte da mãe do que os/as participantes que não consomem tabaco.

No que concerne à variável perceção de rejeição (pai), constata-se que os/as jovens que consomem tabaco apresentam uma média de 40.4630 (DP=14.92981) e os/as jovens que não consomem tabaco apresentam uma média de 35.2530 (DP=11.27762). A partir da análise do *t-test* verifica-se que os/as jovens que consomem tabaco são os que mais percecionam a rejeição por parte do pai.

Relativamente à quarta hipótese, procurou-se perceber se existem diferenças, em relação à ansiedade, tendo em atenção o consumo de substâncias lícitas. Os resultados encontram-se presentes na tabela 22 (álcool) e na tabela 23 (tabaco).

Tabela 22

Comparação dos níveis de ansiedade, tendo em atenção o consumo de álcool

	"Costumas consumir bebidas alcoólicas?"	*N*	*Média*	*Desvio Padrão*	*T*
Ansiedade					
	Sim	184	37.0508	7.40758	2.610
	Não	173	35.0520	7.03667	

Nota:**p<.05

Assim verifica-se que 184 participantes costumam consumir bebidas alcoólicas e que 173 participantes não costumam consumir álcool. Observando a variável ansiedade, constata-se que os participantes que consomem bebidas alcoólicas apresentam uma média de 37.0508 (DP=7.40758), enquanto que os/as participantes que não consomem álcool apresentam uma média de 35.0520 (DP=7.03667). A partir da análise do *t-test* verifica-se que os/as jovens que consomem álcool são mais ansioso/as em relação aos/às jovens que não consomem álcool.

Tabela 23

Comparação dos níveis de ansiedade, tendo em atenção o consumo de tabaco

	"Alguma vez consumiste tabaco?"	*N*	*Média*	*Desvio Padrão*	*T*
Ansiedade					
	Sim	108	38.4090	8.19031	4.058
	Não	249	35.0730	6.62910	

Nota:**p<.05

Relativamente ao consumo de tabaco, verifica-se que 108 dos/as participantes consomem tabaco e que 249 não consomem tabaco. Observando a variável ansiedade, constata-se que os/as participantes que consomem tabaco apresentam uma média de 38.4090 (DP=8.19031), enquanto que os/as jovens que não consomem tabaco apresentam uma média de 35.0730 (DP=6.62910). A partir da análise do *t-test* verifica-se que os/as jovens que consomem tabaco apresentam mais ansiedade em relação aos/às jovens que não consomem tabaco.

Quanto à quinta hipótese, procurou-se compreender se existem diferenças, em relação à resiliência e ao consumo de substâncias lícitas. Os resultados encontram-se presentes na tabela 24.

Tabela 24 - *Diferenças entre o consumo de tabaco e a resiliência*

	"Alguma vez consumiste tabaco?"	*N*	*Média*	*Desvio Padrão*	*T*
Resiliência					
	Sim	108	3.0177	.40822	-3.554
	Não	249	3.1737	.36862	

Nota:**p<.05

Observando a variável resiliência, constata-se que os/as jovens que consomem tabaco apresentam uma média de 3.0177 (DP=.40822), enquanto que os/as jovens que não consomem tabaco apresentam uma média de 3.1737 (DP=.36862). A partir da análise do t-test verifica-se que os/as jovens que consomem tabaco são menos resilientes em relação aos/às jovens que não consomem tabaco.

7. Discussão

A presente investigação teve como foco compreender a relação entre a ansiedade, a resiliência e a aceitação-rejeição parental e o consumo de substâncias lícitas na adolescência.

Assim, os resultados apresentados serão discutidos e fundamentados através de evidencias teóricas e científicas.

De acordo com a caracterização da amostra, a maioria dos/as jovens começam a consumir substâncias lícitas aos 14 anos de idade. Dos/as jovens que fumam, a maior parte destes/as afirma que têm elementos da família que fumam, o que pode levar a que os/as jovens comecem a

consumir tabaco. Relativamente ao começo do consumo de álcool, a maioria dos/as participantes afirmam que experimentaram com os/as amigos/as e de seguida com a família. Enquanto que no começo do consumo de tabaco, a maioria dos/as participantes refere que fumam na maioria das vezes com os/as amigos/as.

Relativamente ao primeiro problema de investigação, "Será que existe uma relação entre a perceção de aceitação-rejeição parental e os níveis de ansiedade, resiliência assim como com o consumo de substâncias lícitas?", os resultados obtidos com recurso aos testes de correlação de Pearson indicam que existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a perceção de aceitação/carinho – mãe e pai e a ansiedade. Neste sentido, quanto maior a perceção de carinho, menos ansioso/as são os/as jovens. Segundo Anhalt & Morris (2008), níveis mais elevados de ansiedade (social) estão associados a níveis mais baixos de carinho por parte dos pais.

Em relação à variável aceitação/carinho – mãe e pai e resiliência há uma correlação positiva estatisticamente significativa, o que indica que quanto maior a perceção de aceitação mãe e pai, maior é a resiliência dos/as jovens. Segundo Assis, Pesce e Avanci (2007), quando há um bom ambiente familiar, há uma maior probabilidade de os/as jovens terem altos índices de resiliência.

No que diz respeito à variável perceção de rejeição – mãe e pai e ansiedade existe uma correlação positiva estatisticamente significativa, podendo-se assim concluir que quanto maior a rejeição percecionada pelos/as jovens, maiores serão os índices de ansiedade. Por outro lado, existe uma correlação negativa estatisticamente significativa entre as variáveis perceção de rejeição – mãe e pai e resiliência, ou seja, quanto maior a rejeição percecionada, menores serão os

índices de resiliência. De acordo com o estudo de Alho e Henriques (2011), quanto menor suporte emocional dos pais, maior a ansiedade das crianças e jovens.

No que concerne às variáveis ansiedade e resiliência há uma correlação negativa estatisticamente significativa, o que indica que quanto maiores os índices de ansiedade dos/as jovens, menores os índices de resiliência.

Quanto à terceira hipótese, pretendia-se observar a existência de diferenças significativas entre a perceção de aceitação-rejeição parental nos/as jovens que consomem substâncias lícitas e nos/as jovens que não consomem substâncias lícitas. Neste estudo, constata-se que existem diferenças estatisticamente significativas, sendo que os/as jovens que consomem substâncias lícitas são os/as que percecionam mais rejeição por parte dos pais. Assim, não se rejeita a hipótese levantada. Diversos estudos referem que a falta de suporte parental, a má relação entre pais e filhos/as pode levar a um consumo de substâncias. Um estudo realizado na Austrália concluiu que quanto maior a proximidade com a mãe, menos frequente era o consumo de álcool por parte das jovens (Kelly, O'Flaherty, el al., 2011).

No que concerne à quarta hipótese utilizou-se um *test T* para amostras independentes, esperando encontrar-se diferenças significativas entre a ansiedade e os/as jovens que consomem e os/as que não consomem substâncias lícitas. No presente estudo é evidenciado que existem diferenças, estatisticamente significativas, constatando-se que os/as jovens que consomem tanto álcool como tabaco são mais ansiosos/as que os/as jovens que não consomem. Não se rejeitando a hipótese formulada. Neste sentido, estudos realizados nos Estados Unidos relatam que os/as jovens mais ansiosos/as têm mais tendência a consumir substâncias lícitas que os/as jovens menos ansiosos/as (Comeau, Stewart & Loba, 2001). Um outro estudo realizado no Brasil vai de encontro à literatura presente, ou seja, há um maior consumo de substâncias em jovens mais

ansiosos/as (Teixeira, Aliane, Ribeiro & Ronzani, 2009). De acordo com a caracterização da amostra, a maioria dos/as jovens referem que um dos principais motivos pelo qual fumam, é o facto de considerarem que o tabaco os acalma.

Relativamente à quinta hipótese "Jovens consumidores de substâncias lícitas apresentam níveis mais baixos de resiliência do que os/as jovens que não consomem substâncias lícitas", utilizou-se também um *test T* para amostras independentes, para assim se verificar se existiam ou não diferenças significativas entre a resiliência e os/as jovens que consomem e os/as que não consomem. No presente estudo é evidenciado que existem diferenças, estatisticamente significativas, constatando-se que os/as jovens que consomem tabaco são menos resilientes que os/as jovens que não consomem. Não se rejeitando a hipótese formulada. Estudos realizados por Fergus e Zimmerman (2002) indicam que características da personalidade do/a jovem como a empatia, a autoconsciência e a capacidade de resolver problemas levam a que os/as jovens tenham comportamentos mais saudáveis e que sejam jovens mais resilientes. Um outro estudo realizado em Londres refere também que quanto maior a resiliência, menor é o consumo de substâncias por parte dos/as jovens (Dillon, Chivite-Matthews, Grewal, Brown, Webster, Weddell, Brown & Smith 2007).

8. Conclusão

O tema estudado na presente investigação debruçou-se sobre a ansiedade, a resiliência e a aceitação-rejeição parental e a sua relação e impacto no consumo de substâncias lícitas na adolescência.

Tendo em conta os resultados da investigação, é possível constatar-se que existem diferenças significativas relativamente à ansiedade, à resiliência e à aceitação-rejeição parental e

os/as jovens que consomem e os/as que não consomem substâncias lícitas. Assim sendo, percebe-se que o carinho que os/as jovens sentem na relação com os pais tende a ter consequências no ajustamento psicológico destes/as, verificando-se que quanto menos carinho existe na perceção dos/as jovens nessa relação, maiores são as probabilidades de os/as jovens consumirem substâncias lícitas. Isto demonstra a importância da relação afetiva entre os/as jovens e os seus pais e/ou cuidadores, para um bom ajustamento psicológico.

No que diz respeito à ansiedade e ao consumo de substâncias lícitas dos/as jovens, também se verificou diferenças estatisticamente significativas. Sendo que os/as jovens que consomem substâncias lícitas, são os/as mais ansiosos/as. Conclui-se assim, que é importante realizar palestras, programas e/ou intervenções de prevenção do consumo de substâncias lícitas e que promovam também a saúde psicológica e que abordem a ansiedade e formas de a prevenir e/ou controlar.

Em relação à resiliência e ao consumo de substâncias lícitas dos/as jovens, analisou-se que existem diferenças estatisticamente significativas. Os/As jovens menos resilientes, são os que consomem mais substâncias lícitas na adolescência. Devido a estes resultados, é importante a existência de estratégias que promovam ações com o intuito de tornar os/as jovens mais resilientes, sendo assim, capazes de lidar com os seus problemas e ultrapassar possíveis obstáculos.

Apesar da importância desta investigação, a mesma apresentou algumas limitações. A primeira limitação refere-se aos *alphas de Cronbach* da Escala de Autoavaliação da ansiedade de Zung, especificamente, a ansiedade vegetativa e o sistema nervoso central. Neste sentido, é fundamental ter um parecer cuidadoso na leitura dos resultados. Porém, analisando a ansiedade no global, verifica-se valores altos da sua confiança interna (.797). Uma outra limitação é o fator

de viés pela desejabilidade social, ou seja, haver uma troca de opiniões e pareceres entre os/as participantes e a presença do/a professor/a, o que pode levar a resultados menos fiáveis.

Para futuras investigações, propunha-se compreender a ansiedade na adolescência, quais os sintomas mais frequentes dos/as jovens que consomem álcool e tabaco, visto que os estudos são escassos. Da mesma forma, aprofundar a perceção de aceitação-rejeição parental e os/as jovens. Por fim, é importante a existência de atividades de prevenção do consumo de substâncias lícitas, visto que mais de metade da amostra deste estudo refere nunca ter participado nestas atividades. Com esta investigação espera-se que se consiga demonstrar a importância do bom relacionamento familiar e a importância de estratégias tanto a nível da ansiedade como da resiliência, contribuindo para um bom desenvolvimento do/a jovem.

Referências

Anaut, M. (2005). *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores, 1 – 160.

Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspetos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35 (6), 285-290.

Anhalt, K., & Morris, T. L. (2008). Parental Characteristics associated with anxiety and depression: a multivariate approach. *Journal of early and intensive behavior intervention*, 5, 122-137.

Assis, Pesce, & Avanci, J. (2007). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Ed. Artmed: Porto Alegre.

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2014). III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população em geral, Portugal 2012. Lisboa: SICAD, Coleção Estudos.

Batista, M. A. (2007). *Escala de ansiedade do adolescente: estudos psicométricos* (Tese de doutoramento). Universidade São Francisco, Itatiba.

Batista, M. A., & Oliveira, S. M. S. S. (2005). Sintomas de ansiedade mais comuns em adolescentes. *Psic: Revista da Vetor Editora*, 6 (2), 43-50.

Becoña E. (2007). Resiliencia y consumo de drogas: una revisión. Adicciones. 19(1), 89-101.

Belcher, H. M., & Shinitzky, H. E. (1998). Substance abuse in children: prediction, protection, and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152 (10), 952-960.

Bessa, M. A. (2009). Quando o uso de drogas ocorre junto com outros transtornos psiquiátricos. In I. Pinsky & M. A. Bessa (Orgs.), *Adolescência e drogas*, 124 -150. São Paulo: Contexto.

Bonnie R. J, & O'Connell M. E. (2004). In National Research Council and Institute of Medicine, Reducing underage drinking: A collective responsibility. Committee on Developing a Strategy to Reduce and Prevent Underage Drinking, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: The National Academies Press.

Bonny, A.E., Britto, M.T., Klostermann, B.K., Hornung, R.W., & Slap, G.B. (2000). *School disconnectedness: Identifying adolescents at risk. Pediatrics*.

Bowlby, J. (2002). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. São Paulo: Martins Fonte, 1 – 239.

Brêtas, J., Ohara, C., Jardim, D., Junior, W., & Oliveira, J. (2011). Aspetos da sexualidade na adolescência. *Ciências e Saúde Coletiva. 16* (7), 3221-3228.

Calkins, S. D., & Hill, A. (2007). Caregiver influences on emerging emotion regulation. Biological and environmental transactions in early development. In J. J. Gross (Ed.), Handbook of emotion regulation, New York: Guilford Press, 229 - 248

Cartwright-Hatton, S. (2007). *Como lidar com a criança ansiosa ou deprimida*. Plátano Editora, 1 – 170.

Centro Regional de Alcoologia do Sul (2001). “Declaração sobre os jovens e o álcool. Adotada

em Estocolmo a 21 de Fevereiro de 2001."

Chartier, K.; Hesselbrock, M., & Hesselbrock, V. (2011). Alcohol problems in young adults transitioning from adolescence to adulthood: The association with race and gender. Addictive Behaviors, 36, 167-174. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.10.007

Chavéz, L.M.C., & Andrade, D. (2005) La Escuela Ásica En La Prevención Del Consumo De Alcohol y Tabaco: Retrato De Una Realidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 784 – 789.

Chomynova P, & Miller P. A (2014). Quantitative exploration of attitudes out of line with the prevailing norms toward alcohol, tobacco, and cannabis use among european students. Subst Use Misuse. 49 (7), 877-890.

Chou, K.L. (1999). Social support and subjective well-being among Hong Kong Chinese young adults. *Journal of Genetic Psychology, 160* (3), 319-331.

Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B., & Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. Alcohol and Alcoholism, 43(1), 73-80.

Chuang Y., Ennett S. T, Bauman K.E, & Foshee V. A. (2009). Relationships of Adolescents" Perceptions of Parental and Peer Behaviors with Cigarette and Alcohol Use in Different Neighborhood Contexts. J Youth Adolescence. 38, 1388–1398.

Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E., & Greenberg, M. T. (2008). The Role of Risk and Protective Factors in Substance Use Across Adolescence. J Adolesc Health,

43, 157–164.

Clímaco, M. I., & Ramos, L. M. (2003). *Álcool, tabaco e jogo do lazer aos consumos de risco.* Quarteto Editora., 1 – 262.

Comeau, N., Stewart, S., & Loba, P. (2001). The relations of trait anxiety, anxiety sensitivity, and sensation seeking to adolescents' motivations for alcohol, cigarette, and marijuana use. 26 (6), 803-825.

Costello J. E., Erkanli A., Federman E., & Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: Effects of timing and sex. *Journal of Clinical Child Psychology.* 28, 298-311.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R.., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, V. B. (2004). Youngpeople's health in context: international report from the HBSC 2001/2002 survey.WHO policy series: health policy for children and adolescents.Issue 4.
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

De Micheli D., Fisberg, M., & Formigoni M. L. O. S. (2001). Psychometrics properties of the brazilian version of DUSI (Drug Use Screening Inventory). *Rev. Assoc. Med. Bras*, 50 (3), 305 – 313.

Dillon, D., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G., & Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences.* London: Home Office.

Drinkard, A. M. (2014). Predicting prosociality among urban adolescents: individual, family, and neighborhood influences. Youth & Society. doi: 10.1177/044118X14543266.

Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Toxicodependências*, 16 (1), 29-46.

Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2012). Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas – ECATD/ESPAD 2011.

Feijão, F. (2012). Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – Secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada. 1-8.

Fergus S, Zimmerman A. (2005) Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annu Rev Public Health*. 26, 399-419.

Ferreira, M., & Nelas, P. B., (2006). Adolescências Adolescentes. *Revista Millenium*, 10 (32), 141-162.

Ferreira, M. M. S. R., & Torgal, M. C. L. F. P. R., (2010). Consumo de tabaco e de álcool na adolescência. *Revista Latino-Am. Enfermagem* 18 (2), 123 – 129.

Ferro, L. R. M., & Meneses-Gaya, C. (2015). Resiliência como fator protetor no consumo de drogas entre universitários. *Saúde e Pesquisa* 8, 139 – 149.

Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (2ªed.). London: SAGE.

Filipe, S., & Simões, C. (2013). Estudo das propriedades psicométricas das escalas de resiliência de prince-embury. *Revista de psicologia da criança e do adolescente* 4 (2), 73 – 93.

Fonseca, H. (2002). *Compreender os adolescentes – Um desafio para pais e educadores*. (6ª Ed.) Editorial Presença, 1 – 120.

Gameiro, J. (1998) – *Os Meus, os Teus e os Nossos – Novas formas de família*, Lisboa,

Terramar, 1 – 92.

Garmezy, N., & Masten, A. (1994). Chronic Adversities. *Child and adolescent psychiatry*, 191 – 207. Oxford: Blackwell Scientific Publication.

Garmezy, N., & Rutter, M. (1988). *Stress, coping and development in children.* McGraw Hill, Nova York.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.

Guerreiro, C., Costa, J.L., & Dias, L. (2013). Estudo sobre consumos, representações e perceções das novas substâncias psicoativas em estudantes universitários (dados preliminares). Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020.

Harolyn, M. E., Belcher M. D., Harold, E., & Shinitzky H. E. (1998) Substance abuse in children: prediction, protection, and prevention. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 152 (10), 952-60.

Hong, J.; Lee, N.; Grogan-Kaylor, A & Huang, H. (2011). Alcohol and tobacco use among South Korean adolescents: An ecological review of the literature. Children and Youth Services Review, 33, 1120-1126. doi: 10.1016/j.childyouth.2011.02.004.

Hutchinson, D. M., Alati, R., Najman, J. M., Mattick, R.P., Bor W., & O'Callaghan M., (2008). Maternal attitudes in pregnancy predict drinking initiation in adolescence.

Aust N Z JPsychiatry, 42 (4), 324-334.

Igra V., Irwin, C. E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behavior. In R. J. DiClemente, W.B.

Hansen & L. E. Ponton (Eds.), Handbook of Adolescent Health Risk Behavior.New York: Plenum Press, 35-51.

Isensee, B., Wittchen, H. U., Stein, M. B., Höfler, M., & Lieb, R. (2003). Smoking increases the risk of panic: Findings from a prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, 60 (7), 692-700.

Jaffee WB, D'Zurilla TJ. Personality, Problem Solving, and Adolescent Substance Use. Behav Ther 2009; 40: 93–101.

Jones S, & Magee C. (2014). The role of family, friends and peers in Australian adolescent's alcohol consumption. *Drug Alcohol Rev*., 33 (3), 304-313.

Kandel, D. B., Johnson, J. G. , Bird, H. R ., Canino, G ., Goodman, S. H., & Lahey, B. B., (1997). Psychiatric disorders associated with substance use among children and adolescents: Findings from the methods for the epidemiology of child and adolescent mental disorders study - MECA. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25 (2), 121-132.

Kelly, A. B., O'Flaherty, M., Toumbourou, J. W., Connor, J. P., Hemphill S. A., & Catalano, R. F. (2011). Gender differences in the impact of families on alcohol use: A lagged longitudinal study of early adolescents. *Addiction,106*(8), 1427-36. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03435.

Kuyumcu, B., & Rohner, R. P. (2016). The relation between remembered parental acceptance in childhood and self-acceptance among young Turkish adults. *International Journal of Psychology*. doi: 10.1002/ijop.12277

Lemos, M. S. (2003). Perturbações da ansiedade na infância. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, McGraw-Hill.

Lima, L. (1999). *A prevenção do tabagismo na adolescência*. In Sardinha, Matos, & Loureiro (Eds.), Promoção da saúde: Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo. Lisboa: Edições FMH, 123-161.

Lopez, B., Turner, R. J., & Saavedra, L. M. (2005). Anxiety and risk for substance dependence among late adolescents/ young adults. *Journal of Anxiety Disorders* , 19 (3), 275-294.

Lopes, A. P. & Rezende, M. M. (2013). Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. *Estudos de Psicologia Campinas* 30 (1), 49 – 56.

Lopes, G. T., Bernardes, M. M. R., Acauan, L. V., & Felipe, J. C. V. (2007). Álcool e Tabaco na Adolescência: Modelo de Prevenção Primária. *Interagir: pensando a extensão,* 11, 29-35.

Machado, T. S., & Reverendo, I. M., (2012). Regulação emocional em adolescentes (ERICA): estudo da relação com a perceção da aceitação-rejeição materna. *12º Colóquio Psicologia Educação, Aprendizagem e Desenvolvimento: Olhares contemporâneos através da investigação e da prática – Atas* (pp. 1596 – 1610). Lisboa: ISPA – Instituto Universitário.

Marlatt, B. C. (2002). O Uso de drogas psicotrópicas no Brasil. IN: Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas sobre Drogas. Universidade Federal de

Santa Catarina: SENAD, 79-82.

Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa, Portugal: Report Number

Martins, M. H. (2007). Resiliência para além da adversidade e do risco.

Matos, M. G. (2002). O uso de substâncias ilícitas nos adolescentes Portugueses: Modelo compreensivo. *Toxicodependências*, 3, 37-46.

Matos, M. G., & Equipa do Projeto Aventura Social e Saúde (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses: relatório do estudo* HBSC. Lisboa: Edições FMH.

Melillo, A., & Ojeda, E. N. S (Org.) (2005) Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artes Médicas.

Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi, 1 – 320.

Masten, A. S., & Coastworth, J. D. (1995) Competence, resilience and psychopathology. Em D. Cichetti & D. J.

Nash, S.; McQueen, A. & Bray, J. (2005). Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence and parental expectations. Journal of Adolescent Health, 37, 19-28. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.06.004.

Newman, K., Harrison, L., Dashiff, C., & Davies, S., (2008). Relações entre modelos de pais e comportamentos de risco na saúde do adolescente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (1), 142-150.

Patrício, L. D. (2006) *Droga: Aprender para prevenir*.(1ª Ed.) Lisboa: Edição Dias

Petraitis J., Flay, B.R., Miller, T.Q., Torpy, E.J., & Greiner, B. (1998). Illicit substance use among adolescents:a matrix of prospective predictors. Subst Use Misuse. 33 (13), 561-604.

Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, 25 (3), 405-416.

Ramírez, M. R., Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latino-am Enfermagem* .13, 813-818.

Rohner, E.C., Chaille, C., & Rohner, R.P. (1980). Perceived Parental Acceptance-Rejection and the Development of Children's Locus of Control. *The Journal of Psychology* , 104, 83-86.

Rohner, R. P. (1986). The warmth dimension: foundations of parental acceptance-rejection theory. Estados Unidos da América: National Council on Family Relations.

Rohner, R. (2004). The parental "acceptance-rejection syndrome": Perceived rejection. *American Psychologist*, 59 (8), 830-840.

Rohner, R.P., Khaleque, A., & Cournoyer, D.E. (2005). Parental AcceptanceRejection Theory, Methods, Evidence, and Implications. In R.P. Rohner & A. Khaleque (Eds.). Handbook for for the Study of Parental Acceptance and Rejection. (4ªed), 1-35.

Rohner, R.P. (2005). Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ): Test Manual. In R.P. Rohner & A. Khaleque (Eds.). Handbook for for the Study of Parental Acceptance and Rejection. (4ª ed.) (pp. 43-74). Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Ronher, R. P. (2016). Introduction to interpersonal acceptance-rejection theory (IPARTheory) and evidence. Online Readings in Psychology and Culture, 6 (1). doi: dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1055.

Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2012). Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence, and implications.

Rohner, R. P., & Carrasco, M. Á. (2014). Teoría de la Aceptación-Rechazo Interpersonal (IPARTheory): bases conceptuales, método y evidencia empírica. *Acción Psicológica, 11*(2), 9-26. doi: 10.5944/ap.11.2.14172

Rohner, R., & Khaleque, A. (2005). *Handbook for the Study of Parental Acceptance and Rejection*. Storrs, CT: Rohner Research Publications.

Rose R. J. (1998). A developmental behavior-genetic perspective on alcoholism risk. Alcohol Health and Research World. 22 (2), 131-143.

Rutten, B. P. F., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K., Van Den Hove, D., Kenis, G., Van os, J., & Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand*, 128(1), 3-20.

Rutter, M. (1992). Nature, Nurture and a Psychopathology: a new look at an old topic. Vulnerability and Resilience in Human Development: a festschrift for Ann and Alan Clarke, 21-38.

Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.

Saewyc, E., & Edinburgh, L. (2010). Restoring healthy developmental trajectories for sexually exploited young runaways: fostering protective factors and reducing risk behaviours. *Journal of Adolescent Health, 46*(2), 180-188. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.06.010

Schenker, M., & Minayo,M.C.S. (2005)– Fatores de Risco e de Protecção Para o Uso de Drogas na Adolescência. *Ciências e Saúde Coletiva*. ISSN: 1413-8123. 10 (3) , 707-717.

Schulte, M.; Ramo, D.; Brown, S. (2009). Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents. Clinical Psychology Review, 29, 535 547. doi: 10.1016/j.cpr.2009.06.003.

Silva, P. A., Borrego, R., Ferreira, V. S., Lavado, E., Melo, R., Rowland, J., & Truninger, M. (2013). Consumos e estilos de vida dos estudantes do ensino superior ULisboa. Lisboa: Departamento de Comunicação / FADU, Editorial do Ministério da Educação e Ciência.

Simões, C., Matos, M. G,, Batista-Foguet, J. (2008) Consumo de Substâncias na Adolescência: Revisão de um Modelo Explicativo. In: Matos MG. Consumo de substâncias Estilo de vida? À procura de um estilo? Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa. Health Behaviour in School-aged Children (Estudos de 1998, 2002 e 2006). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência; 301- 318.

Stafström M. (2014). Influence of parental alcohol-related attitudes, behavior and parenting styles on alcohol use in late and very late adolescence. Eur Addict Res.20 (5):233-40.

Stanton W. R, Lowe J. B, Silva P. A (1996). Antecedents of Vulnerability and Resilience to Smoking Among Adolescents. J Adolesc Health, 16, 71-77.

Takei, E. H., & Schivoletto, S. (2000). Ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina, 57* (7), 665-668.

Teixeira, A. F., Aliane, P. P., Ribeiro, L. C., & Ronzani, T. M. (2009). Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Goianá, MG. Estudos de Psicologia (Natal), 14(1), 51-57

Tomásio, J. (2009). Novos alcoólicos têm entre 20 e 30 anos. ADBDCommunicare, Consultores Associados.

Tornay L, Michaud P. A, Gmel G, Wilson M. L, Berchtold A, & Surís J. C (2013).Parental monitoring: a way to decrease substance use among Swiss adolescents? Eur J Pediatr. 172 (9), 1229-1234.

Ungar, M. (2003). Qualitative Contributions to Resilience Research. *Qualitative Social Work*, 2 (1), 85-102.

Ungar, M. (2015). Practitioner review: diagnosing childhood resilience: a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social ecologies. *Journal of Child Psychology and Psychiatric, 56*(1), 4-17. doi: 10.1111/jcpp.12306.

Veselska Z, Geckova A. M, Orosova O, Gajdosova B, Dijk J.P., Reijneveld S.A.(2009) Self esteem and resilience: the connection with risky behavior among adolescents. Addict Behav, 34(3): 287–291.

Windle, M, Spear L. P., Fuligni, A. J., Angold, A, Brown, J. D., & Pine, D. (2008). Transitions intounderage and problem drinking: developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age. *Pediatrics*. 12 (4), 273-289.

Winnicott, D. W. (2001). *Conversando com os pais* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

World Health Organization. (2005) The Global Status Report on Alcohol 2004. Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneve, 1 – 88.

Wright, M. O. D., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity.

Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). “The neurocognitive efects of alcohol on adolescentes

and college students.” Preventive Medicine, 40, 23- 32.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimento Informado para a Instituição

Pedido de Autorização

Castêlo da Maia, 26 de Janeiro de 2017

Exmo/a. Sr/a Diretor/a da Escola

Como aluna do Mestrado e membro do grupo de investigação em Psicologia Escolar e da Educação do Instituto Universitário da Maia – ISMAI, venho por este meio solicitar a colaboração da escola, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação. Esta investigação é supervisionada e coordenada pelo Doutor Francisco Machado e pela Doutora Carla Peixoto e cumpre com os requisitos éticos e deontológicos da Ordem dos Psicólogos Portugueses para a investigação em Psicologia.

Esta investigação tem como objetivo perceber de que forma é que as competências que os/as alunos/as têm (ou não) para lidar com adversidades, assim como a qualidade das suas relações com os pais desempenham um papel no consumo de substâncias lícitas. Pretendemos com os resultados da nossa investigação compreender melhor as variáveis que contribuem para o aparecimento de comportamentos de consumo nos jovens, de forma planear melhores formas de intervir sobre esta temática.

Desta forma, venho por este meio solicitar a colaboração da vossa instituição, autorizando a aplicação dos instrumentos, inerentes à recolha de dados para a investigação em curso, aos/às vossos/as alunos/as que frequentam desde o 7º ao 12º anos de escolaridade. Gostaria de realçar que na eventualidade de autorizarem a recolha de dados, esta só será efetivamente realizada mediante a autorização dos encarregados de educação e a participação voluntária dos/as alunos/as.

É importante também reforçar que a participação nesta investigação não acarreta quaisquer custos, consequências ou prejuízo tanto para a vossa instituição, como para os/as alunos/as participantes. Da mesma forma, a aplicação dos questionário será sempre planeada de acordo com as regras da vossa escola e de forma a não interferir, seja de que forma for, no normal funcionamento das aulas.

Em congruência com o Código Ético e Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses, será garantido a confidencialidade e anonimato da vossa instituição, assim como de todos/as os/as alunos/as participantes, sendo que os dados recolhidos se destinam apenas a análise estatística e são tratados de forma global e não individual.

Como forma de agradecimento e retribuição de uma eventual autorização de recolha de dados, a equipa de investigação compromete-se a realizar uma sessão de informação/divulgação na vossa escola, sobre a temática em estudo, incluindo os resultados da presente investigação.

Gostaria de terminar agradecendo a vossa atenção e solicitando, por favor, que a resposta ao meu pedido de autorização, assim como qualquer pedido de informação adicional ou esclarecimento de quaisquer questões que possam ter seja feito através do email anaraqueldinis@hotmail.com. Caso o pedido seja aprovado, gostaria também que me indicassem a vossa disponibilidade para realizar uma reunião com o intuito de esclarecer qualquer questão que seja necessário esclarecer, combinar horas, duração, apresentação e realização dos questionários.

A investigadora,

ISMAI, 2017

Anexo 2 – Consentimento Informado para os/as Encarregados/as de Educação

Consentimento Informado – Encarregado de Educação

Eu, Ana Raquel Silva, aluna do Mestrado de Psicologia Escolar e da Educação do Instituto Universitário da Maia - ISMAI gostaria de convidar o/a seu/sua educando/a a participar numa investigação que estou a desenvolver para a minha dissertação de Mestrado. Este estudo está inserido num projeto global de investigação desenvolvido pelo grupo de investigação em Psicologia Escolar e da Educação do ISMAI, coordenado pelos Doutores Francisco Machado e Carla Peixoto, que supervisionam todos os passos desta investigação.

Esta investigação tem como objetivos gerais avaliar as condições que poderão estar na base ou influenciar a forma como as pessoas iniciam o consumo de substâncias lícitas, isto é, legais, nomeadamente, o álcool e o tabaco. Com os resultados pretendemos criar mais e melhores estratégias ou soluções, para evitar a necessidade de consumir estas substâncias. Para a concretização desta investigação é importante a recolha de dados através do preenchimento de questionários, e nesse sentido solicito a sua autorização para a participação do seu/sua educando/a no preenchimento de um questionário relacionado com as temáticas a abordar na investigação.

Gostaríamos de sublinhar que a participação do/a seu/sua educando/a é totalmente voluntária, e livre de custos, consequências ou prejuízo para o/ mesmo/a, e a qualquer momento, o/a seu/sua educando/a tem o direito de se recusar a prosseguir com o preenchimento dos questionários, sem ter qualquer tipo de consequência. Também é importante referir que os dados recolhidos são inteiramente confidenciais e anónimos e serão utilizados exclusivamente para tratamento e

análise estatística. Os dados referentes ao/à seu/sua educando/a serão analisados em conjunto com centenas de outros/as alunos/as e nunca individualmente.

Termino agradecendo a sua atenção e colocando-me à sua inteira disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida que surja através do email: anaraqueldinis@hotmail.com.

A investigadora, Raquel Silva

Declaro que autorizo o/a meu/minha educando/a do ___ ano, da turma___ , a participar na investigação descrita neste documento, tendo tomado conhecimento das condições envolvidas e expressas neste documento.

Declaro que não autorizo o/a meu/minha educando/a_____ do ___ ano, da turma ___ , a participar na investigação descrita neste documento, tendo tomado conhecimento das condições envolvidas e expressas neste documento.

(assinatura)

Anexo 3 – Consentimento Informado para os/as alunos/as

Consentimento Informado Aluno

Eu, Ana Raquel Silva, aluna do Mestrado de Psicologia Escolar e da Educação, do Instituto Universitário da Maia – ISMAI, encontro-me a realizar uma investigação sobre o consumo de substâncias e gostava de te convidar a participar num estudo que estou a desenvolver para a minha dissertação de Mestrado. Esta investigação tem como objetivos gerais avaliar condições que poderão estar na base ou influenciar a forma como as pessoas iniciam o consumo de substâncias lícitas, isto é, legais nomeadamente, o álcool e o tabaco. Com os resultados pretendemos criar mais e melhores estratégias ou soluções, para evitar a necessidade de consumir estas substâncias. Para a concretização desta investigação é importante a recolha de dados através do preenchimento de questionários. A tua participação é voluntária e todas as informações obtidas nos questionários são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico.

A qualquer momento, tens o direito de te recusar a prosseguir com o preenchimento dos questionários sem teres qualquer tipo de consequência, assim como podes esclarecer qualquer dúvida relativamente ao presente estudo. Estou disponível para eventuais esclarecimentos através do email: anaraqueldinis@hotmail.com

Obrigada pela colaboração.

Raquel Silva

Eu_____ _____declaro que aceito participar na investigação, conforme me foi esclarecido pela investigadora que assina este documento. Declaro ainda que me foi dada a possibilidade de esclarecer possíveis dúvidas a respeito desta investigação científica.

_____ _____

(Assinatura)

Anexo 4: Questionário Sociodemográfico

Dados Sociodemográficos

1. Idade:____ 2. Sexo: Masculino:____ Feminino:____ 3. Ano de escolaridade:_____

4. Classifica de acordo com a tua opinião, e utilizando os diferentes graus apresentados em baixo, as seguintes questões/afirmações:

	Muito Mau/Má	Mau/ Má	Razoável	Bom/ Boa	Muito Bom/Boa
Como classificas o teu aproveitamento escolar					
A tua relação com os/as teus/tuas colegas de turma é					
A tua relação com os teus pais é:					

Anexo 5: Questionário – Hábitos de consumo de substâncias lícitas

Questionário – Hábitos de consumo de substâncias lícitas

O presente questionário está dividido em duas partes, uma relativa ao consumo de tabaco e outra relativa ao consumo de álcool. Este questionário é confidencial e anónimo, sendo que todas as informações adquiridas por este meio destinam-se apenas à investigação cientifica e para tratamento e análise estatística. Este questionário é apenas um no meio de muitos outros e nunca será alvo de análise individual. Os autores do questionário têm consciência das informações sensíveis que contém e comprometem-se a não as divulgar a ninguém para lá da equipa de investigação.

A tua participação neste questionário é voluntária e a tua opinião e respostas são muito importantes para o sucesso desta investigação e para os benefícios que dele, eventualmente, venhamos a obter. Lê com atenção as perguntas e responde de forma honesta, tendo em mente que não existem respostas certas nem erradas.

TABACO

1 –Alguma vez consumiste tabaco?

☐ Sim
☐ Não

2 – Caso nunca tenhas fumado, alguma vez tiveste curiosidade em experimentar? (caso fumes, passa diretamente para a 3ºquestão)

☐ Sim
☐ Não

(Se respondeste "não" à 1ª questão, passa para o questionário sobre "Os hábitos de consumo do álcool – página 8. Obrigada!)

3 – Tens algum elemento da tua família que fume?

☐ Sim
☐ Não

Se a resposta à questão anterior foi sim, refere quem essa(s) pessoa(s) é/são:

_____

_____

4 – Com que idade começaste a fumar?_____

5– Com quem fumaste o 1º cigarro?

- [ ] Sozinho/a
- [ ] Com amigos/as
- [ ] Com namorado/a
- [ ] Com familiares
- [ ] Outro(s):_____

6 – Em que local fumaste o 1º cigarro?

- [ ] Escola
- [ ] Discoteca
- [ ] Café/Bar
- [ ] Casa de amigos/as
- [ ] Casa dos pais ou outros familiares
- [ ] Outro:_____

7 - Com que frequência fumas?

- [ ] Todos os dias
- [ ] Duas ou três vezes por semana
- [ ] Uma vez por semana
- [ ] De duas em duas semanas
- [ ] Uma vez por mês
- [ ] Outra:_____

8 – Qual a quantidade de cigarros que fumas, em média, por dia?_____

9 – Costumas sair à noite?

- [ ] Sim
- [ ] Não

10 – Se respondeste "sim" à 9ª questão, quando sais à noite costumas fumar? (caso tenhas respondido "não", passa para a 11ª questão).

- [ ] Sim, sempre que saio
- [ ] Algumas vezes
- [ ] Não

11 – Normalmente, como é que obténs os teus cigarros?

- [ ] Compro com o meu dinheiro
- [ ] Peço a amigos/as que deem cigarros ("cravar")
- [ ] Peço a um adulto, irmão/ã, amigo/a, etc.. que me compre
- [ ] Vou buscar ao maço de irmão/ã, pais, amigos/as
- [ ] Outra:_____

12 – Os teus pais sabem que fumas?

- [ ] Sim
- [ ] Não

13 – Qual foi a quantidade máxima de cigarros que já consumiste numa só ocasião?_____

14 – Em que circunstâncias costumas fumar?

- [ ] Quando saio à noite
- [ ] Quando estou com os/as meus/minhas amigos/as
- [ ] Quando estou chateado/a com os meus pais
- [ ] Quando estou mais ansioso/a
- [ ] Quando estou triste
- [ ] Quando estou relaxado/a
- [ ] Quando estou a almoçar e/ou jantar
- [ ] Quando estou com os meus pais
- [ ] Outra:_____

15 – Existe algum sítio/contexto/situação em que fumes menos ou não fumes de todo?

- [ ] Sim
- [ ] Não

Se a resposta à questão anterior foi sim, refere qual é esse sítio/contexto/situação:

_____

_____

16 – Em que altura do dia costumas fumar ou fumar mais?

- [ ] Manhã
- [ ] Tarde
- [ ] Noite

☐ Outra:_____

17 – Quando foi a última vez que fumaste?

☐ Hoje
☐ Ontem
☐ Na última semana
☐ Entre uma semana a um mês
☐ Há mais de três meses

18 – Qual é a principal razão ou razões pela qual fumas? (se necessário podes assinalar mais do que uma razão)

☐ Acalma-me
☐ Dá-me prazer
☐ Ajuda-me a concentrar
☐ Ajuda-me a não engordar
☐ Ajuda-me a socializar
☐ Acho que me dá mais estilo
☐ Dá-me mais confiança
☐ Ajuda-me a fazer uma pausa em momentos difíceis
☐ Ajuda-me a aproximar-me com sucesso de pessoas das quais me sinto atraído/a
☐ Ajuda a que me sinta mais integrado/a no meu grupo
☐ Outra(s):_____

19 – De acordo com a seguinte escala, refere quanto é que achas que estás bem informado/a ou consciente sobre:

	1 Nada Informado/a	2 Pouco Informado/a	3 Informado/a	4 Bem Informado/a	5 Muito bem Informado/a
1.Consequências do tabaco para a saúde de quem fuma					
2.Consequências do tabaco para as pessoas que não fumam, mas respiram o fumo dos/as outros/as					
3.O que é que leva as pessoas a começar a fumar					
4.O que as pessoas podem fazer para deixar de fumar					
5.Onde é que as pessoas podem pedir ajuda para deixar de fumar					
6.As dificuldades ou sintomas					

pelas quais as pessoas passam quando tentam deixar de fumar					

20 – Alguma vez os teus pais ou outros elementos da família conversaram contigo sobre fumar, as consequências de fumar, entre outras informações úteis sobre tabaco?

☐ Sim
☐ Não

21 – Alguma vez participaste, na escola ou mesmo fora dela, em atividades (programas, intervenções, sessões, palestras, etc) de prevenção do consumo de tabaco?

☐ Sim
☐ Não

Se a resposta à questão anterior foi sim, responde às seguintes alíneas de acordo com a escala disponível.

	1 Nada	2 Pouco	3 Razoável	4 Bastante	5 Muito
1.Lembro-me do que foi falado e discutido nas atividades de prevenção de consumo de tabaco					
2.Fiquei informado/a acerca dos perigos de fumar					
3.Lembro-me do que foi falado e sei o que as pessoas podem fazer para deixar de fumar					
4.Fiquei informado/a acerca de onde é que as pessoas podem pedir ajuda para deixar de fumar					
5.Fiquei informado/a acerca dos sintomas pelos quais as pessoas passam quando tentam deixar de fumar					
6.Foi importante para a minha decisão de fumar/não fumar					
7.Achei que foram atividades divertidas, dinâmicas e/ou ajustadas à minha idade					

ÁLCOOL

1 – Costumas consumir bebidas alcoólicas?

☐ Sim
☐ Não

(Se respondeste "não" à 1ªquestão passa diretamente para a página 15. Obrigada!)

2 – Com que regularidade é que costumas consumir bebidas alcoólicas (em média)?

☐ Todos os dias
☐ 2 a 3 vezes por semana (por exemplo ao fim-de-semana)
☐ 1 vez por semana
☐ Entre 1 a 3 vezes por mês
☐ Menos de 1 vez por mês
☐ Outra:_____

3 – Com que idade começaste a consumir bebidas alcoólicas?_____

4 – Com quem consumiste a 1ª bebida alcoólica?

☐ Sozinho/a
☐ Com amigos/as
☐ Com namorado/a
☐ Com familiares
☐ Outro(s):_____

5 – Em que local consumiste a 1ª bebida alcoólica?

☐ Escola
☐ Discoteca
☐ Café/Bar
☐ Casa de amigos/as
☐ Casa dos pais ou outros familiares
☐ Outro(s):_____

6 – Costumas sair à noite?

☐ Sim
☐ Não

7 – Se respondeste sim à 6ª questão, quando sais à noite costumas beber? (caso tenhas respondido não passa para a 8ª questão).

- [ ] Sim, sempre que saio
- [ ] Sim, algumas vezes
- [ ] Não

8 – Os teus pais sabem que bebes?

- [ ] Sim
- [ ] Não

9 – Na ocasião que mais bebeste, qual a quantidade de copos/doses consumiste?

- [ ] 1copo/dose
- [ ] 2copos/doses
- [ ] 3copos/doses
- [ ] 4copos/doses ou mais
- [ ] Outro:_____

10 – Em qual das seguintes circunstâncias é que é mais costume beberes?

- [ ] Quando saio à noite
- [ ] Quando estou com os/as meus/minhas amigos/as
- [ ] Quando estou chateado/a com os meus pais
- [ ] Quando estou mais ansioso/a, irritado/a
- [ ] Quando estou sozinho/a
- [ ] Quando estou com os meus pais
- [ ] Quando estou a almoçar e/ou a jantar
- [ ] Outra:_____

11 – Quando consomes bebidas alcoólicas, como te costumas sentir? (podes selecionar mais que uma opção)

- [ ] Sem alterações
- [ ] Eufórico/a
- [ ] Triste
- [ ] Alegre
- [ ] Desinibido/a
- [ ] Com alterações visuais

- [ ] Com alterações motoras
- [ ] Sonolento/a
- [ ] Com vómitos
- [ ] Outra:_____

12 – Já alguma vez ficaste embriagado/a (bêbado/a) por causa do consumo de bebidas alcoólicas?

- [ ] Sim, muitas vezes
- [ ] Sim, algumas vezes
- [ ] Sim, uma vez
- [ ] Não

13 – Já alguma vez ficaste inconsciente por causa do consumo de bebidas alcoólicas?

- [ ] Sim, muitas vezes
- [ ] Sim, algumas vezes
- [ ] Sim, uma vez
- [ ] Não

14 – Em que altura do dia é mais comum/habitual beberes bebidas alcoólicas?

- [ ] Manhã
- [ ] Tarde
- [ ] Noite

15 – Quando foi a última vez que consumiste bebidas alcoólicas?

- [ ] Hoje
- [ ] Ontem
- [ ] Na última semana
- [ ] Entre uma semana a um mês
- [ ] Há mais de três meses

16 – Que bebidas alcoólicas costumas consumir com mais frequência?

- [ ] Cerveja
- [ ] Licores
- [ ] Whisky
- [ ] Vodka
- [ ] Vinho
- [ ] Shots

☐ Outra:_____

17 – Na tua opinião, qual a idade mínima em que devia ser permitido o consumo de bebidas alcoólicas?_____ anos

18 – Alguma vez sentiste os efeitos negativos de beber bebidas alcoólicas em excesso (de "ficar bêbado/a")?

☐ Mais de dez vezes
☐ Quatro a dez vezes
☐ Duas vezes
☐ Uma vez
☐ Nunca

19 - De acordo com a seguinte escala, refere quanto é que achas que estás bem informado/a ou consciente sobre:

	1 Nada Informado/a	2 Pouco Informado/a	3 Informado/a	4 Bem Informado/a	5 Muito bem Informado/a
1.Consequências do consumo em excesso e continuado de bebidas alcoólicas para a saúde					
2.Consequências do consumo em excesso e continuado de bebidas alcoólicas para as pessoas que vivem com a pessoa que o faz					
3.O que é que leva as pessoas a começar a consumir em excesso e de forma continuada bebidas alcoólicas					
4.O que as pessoas podem fazer para deixar de beber bebidas alcoólicas de forma excessiva e continuada					
5.Onde é que as pessoas podem pedir ajuda para deixar de beber bebidas alcoólicas de forma excessiva e continuada					
6.As dificuldades ou sintomas pelas quais as pessoas passam					

quando tentam deixar de beber bebidas alcoólicas de forma excessiva e continuada					

20 - Alguma vez os teus pais ou outros elementos da família conversaram contigo sobre alcoolismo, as consequências, entre outras informações úteis sobre o consumo excessivo e continuado do álcool?

☐ Sim
☐ Não

21 – Alguma vez participaste, na escola ou mesmo fora dela, em atividades (programas, intervenções, sessões, palestras, etc) de prevenção do consumo de bebidas alcoólicas?

☐ Sim
☐ Não

Se a resposta à questão anterior foi sim, responde às seguintes alíneas de acordo com a escala disponível.

	1 Nada	2 Pouco	3 Razoável	4 Bastante	5 Muito
1.Lembro-me do que foi falado e discutido nas atividades de prevenção de consumo de bebidas alcoólicas					
2.Fiquei informado/a acerca dos perigos de consumir bebidas alcoólicas em excesso e de forma continuada					
3.Fiquei informado/a acerca das razões que levam as pessoas a beber bebidas alcoólicas em excesso e de forma continuada					
4.Fiquei informado/a acerca do que as pessoas podem fazer para deixar de beber bebidas alcoólicas em excesso e de forma continuada					
5.Fiquei informado/a acerca de onde é que as pessoas podem pedir ajuda para deixar de beber bebidas alcoólicas em excesso e de forma continuada					

6.Fiquei informado acerca dos sintomas pelas quais as pessoas passam quando tentam deixar de beber bebidas alcoólicas em excesso e de forma continuada					
7.Foi importante para a minha decisão de deixar/não deixar de beber bebidas alcoólicas em excesso e de forma continuada					
8.Achei que foram atividades divertidas, dinâmicas e/ou ajustadas à minha idade					

22 – Alguma vez os teus pais ou outros elementos da família conversaram contigo sobre alcoolismo, as consequências, entre outras informações úteis sobre o consumo excessivo e continuado do álcool?

☐ Sim
☐ Não