



GONÇALO ANDRÉ ALMEIDA VALENTE

AUTO-REGULAÇÃO E CONSUMO DE ALCOOL EM ADOLESCENTES NO DISTRITO DE VISEU

JULHO DE 2012

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

GONÇALO ANDRÉ ALMEIDA VALENTE

AUTO-REGULAÇÃO E CONSUMO DE ÁLCOOL EM
ADOLESCENTES DO DISTRITO DE VISEU

Dissertação de Mestrado

1º Curso de Mestrado em Educação para a Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação de
Prof.^a Doutora Lídia Cabral e Prof.^o Doutor João Duarte



JULHO DE 2012

Álcool

(...)

Que droga foi a que me inoculei?
Ópio d'inferno em vez de paraíso?...
Que sortilégio a mim próprio lancei?
Como é que em dor genial eu me eterizo?

Nem ópio nem morfina. O que me ardeu,
Foi álcool mais raro e penetrante:
É só de mim que eu ando delirante -
Manhã tão forte que me anoiteceu.

Excerto de poema de Mário de Sá-Carneiro, in 'Dispersão'
(1939, pp. 25 e 26)

AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado a todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho. A todos eles o meu sincero obrigado.

À Professora Doutora **Lídia Cabral** (minha orientadora) e à Professora Doutora **Manuela Ferreira**, pelo seu imprescindível e valioso apoio. Pelo tempo que, generosamente me dedicaram, com o fim último de me transmitir os seus sábios conhecimentos. Pelos elogios, assim como pelas críticas mas, sobretudo por me terem conduzido neste árduo percurso. A elas, os meus sinceros agradecimentos.

Ao Professor Doutor **João Duarte** (meu co-orientador), pelo imprescindível apoio no tratamento estatístico dos dados recolhidos. Pela sua atenção e disponibilidade sempre demonstrada. Pelos seus ensinamentos, o meu profundo agradecimento.

Às colegas, Professora **Isabel Batista** e Enfermeira **Manuela Bento** pelo caminho trilhado em conjunto. Pelo apoio e encorajamento no sentido de levar o projecto a “bom porto”!

Aos restantes **colegas do I Curso de Mestrado em Educação para a Saúde**, pela partilha e momentos vividos nestes dois anos inesquecíveis e enriquecedores.

Às **escolas** e aos **alunos** inquiridos que, voluntariamente participaram na investigação. A todos eles, o meu muito obrigado!

Aos **colegas Enfermeiros da Unidade de Cuidados Continuados Integrados da Santa Casa da Misericórdia de Mortágua**, em especial ao **Enfermeiro Coordenador**, pelas facilidades concedidas para que esta investigação se materializasse.

A todos os meus **AMIGOS**, sem excepção, que dão razão de ser à minha vida! Por não cobrarem repetidas ausências, pelo apoio, pela amizade...Não concebo a minha existência sem vocês!

Finalmente, um último agradecimento a toda a minha **FAMÍLIA!** A todos vós sou...eternamente grato!

Aos meus pais, meus ídolos, pelos muitos sacrifícios,
sábios ensinamentos e incontestável apoio.

Aos meus irmãos, pelas constantes palavras de
encorajamento, pelos abraços e sorrisos!

O meu coração é vosso! O nosso sangue é um só!

A quem me faz sorrir...

RESUMO

Enquadramento: A adolescência caracteriza-se por ser uma etapa do ciclo vital onde o desejo de experimentação e de exploração de novas sensações conduz muitos adolescentes à iniciação no consumo de álcool, com consequências nefastas para a saúde do jovem. O comportamento auto-regulado em saúde compreende o controlo das necessidades mais imediatas (controlo de impulsos) e a mobilização de pensamentos, sentimentos e comportamentos para objectivos de saúde a longo prazo.

Objectivos: Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, de contexto escolar, estilos de vida, envolvimento e expectativas face ao álcool e variáveis psicológicas (auto-estima e autoconceito) com as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.

Métodos: Recorreu-se a um modelo de investigação quantitativo, transversal, analítico, descritiva e correlacional. Participaram 971 estudantes do ensino secundário público e cooperativo. O protocolo de avaliação inclui o questionário sociodemográfico, a Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes de Mayer & Filstead (1979) adaptada por Fonte & Alves (1999), o Questionário Reduzido de Auto-regulação (Carey, Neal & Collins, 2004 adaptado por Castillo & Dias, 2009), o Questionário de Expectativas face ao Álcool para Adolescentes (Pilatti, Godoy & Brussino, 2010), a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Romano, Negreiro & Martins, 2007), o Inventário Clínico do Autoconceito (Vaz Serra, 1984) e dados sociodemográficos, escolares e estilos de vida.

Resultados: Os estudantes com idades compreendidas entre os 14 – 21 anos, na sua maioria rapazes (50,80%), com idade igual ou inferior a 16 anos (43,40%), residentes em meio rural (66,40%), em coabitação com os pais (77,30%) e inseridos em agregados familiares com um rendimento médio mensal médio alto ou alto (56,70%). Revelaram-se bebedores habituais sem problemas (75,30%), com elevadas expectativas face ao álcool (45,10%), boa auto-estima (47,40%) e com um bom autoconceito (45,30%). A auto-regulação (total) foi influenciada pelo envolvimento com o álcool, expectativas face ao álcool, auto-estima negativa e duas das dimensões do autoconceito (maturidade psicológica e impulsividade/actividade).

Conclusão: O desenvolvimento de competências de auto-regulação revela-se um investimento em saúde uma vez que, o adolescente com um comportamento auto-regulado assume estilos de vida mais saudáveis, revelando um menor envolvimento com o álcool.

Palavras-chave: Adolescência, Álcool, Auto-regulação, Expectativas face ao Álcool, Auto-estima e Autoconceito.

ABSTRACT

Background: Adolescence is characterized by being a phase in the life cycle where the desire for experimentation and exploration of new sensations leads many teens to initiation of alcohol consumption, with adverse consequences for the health of the young. The behavior of self-regulated health includes control of most immediate needs (impulse control) and the mobilization of thoughts, feelings and behaviors for purposes of long-term health.

Objectives: analyze the relation between sociodemographic variables, of school context, lifestyles, involvement and expectations towards alcohol and psychological variables (self-esteem and self-concept) with the powers of self-regulation in adolescents of secondary school in the district of Viseu.

Methods: He turned to a quantitative research model, transversal, analytic, descriptive and correlational. 971 public and cooperative high school students participated. The evaluation protocol includes a sociodemographic questionnaire, the Alcohol Involvement Scale for Adolescents by Filstead & Mayer (1979) adapted by Fonte & Alves (1999), the Questionnaire of Reduced Self-regulation (Carey, Neal & Collins, 2004) adapted by Castillo & Dias (2009), the Questionnaire of Expectations in relation to Alcohol for Teens (Pilatti, Brussino & Godoy, 2010), Self-Esteem Scale of Rosenberg (Romano, Negreiro & Martins, 2007), Clinical Inventory of Self-concept (Vaz Serra, 1984), demographic data, school and lifestyles.

Results: The students with ages between 14-21 years, mostly boys (50.80%), aged less than 16 years (43.40%), residents in rural areas (66.40%), cohabiting with parents (77, 30%) and placed in households with an average monthly income medium-high or high (56.70%). Proved to be habitual drinkers without problems (75.30%), with high expectations towards alcohol (45.10%), good self-esteem (47.40%) and with a good self-concept (45.30%). Self-regulation (total) was influenced by involvement with alcohol, expectations regarding alcohol, self-esteem and negative self-concept in two dimensions (psychological maturity and impulsivity/activity).

Conclusion: The development of skills of self-regulation proves to be an investment in health since the teenager with a self-regulated behavior assumes healthier lifestyles, revealing a lower involvement with alcohol.

Keywords: Adolescents, Alcohol, Self-regulation, Alcohol Expectations, Self-esteem and Self-concept.

ÍNDICE GERAL	Pág.
0- INTRODUÇÃO.....	35
 PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. ADOLESCÊNCIA.....	43
1.1. O ADOLESCENTE E OS OUTROS: FAMÍLIA E O GRUPO.....	47
2. AUTO – REGULAÇÃO.....	55
2.1. MODELOS DE AUTO- REGULAÇÃO.....	60
2.2. REVISÃO DE ESTUDOS.....	70
2.2.1.Auto-regulação e variáveis sociodemográficas.....	70
2.2.2.Auto – regulação, o aluno e a escola.....	72
2.2.3.Auto- regulação e consumo de álcool.....	73
2.2.4.Auto-regulação e expectativas face ao álcool.....	75
2.2.5.Auto-regulação e variáveis psicológicas.....	76
3. AUTOCONCEITO E AUTO-ESTIMA.....	79
3.1. AUTOCONCEITO: EMERGÊNCIA E DEFINIÇÃO.....	79
3.2. ESTRUTURA DO AUTOCONCEITO.....	82
3.3. DIMENSÕES DO AUTOCONCEITO.....	84
3.4. DETERMINANTES DO AUTOCONCEITO.....	85
3.5. DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONCEITO NA ADOLESCÊNCIA.....	86
3.6. AUTO-ESTIMA.....	87
3.7. AUTOCONCEITO, AUTO-ESTIMA E CONSUMO DE ÁLCOOL.....	90
4. ENVOLVIMENTO E CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES.....	93
4.1. PADRÕES DE CONSUMO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	94
4.2. INDUTORES ESPECÍFICOS DO ALCOOLISMO JUVENIL.....	98

4.3. ENVOLVIMENTO COM O ÁLCOOL EM ADOLESCENTES.....	100
4.4. CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES.....	104
4.4.1. Consumo de álcool em jovens na região centro.....	111
5. EXPECTATIVAS FACE AO ÁLCOOL.....	113
5.1. REVISÃO DE ESTUDOS.....	115

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. METODOLOGIA.....	121
1.1. MÉTODO.....	121
1.2. TIPO DE ESTUDO.....	127
1.3. PARTICIPANTES.....	130
1.4. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ESPACIAL DO ESTUDO.....	130
1.5. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	133
1.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	142
1.6.1. Parte I – Questionário sobre dados sociodemográficos	142
1.6.2. Parte II – Variáveis de contexto escolar e Estilos de Vida.....	142
1.6.3. Parte III – Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes	143
1.6.4. Parte IV – Questionário Reduzido de Auto-regulação.....	151
1.6.5. Parte V – Questionário de Expectativas Face ao Álcool para Adolescentes.....	158
1.6.6. Parte VI – Escala de Auto-Estima de Rosenberg.....	167
1.6.7. Parte VII – Inventário Clínico de Autoconceito.....	171
1.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE RECOLHA DE DADOS.....	178
1.8. ANÁLISE DE DADOS.....	179
2. RESULTADOS.....	185
2.1. ANÁLISE DESCRITIVA.....	185
2.1.1. Variáveis de contexto escolar.....	185
2.1.2. Variáveis relacionadas com os estilos de vida.....	196

2.1.3. Variáveis relacionadas com o consumo de álcool.....	200
2.1.4. Variáveis psicológicas.....	225
2.1.5. Estudo da Auto-regulação.....	251
2.2. ANÁLISE INFERENCIAL.....	252
3. DISCUSSÃO.....	277
3.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	277
3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	280
4. CONCLUSÕES.....	303
BIBLIOGRAFIA.....	307

ANEXOS

Anexo I - Autorização no âmbito da MIME da DGIDC

Anexo II - Pedido de autorização aos encarregados de educação

Anexo III - Pedidos de autorização/respostas para aplicação de escalas aos autores

Anexo IV - Instrumento de colheita de dados

ÍNDICE DE TABELAS	Pág.
Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade.....	133
Tabela 2 - Distribuição por grupo etário e sexo.....	134
Tabela 3 - Estatísticas relativas ao peso.....	135
Tabela 4 - Estatísticas relativas à altura.....	136
Tabela 5 - Distribuição em função da área de residência e sexo.....	137
Tabela 6 - Distribuição dos estudantes em função da coabitação e sexo.....	137
Tabela 7 - Distribuição em função da situação familiar dos pais e o sexo.....	138
Tabela 8 - Habilitações literárias de pai/mãe em função do sexo.....	139
Tabela 9 - Rendimento médio mensal do agregado familiar em função do sexo.....	140
Tabela 10 - Valor médio disponível por semana para gastos pessoais em função do sexo.....	141
Tabela 11 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global do questionário.....	147
Tabela 12 - Consistência interna da escala de envolvimento face ao álcool em adolescentes.....	148
Tabela 13 - Ordenação dos itens por factor.....	149
Tabela 14 - Comparação dos valores de alfa de cronbach do estudo actual com a escala original por factores.....	150
Tabela 15 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e a pontuação global da AAIS.....	151
Tabela 16 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global do questionário.....	152
Tabela 17 - Consistência interna do questionário reduzido de auto-regulação.....	154
Tabela 18 - Ordenação dos itens por factor.....	156
Tabela 19 - Comparação dos valores de alfa de cronbach do estudo actual com a escala original por factores/pontuação global.....	157
Tabela 20 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala.....	158

Tabela 21 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global do questionário.....	160
Tabela 22 - Consistência interna do questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes.....	161
Tabela 23 - Total variância explicada.....	163
Tabela 24 - Ordenação dos itens por factor.....	164
Tabela 25 - Comparação dos valores de alfa de cronbach do estudo actual com a escala original em função dos factores e pontuação global.....	166
Tabela 26 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala.....	166
Tabela 27 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global da escala.....	168
Tabela 28 - Consistência interna da escala de auto-estima de Rosenberg.....	169
Tabela 29 - Ordenação dos itens por factor.....	170
Tabela 30 - Comparação dos valores de alfa de cronbach do estudo actual com a escala original por factores e pontuação global.....	170
Tabela 31 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala.....	171
Tabela 32 - Consistência interna do inventário clínico do autoconceito.....	173
Tabela 33 - Correlação dos itens com os factores e com o valor global do autoconceito.....	174
Tabela 34 - Correlação dos itens com os factores e o valor global do autoconceito.....	176
Tabela 35 - Valores de alfa de cronbach dos factores e da escala global do autoconceito.....	177
Tabela 36 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala do autoconceito.....	178
Tabela 37 - Distribuição dos estudantes por escola e sexo.....	186
Tabela 38 - Distribuição dos estudantes por ano de escolaridade e sexo.....	187
Tabela 39 - Distribuição dos estudantes em função do sexo e da ocorrência de reprovações.....	187
Tabela 40 - Número de reprovações.....	188

Tabela 41 - Mudança de escola nos últimos dois anos em função do sexo.....	188
Tabela 42 - Sentimentos face à escola em função do sexo.....	189
Tabela 43 - Distância entre escola – casa em função do sexo.....	190
Tabela 44 - Tempo entre casa e escola em função do sexo.....	191
Tabela 45 – Meio de deslocação habitual para a escola.....	191
Tabela 46 - Relação entre pais e escola em função do sexo.....	192
Tabela 47 – Teste binomial relativo à relação entre pais e escola.....	193
Tabela 48 - Ajuda em actividades em função do sexo.....	194
Tabela 49 - Frequência de ajuda em actividades segundo o sexo.....	195
Tabela 50 - Envolvimento em lutas em função do sexo.....	195
Tabela 51 - Frequência de realização de exercício físico fora da escola em função do sexo.....	197
Tabela 52 - Frequência de lavagem dos dentes em função do sexo.....	198
Tabela 53 - Realização de dieta alimentar em função do sexo.....	199
Tabela 54 - Aspecto físico percebido pelos estudantes em função do sexo.....	200
Tabela 55 - Estatísticas relativas aos factores e valor global da AAIS.....	201
Tabela 56 - Teste t de student relativo à AAIS e seus factores em função do sexo.....	202
Tabela 57 – Grupos de envolvimento face ao álcool em função do sexo.....	202
Tabela 58 - Análise da variância entre o AAIS global, seus factores e grupos etários...	203
Tabela 59 - Teste de UMW entre AAIS global, seus factores e residência.....	204
Tabela 60 - Teste de Kruskal-Wallis entre a AAIS (global), seus factores e a situação familiar dos pais.....	205
Tabela 61 - Teste t de student relativo à AAIS global, seus factores e em função do rendimento mensal do agregado familiar.....	205
Tabela 62 - Teste de Kruskal-Wallis entre a AAIS (global), seus factores e valor médio semanal disponível para gastos pessoais (semanada).....	206
Tabela 63 - Análise da variância entre a nota global da AAIS, subescalas e ano de escolaridade.....	207
Tabela 64 - Teste de Kruskal-Wallis entre a AAIS (global), seus factores em função da escola.....	208
Tabela 65 - Teste t relativo à AAIS e seus factores em função de reprovações.....	209

Tabela 66 - Teste de Kruskal-Wallis entre a AAIS, seus factores e os sentimentos face à escola.....	209
Tabela 67 - Estatísticas relativas às expectativas face ao álcool (nota global) e suas subescalas.....	211
Tabela 68 - Teste t de student relativo à CEA-A (nota global) e suas subescalas em função do sexo.....	212
Tabela 69 - Nível de expectativas face ao álcool (nota global) em função do sexo.....	213
Tabela 70 - Análise da variância entre a nota global da CEA-A, suas subescalas e grupos etários.....	213
Tabela 71 - Teste de U Mann - Whitney entre CEA-A (nota global), suas subescalas e residência.....	214
Tabela 72 - Teste t de student relativo à CEA-A (nota global) e suas subescalas em função do rendimento médio mensal.....	215
Tabela 73 - Teste de Kruskal-Wallis entre a CEA-A (nota global), suas subescalas e valor médio semanal disponível para gastos pessoais (semanada).....	216
Tabela 74 - Teste de Kruskal-Wallis entre a CEA-A (nota global), suas subescalas e habilitações literárias do pai.....	216
Tabela 75 - Teste de Kruskal-Wallis entre a CEA-A (nota global), suas subescalas e habilitações literárias da mãe.....	217
Tabela 76 - Teste de Kruskal-Wallis entre a CEA-A (nota global), suas subescalas e situação familiar dos pais.....	218
Tabela 77 - Análise da variância entre a nota global das expectativas face ao álcool, suas subescalas e ano de escolaridade.....	219
Tabela 78 - Teste de Kruskal-Wallis entre a CEA-A (nota global), suas subescalas em função da escola.....	220
Tabela 79 - Teste t de student relativo à CEA-A (nota global), suas subescalas e em função de reprovações.....	221
Tabela 80 - Teste de Kruskal-Wallis entre a CEA-A (nota global), suas subescalas e sentimentos face à escola.....	222
Tabela 81 - Matriz de correlação de Pearson entre CEA-A (nota global), suas subescalas e envolvimento com o álcool (AAIS).....	223

Tabela 82 - Teste de Kruskal-Wallis entre a CEA-A (nota global), suas subescalas e grupos de envolvimento com o álcool.....	224
Tabela 83 - Níveis de expectativas (nota global) em função dos grupos de envolvimento com o álcool.....	225
Tabela 84 - Estatísticas relativas à auto-estima e suas subescalas.....	226
Tabela 85 – Teste t de student relativo à auto-estima global, suas subescalas em função do sexo.....	227
Tabela 86 - Níveis de auto-estima (nota global) em função do sexo.....	227
Tabela 87 - Análise da variância entre a auto-estima global, suas subescalas e grupos etários.....	228
Tabela 88 - Teste de U Mann - Whitney entre auto-estima global, suas subescalas e residência.....	229
Tabela 89 - Teste de Kruskal-Wallis entre auto-estima global, suas subescalas e situação familiar dos pais.....	229
Tabela 90 - Teste t de student relativo à auto-estima global e suas subescalas em função do rendimento médio mensal do agregado familiar.....	230
Tabela 91 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e o valor médio semanal disponível para gastos pessoais (semanada).....	231
Tabela 92 - Análise da variância entre a auto-estima global, suas subescalas e ano de escolaridade.....	232
Tabela 93 - Teste t de student relativo à auto-estima global e suas subescalas em função de reprovações.....	232
Tabela 94 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e os sentimentos face à escola.....	233
Tabela 95 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e o aspecto físico percebido.....	234
Tabela 96 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e os níveis de envolvimento com o álcool.....	235
Tabela 97 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e os níveis de expectativas face ao álcool.....	236
Tabela 98 - Estatísticas relativas ao autoconceito global e seus factores.....	238

Tabela 99 - Teste t de student entre autoconceito global, seus factores e sexo.....	238
Tabela 100 - Níveis de autoconceito (nota global) em função do sexo.....	239
Tabela 101 - Análise da variância entre o autoconceito global, seus factores e grupos etários.....	240
Tabela 102 - Teste de U Mann - Whitney entre autoconceito global, seus factores e residência.....	240
Tabela 103 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito global, seus factores e situação familiar dos pais.....	241
Tabela 104 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito global, seus factores e habilitações literárias do pai.....	242
Tabela 105 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito global, seus factores e habilitações literárias da mãe.....	243
Tabela 106 - Teste t de student relativo ao autoconceito global e seus factores em função do rendimento médio mensal do agregado familiar.....	244
Tabela 107 - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus factores e o valor médio semanal disponível para gastos pessoais.....	245
Tabela 108 - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus factores em função da escola.....	246
Tabela 109 - Análise da variância entre o autoconceito global, seus factores em função do ano de escolaridade.....	246
Tabela 110 - Teste t de student relativo ao autoconceito global e seus factores em função de reprovações.....	247
Tabela 111 - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus factores e os sentimentos face à escola.....	248
Tabela 112 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito global, seus factores e os níveis de envolvimento com o álcool.....	249
Tabela 113 - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus factores e níveis de expectativas face ao álcool.....	250
Tabela 114 - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus factores e níveis de auto-estima.....	250
Tabela 115 - Estatísticas relativas à auto-regulação (total) e suas subescalas.....	252

Tabela 116 - Teste t de student relativo às competências de auto-regulação e suas subescalas em função do sexo.....	253
Tabela 117 - Níveis de competências de auto-regulação em função do sexo.....	254
Tabela 118 - Análise da variância entre as competências de auto-regulação, suas subescalas e grupos etários.....	255
Tabela 119 - Teste de U Mann - Whitney entre as competências de auto-regulação, suas subescalas e residência.....	256
Tabela 120 - Teste t de student relativo às competências de auto-regulação e suas subescalas em função do rendimento médio mensal do agregado familiar.....	257
Tabela 121 - Teste de Kruskal-Wallis entre as competências de auto-regulação, suas subescalas em função da escola.....	258
Tabela 122 - Análise da variância entre as competências de auto-regulação, suas subescalas em função do ano de escolaridade.....	258
Tabela 123 - Teste t de student relativo às competências de auto-regulação e suas subescalas em função de reprovações.....	259
Tabela 124 - Teste de Kruskal-Wallis entre as competências de auto-regulação, suas subescalas e os sentimentos face à escola.....	260
Tabela 125 - Teste de Kruskal-Wallis entre as competências de auto-regulação, suas subescalas e a prática de exercício físico fora da escola.....	261
Tabela 126 - Teste de Kruskal-Wallis entre competências de auto-regulação, suas subescalas e o aspecto físico percebido.....	262
Tabela 127 - Correlação de Pearson entre Controlo de impulsos e variáveis independentes.....	264
Tabela 128 - Correlação de Pearson entre Estabelecimento de objectivos e variáveis independentes.....	268
Tabela 129 - Correlação de Pearson entre Auto-regulação (total) e variáveis independentes.....	271

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 – Regressão múltipla entre Controlo de impulsos e variáveis independentes.....	266
Quadro 2 – Regressão múltipla entre Estabelecimento de objectivos e variáveis independentes.....	270
Quadro 3 – Regressão múltipla entre Auto-regulação (total) e variáveis independentes.....	273

ÍNDICE DE FIGURAS	Pág.
Figura 1 - Esquema representativo da reciprocidade triádica.....	63
Figura 2 – Esquema conceptual da investigação.....	129
Figura 3 – Síntese das relações entre Controlo de impulsos e as variáveis independentes.....	267
Figura 4 – Síntese das relações entre Estabelecimento de objectivos e as variáveis independentes.....	270
Figura 5 – Síntese das relações entre Auto-regulação (total) e as variáveis independentes.....	274
Figura 6 – Síntese das variáveis predictoras da Auto-regulação (total) e suas subescalas.....	275

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 - Variâncias de Scree Plot..... 164

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

cf. – conforme

cit. por – citado por

cm - centímetros

D.p. – desvio padrão

Dr^o - Doutor

e.g. – por exemplo

esc. - escolaridade

et al. – e outros

Expect. – expectativas

Fem. -- feminino

Freq. - frequência

g. l. – graus de liberdade

gr - grupo

i.e. – isto é

Ibidem – na mesma obra

Km – Quilómetros

Masc. - masculino

Min. - minutos

n^o - número

n.s. – não significativo

p. – página

pp. – páginas

Prof.^a – Professora

Prof.^o - Professor

s.d. – sem data

sec. - secundária

SIGLAS

AAIS – Adolescent Alcohol Involvement Scale

AC – Autoconceito

ADERETON – Associação de Desenvolvimento da Região de Tondela

AE – Auto-estima

ANOVA – Análise de variância a um factor

AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

CAGE – Cage Questionnaire

CEA – A – Questionário de Expectativas Face ao Álcool para Adolescentes

CV – coeficiente de variação

DGIDC – Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular

ECTAD – Estudo sobre o Consumo de Tabaco, Álcool e Drogas

EP – Erro padrão

ESPAD – European School Survey on Alcohol and Other Drugs

ICAC – Inventário Clínico do Autoconceito

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

KMO – Kaiser-Meyer-Olkin

MALT – Munich Alcoholism Test

MAST – Michigan Alcoholism Screening Test

NUT – Unidade Territorial

RSES – Escala de Auto-Estima de Rosenberg

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

SSRQ – Questionário Reduzido de Auto-regulação

UMW – U-Mann Whitney

VIF – Variance Inflation Factor

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO – World Health Organization

0. INTRODUÇÃO

O presente estudo procurou avaliar a influência da auto-regulação (vertente global e competências específicas) ao nível do envolvimento com o álcool em adolescentes do ensino secundário, segundo a percepção dos próprios, identificando ainda a presença de outras variáveis que a pudessem influenciar.

Com o objectivo de melhor compreender os factores que influenciam a auto-regulação, investigámos, além das variáveis sociodemográficas, as variáveis de contexto escolar, os estilos de vida, o envolvimento e as expectativas face ao álcool, a auto-estima e o autoconceito, pois acredita-se que interagem com a mesma.

Os adolescentes constituem um grupo populacional que, na actualidade requer uma atenção específica em diferentes âmbitos, entre os quais a saúde.

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano caracterizado por mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais, importantes na afirmação e consolidação de hábitos na vida adulta. Nesta fase, geralmente ocorre a experimentação de substâncias psicoactivas como o álcool. O uso de álcool na adolescência é um factor de exposição para problemas de saúde na idade adulta, além de aumentar significativamente o risco de se tornar num consumidor excessivo ao longo da vida (Strauch, Pinheiro, Silva & Horta, 2009).

O consumo de bebidas alcoólicas é manifestamente bem tolerado pela sociedade portuguesa, não sendo o álcool entendido como uma droga. Consequentemente, não é difícil ao comum dos cidadãos observar a venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos, nos diversos estabelecimentos comerciais, assim como constatar a falta de fiscalização por parte das entidades competentes para a fazer (Tavares, Bonito & Oliveira, 2011). Para estes mesmos autores, o consumo está intimamente enraizado a determinados mitos e concepções alternativas sobre os efeitos do álcool no organismo, que dificultam a mudança de mentalidade e de comportamentos.

O fenómeno do alcoolismo entre os adolescentes portugueses tende a generalizar-se, quase exponencialmente, ano após ano e com inícios cada vez mais precoces (Sousa et al., 2008).

Vários estudos têm sido realizados neste âmbito e nesta faixa etária, demonstrativos da precocidade e das elevadas quantidades de consumo de álcool. É neste contexto que surge a importância de comportamentos auto-regulados, uma vez que a saúde dos indivíduos é fortemente influenciada pelos seus estilos de vida (entre os quais o consumo de álcool). A capacidade de regular os mesmos conduzirá a alterações ao nível do seu estado de saúde (Bandura, 2005).

Assim, a auto-regulação é um processo em que o indivíduo assume um papel activo na construção do seu destino (Ridder & Wit, 2006).

Neste contexto, tal como descrevemos no capítulo da revisão de literatura, vários foram os estudos desenvolvidos no sentido de verificar a influência da auto-regulação ao nível do consumo de álcool.

Conforme podemos verificar pelos estudos pesquisados, a influência da auto-regulação sobre o consumo com o álcool é ainda, nos dias de hoje uma temática em estudo por parte dos investigadores, e ainda por clarificar.

Foi neste enquadramento que optámos por dirigir o nosso estudo para a temática **«Auto-regulação e consumo de álcool em adolescentes do distrito de Viseu»**.

Ao realizarmos a presente investigação e atendendo à crescente aceitação da importância do comportamento auto-regulado sobre os estilos de vida dos indivíduos, pretendemos estudar algumas variáveis que julgamos poderem contribuir de algum modo, para melhorar a sua compreensão.

A motivação para esta investigação surge como resultado das nossas inquietações pessoais, perante um tema emergente e pouco desenvolvido tanto no contexto nacional como internacional. As nossas questões de investigação são:

- Em que medida os níveis de envolvimento e de expectativas face ao álcool são influenciados pelas competências de auto-regulação dos adolescentes do distrito de Viseu?

- De que modo as variáveis sociodemográficas, de contexto escolar e os estilos de vida se repercutem ao nível das competências de auto-regulação dos mesmos?
- A auto-estima e o autoconceito são influenciados pelo desenvolvimento de competências de auto-regulação?

Perante as questões formuladas, procurámos dar-lhes resposta, tendo em consideração os limites que um estudo desta natureza acarreta.

No delinear da pesquisa, emergem os seguintes objectivos:

- Analisar a relação entre os níveis de envolvimento face ao álcool com as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu;
- Analisar a relação entre as expectativas face ao álcool com as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu;
- Avaliar de que forma as variáveis sociodemográficas influenciam as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu;
- Avaliar de que forma as variáveis de contexto escolar influenciam as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu;
- Avaliar de que forma os estilos de vida influenciam as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu;
- Verificar a relação entre as variáveis psicológicas (auto-estima e autoconceito) e as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.

Em termos metodológicos, o modelo de investigação adoptado corresponde ao quantitativo, transversal, seguindo uma via analítica, descritiva e correlacional.

Neste sentido, inquirimos 971 adolescentes do 10º, 11º e 12º ano do ensino secundário público e cooperativo, de escolas do distrito de Viseu.

Para a recolha da informação, recorreremos a um protocolo de questionários que permitiram avaliar entre outros aspectos, o envolvimento e expectativas face ao álcool, a

auto-estima, o autoconceito e os índices globais de auto-regulação (e suas competências específicas).

Estruturalmente, o nosso trabalho é composto por duas partes. A primeira integra o quadro teórico, na qual explanamos a revisão teórica resultante da leitura bibliográfica que deu corpo a cinco capítulos principais. Nestes será focado o contributo dos autores sobre o acréscimo de conhecimentos no âmbito da temática, salientando aspectos relacionados com o modelo de análise para o qual, na segunda parte procuraremos suporte empírico. Assim, este enquadramento teórico descreve e conceptualiza a adolescência, a auto-regulação, o autoconceito e a auto-estima, o envolvimento e o consumo de álcool em adolescentes, assim como as expectativas face ao álcool.

Ao longo dos cinco capítulos, procurámos sustentar a nossa exposição em diversos autores, com a finalidade de efectuar uma revisão bibliográfica tão vasta quanto possível. Procurámos ainda, retirar das diferentes perspectivas elementos capazes de esclarecer a problemática abordada.

O contributo pessoal da nossa investigação está patente na segunda parte deste trabalho, na qual se conceptualiza o processo de investigação empírica. A mesma encontra-se subdividida em quatro capítulos, sendo o primeiro referente às considerações metodológicas, descrevendo o tipo de estudo, os procedimentos metodológicos adoptados, a selecção da amostra, a caracterização sociodemográfica dos adolescentes, passando pela descrição dos instrumentos e métodos de recolha de dados. O segundo e terceiro capítulos referem-se à apresentação e análise dos resultados, assim como à discussão das opções metodológicas e dos resultados encontrados, respectivamente.

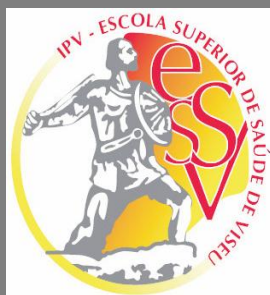
Finalizamos, com o quarto e último capítulo, apresentando as conclusões, onde se aponta para a necessidade de desenvolver um estudo quasi-experimental que avalie a eficácia de intervenções formativas em contexto escolar, no âmbito dos consumos, especificamente no que ao álcool diz respeito.

Sumariamente constatámos que a auto-regulação, na dimensão controlo de impulsos é influenciada pelos efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, as expectativas face ao álcool globais, auto-estima, auto-estima positiva, auto-estima negativa, auto-eficácia e impulsividade/actividade. O estabelecimento de objectivos é influenciado pelos hábitos de consumo, auto-estima (global), aceitação/rejeição social e autoconceito (global). Finalmente,

a auto-regulação (total) é influenciada pelos efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, envolvimento com o álcool (global), expectativas face ao álcool (globais), auto-estima negativa, maturidade psicológica e impulsividade/actividade.

P A R T E I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO



1. ADOLESCÊNCIA

Neste capítulo procurar-se-á clarificar as inúmeras concepções sobre a adolescência por parte dos diversos autores pesquisados, procurando delimitar o conceito e focando algumas teorias explicativas desta fase do ciclo vital. Será ainda abordada a importância das relações entre o adolescente e os outros, nomeadamente, a família e o grupo, com o objectivo de clarificar alguns acontecimentos específicos desta fase de desenvolvimento que, não sendo obrigatoriamente uma fase perturbada pode acarretar algum sofrimento tanto para o adolescente como para os adultos que com ele interagem, especialmente no que ao consumo de álcool diz respeito.

O conceito de adolescência foi definido na reunião da Organização Mundial da Saúde sobre a gravidez e o aborto na adolescência, realizada em 1974. Assim, de acordo com a World Health Organization (1975), a adolescência corresponde a um período em que o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual, os processos psicológicos do indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a adulta e a transição do estado de dependência económica total passa a outro de relativa independência.

Mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde passou a considerar a adolescência como o período entre os 11 e 19 anos de idade, desencadeado por mudanças corporais e fisiológicas provenientes da maturação fisiológica (Ferreira & Nelas, 2006, p. 142).

A adolescência é hoje conceptualizada como o período situado entre a infância e a vida adulta. Inicia-se com os primeiros indícios físicos da maturidade sexual e termina com a realização social da situação de adulto independente. No mundo ocidental, corresponde aproximadamente ao período entre os 12 e os 20 anos. Contudo existem oscilações deste período etário impostas pelas diferenças entre os sexos, etnias, meios geográficos, condições socioeconómicas e culturais. Num mesmo meio, encontramos grandes variedades de

indivíduo para indivíduo: há puberdades muito precoces e outras muito tardias. Por outro lado, uma mesma pessoa em diferentes momentos tem diferentes ritmos de maturação. É neste período que, após momentos de maturação diversificados, constroem a sua identidade, os seus pontos de referência, escolhem o seu caminho profissional e o seu projecto de vida (Ferreira & Nelas, 2006, p. 141).

Coob (2010, p. 6) diz-nos que uma definição de adolescência deve considerar as mudanças biológicas, psicológicas e sociológicas. Uma definição biológica enfatiza os eventos da puberdade, que transformam o corpo das crianças fisicamente e sexualmente em adultos. A definição psicológica distingue a adolescência em termos de tarefas de desenvolvimento a serem realizadas, em que cada uma das mesmas se refere à tarefa central de alcançar uma identidade pessoal. A definição sociológica define os adolescentes em termos do seu estatuto no seio da sociedade, especificamente, como um período de transição entre a infância e a idade adulta.

Também para Cabral (2007, p. 32), nesta faixa etária acentua-se o desejo de experimentar e explorar novas sensações que podem levar os adolescentes a consumir álcool, podendo converter-se num hábito levando à perda de controlo.

Para Friedenbergl e McKinney (1959, 1986) cit. por Salvador (2008, p. 27), a adolescência é caracterizada principalmente pelo conflito com os pais ou com outra entidade e, é a partir deste, que o adolescente consegue construir a sua identidade. No entanto McKinney (1986) cit. por Salvador (2008) entende que a adolescência como período tempestuoso é um mito e resulta da atenção dada às manifestações de inconformismo e excentricidade, em vez das manifestações de conformidade e obediência. Assim, os adolescentes moldaram-se a uma ideia criada pelos adultos.

A mesma ideia é corroborada por Sampaio e Salvador (2006, 2008) ao referir que em estudos mais recentes ficou demonstrado que, a maioria dos jovens vivem a adolescência sem “ (...) conflitualidade grave nem rupturas significativas e têm uma visão mais positiva sobre si próprios (...) “. Salvador (2008, p.26) considera-a uma fase crítica para o desenvolvimento de atitudes e comportamentos saudáveis.

Para Assis et al., Diclemente et al. e Michael & Ben-zur (2003, 2001, 2007) cit. por Matos (2008, p. 27), a adolescência é também uma fase em que os jovens têm de enfrentar

várias escolhas relacionadas com os seus pares, família, saúde e autonomia. Por ser um período de profundas mudanças traz com ele uma série de comportamentos que muitas vezes expõem o jovem a uma série de riscos, nomeadamente, ao consumo de substâncias psicoactivas. O crescimento implicará melhorar a capacidade de enfrentar riscos e ultrapassar limitações (Prazeres, 2000 cit. por Cabral, 2007, p. 32). A pressão exercida pelo grupo de pares é uma poderosa influência sobre o comportamento dos jovens à medida que amadurecem (Cabral, 2007, p. 32).

Lângaro (2002) cit. por Cabral (2007, p. 34) refere como características da adolescência a busca da identidade, a tendência grupal, a necessidade de intelectualizar e fantasiar, o aparecimento das crises religiosas, o deslocamento temporal, a evolução sexual (do autoerotismo até à heterossexualidade genital adulta), as atitudes sociais reivindicativas com tendências anti-sociais, as contradições sucessivas nas manifestações de conduta, referindo mesmo que o adolescente tem como tarefa principal “elaborar os três lutos fundamentais: luto pelo corpo infantil, luto pela identidade e luto pelos pais da infância”.

Havighurst (1957) cit. por Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silvares (2010, pp. 230 e 231) propôs algumas tarefas evolutivas para o período da adolescência: aceitar o próprio corpo, estabelecer relações sociais mais maduras com os pares de ambos os sexos, desenvolver o papel social de género, alcançar a independência dos pais e de outros adultos, em relação ao aspecto emocional, pessoal e económico, escolher uma ocupação e preparar-se para a mesma; preparar-se para o matrimónio e a vida em família; desenvolver a cidadania e comportamentos sociais responsáveis; além de conquistar uma identidade pessoal, uma escala de valores e uma filosofia de vida que guiem o comportamento do indivíduo.

Dantas & Feixosa (2002) cit. por Cabral (2007, p. 34) destacam como características desta fase a sexualidade, e uso e abuso de álcool e drogas. A primeira porque ao adolescente é exigida pela sociedade que assuma um determinado papel, em função do seu sexo. A segunda, uma vez que, este consumo surge frequentemente por rebeldia. No entanto, outros factores inerentes à história de vida de cada um estarão na origem do processo de iniciação e/ou manutenção do comportamento aditivo (aspectos familiares, sociais e genéticos).

Quanto à duração da adolescência também não existe consenso e Sampaio e Kaplan, Sadock & Crebb (2000, 1997) dividem a adolescência em três fases, situando a primeira entre

os 13 e os 15 anos, caracterizando-a pelo desenvolvimento físico, pelo aparecimento de solidão e isolamento. A segunda entre os 15 e os 18 anos em que o grupo assume maior relevância, sendo esta fase em que alguns jovens substituem os refrigerantes pela bebida alcoólica. Por último, a terceira fase entre os 18 e 20 anos, em que se dá a construção da identidade. No entanto consideram todas estas divisões arbitrárias, pois o crescimento e o desenvolvimento ocorrem ao longo de uma linha de continuidade que varia de pessoa para pessoa, sendo o que melhor as caracteriza não ser tanto a idade, mas os tipos de comportamento que o adolescente apresenta.

Da mesma forma, o final da adolescência não tem uma idade fixa. No sistema de estádios de Erikson, o final da adolescência situa-se aproximadamente entre os 19 e os 25 anos de idade, centrando-se o conflito na “Intimidade versus Isolamento” em que a resolução de identidade é um pré-requisito para a resolução deste mesmo conflito (Cabral, 2007, p. 37).

Sampaio (2000) defende que os limites da juventude são sociais e culturais, marcados pela capacidade de participação na produção e reprodução da própria sociedade e não um fenómeno meramente cronológico, sendo a independência económica e a saída de casa dos pais os principais acontecimentos que definem a entrada no mundo dos adultos.

Mas que concepção têm os próprios adolescentes da adolescência? Num estudo qualitativo realizado com o objectivo de os próprios examinarem a concepção da adolescência em São Paulo, no Brasil, entre 2000 e 2003 com 856 jovens do ensino médio, com idades entre os 14 e os 21 anos de idade de ambos os sexos, concluíram que os adolescentes, do mesmo modo que alguns dos autores aqui já citados, caracterizaram a adolescência como momento de crise, rebeldia, transitoriedade, turbulência, tensão, ambiguidade e conflito. Expressam esta fase como um “momento crucial na vida do homem e constitui etapa decisiva do seu processo de desprendimento” (Aberastury, 1980 cit. por Ozella, 2002, p. 17) ou conforme Debesse (1946) cit. por Ozella (2002, p. 16), a adolescência não é uma simples transição entre a infância e a idade adulta, mas possui uma mentalidade própria com um psiquismo característico dessa fase (Ozzela & Aguiar, 2008, p. 103).

Assim, pelas diversas opiniões encontradas pode constatar-se que a adolescência não é um fenómeno exacto e é de difícil definição até mesmo nos seus limites. Como refere

Cordeiro e Silva (1997, 2004) cit. por Salvador (2008, p. 27): “existem tantas adolescências como adolescentes e a generalização pode conduzir a uma perigosa estandardização, criando parâmetros pelos quais, segundo esta óptica, todos os adolescentes se deveriam reger”.

Além do mais, tal como defende Sousa et al. (2008, p. 44), o início da adolescência parece estar a antecipar-se progressivamente, visto que as novas gerações são, de um modo geral, cada vez mais precoces em termos de desenvolvimento físico e mental.

Para intervir precocemente é necessário ser conhecedor e capaz de compreender o desenvolvimento próprio desta fase do ciclo de vida, para poder promover a escolha de comportamentos saudáveis e adopção de estilos de vida que promovam a saúde e não a coloquem em risco. Face às pressões e influências externas, os jovens têm que possuir a capacidade de saber escolher e saber manter essas escolhas independentemente das pressões a que são sujeitos (Salvador, 2008, p. 28).

1.1. O ADOLESCENTE E OS OUTROS: FAMÍLIA E O GRUPO

A autonomia do adolescente tem merecido um lugar de destaque na literatura sistémica, conceptualizada sob diversas designações: separação, autonomia, emancipação, individuação ou ainda diferenciação. A dimensão familiar é ainda mais crucial quando se trata de analisar o processo de autonomia do adolescente, envolvendo a separação entre adolescente e os pais (Ferreira & Nelas, 2006; Fleming, 1997).

O que é tradicionalmente assinalado como papel da família junto dos adolescentes, ou seja, ajudar os indivíduos até aí dependentes a prepararem-se para a autonomia e para assumirem papéis adultos de carácter social, relacional, afectivo e laboral, só poderá ser desempenhado com sucesso se houver por parte dos restantes membros da família, particularmente dos pais, uma correlativa (re)afirmação individual (Ferreira & Nelas, 2006; Relvas, 1996).

Família

A instituição familiar é muitas vezes designada como o primeiro grupo social do qual o indivíduo faz parte (Tallón, Ferro, Gómez & Parra 1999 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 248), sendo vista portanto, como a célula inicial e principal da sociedade na maior parte do mundo ocidental (Biasoli – Alves, 2004 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 248), ou ainda como a unidade básica da intervenção social (Osório, 1996 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 248) e como o núcleo central da organização humana.

A adolescência é assim, na perspectiva de Kalina (1999), assim como de Tallón et al. (1999) cit. por Pratta & Santos (2007, p. 252) um evento previsível que apresenta grande impacto na vida familiar, considerada como uma crise importante no contexto familiar. Encarada como uma fase do ciclo de vida familiar, a adolescência apresenta tarefas particulares, que envolvem todos os membros da família (Silva & Mattos, 2004 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 252).

Os adultos têm um papel central neste processo, pois oferecem a base inicial aos mais jovens, um conjunto de regras e normas essenciais para o social, bem como actuam como modelos incorporados, geralmente como ideais, cujas atitudes e comportamentos serão transmitidos às gerações que os sucedem (Biasoli-Alves, 2001 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 252).

Um dado importante é a constatação da modificação da relação pais/filhos. Esta relação passa de uma esfera de protecção/dependência para a esfera da autonomia/independência. Como consequência, o papel dos pais enquanto educadores intervenientes vai diminuindo progressivamente, e os filhos, de uma forma gradual, vão descobrindo e construindo o seu meio familiar, profissional e social, os seus valores de referência e as suas perspectivas. Este processo nem sempre fácil, está frequentemente cheio de ambivalência (podendo gerar conflitos), até que pais e filhos aprendam a desempenhar os novos papéis (Cordeiro, 1999; Peixoto & Catita, 1996 cit. por Cabral, 2007, p. 57).

Esta transição de um estado de dependência para um estado de maior autonomia sofre a influência do grupo de pares, da família, da sociedade, da cultura regente e dos recursos socioeconómicos (Fleming, 1993 cit. por Cabral, 2007, p. 57). Em relação a estes últimos, Psathas e Fleming (1957, 1993) cit. por Cabral (2007, p. 57) referem que “as classes

sociais mais baixas dão mais autonomia aos filhos que as classes sociais mais elevadas (...) os pais de classes sociais médias e altas são menos permissivos que os das classes baixas”.

Pesquisas realizadas nos últimos 20 anos sugerem que a qualidade da relação entre pais e adolescentes tem obtido impacto significativo no desenvolvimento de comportamentos de risco na saúde dos adolescentes (Newman, Harrison, Dashiff & Davies, 2008, p. 145).

Fleming (1993) cit. por Cabral (2007, p. 56), após análise de vários estudos, concluiu que “um estilo democrático de controlo parental associa-se a uma maior autonomia no adolescente” e pelo contrário, “pais autocráticos ou muito permissivos têm com grande frequência filhos com baixa autoconfiança, dependentes ou revoltados”.

A respeito de estilos de relação familiar, diversos estudos suportam o anteriormente referido, revelando que há diferentes estilos de relações familiares, sendo uns mais aconselháveis do que outros. No tipo de relação democrática, os pais exercem controlo sobre os seus filhos, mas ao mesmo tempo oferecem um apoio emocional significativo. Na tomada de decisões, os filhos têm um papel importante, proporcionando-se uma boa atitude de diálogo na família. A última decisão é da responsabilidade dos pais, mas nunca sem antes terem analisado as demais posições. Este tipo de relação é o mais recomendável em detrimento de pais autoritários ou de pais permissivos (Cabral, 2007, p. 56).

Newman et al., (2008, pp. 142 e 145) publicaram um artigo compreendendo uma revisão bibliográfica de estudos publicados entre o ano de 1996 e 2007, em que analisaram as relações específicas entre modelos de pais e os principais comportamentos de risco em adolescentes, entre os quais se incluía o consumo de álcool. Os autores concluíram que os adolescentes crescidos sob disciplina autoritária (pais com um controle alto e aceitação baixa) demonstraram mais comportamentos seguros e menos comportamentos de risco comparados a adolescentes vindos de famílias não autoritárias (níveis de controle mais baixos e aceitação mais altos). O modelo dos pais e comportamentos relacionados à afetividade, comunicação familiar e práticas disciplinares, predizem importantes mediadores na formação do adolescente, incluindo o desenvolvimento académico e o ajuste psicossocial. Particularmente em relação ao uso de álcool, drogas e tabaco, quinze estudos sugeriram que há um menor risco de uso das mesmas entre adolescentes cujos pais tiveram um estilo parental autoritário. A permissividade ou indulgência dos pais foi também

associada ao uso de álcool e tabaco por adolescentes. É de salientar no entanto que, os mesmos autores referem no seu artigo de revisão a existência de alguns estudos que apontam para que uma educação autoritária e negligente esteja associada a um maior risco de uso de substâncias, seguida pela educação permissiva.

Na relação do adolescente com a sua família, Cordeiro (1979) cit. por Cabral (2007, p. 56) considera que a dependência financeira, a dificuldade de aprendizagem, a escolha profissional, os horários, o consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, entre outros devem ser equacionados. Cada pessoa posiciona-se perante estes e outros temas de forma particular, mas é importante conceder ao jovem a oportunidade de falar, questionar e de se posicionar sobre o que pensa e o perturba. Cabe aos pais mostrarem-se disponíveis para escutar, expressar as suas concepções e estabelecer limites e nesta perspectiva, pais autoritários, permissivos e negligentes podem provocar no adolescente danos irreversíveis.

Rosset (2009, pp. 263 e 264) refere que alguns pais, na tentativa de serem “bons pais”, suprem todas as necessidades e todos os desejos dos filhos. Dessa forma, irão frustrar o seu crescimento, pois ter mais do que precisa impede o jovem de ter consciência de seus desejos e de suas necessidades e de aprender a lutar pelas suas conquistas. Se os pais não assumem direitos e deveres de colocar limites nos desejos, no espaço, nas pretensões dos filhos, não vão ensiná-los a respeitar regras e limites, nem a responsabilizar-se por suas escolhas e consequências.

Bouça (1999) cit. por Cabral (2007, p. 56) refere que conseguir a cooperação é muito mais eficaz do que impor obediência, uma vez que evita roturas e mentiras. Regras e princípios consistentes, conhecidos e aceites por todos, são de igual modo importantes pois a sua ausência gera insegurança e desprotecção. Cair na atitude de desculpabilizar o adolescente, usando como desculpa as más companhias e a sociedade, favorece o desenvolvimento de uma personalidade frágil, incapaz de evitar riscos e vencer dificuldades. Responsabilizar os adolescentes pelos seus comportamentos é a melhor opção.

A literatura ressalta ainda que o aumento da conflitualidade entre pais e filhos geralmente está acompanhado de uma diminuição na proximidade de convívio, principalmente em relação ao tempo que adolescentes e pais passam juntos (Steinberg & Moris, 2001 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 253). Contudo, um conflito bem negociado pode

levar a um crescimento para os filhos e para os pais (Marturano, Elias & Campos, 2004 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 253).

Por esse motivo o diálogo, nesta etapa do desenvolvimento assume um papel ainda mais importante, apesar de muitas vezes os adolescentes se fecharem no “seu próprio mundo” (Drummond & Drummond Filho, 1998 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 253).

Outra questão importante reside no facto de actualmente a família ser basicamente nuclear, com algumas características negativas, nomeadamente a fragilidade. A família é vista hoje como temporária, uma vez que, assistimos à crescente vulgarização do divórcio e a roturas profundas entre pais e filhos, emergindo igualmente daí, as famílias monoparentais (Cabral, 2007, p. 58).

Actualmente, além das preocupações gerais dos pais com a questão de como lidar com a adolescência dos filhos, emergem dois grandes problemas que vêm afligindo os adultos com filhos adolescentes. São eles: a iniciação sexual precoce e a ameaça do consumo de drogas que, frequentemente estão presentes na fase da adolescência e resultam na adopção de comportamentos considerados de risco (Rebolledo, Medina & Pillon, 2004 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 254).

No caso específico do consumo de substâncias psicoactivas, sejam elas regulamentadas ou ilícitas, actualmente tornou-se um factor preocupante para os pais, uma vez que o consumo de drogas (incluindo o álcool) aumentou significativamente entre os adolescentes nos últimos anos (Pratta, 2003 cit. por Pratta & Santos, 2007, p. 254).

Finalizando, torna-se imperativo investir em programas de orientação para os pais com a finalidade de instrumentalizá-los para que possam lidar de forma mais adequada com os seus filhos adolescentes, auxiliando-os a fornecer orientações mais precisas que sirvam de referência para os adolescentes frente a situações que necessitem de reflexão e tomada de decisões. Assim, os pais podem reduzir as suas angústias frente à adolescência dos filhos e estes, por sua vez, podem recorrer aos mesmos face às dificuldades de ajustamento que enfrentam (Pratta & Santos, 2007, p. 255).

O grupo

Ao longo do corrente capítulo, assim como ao longo da história tem-se enaltecido o papel do grupo no adolescente, também designado por grupo de pares. Santos & Silva (2009, p. 88) afirmam que o grupo de pares é a principal fonte de informação, fora do contexto familiar do adolescente.

Durante a infância a figura materna assume-se como sendo o primeiro modelo. Porém, à medida que crescemos e entramos na adolescência essa figura dá lugar ao grupo de pares (Pinto, 1998 cit. por Cabral, 2007, p. 61).

Uma das funções dos grupos é facilitar a integração dos indivíduos no meio social, já que reduz a ansiedade e a insegurança dos adolescentes. Outra função é permitir-lhes a separação dos pais, sem grande conflitualidade (Cabral, 2007, p. 63).

Até aqui, o jovem vivenciava muito bem a relação de “túnel”, isto é, uma relação de filho e mãe ou de filho e pai. Agora, ele começa a desenvolver a relação triangular que passa a ser uma relação do tipo: “pais ⇔ filho ⇔ amigos” (Mello & Mello, 2003 cit. por Cabral, 2007, p. 65).

Diminuindo a dependência afectiva das imagens parentais, o adolescente vai igualmente alterar a relação com os seus companheiros e o grupo vai revestir-se de grande importância no seu desenvolvimento emotivo. O grupo permite um jogo de identificações e a partilha de segredos e experiências essenciais para o desenvolvimento da personalidade (Silva, Silva & André, 2005, p. 95).

Nesta fase, o grupo de pares tem um papel importante na definição da identidade porque o jovem vê reflectido no grupo de amigos, parte da sua identidade e preocupa-se com a opinião dos outros em relação a si (Santos & Silva, 2009, p.87).

O grupo de pares permite um jogo de identificações entre os seus elementos, a partilha de interesses, a expectativa de fazer coisas novas e experiências essenciais para o desenvolvimento da personalidade do jovem (Erikson, 1976 cit. por Santos & Silva, 2009, p. 88).

Actualmente, e no contexto português, a escola surge como um espaço privilegiado na formação do grupo de pares, dado que, os adolescentes passam grande parte do dia na

escola. Assim, as interações com os colegas, e conseqüentemente a constituição de grupos com esses mesmos colegas assumem particular relevância (Gouveia-Pereira, Pedro, Amaral, Alves-Martins & Peixoto, 2000, p. 192).

O grupo passa a constituir o sistema de valores e de normas de conduta. Os amigos têm um valor insubstituível para os adolescentes, uma vez que eles se identificam e se apoiam uns nos outros. Enquadram-se aqui valores de suporte, de companheirismo ou de lealdade (Cabral, 2007, p. 62).

Apesar de os grupos terem as suas próprias regras e códigos, estas não são muito diferentes das da família. Então coloca-se a questão: porque é que se verifica um afastamento em relação à família por parte do adolescente nesta fase? A razão para que os adolescentes se sintam melhor no seio do seu grupo reside no facto de não existir um controlo serrado por parte dos pais. Apesar de estar em grupo o adolescente não arrisca criar conflitos pois não se quer sujeitar à censura dos amigos e muito menos afastar-se deles. Nesta perspectiva, os amigos passam a constituir alguém em quem se pode confiar e com quem se pode contar, mas também alguém que se respeita e com quem se pode identificar (Martins, 1995 cit. por Cabral, 2007, p. 63). É neste contexto que o jovem constrói o espírito de grupo encontrando nele a segurança e a auto-estima de que necessita.

A pertença ao grupo parece implicar atitudes de rejeição e de desvalorização face a elementos que não fazem parte do seu grupo e à sobrevalorização do mesmo. Assim, os adolescentes tendem a manter-se como membros de um grupo e/ou procurar pertencer a novos grupos, desde que os mesmos contribuam para aspectos positivos da sua identidade social (Tajfel, 1983 cit. por Gouveia-Pereira et al., 2000, p. 192).

Montardo (2002) cit. por Cabral (2007, p. 64) refere que durante a adolescência, o grupo de amigos entende-o, tem as mesmas aspirações e está disposto a enfrentar os mesmos desafios. As amizades duradoiras têm o seu início nesta fase. O adolescente é muito dependente de valores, conceitos e julgamentos dos seus pares, conduzindo-o a uma uniformidade de comportamentos, vocabulário e vestuário. Não sendo esta dependência sinónimo de riscos ou problemas, embora o comportamento em grupo seja mais liberal e ousado, depende muito de o indivíduo aceitar ou não, participar em actividades e com que limites.

Sendo o comportamento do adolescente susceptível de ser influenciado pelo grupo de pares, o consumo de álcool, é nesta fase, um dos principais comportamentos a dissuadir pelos promotores de saúde, devido às mais que estudadas consequências físicas e/ou intelectuais para o adolescente, decorrente desse consumo.

Segura, Neighbors & Gillaspay (2004) cit. por Fachini (2009, p. 7) referem que os resultados encontrados nos seus estudos relevam que o uso de álcool entre jovens estava associado ao elevado uso de álcool pelo seu grupo de pares e que esta relação foi mediada pelas expectativas dos efeitos da droga sobre o comportamento social.

Num estudo realizado em 2011, em escolas do 3º ciclo/secundário do distrito de Bragança, numa amostra de 1061 alunos com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos, 49,7% dos inquiridos referiu que o motivo para consumir álcool foi o de acompanhar os amigos (Reis et al., 2011, p. 342).

Concluindo, torna-se preponderante atender à pressão do grupo de pares como motivação para a iniciação, consumo regular e consumo de risco de álcool pelo adolescente após a entrada nesta fase. Neste sentido, é imperativo e urgente enquanto agentes promotores de saúde, trabalhar no seio do grupo de pares de modo a inverter os elevados consumos de álcool verificados actualmente nesta faixa etária.

2. AUTO – REGULAÇÃO

A saúde de cada indivíduo é fortemente influenciada pelos seus estilos de vida. Se um indivíduo regular os seus estilos de vida pode alterar o seu estado de saúde. Por exemplo, se um indivíduo fizer exercício físico regularmente, alimentar-se de uma forma equilibrada, deixar de fumar, controlar a tensão arterial e desenvolver estratégias de controlo do stress, pode melhorar o seu estado de saúde (Bandura, 2005, p. 245). O mesmo acontece em relação ao consumo de álcool.

A auto-regulação teve origem nos estudos e na teoria sociocognitiva de Bandura, desenvolvida a partir dos meados da década de 70, que direccionavam a atenção para a intencionalidade do comportamento do indivíduo e para o facto de este ser orientado por determinados objectivos (Károly, 1993).

A auto-regulação é um processo em que o indivíduo assume um papel activo na construção do seu destino (Reider & Wit, 2006), através da activação, monitorização, inibição, preservação e adaptação do comportamento, emoções e estratégias cognitivas para alcançar objectivos desejados (Barkeley, 1997; Demetriou, 2000; Diaz & Fruhauf, 1991; Lengua, 2003; Novak & Clayton, 2001 cit. por Castillo & Dias, 2009, p. 207).

Brown (1998) cit. por Neal & Carey (2005, p. 414) define auto-regulação como “a capacidade de planear, orientar e monitorizar o comportamento de uma forma flexível face à alteração das circunstâncias”.

Para Carver & Scheier e Vohs & Baumeister (1998, 2004) cit. por Denise & Wit (2006, pp. 2 e 3), assim como para Neal & Carey (2005, p. 414) as habilidades ou competências de auto-regulação facilitam o comportamento direccionando-o a objectivos, pois elas permitem que uma pessoa adie a gratificação a curto prazo a fim de alcançar os resultados desejados.

Apesar de ser um conceito que tem sido aplicado com relevância a outros contextos, como o escolar ou o organizacional, a sua aplicação no contexto da saúde é mais complexa, dada a discrepância entre os objectivos de saúde e os comportamentos que os indivíduos

desenvolvem (ou não) para os alcançar. No campo da saúde, a auto-regulação percebe o comportamento de saúde como o investimento em objectivos a longo prazo que implicam o controlo de necessidades mais imediatas e a mobilização de pensamentos, sentimentos e comportamentos para objectivos de saúde (Muraven, Tice & Baumeister, 1998; Reider & Wit, 2006 cit. por Castillo & Dias, 2009, p. 207).

Ainda neste contexto, o autocontrolo adquire um papel essencial na medida em que permite ao indivíduo resistir a tentações mais imediatas no sentido de atingir objectivos de longo prazo (Castillo & Dias, 2009, p. 207).

Assim, a auto-regulação refere-se à pessoa como um agente activo, tomador de decisão, e como um aspecto vital da adaptação humana à vida, sem a qual o indivíduo não passaria de um espectador impotente de acontecimentos (Baumeister, 2005 cit. por Denise & Wit, 2006, p. 3).

Cameron & Leventhal (2003) cit. por Denise & Wit (2006, p. 3) apontam para a existência de duas propriedades básicas nas várias visões sobre a auto-regulação. A primeira característica comum consiste em interpretar a auto-regulação como um sistema dinâmico de motivação e de estabelecimento de objectivos, desenvolvendo e aprovando estratégias para atingir os mesmos, avaliando o seu progresso e revisando tais objectivos e as estratégias em conformidade. A segunda característica comum é que a auto-regulação também se preocupa com a gestão das respostas emocionais, que são vistas como elementos cruciais do sistema motivacional, que são concebidos intrinsecamente e ligados aos processos cognitivos.

Ao longo das múltiplas definições, um dos aspectos comuns é a existência de um ou mais objectivos a dirigirem o comportamento do indivíduo (Filipe, 2008, p. 12).

Kanfer (1970b) articulou uma teoria de três etapas de auto-regulação. O primeiro passo, a auto-monitorização envolve a capacidade de observar ou de tomar conhecimento do seu comportamento. O segundo passo, a auto-avaliação, envolve a comparação do comportamento como um padrão interno ou externo e de notar qualquer discrepância entre os dois. A percepção da discrepância pode desencadear esforços para mudar o comportamento, o qual é facilitado pela terceira etapa, o auto-reforço, que consiste na auto-

aplicação de consequências positivas ou negativas, utilizando procedimentos cognitivos e comportamentais.

Miller e Brown, com base no trabalho de Frederick Kanfer, formularam um modelo com sete etapas da auto-regulação (Brown, 1998; Kanfer, 1970a; Kanfer, 1970b; Miller & Brown, 1991 e Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions, 2011). Segundo este modelo, o comportamento de auto-regulação pode falhar devido a uma falha ou déficit de uma das seguintes etapas:

- i. Recepção de informação relevante;
- ii. Avaliar a informação e compará-la com as normas;
- iii. Desencadeamento de mudanças;
- iv. Procura de opções;
- v. Formulação de um plano;
- vi. Implementação do plano;
- vii. Avaliar a eficácia do plano, o qual recicla as etapas i. e ii.

Embora este modelo fosse desenvolvido especificamente para estudar comportamentos aditivos, os processos de auto-regulação que ele descreve são destinados a ser os princípios gerais do comportamento de auto-controle. O questionário de auto-regulação construído por Brown, Miller & Lawendowski (1999) constituiu a primeira tentativa de avaliar estes processos de auto-regulação.

A definição expressa na revisão de Karoly (1993, p. 25) parece esboçar de forma conveniente a complexidade deste constructo:

A auto-regulação refere-se aos processos internos e/ou transaccionais, que permitem ao indivíduo guiar as suas actividades para alcançar os seus objectivos ao longo do tempo e das circunstâncias (contextos). A regulação implica a modulação do pensamento, do afecto, do comportamento ou da atenção através do uso automático ou deliberado dos mecanismos específicos e meta-competências de apoio. O processo de auto-regulação inicia-se quando uma actividade quotidiana é contrariada ou quando o esforço/motivação/necessidade

para alcançar os objectivos se torna determinante. A auto-regulação engloba 5 fases relacionadas e interactivas: 1. Selecção de objectivos; 2. Cognição dos objectivos; 3. Manutenção da direcção; 4. Mudança direccional e re-priorização e 5. Finalização.

Os objectivos organizam-se segundo uma hierarquia e uma estrutura global de metas pessoais, uma vez que o indivíduo estipula para si um conjunto de objectivos em diversos contextos, que podem tender a competir, fazendo com que haja necessidade de priorizar a concretização dos mesmos. O conflito pode constituir-se como um obstáculo à mudança comportamental (Filipe, 2008, p. 12).

Segundo Maes & Gebhardt (2000) cit. por Filipe (2008, pp. 12 e 13) torna-se necessário salientar que a hierarquia de objectivos é constituída por objectivos com diferentes graus de abstracção – objectivos de nível superior ou gerais (e.g. ter saúde) e objectivos de nível inferior ou específicos (e.g. praticar exercício físico regularmente ou comer alimentos saudáveis). Os mesmos autores incluem nestes últimos a abstinência alcoólica.

Paralelamente é preciso ter em atenção que os objectivos não são estáticos e sofrem influências pessoais e contextuais, daí que a mudança comportamental seja entendida como um processo ao longo do tempo, processo este que integra diferentes fases - pré-contemplação, contemplação, acção e manutenção (Prochaska & Diclemente, 1982 cit. por Filipe, 2008, p. 13) – no sentido de transformar o comportamento actual no comportamento desejado. Cada fase deste processo é alvo de uma auto-avaliação, a qual pode resultar na continuação ou desvinculação por parte do indivíduo da procura da obtenção de um determinado objectivo (Maes & Gebhardt, 2000 cit. por Filipe, 2008, p. 13).

Na mesma perspectiva, surge o modelo das “fases de acção” que postula a existência de quatro fases – pré-decisão, pré-acção, acção e pós-acção – de acordo com as quais o indivíduo transforma os seus desejos em intenções e, conseqüentemente, em acções concordantes com o seu objectivo (Filipe, 2008, p. 13).

A fase de pré-decisão é caracterizada pela contemplação dos desejos e preferências pessoais estipulados que culmina com a formação de uma intenção, que se traduzirá ou não em acção (Maes & Karoly, 2005 cit. por Filipe, 2008, p. 13).

A fase seguinte diz respeito à fase da pré-acção, durante a qual é pedido ao indivíduo que faça a gestão das “intenções de implementação”, que devem reflectir um plano para concretizar a sua intenção (onde, quando, como e durante quanto tempo) (Gollwitzer & Oettingen, 2006 cit. por Filipe, 2008, p. 13).

Depois de estipulado o plano, é necessário passar à concretização, entrando o indivíduo na fase da acção. Após a implementação do plano, é imprescindível avaliar a eficácia das estratégias adoptadas e a necessidade de reestruturação do mesmo (Filipe, 2008, p. 13).

É de salientar que existem inúmeros estudos de investigação que mostram que os indivíduos que regulam o seu estado de saúde (...) apresentam significativamente um maior número de estratégias, incluindo o estabelecimento de objectivos, o planeamento, a procura de ajuda, a automonitorização e a auto-avaliação. Consequentemente, esses indivíduos mostram maior controlo sobre o seu estado de saúde do que os indivíduos que não se envolveram em estratégias de auto-regulação (Kitsantas, Gilligan & Kamata, 2003 cit. por Louro, 2008, p. 12).

O comportamento de saúde dos adolescentes tem colocado algumas questões interessantes para aqueles que estudam os processos de auto-regulação. Muitos adolescentes não parecem muito interessados em esforçar-se na concretização destes objectivos, apesar de o interesse na sua saúde ser sincero. Como resultado, muitos estudos sobre o comportamento de saúde do adolescente concentram-se no que determina ou não o envolvimento dos adolescentes em comportamentos de risco para a saúde, tais como o consumo excessivo de álcool. Muitos autores tais como Gibbons, Gerrard, Reimer & Pomery (2006, pp. 45 e 70) argumentam que o comportamento em saúde, especificamente o comportamento que envolva riscos para a saúde em adolescentes não é premeditado, mas uma reacção às circunstâncias sociais. Como na adolescência, as metas sociais parecem mais importantes do que as metas de saúde, o envolvimento em comportamentos de risco para a saúde nesta fase do ciclo de vida do adolescente é explicado pela vontade de que esse comportamento se adapte à situação social.

De forma genérica e demasiado simplista, os modelos de auto-regulação acentuam o papel activo e intencional do comportamento do indivíduo para atingir o objectivo desejado.

É necessário ter em conta que as definições apresentadas apelam com maior ênfase para os aspectos cognitivos, contudo a auto-regulação incorpora igualmente os aspectos emocionais que, de igual forma podem ser regulados (Filipe, 2008, p. 14).

2.1. MODELOS DE AUTO-REGULAÇÃO

Os modelos de auto-regulação que vão ser apresentados foram seleccionados a partir da revisão de literatura realizada ao nível do contexto da saúde. Considera-se que estes modelos são os que verificam maior capacidade de prever e compreender o comportamento humano. Esta análise revela-se de primordial importância para o presente estudo uma vez que estes modelos poderão ajudar a compreender os factores que podem estar na manutenção ou alteração dos comportamentos ao nível do consumo de álcool em adolescentes, permitindo desta forma a formulação de programas de intervenção adequados à população alvo da investigação.

Modelo de crenças de saúde

O modelo de crenças de saúde foi inicialmente desenvolvido por Rosenstock e, posteriormente, por Becker e colaboradores ao longo dos anos 70 e 80, com o objectivo de prever os comportamentos preventivos ligados à saúde, assim como a resposta comportamental ao tratamento dos doentes agudos e crónicos. No entanto, o modelo de crenças de saúde tem sido utilizado para prever uma vasta gama de comportamentos ligados à saúde (Ogden, 2004 cit. por Louro, 2008, p. 28).

O modelo de crenças de saúde prediz que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais que têm vindo a ser redefinidas ao longo dos anos. As crenças básicas iniciais são as percepções individuais sobre a susceptibilidade à doença (e.g., a alta probabilidade de contrair um cancro do pulmão), a gravidade da doença (o cancro do pulmão é uma doença grave), os custos envolvidos na realização de um comportamento (e.g., “deixar de fumar vai deixar-me mais irritável”), os benefícios envolvidos na realização

de um comportamento (“deixar de fumar vai possibilitar-me poupar dinheiro”) e as pistas para a acção que podem ser internas (e.g., o sintoma de falta de ar) ou externas (e.g., informação sob a forma de folhetos informativos e educação para a saúde) (Ogden, 2004 cit. por Louro, 2008, p. 28).

O modelo sugere que estas crenças centrais devem ser utilizadas para prever a probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer. Em resposta às críticas, o modelo de crenças de saúde foi revisto de forma a acrescentar um constructo, a “motivação para a saúde”, que reflecta a disposição do indivíduo para se preocupar com as questões de saúde (e.g., o indivíduo preocupar-se com o facto de o fumo fazer mal à sua saúde). Mais recentemente, Becker e Rosenstock sugeriram também que o modelo deveria acrescentar o “controlo percebido” (e.g., o indivíduo estar confiante de que consegue parar de fumar) (Ogden, 2004 cit. por Louro, 2008, pp. 28 e 29).

Embora na literatura existam muitas contradições à volta do modelo de crenças de saúde, é possível concluir que os elementos do modelo podem prever a adesão por parte dos indivíduos a determinados comportamentos de saúde (nomeadamente ao menor consumo de álcool, entre outros) (Ogden, 2004 cit. por Louro, 2008, p. 29).

Teoria da motivação para a protecção

Rogers desenvolveu a teoria da motivação para a protecção, tendo partido do modelo de crenças de saúde para incluir factores adicionais (Louro, 2008, p. 29).

A teoria da motivação para a protecção original defendia que os comportamentos relacionados com a saúde são o produto de quatro componentes, a saber: gravidade (e.g., uma doença grave como o cancro do intestino), vulnerabilidade (e.g., elevadas hipóteses de ter um cancro do intestino), eficácia da resposta (e.g., “mudar a minha dieta iria melhorar o meu estado de saúde”) e auto-eficácia (e.g., a pessoa acreditar de que pode mudar a sua dieta) (Ogden, 2004 cit. por Louro, 2008, p. 29).

Estes componentes permitem prever as intenções relacionadas com o comportamento (e.g., “pretendo modificar o meu comportamento”). Mais tarde, Rogers

também sugeriu a existência de um quinto componente, o medo (e.g., uma resposta emocional), em resposta à educação ou informação. A teoria da motivação para a protecção afirma que a gravidade, vulnerabilidade e o medo estão relacionados com a avaliação da ameaça (i.e., a estimativa das ameaças externas), e que a eficácia da resposta e a auto-eficácia estão relacionadas com a avaliação do *coping* (i.e., avaliação das suas próprias capacidades para lidar com a doença). De acordo com esta teoria existem duas fontes de informação: ambiental (e.g., persuasão verbal, aprendizagem através da observação) e intrapessoal (e.g., experiência anterior). Estas informações influenciam os cinco componentes da teoria, que, por sua vez, suscitam uma resposta adaptativa de *coping* (i.e., intenção comportamental) ou uma resposta não adaptativa de *coping* (e.g., evitamento, negação) (Ogden, 2004 cit. por Louro, 2008, pp. 29 e 30).

Teoria da cognição social de Bandura

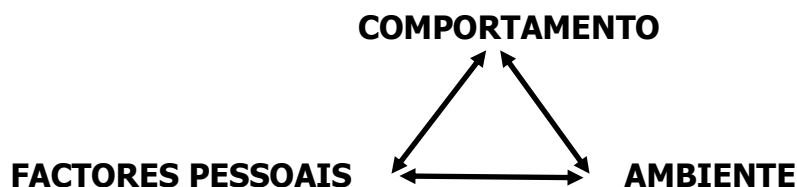
A teoria social cognitiva foi elaborada por Albert Bandura para explicar o comportamento humano e ainda está em construção tanto pelo autor, quanto por aqueles que investigam esta abordagem (Azzi & Polydoro, 2006).

A perspectiva sociocognitiva apresenta uma interacção recíproca entre o sujeito (factores pessoais – cognições e afectos), circunstâncias ou variáveis do meio e acções ou comportamento. O comportamento é determinado a partir da interacção contínua e recíproca entre as influências ambientais, pessoais e comportamentais: o modelo triádico (Azzi & Polydoro, 2008, p. 51).

No modelo triádico (cf. **figura 1**), a maneira como as pessoas interpretam os resultados das suas acções informa e altera o seu ambiente, os factores pessoais e consequentemente, informa e altera as suas futuras acções (Pajares, 2005 cit. por Cavalcanti, 2009, p. 18). O pensamento do homem e das suas acções tornam-se um produto de uma dinâmica interacção entre factores pessoais, comportamento e influências ambientais. Sendo assim, nesta perspectiva, o comportamento é pois um produto de duas fontes de influência, a auto-gerada e a externa. Porém, “a influência relativa que esses três conjuntos de factores

interconectados exercem varia em diferentes indivíduos e sob diferentes circunstâncias” (Bandura, 1978 cit. por Cavalcanti, 2009; Bandura, Azzi & Polydoro, 2008).

Figura 1 - Esquema representativo da reciprocidade triádica.



Fonte: Azzi & Polydoro, (2006). Auto-eficácia em diferentes contextos. São Paulo: Editora Alínea, p. 18.

Na perspectiva sociocognitiva, o indivíduo possui certas capacidades (simbolização, antecipação, auto-reflexão, aprendizagem vicariante e auto-regulação) que o auxiliam a direccionar a sua vida e a fazer escolhas (Azzi & Polydoro, 2006; Bandura, 2001 cit. por Cavalcanti, 2009, p. 19).

A teoria social cognitiva descreve o homem como um ser pró-activo, agente da sua própria história, não apenas espectador e “os agentes não são apenas planeadores e prognosticadores, mas são também auto-reguladores, isto é, auto-investigadores do seu funcionamento” (Bandura, 2001 cit. por Azzi & Polydoro, 2008, p. 150). A capacidade de auto-regulação é uma das características fundamentais do homem enquanto agente na teoria social cognitiva (Azzi & Polydoro, 2008, p. 150).

Bandura (1978) cit. por Cavalcanti (2009, p. 20) identificou três subprocessos na auto-regulação que interagem entre si. São eles:

- i. Auto-observação: observação do próprio desempenho. A auto-observação serve duas importantes funções no processo de auto-regulação. A função de prever as informações necessárias para o estabelecimento de objectivos realísticos e a de avaliar o próprio progresso através desses objectivos;

- ii. Autojulgamento: emissão de juízos de valor e atribuições relativos ao desempenho, comparando-o com os objectivos estabelecidos inicialmente. Autojulgamento envolve padrões pessoais, referências de desempenho, valor da actividade e determinantes de desempenho;
- iii. Auto-reacção: a reacção do indivíduo está sujeita à sua própria auto-avaliação: pode sentir-se satisfeito ou insatisfeito com o seu desempenho. De entre os aspectos que integram esta subfunção estão as auto-reacções avaliativas (positiva, negativa e neutra), auto-reacções tangíveis (reforçadoras ou punitivas) e a auto-reacção inexistente (desempenhos sem significado pessoal que não produzem nenhum tipo de reacção).

Inserida neste fundamento teórico e constituindo-se como um pensamento auto-referente, a crença da auto-eficácia tem implicação na gestão dos comportamentos individuais.

Teoria da aprendizagem social de Rotter

A teoria da aprendizagem social de Rotter utiliza quatro conceitos básicos na avaliação e precisão do comportamento, designados por potencial de comportamento, expectativa de reforço, valor de reforço e especificidade da situação psicológica (Ribeiro, 2000 cit. por Louro, 2008, p. 32).

O potencial do comportamento refere-se à probabilidade de ocorrência de um dado comportamento numa situação ou conjunto de situações, em função da obtenção de um reforço ou conjunto de reforços. Este potencial não é estático pois, à medida que o sujeito encontra novas experiências vão-se alterando as suas expectativas e valores do reforço, o que gera alterações no comportamento (Ribeiro, 2000 cit. por Louro, 2008, p. 32).

O valor do reforço refere-se à apreciação dos diversos esforços. Difere de sujeito para sujeito, originando diferentes expectativas conforme os interesses (Barros, Barros & Neto, s.d. e Ribeiro, 2000 cit. por Louro, 2008, p. 32).

A situação psicológica refere-se a qualquer componente da situação ou à sua totalidade, à qual o sujeito reage. Nesta interacção importa atender ao modo como este percebe as situações (Barros et al., s.d. e Ribeiro, 2000 cit. por Louro, 2008, p. 33).

A expectativa de reforço refere-se à probabilidade avaliada pelo sujeito, de que um determinado reforço ocorrerá em função de um comportamento específico, numa dada situação ou conjunto de situações. Cada situação, através dos indícios que fornece, desencadeia expectativas de reforço relativamente a comportamentos específicos. A importância e o significado atribuídos a esses indícios dependem das expectativas prévias e de determinantes culturais. Assim, a expectativa individual de que um dado comportamento conduzirá a um determinado reforço depende da forma como a situação é caracterizada e avaliada. Também o valor de reforço pode variar de acordo com a situação em que ocorre: um sujeito pode esperar ser recompensado por um comportamento numa certa situação e não noutra. Igualmente, o valor atribuído a um reforço pode ser elevado numa situação e relativamente baixo noutra (Phares & Rotter, s.d. e Ribeiro, 2000 cit. por Louro, 2008, p. 33).

De uma forma geral, as expectativas variam desde um âmbito mais específico (relacionado com uma situação em particular), a um mais amplo (mantidas em situações variadas). Estas últimas, designadas de expectativas generalizadas, são perspectivadas como sendo o resultado de experiências acumuladas, que se generalizam de umas situações para outras, consideradas semelhantes em alguns aspectos. A expectativa generalizada mais importante na teoria da aprendizagem social de Rotter é o locus de controlo (Ribeiro, 2000 cit. por Louro, 2008, p. 33).

O conceito de locus de controlo, conceito central na teoria da aprendizagem social de Rotter, refere-se às expectativas generalizadas de controlo interno e externo sobre o reforço. Ou seja, enquanto o locus de controlo interno se refere à percepção de controlo pessoal sobre o resultado da situação ou o reforço e, por isso, tende-se a percebê-lo como resultante das próprias acções, o locus de controlo externo refere-se à percepção da falta de controlo pessoal sobre a situação ou de que o resultado não está ou não é dependente do próprio comportamento e, por isso, há uma tendência a percebê-lo como resultante de factores exteriores, como sorte ou acaso. Os sujeitos podem ser classificados ao longo de um

continuum desde uma internalidade extrema a uma externalidade extrema: os predominantemente internos têm tendência a categorizar as situações em função da própria competência e, por isso, sob o seu controlo pessoal, enquanto os predominantemente externos tendem a categorizá-las em função da sorte e, por isso, fora do seu controlo (Ribeiro, 2000 cit. por Louro, 2008, p. 34).

No campo da saúde, da vasta literatura publicada parece constatar-se que os sujeitos com um locus de controlo interno sobre a realidade acreditam que podem influenciar a sua saúde e desenvolvem em maior número atitudes e comportamentos promotores de saúde, de manutenção do bem-estar, de prevenção da doença ou de controlo da mesma, apesar de em situações de doença aguda ou crónica poder ser mais vantajoso acreditar nos outros poderosos (Horne & Weinman, 1996 cit. por Almeida & Pereira, 2006, p. 224).

A base teórica em que assenta o modelo de Wallston refere que a valorização da saúde será uma variável mediadora entre o locus de controlo interno e os comportamentos relativos à saúde. Somente se a pessoa valorizar a sua saúde é que será possível que as suas crenças internas de controlo sejam preditores da implementação de comportamentos que promoverão ou manterão a saúde. Caso a pessoa valorize pouco a saúde ou privilegie outros domínios da sua vida (como o lazer ou diversão), as crenças específicas de controlo não permitirão qualquer predição do seu comportamento na área da saúde. Este modelo introduz algumas modificações na concepção do locus de controlo de Rotter ao focar unicamente o domínio da saúde e não o comportamento global dos indivíduos, bem como o facto de especificar quais os valores que mediarão a relação expectativa – comportamento. Para os autores, este modelo permitiria assim uma melhor predição do comportamento relativo à saúde (Almeida & Pereira, 2006, p. 226).

Wallston (1992) cit. por Almeida & Pereira (2006, p. 229) considera ainda necessário introduzir uma nova dimensão da personalidade que avalie o facto de a expectativa da pessoa poder influenciar efectivamente o seu ambiente – ou seja, uma combinação de sentido de auto-eficácia global com o locus de controlo. Para o autor um locus de controlo interno seria condição necessária mas não suficiente, para a pessoa desencadear comportamentos adequados ao controlo da saúde. Devemos acreditar que, até certo ponto, o estado de saúde de alguém depende dos seus comportamentos saudáveis. Mas, por a pessoa

valorizar a saúde e se sentir responsável pela mesma, não significa que se sinta capaz de dar os passos adequados para controlar o seu estado de saúde. É aqui que a percepção de competência sobre a saúde é adequada.

O locus de controlo não deve ser visto como o único constructo cognitivo para a previsão de comportamentos relativos à saúde. Ele é apenas um constructo entre muitos outros que influenciam o comportamento (Almeida & Pereira, 2006, pp. 229 e 230).

Os estudos sobre as expectativas de controlo, no domínio da saúde em geral, seguiram a concepção ideológica derivada do modelo de Rotter segundo a qual parecia que “era bom, adaptativo e saudável ser interno e mau ou inadaptativo ser externo” (Furnham & Steele, 1993 cit. por Almeida & Pereira, 2006, p. 228).

Apesar de por vezes isto se verificar, as investigações neste domínio levam-nos a concluir que não se pode estabelecer um raciocínio tão linear. Se não vejamos: numa investigação transversal realizada por Lopes (2004, p. 134), a qual se propôs determinar a influência de algumas características psicológicas (entre as quais o locus de controlo de saúde) no grau de envolvimento com o álcool, em 552 jovens estudantes do curso de licenciatura em enfermagem, no Porto, concluiu que a externalidade se relaciona com maiores consequências provocadas pelo álcool e a internalidade com a iniciação do consumo de álcool mais tardiamente.

Noutro estudo intitulado *Consumo de álcool na adolescência e relações parentais*, realizado em maio de 2002, numa amostra de 184 alunos do 12º ano (Pereira, 2003, pp. 180 e 181), revelou que o padrão de consumo não se associa com a externalidade, mas que uma boa relação pais-filhos contribui para a internalidade (Pereira, 2003, p. 186). Este estudo foca uma vez mais a importância de uma boa relação entre pais e filhos durante a adolescência (temática que de resto, já foi abordada anteriormente).

Teoria da acção ponderada ou teoria de acção racional

A teoria da acção ponderada ou teoria de acção racional de Fishbein e Ajzen afirma que as intenções do indivíduo influenciam o comportamento. As intenções são influenciadas

pela atitude em direcção ao desempenho do comportamento e pela norma subjectiva (Ajzen & Fishbein, s.d.; Albarracín, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001 cit. por Louro, 2008, p. 35).

As intenções (e.g., tencionar fazer exercício físico pelo menos três vezes por semana) reflectem o quanto as pessoas estão dispostas a tentar alcançar os seus objectivos e também resumem a motivação dos indivíduos para realizar um comportamento (Ajzen; Cooke & Sheeran, 2004 cit. por Louro, 2008, p. 35). As atitudes são uma avaliação positiva ou negativa do indivíduo sobre o desempenho do comportamento (e.g., “fazer exercício físico pelo menos três vezes por semana seria bom/mau para mim”). As normas subjectivas são as crenças individuais sobre o que de significativo os outros pensariam que o indivíduo devia fazer (e.g., “a maioria das pessoas que são importantes para mim pensam que eu deveria fazer exercício físico pelo menos três vezes por semana”) (Cooke & Sheeran, 2004 cit. por Louro, 2008, p. 35).

Teoria do comportamento planeado

A teoria do comportamento planeado foi desenvolvida por Ajzen e seus colaboradores e representou uma evolução em relação à teoria da acção ponderada, acrescentando à anterior a variável do controlo comportamental percebido (Ajzen; Ajzen & Madden, s.d.; Ogden, 2004 cit. por Louro, 2008, p.35).

A teoria do comportamento planeado defende que o comportamento de um indivíduo é determinado pela sua intenção de o realizar. As intenções são previstas pelas atitudes, normas subjectivas e pelo controlo comportamental percebido. O controlo comportamental percebido reflecte as percepções de facilidade ou dificuldade acerca do desempenho comportamental (e.g., “seria fácil/difícil para mim fazer exercício físico pelo menos três vezes por semana”) (Cooke & Sheeran, 2004 cit. por Louro, 2008, pp. 35 e 36).

O controlo comportamental percebido refere-se à percepção de controlo do indivíduo sobre o comportamento e reflecte os obstáculos que foram encontrados nos desempenhos comportamentais passados. Assim, as pessoas com um controlo percebido mais elevado são mais prováveis de formar intenções para realizar um

determinado comportamento do que aqueles que percebem que têm pouco ou nenhum controlo (Albarracín et al., 2001 cit. por Louro, 2008, p. 36).

A teoria da acção planeada é particularmente útil e crucial em circunstâncias, projectos e/ou programas nas quais o comportamento das pessoas precisa ser modificado (Moutinho & Roazzi, 2010, p. 285). Neste âmbito poderemos aqui enquadrar projectos e/ou programas que visem modificar os hábitos de consumo nos adolescentes, no sentido de alterar os seus comportamentos face à ingestão excessiva de bebidas alcoólicas em idades cada vez mais precoces.

Teoria cibernética do controlo

Uma das primeiras e mais conhecidas teorias neste campo de estudo é a teoria cibernética do controlo (Carver & Scheier, 2004 cit. por Castillo & Dias, 2007, p. 315). Muito sucintamente, os indivíduos tenderiam a actuar de uma forma que os levaria a reduzir a discrepância entre o seu estado actual e o que previamente haviam estabelecido nos seus objectivos, monitorizando os seus progressos para os alcançar, de acordo com a situação e a sua personalidade (Carver, 2004 cit. por Castillo & Dias, 2007, p. 315).

Carver & Scheier (2002a, 2002b) salientaram dois elementos conceptuais que consideraram de primordial no seu modelo. O primeiro foi o pressuposto de que o comportamento se organiza em volta da persecução de objectivos. O segundo, o conceito de expectativa, definido como o sentimento de confiança ou dúvida na persecução dos objectivos definidos (ou do evitamento de um anti-objectivo).

Nesta teoria, citando os mesmos autores, um estado actual observado é comparado com um valor de referência (i.e. um objectivo). Quando uma discrepância é detectada entre o estado actual e o valor de referência, um comportamento específico é realizado para reduzir essa mesma discrepância. O resultado destes mecanismos de comparação é manifestado de duas formas, através de uma sensação de expectativa de resultados e sob a forma de uma qualidade afectiva, expressa através de uma sensação de positividade (caso a progressão em

direcção ao objectivo seja inferior à perseguição do mesmo) ou de negatividade (caso a progressão em direcção ao objectivo seja superior à perseguição do mesmo).

2.2.REVISÃO DE ESTUDOS

Seguidamente serão abordados diferentes estudos que servirão de suporte à investigação, nomeadamente do papel da auto-regulação no consumo de álcool.

2.2.1.Auto-regulação e variáveis sociodemográficas

Idade

Relativamente à idade, num estudo realizado por Castillo & Dias (2009, p. 211) não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, no que diz respeito aos scores de auto-regulação.

De igual forma, Castillo & Dias (2007, p. 319) no seu estudo intitulado *Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas* não encontraram diferenças significativas entre os níveis de auto-regulação em função da idade, apesar de constatarem uma diminuição das pontuações na razão inversa ao aumento da idade, na pontuação total e também nas subescalas “estabelecimento de objetivos” e “controlo de impulsos”.

Neal & Carey (2005, p. 7) no seu estudo não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o score total obtido na escala de auto-regulação e a idade ($p > 0,50$).

Sexo

Relativamente à variável sexo, Neal & Carey (2005, p. 7) na sua investigação não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o score total da escala de auto-regulação e o sexo dos inquiridos ($p > 0,10$ -n.s.).

Também Castillo & Dias (2007, p. 319) não encontraram diferenças estatisticamente significativas no seu estudo, apesar de os homens apresentarem scores totais de auto-regulação ligeiramente mais elevados do que as mulheres. Também ao nível das subescalas, os homens apresentam scores ligeiramente mais elevados do que as mulheres.

Hustad, Carey, Carey & Maisto (2009, p. 377) no seu estudo sobre auto-regulação, consumo de álcool e consequências do consumo em estudantes universitários não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o score de auto-regulação e o sexo dos inquiridos ($\chi^2 = 0,72$; $p > 0,05$ -n.s.).

Castillo & Dias (2009, p. 211) no desenvolvimento dos seus trabalhos relativos ao estudo de adaptação do *Questionário reduzido de auto-regulação* de Carey; Neal & Collins (2004), um instrumento que permite a avaliação do “Controlo de impulsos” e o “Estabelecimento de objectivos”, apenas encontraram diferenças estatisticamente significativas na subescala “Controlo de impulsos”, mais elevado nas raparigas.

Nível de estudos dos pais

Castro (2007, p. 122) realizou um estudo no qual constatou que as alunas e os alunos de pais com níveis de habilitações literárias mais elevados mostram-se mais auto-regulados.

Rendimento mensal do agregado familiar

Neal & Carey (2005, p. 7) num estudo em 237 estudantes com uma idade média de 18,7 anos (D.p.= 0,9) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o score total na escala de auto-regulação e a classe social dos inquiridos ($p > 0,10$ -n.s.).

2.2.2. Auto – regulação, o aluno e a escola

Ano de escolaridade

Castro (2007, pp. 93 e 94) constatou num estudo realizado em 1310 alunos de escolas do 3º ciclo dos distritos de Braga e Porto a existência de uma associação estatisticamente significativa entre o ano de escolaridade dos participantes e os processos de auto-regulação, ($F(2,1275)=14,1; p < 0,000$), sendo que a autora encontrou uma diminuição do comportamento auto-regulatório à medida que aumentava o ano de escolaridade.

A diminuição dos comportamentos auto-regulados à medida que aumenta o nível escolar foi corroborado pelos resultados de outros estudos realizados em Portugal nos 2º e 3º ciclos do ensino básico por Cunha (2002), assim como Rosário, Soares, Núñez, González-Pienda & Rúbio (2004) e ainda Silva (2004) cit. por Castro (2007, pp. 94 e 95).

No entanto é importante frisar que os resultados encontrados pelos diversos autores estão direccionados para as competências auto-regulatórias relativas à aprendizagem.

Rendimento escolar

Também no estudo realizado por Castro (2007, p. 122), os resultados mostram que, tal como é referido pela literatura da área, os alunos e as alunas com maior rendimento escolar tendem a exibir um comportamento auto-regulado mais eficiente do que os alunos e as alunas com um rendimento escolar mais baixo.

Os resultados obtidos no estudo anteriormente mencionado vão igualmente de encontro a outro estudo realizado em Portugal, por Rosário et al. (2004, p. 141), tendo por base as notas obtidas pelos alunos dos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico nas disciplinas de língua portuguesa e matemática, onde os autores verificaram que os alunos mais auto-regulados apresentavam um rendimento escolar mais elevado nas disciplinas atrás mencionadas.

2.2.3. Auto- regulação e consumo de álcool

Ao longo de toda a evolução teórica desta investigação, tem sido estudada a relação da auto-regulação com os distintos comportamentos de saúde e de risco. No caso específico da auto-regulação e o consumo de drogas, em alguns estudos verificou-se que indivíduos com menor auto-regulação tendem a ser consumidores habituais de álcool (Brown et al., 1999), a consumir mais, com maior frequência e com consequências mais negativas (Aubrey, Brown & Miller, 1994).

Outros trabalhos, pelo contrário, não encontraram relação entre estas variáveis como são exemplos os estudos de Carey, Neal & Collins (2004), assim como Neal & Carey (2005). Na verdade, no estudo da relação entre os níveis de auto-regulação e o consumo de substâncias, contrastam duas hipóteses para justificar os eventuais consumos: os indivíduos com menores competências de auto-regulação são menos capazes de controlar os seus consumos; os indivíduos com menores competências de auto-regulação tentam regular as suas experiências pessoais e sociais consumindo álcool (Hull & Slone, 2004).

Numerosos estudos confirmam a relação entre o consumo e o défice de auto-controlo, baixo controlo comportamental e susceptibilidade à tentação, enquanto ambientes que promovem o auto-controlo (caracterizados pela monitorização parental, regras claramente definidas, recompensas parentais adequadas a comportamentos positivos, etc.) surgem associadas a um menor risco de uso e dependência de álcool (Hull & Slone, 2004, p. 316).

Outros diversos estudos associam o aumento do consumo de álcool com as diferenças individuais no que diz respeito ao auto-controlo (à falta de), baixo controlo comportamental e susceptibilidade à tentação. Com respeito às diferenças individuais específicas relativas ao consumo de álcool, a percepção da incapacidade de controlar a ingestão de álcool tem sido usada para prever futuros consumos, particularmente em indivíduos que vivenciaram situações de dependência (Hull & Slone, 2004, p. 467).

Carey et al., (1990) cit. por Neal & Carey (2005, p. 415) relatam que os estudantes universitários “consumidores pesados” de álcool obtiveram menores pontuações na avaliação geral do auto-controlo do que as pontuações obtidas pelos consumidores moderados. Os consumidores ocasionais assim como os abstinentes obtiveram pontuações mais altas no inventário de auto-controlo.

Brown et al., (1999) e Neal & Carey (2005, p. 415) relatam os resultados de vários estudos. Entre as amostras estudadas, menores pontuações na avaliação da auto-regulação foram associadas com o consumo “pesado” de álcool (e.g., mais dias de consumo, maior número de bebidas ingeridas por ocasião) e igualmente com problemas relacionados com o consumo de álcool. Nas amostras estudadas ao nível da faculdade, a auto-regulação foi também correlacionada negativamente com a impulsividade em envolver-se em múltiplos comportamentos de risco. Os mesmos investigadores referem que tais evidências sugerem que as habilidades de auto-regulação fazem a distinção entre pessoas com diferentes níveis de envolvimento com o álcool.

A pesquisa da relevância das competências específicas de auto-regulação no uso de substâncias também não se mostrou surpreendente, verificando-se que a auto-regulação é preditiva tanto do consumo de álcool como das consequências relacionadas com o consumo do mesmo (Neal & Carey, 2005, p. 416).

Wills & Stoolmiller (2002) cit. por Hustad et al., (2009, p. 374) ao estudar 1526 adolescentes no sexto grau de ensino, após três avaliações anuais, verificaram que baixos níveis de auto-regulação estavam relacionados com o aumento do consumo de substâncias. Boas capacidades de auto-regulação foram relacionadas com os baixos níveis iniciais de uso de substâncias enquanto, pobres capacidades de auto-regulação foram relacionadas com altos níveis iniciais de consumo das mesmas. Apenas as baixas capacidades de auto-regulação predizem a variação nas taxas de uso de substâncias. Este estudo longitudinal sugere a baixa auto-regulação como uma factor de risco para o aumento do consumo de substâncias e das suas consequências em adolescentes.

Num estudo realizado por Castillo & Dias (2007, pp. 309 e 321) centrando-se na relação entre a auto-regulação e o consumo de substâncias legais e ilegais num grupo de 215 adolescentes da escola secundária de Felgueiras e considerando a relação entre a experiência

de consumo e a auto-regulação, não se verificaram diferenças significativas, apesar de se ter constatado que os alunos que consomem álcool pontuam mais baixo nos níveis de auto-regulação. O mesmo acontece nas subescalas “estabelecimento de objectivos” e “controlo de impulsos”.

Num estudo longitudinal, publicado por Hustad et al., (2009, p. 373), numa amostra de 170 alunos de uma faculdade dos Estados Unidos, com o objectivo de testar a relação entre a auto-regulação, o consumo de álcool por semana e as consequências relacionadas com o álcool nos últimos 12 meses, revelou que baixas capacidades de auto-regulação são factor de risco para a ocorrência de consequências relacionadas com o consumo de álcool e ainda atenua naturalmente a redução no consumo de álcool e das suas consequências ao longo do tempo para os estudantes universitários com um consumo “pesado” de bebidas alcoólicas. Os mesmos autores referem no seu artigo relativo ao estudo em questão que baixos níveis de auto-regulação têm sido associados a altas taxas de consequências decorrentes do consumo de álcool. Referem ainda que em indivíduos com menor capacidade de auto-regulação será mais provável a iniciação de consumo de álcool, a serem menos propensos à manutenção do seu consumo moderado e deste modo a evitar as suas consequências negativas decorrentes dos consumos (Hustad et al., 2009, p. 374).

2.2.4. Auto-regulação e expectativas face ao álcool

Na revisão de estudos efectuada não foi encontrado nenhum estudo que relacione directamente as variáveis “auto-regulação” e “expectativas face ao álcool”. No entanto será pertinente atentar ao estudo realizado por Pilatti, Godoy & Brussino (2010, p. 297) na *Construcción y valoración psicométrica del cuestionario de expectativas hacia el alcohol para adolescentes en Argentina*. No mesmo estudo, quando confrontadas as expectativas face ao álcool com os padrões de consumo foram encontradas diferenças significativas na antecipação das expectativas em função dos padrões de consumo, tanto para as expectativas positivas como para as negativas. Especificamente, os adolescentes com padrões de consumo excessivo e de risco apresentam maiores expectativas positivas que os adolescentes das restantes categorias de consumo. Por outro lado, os abstinentes apresentam maiores

expectativas negativas que os consumidores das restantes categorias. Os autores verificaram ainda que aqueles adolescentes com um padrão de consumo excessivo e de risco mantêm mais expectativas sobre um aumento da sociabilidade que os restantes.

2.2.5. Auto-regulação e variáveis psicológicas

Auto-estima

Um estudo realizado por Usta & Häubl (2011, p. 411) estabelece uma relação directa entre a auto-estima e os recursos de auto-regulação dos indivíduos. O estudo reportou-se à tomada de decisões delegadas por outros, no sentido de verificar a sua implicação ao nível da auto-estima e nas suas capacidades de auto-regulação. Os resultados do estudo demonstraram que a tomada de decisões delegadas por outros indivíduos representam uma ameaça à sua auto-estima e que, lidar com essa ameaça esgota os seus recursos de auto-regulação.

Como sabemos, o adolescente inserido no seu grupo é fortemente influenciado nas suas tomadas de decisões, concretizando-as muitas vezes, na sequência da delegação de decisões “impostas” pelo líder ou pelos indivíduos mais influentes do grupo. Neste sentido, a delegação da tomada de decisão do consumo de álcool por parte de outros, poderá interferir na sua auto-estima e conseqüentemente nas suas capacidades de auto-regulação.

Crocker, Brook, Niiya & Villacorta (2006, p. 1752), num artigo intitulado *A busca da auto-estima: contingências de auto-estima e auto-regulação* refere que as flutuações nos níveis de auto-estima de um individuo podem influenciar a sua auto-regulação, podendo ainda motivar as pessoas a investir em esforços no sentido de atingir os seus objectivos.

Finalmente, Castillo & Dias (2007, p. 325) constataram no seu estudo, uma relação entre a auto-regulação e a auto-estima especialmente potente.

Autoconceito

Chong (2007, p. 63) estudou o papel das crenças pessoais na auto-regulação em 1304 estudantes do ensino médio em Singapura. No seu estudo, o autor refere que processos auto-reguladores devem ser considerados no contexto comportamental pessoal, tais como a auto-eficácia e o autoconceito. O autor evidencia, desta forma, alguma influência do autoconceito no comportamento auto-regulado, sem no entanto o quantificar.

Também Castillo & Dias (2007, p. 325) referem a existência de uma relação especialmente potente entre a auto-regulação e o auto-conhecimento.

Brown & McConnell (2009, p. 375) no seu estudo intitulado *Effort or Escape: Self-concept Structure Determines Self-regulatory Behavior*, sem quantificar esta influência, referem que a corrente afectiva e o alcance de objectivos são pensados para afectar a auto-regulação do comportamento. Os resultados das suas pesquisas sugerem que os mesmos interagem com o autoconceito para dirigir a acção auto-reguladora do comportamento.

Os mesmos autores referem ainda que, o autoconceito actua na complexa relação do comportamento auto-regulado na obtenção das metas e objectivos pessoais tendo importantes implicações no seu sucesso e no seu bem-estar (Brown & McConnell, 2009, p. 376).

Mais uma vez, a literatura revela-nos a existência de uma causalidade entra estas duas variáveis, sem no entanto a quantificar.

3. AUTOCONCEITO E AUTO-ESTIMA

O autoconceito tem sido considerado, ao longo do tempo, um factor determinante para o funcionamento e bem-estar do individuo assumindo um papel central enquanto regulador e mediador do comportamento, das percepções e das perspectivas pessoais (Albuquerque, 2002; Santos, Saraiva & Sousa, 2004; cit. por Teixeira et al., 2007, p. 88). De notar que é neste “papel central enquanto regulador e mediador do comportamento” que esta investigação se propõe estudar no âmbito do desenvolvimento de competências de auto-regulação em adolescentes, especificamente no que se refere ao consumo de álcool.

Seguidamente, será feita uma abordagem à emergência e definição do autoconceito na perspectiva de vários autores, abordando ainda os aspectos relacionados com a estrutura, dimensões, determinantes, assim como o seu desenvolvimento durante a adolescência. Como a auto-estima se encontra intimamente ligada ao autoconceito, a sua conceptualização será abordada igualmente neste mesmo capítulo. Assim, será realizada uma análise das várias definições de auto-estima segundo diversos autores.

3.1. AUTOCONCEITO: EMERGÊNCIA E DEFINIÇÃO

A noção de autoconceito tem vindo a ser estudada desde Sócrates e Platão. Mas o grande impulsionador e responsável pelo desenvolvimento da teoria do autoconceito foi William James (Bruges, 2008, p. 108).

Na literatura, têm sido utilizadas por alguns autores, designações como sinónimos do autoconceito, nomeadamente *self* e auto-estima. Alguns autores consideram o *self* e autoconceito como sendo constructos diferentes (Hilgard, 1949; Veiga, 1995 cit. por Santos, 2009, p. 4), outros defendem serem sinónimos (Allport, 1943; Harter, 1983; Sarbin, 1954; Veiga, 1995; cit. por Santos, 2009, p. 4). Relativamente à auto-estima, esta tem sido

considerada como sendo uma componente avaliativa do autoconceito (Vaz Serra, 1986a, p. 63), como veremos mais adiante.

A noção de autoconceito foi evoluindo e actualmente, Gécas (1982) cit. por Vaz Serra & Pocinho, 2001, p. 12) define o autoconceito como “a percepção que o indivíduo faz de si próprio como ser físico, social e espiritual ou moral”. Para o autor, é importante diferenciar no autoconceito os seus conteúdos em que estão abrangidas as identidades dos indivíduos, das dimensões avaliativas e emocionais, correspondentes ao que é designado por auto-estima (Santos, 2009, pp. 4 e 5).

No entanto, na literatura surgem várias definições de autoconceito, não existindo uma que se considere “universalmente” aceite ou única.

Para Faria & Fontaine (1990) cit. por Nunes (2010, p. 5) o autoconceito é a percepção que o indivíduo tem de si próprio. Em termos mais específicos, ele corresponde às atitudes, sentimentos e autoconhecimento do sujeito acerca das suas capacidades, competências, aparência física e aceitação social.

Shalvelson & Stanton (1976) cit. por Henriques (2009, p. 43) definem genericamente o autoconceito, como a percepção que a pessoa tem de si próprio e das suas características. De acordo com os mesmos autores, o autoconceito apresenta sete características: organizado e estruturado, multifacetado, hierárquico, estável, desenvolvimental, avaliativo e diferenciável. Por norma a pessoa cria várias crenças acerca de si, mas nem todas têm o mesmo significado ou importância. Quando existe uma acção exterior sobre essas crenças de acordo com a sua importância para o indivíduo, assim ele pode considera-las como sendo uma ameaça ou então considerar que as mesmas são possíveis de serem alteradas. Assim a percepção que o indivíduo tem de si próprio, com o conhecimento das suas capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social, podem ter influência no seu comportamento e na sua acção, que por sua vez vão influenciar a forma como a pessoa se percebe. Rogers (1947) cit. por Henriques (2009, p. 45) associou ao autoconceito uma dimensão avaliativa.

Shalvelson & Bolus (1982) cit. por Henriques (2009, p. 44) apresentam uma definição operacional onde consideram o autoconceito como um constructo hipotético, cujo conteúdo seria a percepção que o indivíduo teria do seu *Self*. Essa percepção formar-se-ia, por intermédio das interações estabelecidas com os outros significativos, como através de

atribuições do seu próprio comportamento. Esta auto-avaliação permite-lhe fazer uma análise acerca de certos comportamentos face a uma situação, verificando quais são os mais adequados, para posteriormente os poder aplicar em novas situações. Estas percepções e avaliações que o individuo vai realizando vão-se organizando. Assim sendo, o autoconceito também assume uma hierarquia. Em termos gerais o autoconceito geral apresenta-se estável, diminuindo essa estabilidade à medida que se desce na hierarquia. Assim, como o fenómeno da socialização vai evoluindo de forma crescente da infância à idade adulta, também o autoconceito se vai tornando cada vez mais multifacetado.

Esta estruturação do autoconceito defendida por Shalverson e Bolus será esmiuçada mais à frente, ainda no âmbito deste capítulo.

Veiga (1995) cit. por Henriques (2009, pp. 44 e 45) refere-se ao autoconceito como um conjunto de percepções que o individuo tem acerca de si próprio e como a percepção dos outros em relação a si mesmo. O autor esclarece-nos sobre a forma como a pessoa se relaciona com os outros e lida com os seus sentimentos e motivações. Assim, entende-se como um individuo pode apresentar um determinado comportamento ou emoções diferentes em contextos também diferentes.

No âmbito desta dissertação, a conceptualização do autoconceito por Vaz Serra assume particular importância, servindo mesmo de fio condutor, uma vez que a avaliação do autoconceito será realizada através da aplicação do *Inventário Clínico de Autoconceito* validado para a população portuguesa pelo mesmo autor.

Assim sendo, Vaz Serra (1986a) define autoconceito como a percepção que o individuo tem de si próprio nas várias dimensões, social, emocional, física ou académica. O autoconceito é construído a partir dos aspectos teóricos que o individuo concebe acerca de si, partindo da sua interacção com o meio. Esta autoconstrução reflecte a percepção da sua imagem sobre os outros e da forma como os outros o julgam. O individuo ao apresentar um autoconceito positivo ajuda-o a ter uma percepção positiva de si próprio e a considerar os outros de uma forma menos ameaçadora, ou seja, apresenta estratégias de *cooping* mais adequadas, sentindo-se melhor consigo próprio e com os outros.

Vaz Serra (1988) cit. por Santos (2009, p. 6) refere ainda que o autoconceito tem uma forte influência na vida quotidiana, uma vez que se torna útil nas manifestações

inadequadas do comportamento, o que permite predizer o comportamento humano e conhecer a ideia que um indivíduo tem de si mesmo.

Para Vaz Serra & Pocinho (2001, p. 12), o autoconceito possibilita a compreensão de cinco aspectos importantes ligados ao comportamento humano: a continuidade, a identidade pessoal, a consistência, a coerência e a razão pela qual o indivíduo inibe ou facilita determinados comportamentos. De acordo com os mesmos autores existem quatro factores importantes para a formação do autoconceito de um indivíduo: o modo como o seu comportamento é julgado pelas pessoas significativas do seu ambiente, o feedback que guarda do seu próprio desempenho, a comparação que faz entre o seu comportamento e o daqueles que considera os seus pares sociais e, por fim, o julgamento que estabelece ao seu próprio comportamento baseando-se nas regras estabelecidas por um determinado grupo normativo, de natureza religiosa ou política ao qual se encontre vinculado.

Hamlym (1983) cit. por Mercer (2011, p. 14), numa publicação recente refere-se ao autoconceito como sendo as crenças que uma pessoa tem sobre si mesma, a auto percepção pessoal, ou “a imagem de si mesmo”. Ainda segundo este autor, não são os factos sobre si mesmo, mas sim o que se acredita ser verdadeiro sobre si mesmo que assume maior importância no autoconceito de um indivíduo.

Para finalizar, uma referência a Tamayo et al., (2001) cit. por Henriques (2009, p. 47) que entendem o autoconceito como uma estrutura cognitiva que organiza as experiências passadas, reais ou imaginárias de um indivíduo, controlando o processo informativo relacionado consigo próprio além de exercer uma função de auto-regulação. É essa auto-regulação que será alvo da nossa investigação ao nível do consumo de álcool em adolescentes.

3.2. ESTRUTURA DO AUTOCONCEITO

Vaz Serra (1988) cit. por Santos (2009, p. 8) refere que o autoconceito apresenta cinco facetas estruturadoras do mesmo, a saber: a auto-imagem, a auto-estima, o autoconceito real, o autoconceito ideal e as identidades.

A auto-imagem resulta das percepções que o indivíduo faz de si próprio, sendo de extrema importância a sua organização hierárquica e o valor que o sujeito lhe atribui. A auto-estima traduz a parte afectiva do autoconceito, pois leva o indivíduo a fazer julgamentos sobre diferentes aspectos da sua identidade. Relaciona-se com a avaliação que o indivíduo faz dos seus próprios desempenhos. O autoconceito real diz respeito à imagem que o indivíduo tem de si mesmo, tendo por base a auto-avaliação. O autoconceito ideal relaciona-se com a forma como o indivíduo gostaria de ser ou acha que deveria ser. Este conceito relaciona-se com o nível de auto-aceitação. As identidades referem-se à dimensão do autoconceito relacionada com os seus conteúdos (Santos, 2009).

A estrutura do autoconceito de cada sujeito depende do modo como se organizam as diversas auto-imagens, com origem no conjunto das percepções do sujeito quando este se constitui uma estrutura complexa. As suas auto-avaliações são constituídas a partir de hetero-avaliações reflectidas, isto é, das avaliações que os outros formulam ao comportamento específico do sujeito, o que se torna numa espécie de espelho que reflecte o modo como os outros o olham (Vaz Serra, 1986a).

Assim, o autoconceito define-se, segundo Vaz Serra (1988) cit. por Santos (2009, p. 9) através de sete pressupostos:

- Organizado e estruturado: o sujeito é capaz de organizar e estruturar as experiências de onde retira dados acerca de si próprio, atribuindo um sentido;
- Multifacetado: as experiências dos indivíduos podem organizar-se em áreas mais abrangentes e diferentes que representarão facetas específicas do autoconceito, sintetizadoras de experiências comuns;
- Hierarquizado: ascendência progressiva das auto-avaliações específicas até aos níveis superiores de educação;
- Desenvolvimental: o indivíduo vai-se tornando mais competente com o desenvolvimento e abandona as categorias indiferenciadas e gerais que usa para se descrever e avaliar;
- Estável: a estabilidade é maior no topo da hierarquia e, se descer, o autoconceito passa a depender mais da especificidade das situações confrontadas;

- Avaliativo: onde o individuo se pode auto-avaliar (componente avaliativa) e se autodescrever (componente descritiva). Para Shavelson & Bolus (1982) cit. por Santos (2009, p. 9), a componente avaliativa é denominada por auto-estima e a componente descritiva é denominada por autoconceito;
- Diferenciável: pode ser diferenciado de outros constructos com os quais estabelece relações teóricas.

Contudo, nos estudos efectuados por Shavelson et al., (1976) e por Shavelson & Bolus (1982) cit. por Vaz Serra (1986b, p. 60), os mesmos não conseguiram comprovar que o autoconceito se tende a tornar mais estável à medida que se ascende na hierarquia ou que as modificações no autoconceito operam desde a base para o topo.

3.3.DIMENSÕES DO AUTOCONCEITO

Relativamente às dimensões do autoconceito, Gottfredson e Oliveira (1985, 2005) cit. por Teixeira (2010, pp. 8 e 9) consideram que é essencial diferenciar-se a identidade do indivíduo (que corresponde ao conteúdo das auto percepções) e a auto-estima (que engloba as auto-avaliações e emoções do individuo). Para Gécas (1982) cit. por Vaz Serra (1986a), as identidades dão significado ao *self* como objecto de observação e ligam o *self* aos sistemas sociais. Por outro lado, a auto-estima encontra-se ligada aos aspectos avaliativos e emocionais do autoconceito.

O autoconceito pode também ser considerado como fonte ou factor de motivação. Segundo Gécas (1982) cit. por Vaz Serra (1986a), há três motivos cruciais a ele associados: motivo de auto-eficácia (“sinto-me motivado porque me sinto capaz”), motivo de auto-estima (que compreende a auto manutenção – evitar o fracasso, e a auto relutância – luta pelo êxito) e o motivo de auto consistência (resistência às informações sucessivas do exterior).

Assim, o autoconceito apresenta-se como uma variável estável, preditiva e ainda abrangente da personalidade, que inclui as dimensões cognitiva e afectiva (motivações, necessidades, atitudes, valores) (Oliveira, 2005 cit. por Teixeira, 2010, p. 9).

3.4.DETERMINANTES DO AUTOCONCEITO

Tanto Fitts como Albuquerque (1972, 2002) cit. por Teixeira et al., (2007, p. 94) referem que o conceito que o individuo tem de si próprio, transpõe, sintetiza, ou apreende a essência de muitas outras variáveis, permitindo assim trabalhar com uma variável central e simples. Quanto melhor for o autoconceito, melhor será o desempenho do individuo.

Segundo Gécas e Albuquerque (1982, 2002) cit. por Teixeira et al., (2007, p. 93), o desenvolvimento do autoconceito, como constructo fundamental da personalidade, sofre influência de vários agentes, como o aspecto físico, o nível de inteligência, as emoções, padrões culturais, escola, família e estatuto social.

Como também já verificamos anteriormente, o autoconceito funciona como estimulador da motivação.

Um autoconceito pobre e/ou fraco pode intervir na progressão ou êxito de uma carreira profissional, como pode dificultar as relações interpessoais ou até mesmo interferir na prática de determinados comportamentos de saúde e de risco (Albuquerque, 2002 cit. por Teixeira et al., 2007, p. 94). É precisamente neste último aspecto que o nosso estudo pretende incidir, procurando esclarecer de que forma o autoconceito influencia o desenvolvimento de competências de auto-regulação ao nível do consumo de álcool em adolescentes.

O motivo de auto-estima é universal, uma vez que os aspectos positivos de cada individuo são usualmente realçados (Vaz Serra, 1986b, p. 64). De acordo com Gécas e Albuquerque (1982, 2002) cit. por Teixeira et al., 2007, p. 94), este motivo apresenta-se sob uma perspectiva de “auto saliência”, tendo como finalidade melhorar a auto-estima e a perspectiva de “auto manutenção”, dirigido para a preservação daquilo que a pessoa possui. Estas duas perspectivas ocasionam as seguintes estratégias comportamentais: disputa pelo êxito e medo do fracasso. Como consequência, pessoas com pobre auto-estima identificam-se mais com as estratégias de “auto manutenção” do que com as de “auto saliência”.

O motivo de auto-eficácia constituiu outro dos aspectos estudados por Seligman (1980) cit. por Teixeira et al., (2007, p. 95). Este elaborou a teoria do desespero aprendido na

qual tem a percepção de ineficácia ou de fracasso pessoal. Assim, o indivíduo percebe que o seu comportamento influencia ou não tem força nas consequências do meio em que está inserido. Bandura e Albuquerque (2002, 2002) cit. por Teixeira et al., (2007, p. 95) explicam que os indivíduos com boas expectativas de eficácia possuem crenças de que são capazes de realizar com êxito o comportamento pretendido e naturalmente obter resultados com sucesso.

De referir ainda o contributo de Rotter e Albuquerque (1975, 2002) cit. por Teixeira et al., (2007, p. 95), ao dar ênfase ao locus de controlo interno e locus de controlo externo, sublinhando que o indivíduo eficaz é aquele que percepção o seu comportamento como sendo influenciado por si e não por factores externos.

3.5. DESENVOLVIMENTO DO AUTOCONCEITO NA ADOLESCÊNCIA

Ao abordar o autoconceito numa perspectiva desenvolvimental, ter-se-á que salvaguardar algumas considerações teóricas no que concerne ao significado da palavra desenvolvimento em psicologia. Desta forma, é a pessoa quem se desenvolve e não o seu autoconceito, ou a identidade, a inteligência ou qualquer outra dimensão da personalidade, que a psicologia se aventura a estudar (Santos, 2009, p. 12).

O autoconceito, tal como qualquer outra característica psicológica, tem um desenvolvimento natural, estreitamente dependente do desenvolvimento do raciocínio, da linguagem e da tomada de perspectiva social e está associado ao desenvolvimento da personalidade em geral. O desenvolvimento do autoconceito implica o desenvolvimento da consciência de si (Santos, 2009).

Spitz (1957) cit. por Santos (2009, p. 12) marca o aparecimento da consciência de si por volta dos quinze meses de idade.

Mas foquemo-nos apenas na adolescência, uma vez que esta é a fase do ciclo vital na qual a investigação irá incidir.

Durante a pré-adolescência e o início da adolescência, emergem e desenvolvem-se as auto-descrições baseadas em traços de personalidade, controlo emocional e valores

(Rosenberg, 1986 cit. por Santos, 2009, p. 13), mantendo-se no entanto as referências às áreas relacional e escolar, assim como ao aspecto e competências físicas (Harter, 1999 cit. por Santos, 2009, p. 13).

Na fase intermédia da adolescência, a preocupação com o que os outros pensam acerca de si ainda se mantém. No entanto, os papéis diversificam-se e dão lugar ao aparecimento de outras dimensões do autoconceito. Nesta fase, reconhecem que possuem atributos contraditórios, o que cria alguma instabilidade nas suas auto percepções. Procuram activamente no meio (espelho social), orientação sobre os padrões e atributos que deveriam internalizar. Os adolescentes referem-se a si mesmos de forma diferente nas diversas relações que estabelecem com os vários actores do seu palco social, o que lhes causa conflito, confusão e mal-estar. Contudo, na medida em que as cognições sociais de cada pessoa são moldadas pela comunicação com os outros, numa rede de relações sociais, podemos dizer que, à medida que o adolescente desenvolve a sua comunicação com os outros, aprende mais sobre si próprio (Harter, 1999 cit. por Santos, 2009, p. 14).

No final da adolescência, os atributos que se referem a crenças pessoais, valores e padrões encontram-se mais internalizados. O adolescente resolve as contradições valorizando a flexibilidade ou capacidade de adaptação, integrando as aparentes inconsistências em abstracções de nível mais elevado de generalização acerca de si próprio (Santos, 2009).

Em suma, do início para o final da adolescência, o autoconceito deixa gradualmente de ser regulado por influência dos outros e do meio, para ser cada vez mais dependente de processos de auto-regulação interna (Harter, 1999; Oosterwegel & Oppenheimer, 1993 cit. por Santos, 2009, p. 14). As modificações nas competências de comunicação, a par da crescente diferenciação, de uma maior capacidade de abstracção e raciocínio sobre si mesmo, têm implicações no desenvolvimento do autoconceito (Santos, 2009, p. 14).

3.6.AUTO-ESTIMA

O interesse cada vez maior pela competência da auto-estima, está relacionada com o facto de este constructo parecer ter um papel relevante no funcionamento saudável do indivíduo. Por norma, um razoável nível de auto-estima está positivamente correlacionado com um estado de bem-estar psicológico, de integração social e com um menor grau de desadaptação (Diaz & Cabral, 2009 cit. por Cruz, 2009, p. 80).

Rosenberg (1965) cit. por Romano, Negreiros & Martins (2007, p. 107) refere-se à auto-estima como a avaliação que a pessoa efectua e geralmente mantém em relação a si própria, a qual implica um sentimento de valor, que engloba uma componente predominantemente afectiva, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação em relação a si mesma.

Vaz Serra (1986a) refere que a auto-estima é a faceta mais importante do autoconceito.

Segundo Wells & Marwell (1976) cit. por Vaz Serra (1986b, p. 63), a auto-estima pode ser subdividida em:

- i. Auto-estima baseada no sentido de competência, poder ou eficácia relacionada com o desempenho considerado eficaz, processos de auto-atribuição e comparação social;
- ii. Auto-estima baseada na virtude ou de valor moral considerada representativa do valor pessoal em função das normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e interpessoal, em termos de justiça, reciprocidade e honra.

A auto-estima elevada, segundo Turner & Roszell (1994) cit. por Vaz Serra (2001, p. 15), ajuda a combater as implicações negativas quando ocorrem acontecimentos desagradáveis.

Para além disto, Rosenberg (1986) cit. por Cruz (2009, p. 70) fala-nos da distinção entre elevada e baixa auto-estima, referindo que quando se fala em elevada auto-estima, significa que o individuo se respeita a si próprio, se considera digno e respeitável, não significando isto que se considere mais ou melhor do que os outros, mas sim, não se considera pior, reconhecendo as suas limitações, esperando desenvolver-se e aperfeiçoar-se.

Uma baixa auto-estima implica auto-rejeição, auto insatisfação, pois o individuo sente menos respeito por si próprio.

Cruz (2009, p. 70) aborda quatro princípios que explicam o desenvolvimento da auto-estima:

- i. As percepções que pensamos que os outros realizam acerca de nós próprios;
- ii. As comparações que acontecem nas interações sociais, desfavorecendo a auto-estima sempre que o individuo se subvaloriza em relação aos outros ou se considera diferente;
- iii. A forma como o individuo avalia as suas acções;
- iv. A importância e o valor das várias dimensões do autoconceito para o individuo.

A competência da auto-estima consiste em ser capaz de conseguir fazer uma avaliação valorativa e afectiva positiva de si mesmo, em termos de acontecimentos passados, capacidades actuais e perspectivas de futuro. Nesta definição distinguem-se três elementos:

- i. A apreciação da história pessoal: capacidade para valorizar os períodos da própria infância, adolescência, juventude, a origem social e familiar, os acontecimentos mais marcantes e as pessoas mais significativas;
- ii. Apreciação das próprias competências: capacidade para recordar os momentos em que teve êxito, em que desempenhou papéis importantes e recebeu elogios;
- iii. E finalmente, a apreciação das perspectivas do futuro: capacidade para elaborar projectos pessoais e profissionais (Jardim & Pereira, 2006).

Santos e Maia (1999, 2003) cit. por Romano et al., (2007, p. 111) procederam a uma revisão da literatura sobre a estrutura da *Rosenberg Self-Esteem Scale*, e através da análise factorial confirmatória chegaram à mesma conclusão que Marsh ao observar que esta pode ser unidimensional numas populações e bidimensional noutras.

Vários autores nas suas diversas obras literárias fazem referência à auto-estima global. Harter (1985) cit. por Cruz (2009, p. 71) refere que a auto-estima global é o resultado de uma soma de juízos de valor de um dado individuo, em vários domínios da existência,

partindo do pressuposto de que todas as áreas têm igual peso ou importância para o sujeito. Para Rosenberg (1986) cit. por Cruz (2009, p. 72), a auto-estima global, refere-se a uma orientação geral, ou seja, positiva ou negativa que vai em direção a uma atitude de aprovação ou de reprovação.

Concluindo, as denominações de auto-estima e auto-estima global parecem deter significado semelhante de acordo com a literatura consultada.

3.7. AUTOCONCEITO, AUTO-ESTIMA E CONSUMO DE ÁLCOOL

Relativamente ao autoconceito, Beman (1995) cit. por Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira & Fernandes (2009, p. 58) verificou uma maior tendência para os consumos de álcool e de outras drogas por parte dos jovens com um pobre autoconceito.

King (1997) cit. por Vasconcelos-Raposo et al., (2009, p. 59) referencia a existência de uma relação inversa entre o autoconceito e os consumos de álcool, bem como com a própria intenção de uso.

Segundo Vasconcelos-Raposo et al., (2009, p. 71), maiores consumos de álcool associados a baixos níveis de autoconceito (do ponto de vista global do constructo) são descritos na literatura por vários autores que o mesmo cita, tais como Beman (1995), Chassin & Delucia (1996), King (1997), Mutrie (1997), Purkey (1988), Rosenberg (1981) e Scheier & Botvin (1997).

No estudo realizado por Vasconcelos-Raposo et al., (2009, p. 70), numa amostra de 642 alunos do ensino secundário, com idades compreendidas entre os 15 e os 23 anos, os autores não observaram qualquer correlação estatisticamente significativa entre a ingestão de álcool e o autoconceito.

No domínio do consumo de bebidas alcoólicas, baixos níveis de auto-estima têm sido vistos como um forte preditor do mesmo e, inclusive, da progressão até níveis problemáticos de ingestão de álcool (Chassin & Delucia, 1996; Scheier & Botvin, 1997 cit. por Vasconcelos-Raposo et al., 2009, p. 58).

King (1997) cit. por Vasconcelos-Raposo et al., (2009, p. 58) afirma que possuir uma auto-estima positiva diminui o risco de envolvimento no uso de álcool.

Segundo Trindade & Correia (1999, p. 594), os resultados de inúmeros estudos indicam que o adolescente tem uma maior probabilidade de ser um consumidor de álcool se tiver uma baixa auto-estima.

Deste modo, as mesmas autoras, num estudo sobre adolescentes e álcool, realizado numa amostra de 110 estudantes que frequentavam o 10º, 11º e 12º ano, com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos, obtiveram uma correlação negativa entre a auto-estima e o consumo de álcool ($r = -0,707$), mas não significativa ($p = 0,463$ -n.s.). Concluem assim, que no seu estudo, a auto-estima não se relaciona estatisticamente com o consumo de álcool nos adolescentes da sua amostra (Trindade & Correia, 1999, pp. 592 - 595).

Também num estudo levado a cabo por Oubrayrie-Roussel & Safont-Mottay (2001, p. 59 e 69) em 2000 alunos franceses, com idades compreendidas entre os 13 e os 20 anos, concluíram que os alunos que consumiam álcool regularmente obtiveram médias mais baixas nas pontuações totais da auto-estima, sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,03$). Verificaram ainda, através da análise da variância que, o consumo excessivo de álcool estava sempre relacionado a baixos níveis de auto-estima ($F = 4,82$; $p < 0,008$).

No entanto, West & Sweeting (1997) cit. por Vasconcelos-Raposo et al., (2009, p. 59) concluem, com base num estudo que envolveu 1000 jovens de 15 anos de idade, da não existência de relação entre a auto-estima e os comportamentos não saudáveis, designadamente, o consumo de álcool.

De igual modo, Moore, Laflin & Weis (1996) cit. por Vasconcelos-Raposo et al., (2009, p. 60) não encontraram relação estatisticamente significativa entre a auto-estima e o uso de álcool no seu estudo.

Também no estudo realizado por Vasconcelos-Raposo et al. (2009, p. 70), os autores não observaram qualquer correlação estatisticamente significativa entre a ingestão de álcool e a auto-estima.

4. ENVOLVIMENTO E CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES

Portugal é dos países-membros da União Europeia com um dos maiores consumos de bebidas alcoólicas e de prevalência de problemas ligados ao álcool, associando-se nos últimos anos, à política geral europeia de controlo dos mesmos para uma melhor saúde do indivíduo e da comunidade (Mello, Barrias & Breda, 2001, p. 9).

Segundo o Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010, p. 3) as sociedades ocidentais actuais passaram a dar grande atenção às questões sociais e de saúde, pelo que os problemas colocados pelo consumo nocivo do álcool adquiriram uma relevância nunca antes alcançada, tendo em conta os seus custos sociais e económicos. As consequências negativas deste tipo de consumo são elevadíssimas e têm conduzido a uma crescente preocupação, não só da Organização Mundial de Saúde, mas de vários organismos da União Europeia.

O aumento do alcoolismo juvenil é uma realidade, para a qual é necessário olhar de frente, tornando-se numa questão de saúde pública. O fenómeno do alcoolismo entre as camadas mais jovens da população portuguesa tende a generalizar-se, quase exponencialmente, de ano para ano, iniciando-se cada vez mais precocemente (Sousa et al., 2008, p. 1).

As bebidas alcoólicas são bebidas que, como o seu nome indica, contêm álcool. O álcool etílico ou etanol, molécula de fórmula química $CH_3 CH_2 OH$, é o principal álcool destas bebidas, que o contêm em diferentes concentrações (Mello et al., 2001, p. 17).

Quanto à sua origem, as bebidas alcoólicas podem ser (Mello et al., 2001, pp. 17 e 18):

- i. Bebidas fermentadas, que se obtêm por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela acção de leveduras;
- ii. Bebidas destiladas, que resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação. Através de um processo de evaporação (seguida de

condensação pelo frio) das bebidas fermentadas, podem obter-se bebidas mais graduadas.

O vinho, obtido por fermentação do sumo da uva é um exemplo de bebidas alcoólicas fermentadas. Tem graduação que vai de 8 a 13 graus, sendo que, um litro de vinho de 12 graus contém 120 mililitros de álcool puro, ou seja, 96 gramas de álcool. A cerveja, outra bebida alcoólica fermentada, é obtida por fermentação de cereais (cevada) e aromatizada pelo lúpulo. A sua graduação varia entre 4 e 8 graus (Mello et al., 2001, p. 18).

Na sequência do referido pelos mesmos autores, as bebidas alcoólicas destiladas englobam as “aguardentes”/“álcoois”, que apresentam uma graduação à volta dos 45 graus. As mesmas resultam da destilação de vinhos (e.g., cognac), frutos (e.g., aguardente de figo), sementes (e.g., whisky, vodka, gin) ou melação de cana sacarina (e.g., rum).

Dado que as várias bebidas alcoólicas vulgarmente usadas têm diferentes graduações, obviamente que elas podem fornecer ao organismo idênticas quantidades de álcool, se ingeridas em volumes diferentes (Mello et al., 2001, p. 18).

4.1.PADRÕES DE CONSUMO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Segundo a WHO (1994) o consumo de álcool pode ser classificado em cinco categorias: abstinência, consumo não nocivo, consumo de risco, consumo nocivo e dependência.

A abstinência é descrita como “ausência total de consumo de bebidas alcoólicas”, enquanto o consumo não nocivo é um tipo de consumo que não ultrapassa os 20 gramas de álcool por dia (2 unidades de bebida padrão), existindo pelo menos dois dias semanais sem consumo (Reis et al., 2011, p. 339). O padrão de consumo atrás descrito corresponde à categoria de bebedores irregulares definidos por Fonte & Alves (1999).

Importa aqui introduzir o conceito de “unidade de bebida padrão”, o qual foi criado para quantificar o consumo de álcool que, em Portugal corresponde a 10-12 gramas de álcool, ou seja, 3 decilitros de cerveja, 1,65 decilitros de vinho ou 0,5 decilitros de aguardente, entre outros (Mello et al., 2001, p. 19).

O consumo de risco consiste num padrão de consumo do qual pode advir em dano físico ou psíquico, se persistir (WHO, 1994). Corresponde à categoria de bebedores habituais sem problemas segundo Fonte & Alves (1999).

O consumo nocivo é um padrão de consumo que causa danos físicos e psíquicos, mas não preenche os critérios de dependência (Reid, Fiellin & O’connor, 1999 cit. por Reis et al., 2011, p. 339). Corresponde à categoria de bebedores habituais com problemas segundo Fonte & Alves (1999).

A dependência consiste num padrão de consumo constituído por um conjunto de aspectos clínicos e comportamentais manifestado pelo desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos apesar das consequências, prejuízo das actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (WHO, 1994). Fonte & Alves (1999) categorizam este padrão como *alcoholic like*.

Actualmente assiste-se a um consumo esporádico excessivo por parte dos adolescentes, denominado por *binge drinking*, o qual, segundo o IDT (2010, p. 9) consiste num consumo que excede 5 a 6 bebidas no homem e 4 a 5 bebidas na mulher, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas.

Perante os diferentes padrões de consumo de bebidas alcoólicas importa questionar quais as consequências imediatas e a longo prazo decorrentes do consumo moderado a nocivo de bebidas alcoólicas. Segundo Zeigler et al. (2005, p. 43) as consequências imediatas do consumo de álcool em adolescentes e jovens adultos são a intoxicação aguda, as perdas de consciência (*blackout*) e a “ressaca”.

Para o anterior autor (2005, p. 43), a intoxicação aguda tratando-se de uma ingestão única em grande quantidade de álcool, num dia ou num curto espaço de tempo, pode ter como consequência uma leve tontura até ao coma alcoólico, em intoxicações mais graves. Os adolescentes possuem corpos mais pequenos, com menos massa corporal, não desenvolvendo tolerância comportamental ou fisiológica ao álcool e seus efeitos, ficando por isso, intoxicados com menores quantidades de álcool comparativamente com os adultos.

Para o IDT (2010, pp. 8 e 9), beber até à embriaguez (intoxicação aguda) produz um efeito de deterioração da capacidade de raciocínio, da tomada de decisões e da capacidade de autocontrolo do comportamento. Neste estado o indivíduo pode apresentar desinibição dos impulsos sexuais e de agressividade favoráveis a discussões, agressões, relações sexuais não protegidas e/ou não desejadas ou abuso sexual, em que a pessoa embriagada tanto pode ser a agressora como a vítima. A deterioração da coordenação motora pode ser a causa de acidentes e lesões, nomeadamente acidentes rodoviários e laborais.

Um consumo abusivo de álcool poderá levar a uma perda de consciência durante o período de embriaguez. Estas perdas podem ser causadas por uma disfunção aguda do hipocampo. A perda de consciência habitualmente é temporária, mas poderá persistir após algum tempo ao consumo excessivo de álcool. A ocorrência de episódios de perdas de consciência (*blackout*), dado que tem por base a quantidade de álcool consumido num dado espaço de tempo, está intimamente ligado ao consumo do tipo *binge*. Os adolescentes parecem ter mais perdas de consciência e esquecem mais os eventos do que os consumidores adultos (Zeigler et al., 2005, p. 43).

Geralmente, entre as 6 e as 24 horas seguintes ao consumo acentuado ou prolongado, os consumidores experienciam sintomas subagudos de curta duração ou “ressaca”, que é uma manifestação dos sintomas de retirada. Estes, incluem cefaleias, tonturas, náuseas, vómitos, dor, fraqueza muscular, tremores, taquicardia, hiperventilação, suores, depressão e irritabilidade. Os processos de pensamento e aprendizagem também ficam debilitados (Zeigler et al., 2005, pp. 43 e 44).

A longo prazo e de uma forma genérica, o consumo nocivo de álcool acarreta consequências a nível fisiológico, nomeadamente ao nível do sistema metabólico e endócrino, gastrointestinal, nervoso e cardiovascular.

Segundo Silveira (2004) cit. por Lourenço (2008, p. 19) o metabolismo da glicose e o metabolismo do cálcio podem ser alterados pelo consumo de álcool. O consumo agudo poderá levar a uma alteração na regulação promovida pela paratiróide, levando a uma perda de cálcio, enquanto no consumo crónico pode levar à insuficiência de cálcio e vitamina D, possibilitando a ocorrência de osteoporose. O metabolismo do álcool afecta o balanço das hormonas reprodutoras, tanto no homem como na mulher. No homem, o álcool

contribui para lesões testiculares, o que prejudica a produção de testosterona e a síntese do esperma. Na mulher, os efeitos do álcool tornam-se particularmente graves por poderem afectar não apenas a própria, como também o feto de uma eventual gravidez (Sousa et al., 2008, p. 57).

O aparelho gastrointestinal é incontestavelmente, um dos alvos privilegiados da intoxicação crónica pelo álcool. Os efeitos correspondem à sua acção tóxica, directa ou indirecta, são determinantes de perturbações metabólicas múltiplas e inclusive, de alterações estruturais em todo o aparelho digestivo. O álcool pode ser a causa principal de glossites, esofagites, gastrites, síndrome da má absorção intestinal, hepatopatia (hepatite, esteatose, cirrose), lesões pancreáticas agudas ou crónicas. Pode ainda constituir um factor quer de agravamento de certas lesões digestivas não directamente ligadas a ele, quer de predisposição para o aparecimento de outras (Mello et al., 2001, p. 53).

Na função hepática, o fígado é um dos principais órgãos-alvo do consumo de álcool, por ser o órgão responsável pela síntese da maioria das proteínas plasmáticas, realizando a depuração de substâncias tóxicas das mais diversas origens, em virtude da presença de inúmeras enzimas localizadas nos hepatócitos. A hepatopatia alcoólica é a lesão hepática decorrente do consumo excessivo de álcool. Geralmente, o volume de álcool consumido (quantidade e frequência) determina o risco e o grau da lesão hepática (Sousa et al., 2008, pp. 54 e 55).

É ainda de referir a frequente associação do alcoolismo com os cancros da boca, faringe e hepáticos (Mello et al., 2001, p. 53).

O álcool é neurotóxico. Em relação ao sistema nervoso, o consumo de álcool continuado poderá levar a neurodegeneração, lesões cerebrais e ainda, a alterações no comportamento em termos de objectivos pessoais, na personalidade, respostas ao stress e controlo de impulsos. O consumo de álcool pode ainda levar a diminuição do desenvolvimento intelectual e da capacidade de aprendizagem dos adolescentes (Zeigler et al., 2005, pp. 45 e 46).

Nas síndromes alcoólicas, segundo Sousa et al. (2008, p. 56), podem encontrar-se quase todas as patologias psiquiátricas, tais como, estados de euforia patológica, depressões,

estados de ansiedade na abstinência, delírios, alucinações, perda de memória e comportamento desajustado.

Ao nível das consequências familiares decorrentes da acção do álcool e do alcoolismo, o mesmo faz sentir-se, fundamentalmente, a dois níveis. O primeiro está relacionado com a vida familiar, nomeadamente através de dificuldades e carências materiais, perturbações relacionais, deterioração progressiva do lar e desagregação familiar. O segundo nível repercute-se na descendência, quer através de um efeito indirecto (acção psicológica), quer através de um efeito directo (acção tóxica) que conduz a um precoce contacto com o álcool por parte dos mesmos, decorrente de uma maior oferta e liberdade de consumo (Mello et al., 2001, pp. 71 a 73).

Também Sousa et al., (2008, pp. 59 a 62) se referem à ocorrência de graves danos psíquicos e afectivos nos membros mais jovens da família, decorrentes do consumo nocivo de álcool por parte de um dos elementos da família. Referem ainda que se um adolescente se alcooliza, é preciso encontrar as causas, não apenas na pressão dos amigos para beber, mas também na qualidade das relações familiares em que ele se encontra inserido, ou então, na falta parcial ou total do enquadramento e apoio de um meio familiar.

A ingestão imoderada de álcool pode alterar o comportamento humano e transformar o homem num potencial agressor, não só para si, como para a sua família ou também para a sociedade (Mello et al., 2001, p. 78). Um estudo realizado por Frazão, Breda & Pinto (1997) refere que 16,5% da população doente alcoólica, inscrita no Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, tinha problemas com a justiça, com hábitos muito precoces de ingestão de bebidas alcoólicas (na infância em 66%) e com incidência de bebidas destiladas em 80% dos casos. Comparativamente com a frequência de delito na população geral, estes apontam para uma frequência dez vezes superior na população alcoólica, no que respeita a crimes sexuais, quatro vezes para as ofensas corporais e duas vezes para o fogo posto. Os autores fazem ainda uma referência ao facto de o acto incestuoso ocorrer com frequência sob a influência do álcool.

4.2. INDUTORES ESPECÍFICOS DO ALCOOLISMO JUVENIL

Segundo Sousa et al., (2008, p. 47), hoje em dia é socialmente aceite que, já na adolescência se permita aos filhos sair à noite com os amigos, para ir ao bar ou à discoteca. Aí, o consumo de bebidas pelos adolescentes é, na maioria dos casos inevitável, como resultado da “pressão” do grupo de pares, de modo a responder às exigências comportamentais do próprio grupo. Os adolescentes e jovens desafiam-se uns aos outros, ao fim de semana, em festas e jantares, incentivando-se a beber, de forma muitas vezes exagerada, em função de uma noite de divertimento que, muitas vezes, acaba em graves problemas e indisposições.

Sousa et al., (2008, p. 47) referem como mecanismos indutores dos comportamentos alcoolizantes entre os adolescentes, a pressão do grupo de pares, a imitação comportamental, o conformismo adaptativo e a liderança no seio do grupo, admitindo ainda a existência de outros.

Interacção grupal

A cooperação é aquela que melhor poderá explicar os comportamentos alcoolizantes, no seio de um grupo de amigos. Neste comportamento, os indivíduos actuam entre si, solidariamente, com vista a atingir um objectivo comum. Podem surgir desta dinâmica, processos de influência grupal que levam o individuo a adoptar condutas que sozinho não tomaria, como por exemplo, o consumo excessivo de álcool (Sousa et al., 2008, p. 48).

Imitação comportamental

Estudada por Bandura, a imitação é um processo de aprendizagem que, embora esteja muito presente na infância (mas aí relativamente ao comportamento parental), assume grande importância na adolescência. Nesta fase de interacção grupal por excelência, o adolescente pode ser induzido, através da imitação, a consumir álcool. Se ao fazê-lo, os resultados para o indivíduo forem os esperados e positivos como por exemplo, ser reconhecido pelo grupo, pelo facto de ter bebido, então o adolescente passa a prever que,

agindo daquela forma, obterá determinado efeito, saindo o seu comportamento reforçado (Sousa et al., 2008, p. 49).

Conformismo adaptativo

Tal como Sousa et al., (2008, p. 49 e 50) refere, a adolescência é a fase grupal da vida do indivíduo, em que este necessita de estar inserido num grupo de amigos. O consumo de álcool poderá ser um dos possíveis comportamentos que o indivíduo venha a tomar em consequência da sua pertença ao grupo. O comportamento de um grupo é como um todo, sendo mais fácil de se alterar do que o comportamento de um indivíduo isolado. Assim, o grupo de adolescentes, no seu todo, é capaz de aderir mais facilmente ao consumo de álcool. Pertencer a um grupo significa aderir aos seus padrões, ao código do grupo.

Pode concluir-se que os comportamentos grupais influenciam o adolescente e condicionam muitas vezes a sua acção. Contudo, os indivíduos têm toda uma educação e vivências muito pessoais que irão torná-los mais ou menos influenciável (Ibidem).

Liderança e influência do grupo

No interior dos grupos estabelecem-se divisões, segundo funções e relações de cooperação entre os seus membros. Contudo, há um elemento comum a quase todos os grupos, que é a existência de um líder (Sousa et al., 2008, p. 51).

É neste contexto que se insere a influência do líder de um grupo de adolescentes em levar os seus semelhantes a consumirem bebidas alcoólicas. Os adolescentes tendem a seguir os passos do elemento mais influente do grupo. Consumir bebidas alcoólicas pode ser um destes comportamentos e poderá estar relacionado com o processo de imitação atrás referido (Sousa et al., 2008, pp. 51 e 52).

4.3. ENVOLVIMENTO COM O ÁLCOOL EM ADOLESCENTES

Apesar da diversidade de conceitos relacionados com envolvimento, é fácil perceber que todos eles estão relacionados ao indivíduo (...) (Ayrosa, 2006, p. 29).

Na tentativa de definir o conceito, os investigadores apresentam diferentes perspectivas. Alguns autores defendem o envolvimento como um estado individual variável, e outros estabelecem uma ligação cognitiva entre o objecto e o indivíduo (Miranda, 2008, p. 24). Outros centram-se no envolvimento como um estado individual e variável que reflecte a dimensão do interesse ou excitação, activado por um determinado estímulo, objecto ou situação (Bloch, 1982; Karsaklian, 2000; Mitchell, 1979 cit. por Miranda, 2008, p. 24). Este estado desencadeia comportamentos: certas formas de procura (...), de processamento de informação e de tomada de decisão (Karsaklian, 2000 cit. por Miranda, 2008, p. 24).

Estas definições entendem o envolvimento como um estado individual, actualizado e variável, que detém direcção e intensidade. A direcção refere-se ao objecto do envolvimento e a intensidade refere-se ao grau/nível do envolvimento (Mitchell, 1979; O'cass, 1996; O'cass, 2001 cit. por Miranda, 2008, pp. 24 e 25).

Alguns autores referem que o envolvimento pode assumir duas formas: o situacional e o duradouro, tal como defende Bloch (1982) cit. por Freire (2005, p. 33). Outros, tal como referem Rothschild & Houston (1980) cit. por Ayrosa (2006, p. 29) defendem a divisão do envolvimento em três categorias, a saber: situacional, duradouro e envolvimento de resposta. No entanto estes mesmos autores, no seu trabalho, fazem a distinção de envolvimento situacional e duradouro mas, acabam por não abordar a terceira categoria denominada pelos mesmos por "envolvimento de resposta".

Numa análise mais cuidada da visão de Bloch (1982) cit. por Freire (2005, p. 33), o conceito de envolvimento pode assumir duas formas: o envolvimento situacional e o envolvimento duradouro. O primeiro é aquele que sofre a influência de estímulos externos ao indivíduo como as características do objecto ou as características do ambiente ao qual o comportamento é dirigido. É visto como o grau de interesse provocado por uma situação específica. Já a segunda forma é conceituada como a relação entre o indivíduo e o objecto, onde o objecto é capaz de despertar relevância pessoal, principalmente porque o mesmo está

relacionado ao autoconceito do indivíduo. O envolvimento é classificado como duradouro porque o “produto” gera interesse no indivíduo de forma regular e por um longo período de tempo.

Para Rothschild & Houston (1980) cit. por Ayrosa (2006, p. 29) o envolvimento situacional é visto como um relacionamento temporário com um problema. De acordo com os mesmos, o envolvimento situacional é geralmente alto quando a maioria das pessoas percebem as consequências de um comportamento menos bom numa situação tida como grave ou de risco. O envolvimento situacional pode ser desencadeado pela percepção de risco relacionado com uma decisão (Bloch & Richins, 1983 cit. por Ayrosa, 2006, p. 29) ou a uma percepção temporária da importância atribuída a uma questão (Rothschild & Houston, 1980 cit. por Ayrosa, 2006, p. 29). Como um estado pessoal temporário que é, este desaparece após a situação que o desencadeou se encontrar resolvida (Ayrosa, 2006, p. 29).

O envolvimento duradouro lida com a contínua preocupação pessoal relativa a uma questão que é exibida pelo indivíduo (Ayrosa, 2006, p. 30).

É de salientar que o envolvimento duradouro e situacional não são situações mutuamente exclusivas e, como tal, é esperada que exista alguma interacção entre elas (Ayrosa, 2006, p. 30).

No âmbito desta investigação, a direcção do envolvimento refere-se ao consumo de álcool em adolescentes e a intensidade refere-se ao grau/nível de envolvimento com o mesmo.

Para Barros (2003, p. 79), o envolvimento é, pois, a capacidade de nos deixarmos absorver profundamente por uma actividade, que no caso desta investigação será pelo consumo de álcool.

Esta premissa de Barros (2003, p. 79), transposta para o campo do consumo de álcool em adolescentes, cria-nos preocupações. Se o adolescente apresenta já um grande envolvimento com o consumo de bebidas alcoólicas, deixando-se assim, “absorver profundamente nesta actividade”, tal como refere o autor, urge actuar neste campo de forma a reduzir e/ou eliminar este comportamento de risco, tão nocivo para a sua saúde.

Importa pois fazer a ponte entre o conceito de envolvimento e o consumo de álcool em adolescentes.

Ledoux, Sizaret, Hassler & Choquet (2000) cit. por Mendes & Lopes (2007, p. 27) referem que a conduta dos adolescentes perante o álcool pode mudar em poucos meses (desde a prova de uma substância, período de tempo sem consumir, novas tentativas, consumo mais frequente, regular). Aos períodos de abstinência podem suceder-se fases de consumo ou, pelo contrário, depois de um período de experimentação o consumo aumenta em regularidade e em quantidade. Os autores fizeram uma revisão bibliográfica sobre estudos da relação entre adolescentes e o consumo de álcool e concluíram que, do ponto de vista preditivo, quanto mais cedo ocorre a experimentação de bebidas alcoólicas maior a probabilidade de ocorrerem problemas com o álcool na adolescência.

Também Fonte & Alves (1999) referem que o consumo de álcool na adolescência é um fenómeno que se revela extenso, (...) e com um padrão de ingestão em muitos aspectos distinto do consumo dos adultos.

Nas últimas décadas desenvolveram-se vários instrumentos de auto-avaliação com o objectivo de proporcionarem uma detecção precoce do consumo abusivo de álcool e a determinação da severidade dos problemas com ele relacionado. São instrumentos que se baseiam no registo das consequências psicossociais que a bebida provoca, servindo para a pesquisa em populações gerais e, eventualmente, para o diagnóstico e confirmação de alcoolismo em populações clínicas. Pela sua frequência de utilização, destacam-se o *Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)*, *Cage Questionnaire (CAGE)*, *Munich Alcoholism Test (MALT)* e o *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*. Destes, o *MAST* foi traduzido e avaliado para português por Vaz Serra e por Vale Lima em 1973, mas a sua construção teve apenas em conta a utilização em populações adultas (Fonte & Alves, 1999).

No entanto, o *Adolescent Alcohol Involvement Scale (AAIS)* foi desenvolvido por Mayer e Filstead em 1979, baseado em temas na literatura sobre o uso e abuso de bebidas alcoólicas por adolescentes. É dirigido especificamente para populações jovens, baseado em aspectos característicos do padrão de consumo de bebidas alcoólicas neste grupo etário. A pontuação total é estabelecida num contínuo, traduzindo o grau de envolvimento do adolescente com as bebidas alcoólicas. Agrupa os inquiridos em cinco grupos, de acordo com a pontuação

total, em abstinentes, bebedores irregulares, bebedores habituais sem problemas, bebedores habituais com problemas e *alcoholic like* (Ibidem).

Em Portugal, Barrias, Neves, Enes & Pimentel (1984) cit. por Reis et al., (2011, p. 340) traduziram e validaram o AAIS, aplicando-o a amostras populacionais de várias regiões.

Nesta investigação será utilizada a Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes desenvolvida por Mayer e Filstead em 1979, adaptada para adolescentes portugueses por Fonte & Alves (1999), com o objectivo de quantificar o grau de envolvimento dos mesmos com o uso de álcool.

Este instrumento de avaliação será objecto de uma descrição mais detalhada na segunda parte desta investigação, no capítulo da metodologia mais especificamente, aquando da descrição e caracterização psicométrica da escala.

4.4. CONSUMO DE ÁLCOOL EM ADOLESCENTES

Reis et al., (2011, p. 338) referem que, nos adolescentes o consumo de álcool tem vindo a assumir proporções alarmantes, tratando-se da principal substância de abuso nesta faixa etária. Um padrão de consumo que tem assumido importância crescente neste grupo é o chamado *binge drinking*, já abordado anteriormente neste trabalho, com o objectivo de atingir a embriaguez rapidamente.

Outra questão importante é a idade de início de consumo. Está provado que o consumo de álcool é tanto mais grave quanto mais jovem for o consumidor, provocando neste, uma incapacidade de desenvolvimento físico, intelectual e emocional (Antunes, 1998 cit. por Cabral, 2007, p. 100).

Disso mesmo deu conta um estudo publicado por Pereira (2003, pp. 180 e 181), numa amostra de 184 alunos do 12º ano de escolaridade, com idades entre os 16 e os 22 anos, o qual concluiu que a idade de início de consumo foi, em média, aos 10 anos, situando-se a média de início do consumo regular aos 15/16 anos, com a primeira embriaguez a surgir, em média, aos 16 anos.

No estudo realizado por Balsa, Vital, Urbano & Pascueiro (2008, p. 267) em 2007, a maioria dos consumidores de bebidas alcoólicas declarou ter realizado o primeiro contacto com o álcool entre os 12 e os 20 anos. Neste grupo de idades, as concentrações percentuais mais significativas registaram-se nos 15 anos (12% dos consumidores), 16 anos (17%), 17 anos (11%) e 18 anos (17%). Regista-se ainda cerca de 9% de consumidores que não recordam a idade com que iniciaram o consumo de bebidas alcoólicas.

Relativamente ao padrão de consumo de álcool, Reis et al. (2011, p. 341) realizam um estudo em escolas do 3º ciclo e secundárias do distrito de Bragança, numa amostra de 1061 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 19 anos. Os resultados demonstraram que, relativamente ao consumo, 89,8% já tinham experimentado álcool, dos quais 96,4% no último ano e 69,5% dos jovens apresentam pelo menos consumo mensal. Destes, 226 beberam todos os fins-de-semana e 21 diariamente. A prática de *binge drinking* é afirmada em 27,7% dos adolescentes estudados. Os adolescentes do sexo masculino apresentaram um maior consumo de álcool, sendo as diferenças verificadas entre os sexos, estatisticamente significativas ($p= 0,032$). De referir ainda que 68,3 % dos adolescentes apresentaram um consumo de risco, 18,4% um consumo nocivo e 1,7% dependência face ao álcool. Referir ainda que 10,2% apresentaram um padrão de consumo abstinente e em 1,4% dos adolescentes verificou-se um consumo ocasional de bebidas alcoólicas. Os consumos nocivos e de dependência surgem em maiores percentagens nos indivíduos do sexo masculino, sendo os padrões de abstinência, consumo ocasional e consumo de risco mais frequentes nas raparigas.

Os mesmos adolescentes apontaram o “acompanhar os amigos” e o “gosto pelo paladar” como principais motivos para o consumo de álcool, com percentagens de 49,7% e 33,3%, respectivamente (Reis et al., 2011, p. 342).

No estudo publicado por Pereira (2003, p. 181), os jovens referiram como motivos para desencadear o consumo, a iniciativa própria (57,8%), os amigos (22,3%) e a influência de familiares (19,9%).

Matos et al., (2010, p. 9) publicaram um estudo intitulado *A saúde dos adolescentes portugueses* integrado no *Health Behaviour in School-Aged Children*, o qual sendo um estudo colaborativo com a Organização Mundial de Saúde pretendeu estudar os estilos de vida em

adolescentes (do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade). Apenas abordaremos os resultados obtidos em adolescentes a frequentar o 10º ano de escolaridade, uma vez a nossa amostra integra adolescentes do 10º, 11º e 12º ano de escolaridade.

No referido estudo (Matos et al., 2010, pp. 48 e 49), 28,2% dos adolescentes da amostra referem ter-se embriagado 1 a 3 vezes e 12,3% dos jovens referem ter tido o mesmo comportamento por 4 ocasiões ou mais. Os rapazes referem ter-se embriagado por 4 ou mais ocasiões cerca de duas vezes mais. A embriaguez entre 1 a 3 vezes verificou-se em 18,7% dos rapazes e 19,1% das raparigas.

O tipo de bebida mais consumida diariamente é a cerveja mas, se tivermos em conta uma periodicidade semanal ou mensal, as bebidas mais consumidas passam a ser as destiladas (9,9%), seguidas da cerveja (7,8%). Os rapazes continuam a ser os maiores consumidores independentemente da periodicidade ou do tipo de bebida consumida (Matos et al., & Equipa Aventura Social, 2010, pp. 46 e 47).

Segundo Feijão (2010, pp. 31 e 32) o *Inquérito Nacional em Meio Escolar de 2006* englobou uma amostra de 36 500 alunos do ensino secundário público a nível nacional (Portugal e ilhas). O estudo caracteriza as prevalências de consumo (ao longo da vida, no último ano e no último mês), os padrões de consumo (frequências, locais e idades de início) nas diversas regiões geográficas para as quais as amostras garantem representatividade.

Em 2006, a nível nacional, a prevalência de consumo de álcool ao longo da vida nos adolescentes inquiridos era de 87%, diminuindo para os 79% quando questionados relativamente ao consumo nos últimos 12 meses. A prevalência de consumo nos últimos 30 dias era de 58% (Feijão, 2010, pp. 32 e 34).

Ao longo da vida, as prevalências de consumo de cerveja, bebidas destiladas, *alcopops*¹ e vinho eram de 79%, 74%, 68% e 64% respectivamente. Se tivermos em conta o consumo nos últimos 12 meses, as bebidas mais consumidas eram as destiladas (67%), seguidas da cerveja (63%), os *alcopops* (61%) e o vinho (42%). Dos inquiridos, 34% referem que já se tinha embriagado pelo menos uma vez na vida e 29% embriagou-se nos últimos 12 meses (Feijão, 2010, p. 35).

¹ *Alcopops* – mistura de um refrigerante ou bebida gaseificada com bebida alcoólica (Infopédia, s.d.).

Quanto à frequência de consumo de cerveja nos últimos 30 dias, 57,2% respondeu que não bebeu, 27,4% referiu ter bebido “menos que 1 dia/semana”, 12% bebeu “pelo menos 1 dia/semana”, 2,6% “vários dias por semana” e 0,8% bebeu cerveja “todos os dias ou quase”. Relativamente à frequência de consumo de bebidas destiladas no mesmo período de tempo, 54,9% refere não ter bebido, 31,5% bebeu “menos que 1 dia/semana”, 11,9% “pelo menos 1 dia/semana”, 1,4% “vários dias por semana” e 0,4% “todos os dias ou quase” (Feijão, 2010, p. 40).

A prevalência de embriaguez ao longo da vida foi de 34%, diminuindo para os 28,8% se apenas forem tidos em conta os últimos 12 meses. Destes últimos, 19,6% fizeram-no “uma vez por outra”, 5,6% em “algumas semanas” e 4,2% em “muitas semanas” (Feijão, 2010, p. 42).

Como locais de consumo até à embriaguez (nos últimos 12 meses), os inquiridos referiram em maior percentagem, as discotecas, bares/*pubs*, festas privadas e a casa de amigos, respectivamente (Ibidem).

Segundo o *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na população geral portuguesa*, realizado em 2007 por Balsa et al., (2008, pp. 138 e 154) a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida em indivíduos do grupo etário dos 15-24 anos era de 74,3% (78,8% nos homens e 69,5% nas mulheres).

A prevalência de consumo de álcool no último ano foi de 68,3% (74,5% em rapazes e 61,8% em raparigas). A cerveja foi a bebida mais consumida em 54,7% dos indivíduos (67,2% em rapazes e 41,8% em raparigas), seguindo-se as bebidas espirituosas/destiladas com 51,0% (57,1% em rapazes e 44,6% nas raparigas), o vinho com 36,4% (44,2% nos rapazes e 28,2% em raparigas), surgindo em último lugar o consumo de *alcopops* com 34,6% (38,7% nos rapazes e 30,4% nas raparigas) (Ibidem).

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas no último mês, em jovens dos 15 aos 24 anos, a prevalência é de 51,7% (61,2% nos rapazes e 41,9% nas raparigas). A bebida mais consumida neste período de tempo pelos jovens continua a ser a cerveja com 39,0% (52,4% nos rapazes e 25,0% nas raparigas), seguida das bebidas espirituosas/destiladas com 29,0% (34,1% nos rapazes e 23,6% nas raparigas), o vinho com 20,6% (25,8% em rapazes e 15,2% em raparigas) e, por fim, os *alcopops* com 14,0% (15,5% em rapazes e 12,4% em

raparigas). A taxa de continuidade relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas para o grupo etário referido é de 91,9% (94,5% em rapazes e 88,5% em raparigas), aumentando relativamente aos resultados de 2001 (Ibidem).

O mesmo estudo constatou que o consumo experimental é mais significativo no grupo etário dos 15 aos 24 anos com 59,5%. São igualmente os jovens do sexo masculino, da faixa etária atrás mencionada, os que mais declaram terem-se embriagado no decorrer dos últimos 30 dias (Balsa et al., 2008, p. 263).

Balsa et al., (2008, p. 268) conclui no seu estudo de 2007 que, de uma forma geral, as razões mais frequentemente referidas pelos consumidores para o início do consumo foram a necessidade de ser mais sociável, a influência do grupo de amigos, a necessidade de se sentir alegre e ainda o facto de a substância ajudar a relaxar. Já as razões mais frequentemente apontadas para o não consumo de bebidas alcoólicas durante o último ano e mês à data da inquirição prenderam-se, essencialmente com o consumo esporádico em ocasiões especiais, de não terem gostado aquando do consumo inicial ou por questões de saúde.

Um estudo realizado em maio de 2011 em Portugal continental sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas (ECTAD), integrado no *European School Survey on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), em cerca de 13 000 alunos do 7º ao 12º ano do ensino público português, com idades compreendidas entre 13 e 18 anos, procurou avaliar as prevalências e frequência de consumo de bebidas alcoólicas dos mesmos (Feijão, Lavado & Calado, 2011, pp. 1 e 5).

Enquadrada nesta investigação apenas focalizaremos o grupo etário dos 15 aos 18 anos, uma vez que, são estas as idades dos elementos que constituem a nossa amostra e que, na sua maioria frequenta o ensino secundário.

No estudo supracitado, as prevalências de consumo de álcool ao longo da vida para os adolescentes de 15, 16, 17 e 18 anos foram respectivamente, 72,4%, 82,1%, 88,3% e 90,8%. Nos últimos 12 meses e, seguindo a mesma ordem etária, as prevalências de consumo foram de 62,7%, 75,8%, 82,5% e 86,5% respectivamente. Se atendermos apenas aos últimos 30 dias, as prevalências de consumo são de 39,9% para jovens com 15 anos, 53,6% para os de 16 anos, 60,6% para os de 17 e 70,3% para os adolescentes com 18 anos de idade (Feijão et al., 2011, p. 6).

A prevalência de pelo menos um episódio de embriaguez ao longo da vida foi reportado por 25,3% dos adolescentes de 15 anos, 38,6% dos de 16, 47,2% pelos adolescentes de 17 anos e 53,9% pelos de 18 anos de idade. Se nos reportarmos apenas aos últimos 12 meses, a prevalência de pelo menos um episódio de embriaguez desce para os 19,3% em jovens de 15 anos, 31,2% nos de 16, 37,7% nos de 17 e 44,1% nos jovens de 18 anos de idade. Nos últimos 30 dias, a prevalência de pelo menos um episódio de embriaguez em adolescentes de 15, 16, 17 e 18 anos foi de 8,3%, 14,6%, 15,6% e 22,7%, respectivamente (Feijão et al., 2011, p. 7).

Comparativamente com os resultados de 2003 e 2007, assiste-se a um decréscimo nas prevalências de consumo de álcool ao longo da vida, em todas as faixas etárias sendo, este decréscimo menor nos adolescentes com 17 e 18 anos de idade (Feijão et al., 2011, p. 21).

A prevalência da prática de *binge drinking* nos últimos 30 dias foi de 21% na faixa etária dos 15 anos, 30,9% na de 16 anos, 35,5% na de 17 e 42,8% nos jovens com 18 anos de idade (Feijão et al., 2011, p. 25).

Relativamente à última ocasião de consumo, os jovens de 15 anos obtiveram uma prevalência de consumo de bebidas destiladas de 53,9%, seguida da cerveja com 49%, os *alcopops* com 38,2% e, por último, o vinho com 27,5%. Na faixa etária dos 16 anos, 69,3% consumiram bebidas destiladas, 56,9% cerveja, 48,6% *alcopops* e 34,3% vinho. Já os adolescentes com 17 anos apresentaram um consumo mais prevalente de bebidas destiladas (76,4%), seguindo-se a cerveja (63,1%), os *alcopops* (53%) e finalmente, o vinho (39,8%). Finalmente, em adolescentes com 18 anos, o consumo de bebidas destiladas continua a ser o mais prevalente na sua última ocasião de consumo (82%), seguindo-se a cerveja (63,8%), os *alcopops* (58,4%) e o vinho (46,2%) (Feijão et al., 2011, pp. 32 a 36).

As principais conclusões apresentadas por este estudo são o decréscimo do número de consumidores de álcool em relação a 2003 e 2007, em todos os grupos etários e géneros, maior prevalência dos consumos mais intensivos (embriaguez), nomeadamente com uma maior frequência e por parte das raparigas e, finalmente, o aumento do consumo de bebidas destiladas e em maiores quantidades (Feijão et al., 2011, p. 62).

Trindade & Correia (1999) destacam como repercussões directas a curto, médio e longo prazo decorrentes da ingestão de álcool, a diminuição do rendimento escolar, com os

respectivos comportamentos de risco para a saúde, como por exemplo, risco na condução de veículos motorizados.

O consumo excessivo de bebidas alcoólicas é a principal causa de morte nos jovens, seja directamente ou por consequência, nomeadamente, em acidentes de viação. Em Portugal, a taxa de mortalidade bruta por acidentes de viação atribuíveis ao álcool por 100 000 indivíduos é de 7,2 e o número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool por ano é de 750 (Direcção Geral de Saúde, 2004, p. 60).

Também é reconhecido o papel do álcool como factor propiciador de comportamentos sexuais de risco e dos vários problemas daí decorrentes, tal como refere Agante (2009, p. 43), nomeadamente gravidezes indesejadas, sexo “arrependido” e transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Mendes (2007) cit. por Agante (2009, p. 44) refere que numa amostra de jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 30 anos, 77,9% refere ter utilizado o álcool para ajudar a ter experiências sexuais novas, excitantes e fora do comum. Refere ainda que 14,5% tiveram a maior parte das relações sexuais sob a influência do álcool.

Galhardo, Cardoso & Marques (2006, p. 75) num estudo com 500 estudantes de Coimbra referem que 12,7% dos inquiridos afirmaram ter tido relações sexuais desprotegidas e sob o efeito de álcool, sendo que 10,5% refere tê-lo feito com um desconhecido.

No *Health Behaviour in School-Aged Children* de 2010, a percentagem de adolescentes que tiveram relações sexuais associadas ao consumo de álcool ou drogas situou-se nos 12% (Matos et al., 2010, p. 138).

O padrão de consumo pode repercutir-se no ambiente familiar. Pereira (2003, p. 183) no seu estudo sobre consumo de álcool em adolescentes e relações parentais encontrou uma relação significativa entre o ambiente familiar geral e o padrão de consumo dos adolescentes. Os não consumidores ou abstinentes tendem a apresentar melhor ambiente familiar geral e, por outro lado, os consumidores moderados/excessivos tendem a apresentar um pior ambiente familiar ($\chi^2=13,72$, $p= 0,03$).

O estudo do comportamento dos adolescentes face ao consumo de álcool é de primordial importância, uma vez que, todos temos a consciência que, tanto as medidas

preventivas, como a legislação existente, assim como as estatísticas nacionais disponíveis na tentativa de dimensionar a problemática têm sido insuficientes para a solucionar.

Além disso, como agentes educativos, técnicos de saúde, cuidadores e promotores de saúde, devemos aproximar-nos o mais possível da realidade dos nossos adolescentes a fim de conhecer melhor a problemática, elaborando, implementando e avaliando políticas ou programas de prevenção e tratamento relacionadas com o uso/abuso de álcool, com o objectivo de maximizar o seu estado de saúde biopsicossocial.

4.4.1. Consumo de álcool em jovens na região centro

Segundo Feijão (2010, pp. 32 e 33) no *Inquérito Nacional em Meio Escolar de 2006*, ao nível da região centro, a prevalência de consumo de álcool ao longo da vida foi de 90%, em adolescentes dos 15 aos 18 anos. Ao nível das regiões NUT III Dão Lafões, Baixo Mondego, Pinhal Interior Norte e Baixo Vouga as prevalências de consumo de álcool ao longo da vida oscilavam entre os 87% e os 90,4%.

A prevalência de consumo de álcool nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias foram de 82% e 62%, respectivamente. Quanto à prevalência de consumo nos últimos 30 dias verificou-se um acréscimo de 32% relativamente ao ano de 2001 (Ibidem).

A prevalência de consumo de cerveja e de bebidas destiladas ao longo da vida nos inquiridos foi de 83% e de 77%, respectivamente. Já as prevalências de consumo das mesmas (cerveja/bebidas destiladas) ao nível do distrito de Viseu, nos últimos 12 meses foram de 70% e 62%, respectivamente (Feijão, 2010, pp. 36 - 39).

Relativamente à embriaguez, a prevalência encontrada ao longo da vida foi de 37,3% e de 31,9% nos últimos 12 meses. Tendo ainda em conta este último período de tempo, a frequência de embriaguez relatada como ocorrendo “só uma vez por outra” foi de 21,3% entre os inquiridos, 6% respondeu ter ficado embriagado em “algumas semanas” e 4,6% referiu que ficou embriagado em “muitas semanas” (Feijão, 2010, pp. 41 e 42).

No *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na população geral portuguesa*, realizado em 2007 por Balsa et al., (2008, pp. 138 e 154) ao nível da região centro,

a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida, em indivíduos da faixa etária entre os 15 e os 24 anos é de 80,0% (81,3% em rapazes e 78,8% em raparigas), superiores às prevalências encontradas a nível nacional, sendo de resto, apenas inferiores às prevalências da região dos Açores com 83,3% (88,2% em rapazes e 78,1% em raparigas). De notar que as raparigas das faixas etárias referidas da região centro são as que apresentam a maior prevalência de consumo de álcool ao longo da vida a nível nacional. Os rapazes são os segundos atrás dos jovens açorianos.

Relativamente ao consumo de álcool no último ano, em jovens dos 15 aos 24 anos na região centro, a prevalência foi de 73,0% (76,5% em rapazes e 69,3% em raparigas). Seguindo a tendência nacional, ao nível da região centro a bebida mais consumida pelos jovens foi a cerveja – 59,8% (70,1% em rapazes e 49,0% em raparigas), seguida das bebidas espirituosas/destiladas com 55,7% (58,2% em rapazes e 53,1% em raparigas), o vinho com 41,9% (49,4% em rapazes e 34,0% em raparigas) e, por fim, os *alcopops* com 35,4% (38,6% em rapazes e 32,0% em raparigas) (Ibidem).

A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas no último mês é de 54,4% (63,7% em rapazes e 44,6% em raparigas). À semelhança das situações anteriores, a cerveja, as bebidas espirituosas/destiladas, o vinho e os *alcopops* foram o tipo de bebidas mais consumidas deste período de tempo pelos jovens da região centro com prevalências de 42,3% (55,4% em rapazes e 28,6% em raparigas), 29,9% (35,5% em rapazes e 24,1% em raparigas), 19,9% (25,5% em rapazes e 14,1% em raparigas) e 12,8% (13,1% em rapazes e 12,4% em raparigas) respectivamente (Ibidem).

Também ao nível da região centro, a problemática do consumo excessivo de álcool por parte dos adolescentes é actual e carece, por parte dos investigadores, de um maior aprofundamento no sentido de encontrar medidas que invertam este quadro.

5. EXPECTATIVAS FACE AO ÁLCOOL

Com o objectivo de compreender as variáveis que influenciam a iniciação ao consumo de álcool, retardando o início do seu consumo e, em consequência, o surgimento de problemas associados a este, tem surgido nas últimas décadas uma linha de investigação centrada no conceito de “expectativas face ao álcool” (Pilatti et al., 2010, p. 288).

Segundo Goldman, Brown, Christiansen & Smith (1991) as “expectativas face ao álcool” são as crenças que as pessoas detêm sobre os efeitos que o álcool produz sobre o comportamento, o estado de ânimo e sobre as emoções.

As expectativas configuradas como proposições de relações entre eventos (certo comportamento) e suas consequências (determinado resultado esperado) orientam a intencionalidade do comportamento (Lopes, 2009, p. 19).

Segundo Knapp, Luz & Baldisserotto (2001) cit. por Lopes (2009, pp. 19 e 20) as expectativas (ou cognições antecipatórias) possuem propriedades motivacionais, resultantes da associação aprendida entre estímulos para a acção e o reforço do comportamento.

Segundo Del Boca, Darkes, Goldman & Smith (2002, p. 926), expectativas são a antecipação de uma consequência que está associada a um determinado evento. Por exemplo, expectativa de que o álcool reduzirá a tensão ou facilitará interações sociais ou ainda, melhorará o desempenho e o prazer sexual contribuem para um conjunto de crenças e ideias favoráveis ao consumo de álcool para se alcançar tais expectativas ou consequências associadas ao beber.

A apresentação do álcool pode gerar a expectativa de estados afectivos aprendidos, associados ao comportamento de beber (e.g. alegria, prazer, maior autoconfiança, sociabilidade, aumento e/ou activação do desejo sexual, redução de tensão, desinibição social e atractividade física/sexual) e o desejo de vivenciar estas emoções (Lopes, 2009, p. 20).

Assim, expectativas relacionadas com os efeitos do uso de álcool têm sido consideradas como um aspecto de especial relevância sobre o início e a manutenção do consumo da droga (Goldman, Del Boca & Darkes, 1999 cit. por Fachini, 2009, pp. 5 e 6).

Segundo Darkes & Goldman (1993) cit. por Lopes (2009, p. 22), o efeito das expectativas no comportamento de beber é baseado na informação sobre o álcool e nos seus efeitos, adquiridos na infância e na adolescência, armazenados na memória a longo prazo, podendo formar-se antes mesmo que o indivíduo beba pela primeira vez na vida. Estas expectativas desenvolvem-se a partir de modelos familiares e do grupo de pares, experiências directas e indirectas com bebidas alcoólicas e exposição aos *mass media* (Araújo & Gomes, 1998; Goldman et al., 1991 cit. por Lopes, 2009, p. 22) considerando que a influência desses agentes sociais actua, inclusive, sobre a predisposição dos factores individuais, no formato de uma rede semântica (Lopes, 2009, p. 22).

A este respeito, Cabral (2007, p. 196) refere que outros factores além das expectativas poderão eventualmente interagir no consumo de álcool, pois diferentes indivíduos, mesmo com iguais expectativas, devido às suas características individuais, conduzi-lo-ão a uma diferente valoração e consumo.

A força individual das expectativas funcionará como maior ligação entre as expectativas acerca dos efeitos do álcool e o seu consumo, tendo Goldman et al., (1987) cit. por Cabral (2007, p. 196), considerado três fontes diferentes que influenciam a força ou o padrão de expectativas. A primeira, como já vimos anteriormente, surge na infância, acontece por modelagem e relaciona-se com as experiências individuais de vida antes do início de consumo de álcool, conduzindo a expectativas diferentes, de acordo com o papel dos familiares, pares e *mass media*, no padrão do comportamento adoptado. A segunda refere-se à necessidade de reforço das expectativas através dos resultados pois, após o início do consumo, diferentes experiências com o álcool surgem como forma de consolidar ou fortalecer diferentes expectativas. A terceira refere-se às diferenças fisiológicas que interagindo com os efeitos farmacológicos produzem diferentes expectativas, podendo um determinado efeito farmacológico (por repetição) transformar-se em expectativa. Por exemplo, uma determinada dose de álcool proporcionará diferentes níveis de relaxamento

consoante o sujeito, podendo assim ficar mais apto a desenvolver expectativas de redução da tensão.

As expectativas negativas sobre os efeitos da abstinência, resultantes da dependência física, também devem ser consideradas, pois o consumo do álcool, que visa atingir os efeitos positivos imediatos e agradáveis, permitirá também evitar os efeitos negativos a longo prazo inerentes aos sintomas de abstinência (Ibidem).

As expectativas tendem a ser reforçadas quando a experiência é gratificante, podendo ocorrer o oposto quando a experiência é negativa e com pouca probabilidade de modificação principalmente quando as expectativas positivas se encontram fortemente consolidadas, o que as torna um factor importante no desenvolvimento de posteriores padrões excessivo de consumo (Abrams & Niaura, 1987 cit. por Cabral, 2007, p. 195).

Falsas expectativas podem provocar situações de vulnerabilidade aos riscos decorrentes do uso abusivo do álcool, bem como comprometer a acção dos profissionais de saúde junto à comunidade (Lopes, 2009, p. 24).

Por tudo o que foi escrito, constata-se que crenças e expectativas sobre o consumo de álcool influenciam os diferentes níveis de consumo.

5.1.REVISÃO DE ESTUDOS

Existem evidências de que as expectativas positivas variam de acordo com a idade, sendo que as expectativas positivas são mais preditoras do consumo do álcool para adolescentes do que para adultos (Amaral, 2007; Darkes & Goldman, 1993; Leigh, 1989; Leigh & Stacy, 2004 cit. por Lopes, 2009, p. 23).

Num estudo realizado por Ronzani, Paiva, Cotta & Bastos (2009, p.75) intitulado *Expectativas sobre os efeitos do uso de álcool entre adolescentes no Brasil*, tinha como objectivo investigar a correlação entre expectativas positivas sobre os efeitos do álcool e o padrão de consumo entre adolescentes. Participaram nesta pesquisa 270 adolescentes, com idades médias de 15,8 anos, provenientes de três escolas públicas federais. Os resultados

encontrados indicaram uma correlação positiva entre frequência do consumo de álcool, quantidade de doses ingeridas e idade com as expectativas globais positivas.

A literatura indica uma extensa quantidade de estudos com resultados divergentes no que se refere a diferenças de género sobre o uso de álcool (Fachini, 2009, p. 6). Estudos desenvolvidos por Borjesson & Dunn (2001), Carey (1995), Rauch & Bryant (2000) e Read, Wood, Lejuez, Palfai & Slack (2004) cit. por Fachini (2009, p. 6) referem que homens e mulheres não diferem quanto às expectativas do uso de álcool. Entretanto, outros estudos observaram diferenças de género sobre expectativas. Enquanto alguns autores mostraram expectativas positivas mais associadas às mulheres (Edgar & Knight, 1994; Lundahl, Davis, Adesso & Lucas, 1997 cit. por Fachini, 2009, p. 6), outros mostraram que são os homens que relataram mais expectativas positivas (Wall, Thrussell & Lalonde, 2003; Zamboanga, 2005 cit. por Fachini, 2009, p. 6).

Também Carvalho (1997, p. 83) num estudo epidemiológico realizado no concelho de Matosinhos, sobre consumo de álcool e drogas nos jovens obteve diferenças estatisticamente significativas relativamente ao sexo e as expectativas face ao álcool. Neste estudo, as raparigas apresentaram expectativas em relação ao álcool mais negativas do que os rapazes ($t=4.75; p<0,001$).

Maiores níveis de uso de álcool estão associados a expectativas positivas e que induzem ao consumo, parecendo justificar o padrão de uso do álcool (Cunha, Carvalho, Kolling, Silva & Kristensen, 2007 cit. por Lopes, 2009, p. 20).

Num estudo apresentado nas XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol em Madrid por Guerrero et al., (2011, p. 144) intitulado *El Expectancy Questionnaire en Adolescentes Españoles*, numa amostra composta por 414 adolescentes (226 raparigas, com idade média de 15,3 anos), procurou-se avaliar as expectativas sobre os efeitos do álcool relativamente à frequência e a quantidade de consumo de álcool durante a semana, durante o fim-de-semana e ainda ao consumo problemático. As expectativas negativas estavam relacionadas com um menor consumo de álcool ao fim-de-semana e as expectativas positivas associaram-se a um maior consumo de álcool durante a semana, ao fim-de-semana, assim como a um consumo problemático de álcool. Ao nível preditivo, estes resultados parecem indicar que as expectativas positivas serão melhores preditores do consumo de

álcool e poderiam ser consideradas como variáveis de risco ao uso problemático do mesmo. Pelo contrário, as expectativas negativas seriam protectoras do consumo de álcool ao fim-de-semana.

No estudo realizado por Pilatti et al., (2010, pp. 296 e 297) participaram 265 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos, estudantes em colégios públicos e privados das cidades de Córdoba e Esperanza na Argentina. O objectivo consistiu em avaliar as diferenças na antecipação de efeitos positivos e negativos do álcool em função do género, idade e padrão de uso de álcool. Ao analisar a diferença média foi identificado que os inquiridos do género masculino consomem significativamente mais gramas de álcool que os do género feminino (média do género masculino = 90,61 gramas; média do género feminino = 65,47 gramas, $t = 5.965$, $p = 0,01$). Quanto à idade, os adolescentes mais velhos consumiram significativamente mais gramas de álcool do que os adolescentes mais jovens ($F(5,258) = 8,6812$, $p = 0,001$).

Homens e mulheres são diferentes na antecipação dos efeitos positivos (média homens = 49,04, D.p. = 12,24; média mulheres = 43,97, D.p. = 11,36; $F(1,262) = 12.136$, $p = 0,001$), mas não nos efeitos negativos do consumo de álcool (média homens = 48,24, D.p. = 15,07; média mulheres = 46,72, D.p. = 15,21). Esta diferença baseia-se no facto de os indivíduos do sexo masculino terem expectativas mais elevadas sobre um aumento de relaxamento (média homem = 12,12, D.p. = 3,65; média mulheres = 10,53, D.p. = 3,61, $F(1,262) = 12.404$, $p = 0,001$) e da sexualidade (média homem = 10,12, D.p. = 3,84; média mulheres = 7,63, D.p. = 3,40, $F(1,262) = 31.149$, $p = 0,000$) do que as mulheres (Ibidem).

Em relação à idade, foi encontrada uma diferença significativa na expectativa de um aumento e melhoria da interacção social (média adolescentes 16 anos = 28,37, D.p. = 6,83; média adolescentes 13 anos = 23,51, D.p. = 6,40, $F(5,258) = 3,0045$, $p = 0,05$), indicando que os adolescentes com 16 anos têm maiores expectativas face ao álcool do ponto de vista de um aumento da interacção social do que os adolescentes com 13 anos (Ibidem).

Relativamente às expectativas face ao álcool e padrões de consumo, foram encontradas diferenças significativas na antecipação de expectativas em função dos padrões de consumo de álcool tanto para expectativas positivas ($F(5,258) = 8,3414$, $p = 0,001$) como para as expectativas negativas ($F(5,258) = 6,6474$, $p = 0,001$). Especificamente, os adolescentes

com os padrões de consumo excessivo e de risco são os adolescentes que possuem mais expectativas positivas de todas as categorias de consumo. Por outro lado, os adolescentes abstêmicos têm mais expectativas negativas que os consumidores das restantes categorias (Pilatti et al., 2010, p. 297).

Também Callas, Flynn & Worden (2004, pp. 1503 - 1515) no seu estudo sobre factores psicossociais associados ao consumo de álcool na adolescência inicial referem que, segundo os seus resultados obtidos, um menor nível de consumo de álcool estava associado a uma maior antecipação de efeitos negativos.

O questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes, desenvolvido por Pilatti et al., (2010) tem sido comumente utilizado no campo das populações adolescentes, no sentido de medir as expectativas face ao álcool positivas e negativas por meio das seguintes dimensões ou factores: relaxamento, sociabilidade, incremento da sexualidade, deterioração cognitiva e comportamental, risco e agressividade e estados negativos. Este será igualmente o instrumento utilizado nesta investigação no sentido de avaliar as expectativas face ao álcool da nossa amostra.

P A R T E II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA



1. METODOLOGIA

A fase metodológica consiste em definir os meios para realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses. As decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p. 53).

Assim, neste capítulo, tendo por base o quadro teórico formulado, serão definidos os procedimentos metodológicos que possibilitem responder às questões de investigação inicialmente formuladas.

1.1.MÉTODO

A adolescência é o período da redescoberta do mundo, da descoberta da capacidade crítica, da idealização e da aquisição de novas experiências, sendo neste período que haja maior disponibilidade para a experimentação de substâncias psicoactivas (Patrício, 2006 cit. por Mendes & Lopes, 2007, p. 26).

Actualmente, a prevalência do uso e abuso de álcool na adolescência e problemas relacionados são uma preocupação a nível da saúde pública. Estudos epidemiológicos recentes referem que os consumos de bebidas alcoólicas têm início em idades cada vez mais precoces (Knight et al., 1999 cit. por Vilela, Macho & Almeida, 2011, p. 44).

O aumento do alcoolismo juvenil é hoje um facto para o qual é necessário olhar de frente, porque ele está a tornar-se, também em Portugal, uma questão de saúde pública. Com efeito, o fenómeno do alcoolismo entre as camadas mais jovens da população portuguesa tende a generalizar-se, diríamos quase exponencialmente, de ano para ano, iniciando-se cada vez mais precocemente (Sousa et al., 2008, p. 1). Dados relativos aos consumos, além de preocupantes, permitem perceber uma tendência para a normalização da

experiência de consumo de álcool na adolescência (Calleja, Señorán & González, 1996 cit. por Castillo & Dias, 2009, pp. 205 e 206).

A nível global, segundo um relatório de 2011 emanado pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), intitulado *Global Status Report on Alcohol and Health*, estima que 4% das mortes a nível mundial se devem ao consumo excessivo de álcool, ou seja, mais do que as mortes causadas por SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) ou tuberculose, o que em termos absolutos, corresponde a 2,5 milhões de mortes anuais. Se focarmos o grupo etário dos 15 aos 19 anos, então as 320 mil mortes anuais correspondem a 9% do total das mortes nessa faixa etária. Aproximadamente 4,5% do peso global de doença e incapacidade é atribuível ao álcool. Estima-se que o consumo de álcool cause entre 20% a 50% de cirroses hepáticas, epilepsia, envenenamentos, acidentes rodoviários, violência e diversos tipos de cancro. É o terceiro maior factor de risco de doença e incapacidade, apenas superado pelo baixo peso à nascença e ao sexo inseguro. O álcool contribui para a ocorrência de eventos traumáticos que matam ou incapacitam pessoas relativamente jovens, resultando na perda de muitos anos de vida por morte ou incapacidade (WHO, 2011, p. 20).

Em Portugal, o estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas em adolescentes dos 13 aos 18 anos em Portugal continental (ECATD-ESPAD/Portugal – 2011) refere nas suas principais conclusões relativas ao anterior estudo datado de 2007, o acentuar de consumos, com maior frequência, maiores quantidades consumidas (embriaguez), consumo de bebidas com maior teor alcoólico (bebidas destiladas), além de um aumento nos consumos intensivos por parte das raparigas relativamente aos rapazes (Feijão et al., 2011, p. 62). A região centro, incluindo o distrito de Viseu, não é infelizmente excepção à regra.

No *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na população geral portuguesa*, realizado em 2007 por Balsa et al. (2008, pp. 138 e 154), ao nível da região centro, a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida, em indivíduos da faixa etária entre os 15 e os 24 anos foi de 80,0%, superiores às prevalências encontradas a nível nacional, sendo de resto, apenas inferiores à prevalência registada nos Açores com 83,3%. Relativamente ao consumo de álcool no último ano, em jovens dos 15 aos 24 anos na região centro, a prevalência foi de 73,0%. A prevalência do consumo de bebidas alcoólicas no último mês foi de 54,4% e, à semelhança das situações anteriores, a cerveja, as bebidas

espirituosas/destiladas, o vinho e os *alcopops* foram o tipo de bebidas mais consumidas pelos jovens da região centro.

Ao longo dos tempos, os vários estudos procuraram determinar a etiologia do abuso de substâncias na adolescência, emergindo daí diversas teorias explicativas, entre as quais, o modelo dos factores de risco e de protecção (Hawkins, Catalano & Miller, 1992 cit. por Castillo & Dias, 2009, p. 206).

No entanto, apesar de diversos estudos apoiando os diversos modelos explicativos enunciados, outros houve em que se obtiveram resultados que não apoiavam os mesmos. A investigação tem demonstrado que, por exemplo, a mera exposição aos factores de risco, mesmo em número substancial, não se traduz necessariamente em comportamentos de risco, como acontece na prevenção de doenças físicas como as doenças cardíacas ou pulmonares (Dillon et al., 2007). Daí que algumas limitações tivessem sido apresentadas, desde a dificuldade em distinguir quando os factores são realmente causas ou apenas factores correlacionados (Farrington, 2000 cit. por Castillo & Dias, 2009, p. 206), passando a investigação a centrar mais o seu foco de atenção sobre factores de protecção.

Em consequência, mais do que abandonar o conhecimento dos factores de risco ou de protecção, uma vez que é na presença deles que ocorre o desenvolvimento, a investigação passou a focar-se igualmente na compreensão do desenvolvimento saudável, mesmo quando os sujeitos estão expostos a factores de risco (Fergus & Zimmerman, 2005).

É neste contexto que surge reforçado o papel da auto-regulação, um processo em que o indivíduo assume um papel activo na construção do seu destino (Ridder & Wit, 2006), através da activação, monitorização, inibição, preservação e adaptação do comportamento, emoções e estratégias cognitivas para alcançar objectivos desejados (Barkeley, 1997; Demetriou, 2000; Diaz & Fruhauf, 1991; Lengua, 2003; Novak & Clayton, 2001 cit. por Castillo & Dias, 2009, p. 207).

Como já abordado anteriormente, vários foram os estudos que estabeleceram uma relação entre a auto-regulação e o consumo de álcool, como se pode verificar nos estudos realizados por Aubrey et al., (1994), Brown et al., (1999), Wills & Dishion (2004), Wills, Walker, Mendonza & AINETTE (2006) e, mais recentemente, o estudo realizado por Castillo & Dias (2009).

Estes estudos apontam para que indivíduos com menores competências de auto-regulação apresentem maiores consumos de álcool.

Outros estudos, nomeadamente os desenvolvidos por Carey et al., (2004), Neal & Carey (2005) e Castillo & Dias (2007) não verificaram a existência de relação entre a auto-regulação e o consumo de álcool em adolescentes.

Torna-se assim pertinente investigar a dinâmica entre a auto-regulação e o consumo de álcool em adolescentes, uma faixa etária onde o consumo excessivo de bebidas alcoólicas acontece, na sua maioria em discotecas, bares e festas em autênticos “rituais grupais”. Além disso, percebe-se de igual modo, a importância do estudo da auto-regulação como competência desenvolvimental.

Face ao exposto, considerou-se que o problema de investigação se poderia concretizar do seguinte modo: em que medida os níveis de envolvimento com o álcool e de expectativas face ao mesmo são influenciadas pelas competências de auto-regulação dos adolescentes do distrito de Viseu? Mais, de que modo as variáveis sociodemográficas, de contexto escolar e os estilos de vida se repercutem ao nível das competências de auto-regulação dos mesmos? Será que a auto-estima e o autoconceito são influenciados pelo desenvolvimento de competências de auto-regulação? Investigou-se ainda se algumas destas variáveis (ou seus factores) são preditoras do nível de envolvimento com o álcool em adolescentes, contribuindo de algum modo para um melhor conhecimento da temática em estudo, e quiçá, para uma melhor adequação das estratégias de prevenção primária na população alvo.

Com a finalidade de dar resposta às interrogações levantadas, delinearam-se os seguintes objectivos:

- Analisar a relação entre os níveis de envolvimento face ao álcool com as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu;
- Analisar a relação entre as expectativas face ao álcool com as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu;

- Avaliar a forma como as variáveis sociodemográficas influenciam as competências de auto-regulação;
- Avaliar a forma como as variáveis de contexto escolar influenciam as competências de auto-regulação;
- Avaliar de que forma os estilos de vida influenciam as competências de auto-regulação;
- Verificar a relação entre as variáveis psicológicas (auto-estima e autoconceito) no desenvolvimento de competências de auto-regulação;

De acordo com o tema em estudo, a revisão teórica e os objectivos traçados, formularam-se algumas hipóteses devidamente justificadas.

H₁ – Existe efeito significativo entre as variáveis sociodemográficas e as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.

Estudos realizados por Castillo & Dias (2007, 2009), Neal & Carey (2005) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre a idade e competências de auto-regulação. No entanto, Castillo & Dias (2007) refere uma diminuição das pontuações na razão inversa ao aumento da idade, tanto no valor global da escala como das suas subescalas no questionário reduzido de auto-regulação.

Relativamente ao sexo, Neal & Carey (2005), Castillo & Dias (2007), Hustad et al., (2009) não encontraram diferenças estatisticamente significativas com as competências de auto-regulação nos seus estudos. Castillo & Dias (2009) refere a existência de significância estatística na subescala “controlo de impulsos”, com pontuações mais elevadas nas raparigas.

Também as habilitações literárias dos pais são descritas na literatura por Castro (2007) como susceptíveis de influenciar as competências de auto-regulação dos adolescentes.

H₂ – Existe efeito significativo entre as variáveis de contexto escolar e as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.

Com efeito, variáveis como o ano de escolaridade e o rendimento escolar são igualmente descritas na literatura como susceptíveis de influenciar o comportamento auto-

regulatório. Castro (2007), por exemplo, referiu uma diminuição do comportamento auto-regulatório à medida que aumenta o ano de escolaridade, com significância estatística. Rosário et al. (2004) verificaram que os alunos mais auto-regulados revelaram um rendimento escolar mais elevado.

H₃ – Existe efeito significativo entre as variáveis relacionadas com os estilos vida e as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.

Lin (2011) num artigo intitulado *Self-regulation Effect in Dietary Control of Obesity* refere que os indivíduos do seu estudo, ao aprenderem competências de auto-regulação, obtiveram uma diminuição no seu peso corporal de 106,1 Kg para 84,4 Kg.

Também Umstattd, Wilcox, Saunders, Watkins & Dowda (2008) referem no seu estudo sobre auto-regulação e actividade física que, os indivíduos mais velhos tinham maiores probabilidades de serem fisicamente activos quando recorriam a estratégias de auto-regulação.

H₄ – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes idade, envolvimento face ao álcool, expectativas face ao álcool, auto-estima e autoconceito e a variável dependente “competências de auto-regulação” nas suas várias dimensões.

No caso específico do consumo de álcool e as competências de auto-regulação, alguns estudos verificaram que indivíduos com menores competências de auto-regulação tendiam a ser consumidores habituais de álcool (Brown et al., 1999), a consumir mais, com maiores frequência e com consequências mais negativas (Aubrey et al., 1994).

Apesar de não ter sido encontrado nenhum estudo que relacione directamente as competências de auto-regulação com as expectativas face ao álcool, Pilatti et al., (2010) referem no seu estudo que quando confrontadas as expectativas face ao álcool com os padrões de consumo, foram detectadas diferenças significativas na antecipação das expectativas em função dos padrões de consumo, tanto para as expectativas positivas como para as negativas. Adolescentes com padrões de consumo excessivo e de risco apresentaram um maior nível de expectativas positivas face aos das restantes categorias. Por outro lado, os abstinente revelaram maiores níveis de expectativas negativas relativamente aos restantes.

Usta & Häubl (2011) estabeleceram uma relação directa entre a auto-estima e os recursos de auto-regulação dos indivíduos. Crocker et al., (2006) referem que os níveis de auto-estima de um indivíduo podem influenciar a sua auto-regulação, podendo motivar as pessoas a investir em esforços no sentido de atingir determinados objectivos.

Relativamente ao autoconceito, Chong (2007) evidencia num estudo por si realizado, a influência do autoconceito no comportamento auto-regulado, sem no entanto o quantificar. Brown & McConnell (2009) referem que o autoconceito actua na complexa relação do comportamento auto-regulado, na obtenção das metas e objectivos pessoais, tendo importantes implicações no seu sucesso e bem-estar.

1.2. TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo desenvolvido nesta investigação, à semelhança de outros, tem as características dos estudos quantitativos, descritivos/correlacionais, analíticos e transversais, com a finalidade de constatar as relações causais entre os diferentes níveis de envolvimento com o álcool e os diferentes níveis de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário no distrito de Viseu.

A aplicação do questionário foi efectuada a uma amostra de estudantes do 10º, 11º e 12º ano do ensino secundário e cooperativo, em três escolas do distrito de Viseu (Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela, Escola Profissional de Tondela e Escola Secundária Emídio Navarro em Viseu) durante o mês de Março de 2012.

Pretende-se, deste modo, descrever as características de uma determinada população (adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu) ou fenómeno (competências de auto-regulação) e estabelecer a relação entre as restantes variáveis (variáveis sociodemográficas, escola e hábitos de vida, expectativas face ao álcool, envolvimento com o álcool, auto-estima e autoconceito). Resumindo, o presente estudo tem as seguintes características:

- Segue o método da análise quantitativa uma vez que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação;

- Enquadra-se no tipo de investigação não-experimental, uma vez que não existe manipulação das variáveis em estudo;
- É um estudo transversal na medida em que mede a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema na amostra num período temporal bem delimitado;
- É ainda um estudo analítico, descritivo e correlacional uma vez que o seu objectivo não consiste apenas na descrição e examinação das relações entre as variáveis, mas também pretende analisar e explicar a relação entre as mesmas;

Tomando em consideração o quadro teórico efectuado, a articulação das variáveis em estudo é apresentada seguidamente através de um modelo de representação esquemático (cf. **figura 2**).

Figura 2 – Esquema conceptual da investigação.

—→ Influência das variáveis independentes sobre a variável dependente.

- - - → Relação de causalidade entre as variáveis exógenas.

1.3. PARTICIPANTES

A amostra em estudo é constituída por estudantes do ensino secundário público e do ensino cooperativo (10º, 11º e 12º anos) da Escola Secundária com 3º Ciclo de Tondela, da Escola Profissional de Tondela e da Escola Secundária Emídio Navarro em Viseu durante o ano lectivo de 2011/2012, dos quais 375 do 10º ano, 306 do 11º e 290 do 12º, num total de 971 alunos. Optou-se por uma amostragem não probabilística, por conveniência, decorrente da impossibilidade de inclusão de todos os estudantes do ensino secundário (ensino público, privado e/ou cooperativo) do distrito de Viseu.

De notar que os estudantes que constituem a amostra provêm dos dois concelhos (Viseu e Tondela) mais populosos do distrito.

Foram distribuídos cerca de 1200 exemplares do instrumento de colheita de dados pelas três escolas, tendo sido validados 971 (taxa de resposta de 80,92%).

1.4. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-ESPACIAL DO ESTUDO

Seguidamente proceder-se-á ao enquadramento sócio-espacial da amostra, tanto ao nível da Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela, como da Escola Profissional de Tondela e da Escola Secundária Emídio Navarro em Viseu.

Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela

A Escola Secundária com 3º ciclo do Ensino Básico de Tondela é um estabelecimento de ensino relativamente recente, tendo surgido no período de alargamento generalizado da escolaridade que se registou a partir da revolução de 25 de Abril de 1974. Em 1772, com a criação do ensino público em Portugal (reforma do Marquês de Pombal), o concelho de Tondela recebeu 4 escolas. Em 1937, após insistentes esforços para a criação de uma escola de ensino secundário em Tondela, é criado o Colégio Grão Vasco na sede do concelho, fruto

da iniciativa privada, nomeadamente, pela mão de Luciano Ferreira de Carvalho, João Ferreira Loff e Manuel Coimbra. No ano de 1938, a escola passa a designar-se por Colégio Tomaz Ribeiro e em 1971 tem início o ciclo preparatório público e oficial em Tondela, com a criação da Escola Preparatória Dr. Cândido de Figueiredo (Lunet, s.d.).

Em 1975, com a venda do colégio feminino ao estado, é aí instalada a primeira Escola Secundária de Tondela com 239 alunos. Em 1987 o constante crescimento da população escolar e a necessidade de instalações e equipamentos mais adequados às exigências do ensino impõem a construção de uma nova escola, os actuais 6 pavilhões. Projectada para cerca de 800 alunos, a frequência mantém-se sempre superior a um milhar em cada ano lectivo, tendo atingido um pico máximo em 1994/95 com quase 1600 alunos. A escola lecciona também o 3º ciclo do ensino básico, bem como cursos nocturnos (ensino recorrente). Entre 1991 e 2001, o concelho de Tondela perde cerca de 5 mil habitantes. O número de alunos matriculados na escola reflecte esta evolução demográfica, diminuindo para cerca de mil (Ibidem).

Segundo os últimos dados publicados, no ano lectivo de 2009/10, a escola contava com 813 alunos, dos quais 486 estavam matriculados no ensino secundário (Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico de Tondela, s.d., p. 8).

Escola Profissional de Tondela

A Escola Profissional de Tondela foi criada ao abrigo do Decreto-Lei nº 70/93 de 10 de Março, em regime de contrato-programa com o Ministério da Educação, homologado em 29 de Julho de 1993, conjuntamente com o aditamento ao mesmo contrato em 24 de Fevereiro de 1995, adaptando-se ao novo regime legal de acordo com o Decreto-Lei nº4/98 de 8 de Janeiro (Escola Profissional de Tondela, s.d.).

A escola tem como entidade proprietária a Escola Profissional de Tondela Cooperativa de Interesse Público e Responsabilidade Limitada. Os principais promotores desta cooperativa de ensino são a Câmara Municipal de Tondela e a ADERETON (Associação de Desenvolvimento da Região de Tondela) (Ibidem).

As suas instalações funcionam no antigo colégio Tomás Ribeiro de Tondela e ao longo da sua existência, quer o seu quadro docente, quer o seu quadro discente foi aumentando progressivamente sendo que, segundo os últimos dados disponíveis, a escola no ano lectivo de 2008/2009 contava com cerca de 314 alunos (Ibidem).

Escola Secundária Emídio Navarro em Viseu

Criada por Decreto Régio de 09/12/1898 com o nome de Escola de Desenho Industrial de Viseu, entrou em funcionamento no ano lectivo de 1899/1900. Ao longo de oito décadas foi sofrendo alterações na sua estrutura e designação. Em 29 de Outubro de 1979, pela Portaria nº 608, passou a deter a denominação actual de Escola Secundária de Emídio Navarro – Viseu (Oliveira, 1999).

A Escola Secundária Emídio Navarro é hoje uma escola com currículos diversificados, destacando-se das demais pela visibilidade da vertente técnica que, aos poucos, em função das mudanças no sistema educativo, foi retomando com a oferta: primeiro, dos cursos técnico-profissionais; depois, dos cursos tecnológicos; e no presente, dos cursos profissionais, recuperando, assim, traços da sua identidade comercial e industrial (Escola Secundária Emídio Navarro, s.d., p. 6).

Localizada no interior do tecido urbano, na freguesia de S. José, a escola é, pela sua posição geográfica, uma escola de cidade, servindo uma população estudantil, predominantemente de freguesias classificadas como medianamente urbanas e predominantemente rurais. A Escola recebe a nível do ensino secundário, alunos fundamentalmente, de meios rurais e suburbanos do concelho de Viseu e de outros concelhos limítrofes (Escola Secundária Emídio Navarro, s.d., p. 7).

Do ponto de vista socioeconómico, integra alunos de estratos diferenciados, sendo a maior parte proveniente de famílias com baixos recursos e pouca escolaridade. A maioria dos pais trabalha na indústria, construção civil e serviços, existindo ainda uma percentagem considerável de mães de alunos com actividade doméstica (Escola Secundária Emídio Navarro, s.d., p. 6).

Masculino	493	16,84	14	21	1,41	8,37	5,500	0,682	0,000
Feminino	478	16,76	14	21	1,35	8,05	6,161	2,484	0,000
Total	971	16,80	14	21	1,38	8,21	8,282	2,096	0,000

Os resultados do teste *t* de student para amostras independentes, demonstraram que as diferenças entre ambos os sexos, relativamente à idade, para um *p* de Levene de 0,301, não são estatisticamente significativas ($t = -0,882$; $p = 0,378$ -n.s.), ou seja, a média das idades entre ambos os sexos foram equivalentes.

Idade

No sentido de facilitar o tratamento estatístico dos dados relativos à idade, as mesmas foram agrupadas em três grupos etários homogéneos (≤ 16 anos, 17 anos e ≥ 18 anos) com base nas frequências absolutas.

Atentando à distribuição da amostra por grupo etário (cf. **tabela 2**) verificou-se que 43,40% apresentava idade igual ou inferior a 16 anos, secundados pelos indivíduos com 17 anos com 30,30%. Os estudantes pertencentes ao grupo etário com idade igual ou superior a 18 anos representavam 26,40% do total da amostra estudada. Após aplicação do teste de qui-quadrado, verificou-se que não existir relação estatisticamente significativa entre os diferentes grupos etários e o sexo ($\chi^2 = 2,530$; $p = 0,282$ -n.s.), sendo os mesmos independentes.

Tabela 2 - Distribuição por grupo etário e sexo.

Grupo etário	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
≤ 16 anos	212	43,00	209	43,70	421	43,40	-0,2	0,2		
17 anos	141	28,60	153	32,00	294	30,30	-1,2	1,2		
≥ 18 anos	140	28,40	116	24,30	256	26,40	1,5	-1,5		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Peso

Como é possível constar pela análise da **tabela 3**, para a amostra estudada, o peso médio referido pelos participantes foi de 63,294 Kg, com um Dp = 10,962. Os estudantes do sexo masculino eram em média mais pesados (\bar{x} = 68,655 Kg) do que as raparigas (\bar{x} = 57,764 Kg). Os valores mínimos e máximos encontrados foram 40,000 Kg e 110,000 Kg, respectivamente.

A distribuição da variável apresentou uma dispersão média (CV= 17,32%) para o total da amostra e para os estudantes do sexo masculino e uma dispersão fraca relativamente à distribuição relativa ao peso nas raparigas.

Pela análise do teste de Kolmogorov-Smirnov efectuado à variável em estudo, a mesma não segue uma distribuição normal. Tanto a distribuição total da amostra, como a distribuição em função dos sexos relativamente à variável “peso” apresentou-se assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e leptocúrtica, tendo por base os valores de simetria, achatamento e respectivos erros.

Ao comparar as médias entre rapazes e raparigas relativamente ao peso por eles referido, através da realização do teste *t* de student e considerando-se as variâncias não homogéneas (*p* Levene = 0,003), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas (*t*= -17,873; *p*= 0,000), sendo os rapazes mais pesados relativamente às raparigas.

Tabela 3 - Estatísticas relativas ao peso.

Sexo	Peso (Kg)								
	N	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	493	68,655	42,000	110,000	10,305	15,01	4,445	3,223	0,000
Feminino	478	57,764	40,000	90,000	8,630	14,94	8,509	5,265	0,000
Total	971	63,294	40,000	110,000	10,962	17,32	8,038	2,318	0,000

Altura

Ao atentar à **tabela 4**, podemos constatar que a altura média referida pelos participantes é de 169,73 cm, com um desvio padrão de 9,07. A altura média referida pelos rapazes foi superior (\bar{x} = 175,64 cm) à da referida pelas raparigas (\bar{x} = 163,64 cm). A altura mínima verificada foi de 135 cm e a máxima de 197 cm. A variável segue uma dispersão fraca (CV= 5,35%) tanto para a totalidade da amostra, como especificamente para cada um dos sexos.

Após realização do teste de Kolmogorov-Smirnov à variável em estudo constatou-se que a mesma não segue uma distribuição normal. Pelos valores de simetria e achatamento, a distribuição relativa à altura dos rapazes apresentou-se como sendo assimétrica negativa ou enviesada à direita e leptocúrtica. Já a distribuição da altura das raparigas apresentou-se como assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e mesocúrtica. A distribuição da altura relativa ao total da amostra era simétrica e mesocúrtica.

Após a realização do teste *t* de student, no sentido de comparar as médias entre rapazes e raparigas relativamente à altura por eles referida, constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas (t = -27,435; p = 0,000), sendo os rapazes mais altos do que as raparigas (assumindo variâncias como homogéneas, com um p de Levene igual a 0,084).

Tabela 4 - Estatísticas relativas à altura.

Sexo	Altura (cm)								
	N	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Masculino	493	175,64	135	197	7,202	4,10	-3,145	9,786	0,000
Feminino	478	163,64	145	190	6,386	3,90	2,366	1,928	0,000
Total	971	169,73	135	197	9,076	5,35	1,051	-1,548	0,000

Área de residência

A distribuição da amostra em função da sua área de residência pode ser observada segundo a **tabela 5**. Da análise da mesma constatou-se que os estudantes constituintes da

amostra eram maioritariamente de áreas rurais (66,40%), sendo os restantes 33,60% residentes em áreas urbanas.

Não se verificou a existência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis (área de residência e sexo) após realização do teste qui-quadrado ($\chi^2= 0,563$; $p= 0,453$ -n.s.).

Tabela 5 - Distribuição em função da área de residência e sexo.

Área de Residência	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Urbana	160	32,50	166	34,70	326	33,60	-0,8	0,8		
Rural	333	67,50	312	65,30	645	66,40	0,8	-0,8		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Coabitação

Relativamente à coabitação, 77,30% dos estudantes referiram viver com os pais, 53,20% referiu coabitar com irmão(s) e 16,20% referiu viver com o pai ou com a mãe. Apenas 7,60% coabitam com os avós e 2,90% com familiares. À opção de coabitação com outras pessoas responderam afirmativamente 5,00% do total da amostra (cf. **Tabela 6**).

Relativamente à coabitação com irmão(s), as diferenças percentuais são estatisticamente significativas, ($\chi^2=9,930$; $p=0,002$), revelando os valores residuais que as mesmas se situam no sexo feminino que coabitam com irmãos (58,40%).

Tabela 6 - Distribuição dos estudantes em função da coabitação e sexo.

Coabitação	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pais	379	76,90	372	77,80	751	77,30		
Pai ou Mãe	80	16,20	77	16,10	157	16,20		
Irmão(s)	238	48,30	279	58,40	517	53,20		
Avós	30	6,10	44	9,20	74	7,60		

Familiares	15	3,00	13	2,70	28	2,90
Outros	23	4,70	26	5,40	49	5,00

Situação familiar dos pais

No sentido de facilitar a análise estatística da variável em estudo, a mesma foi recodificada em três grupos distintos, a saber: casados ou em união de facto; solteiros, divorciados ou em separação de facto e, por último, outros.

Da análise da **tabela 7** ressalta que 84,60% dos alunos referiu que os seus pais se encontravam casados ou em união de facto. De referir ainda que 11,10% referiram que os seus pais eram solteiros, divorciados ou em separação de facto. Finalmente, 4,30% dos inquiridos responderam eu os seus pais detinham outra situação familiar.

As diferenças verificadas entre a situação familiar dos pais e o sexo demonstraram-se estatisticamente não significativas ($\chi^2= 1,959$; $p= 0,376$ -n.s), cumprindo assim os pressupostos de independência entre as mesmas.

Tabela 7 - Distribuição em função da situação familiar dos pais e o sexo.

Situação Familiar dos Pais	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Casados ou em União de Facto	423	85,80	398	83,30	821	84,60	1,1	-1,1		
Solteiros, Divorciados ou em Separação de Facto	48	9,70	60	12,60	108	11,10	-1,4	1,4		
Outros	22	4,50	20	4,20	42	4,30	0,2	-0,2		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Habilitações literárias do pai/mãe

No sentido de facilitar o tratamento estatístico da variável em estudo, a mesma foi recodificada em quatro grupos: escolaridade até ao 1º ciclo, 2º e 3º ciclo, ensino secundário e ensino superior.

Da análise da **tabela 8**, no que concerne às habilitações literárias do pai, 45,30% detinham escolaridade entre o 2º e o 3º ciclo do ensino, seguindo-se os que detinham escolaridade até ao 1º ciclo com 23,80% e o ensino secundário com 19,90%.

Relativamente às habilitações literárias da mãe, 44,50% detinham uma escolaridade entre o 2º e o 3º ciclo de ensino, 20,80% escolaridade até ao 1º ciclo, 19,80% o ensino secundário e apenas 12,80% detinham formação superior.

Verificou-se igualmente a não existência de uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e os grupos de habilitações literárias do pai ($\chi^2= 2,037$; $p= 0,729$ -n.s.), assim como entre as variáveis sexo e os grupos de habilitações literárias da mãe ($\chi^2= 5,756$; $p= 0,218$ -n.s.), sendo portanto, independentes entre si.

Tabela 8 - Habilitações literárias de pai/mãe em função do sexo.

Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
PAI	Hab. Lit. Pai/Mãe								
	Até ao 1º Ciclo	124	25,20	107	22,40	231	23,80	1,0	-1,0
	2º e 3º Ciclo	219	44,40	221	46,20	440	45,30	-0,6	0,6
	Ensino Secundário	95	19,30	98	20,50	193	19,90	-0,5	0,5
	Ensino Superior	30	6,10	33	6,90	63	6,50	-0,5	0,5
	Não sabe/Não Respondeu	25	5,10	19	4,00	44	4,50	0,8	-0,8
	Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		
MÃE	Até ao 1º Ciclo	106	21,50	96	20,10	202	20,80	0,5	-0,5
	2º e 3º Ciclo	216	43,80	216	45,20	432	44,50	-0,4	0,4
	Ensino Secundário	87	17,60	105	22,00	192	19,80	-1,7	1,7
	Ensino Superior	71	14,40	53	11,10	124	12,80	1,5	-1,5
	Não sabe/Não Respondeu	13	2,60	8	1,70	21	2,20	1,0	-1,0
		Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00	

Rendimento médio mensal do agregado familiar

Com o objectivo de facilitar o tratamento estatístico dos dados recolhidos relativos à classificação do rendimento do agregado familiar por parte dos estudantes inquiridos, procedeu-se à reclassificação da variável em dois grupos: rendimento mensal baixo ou médio baixo e rendimento mensal médio alto ou alto.

Da recodificação da variável atrás referida retiveram-se os seguintes dados (cf. **Tabela 9**): 56,70% classificou o rendimento médio do seu agregado familiar como médio alto ou alto, enquanto 43,30% o classificaram como baixo ou médio baixo.

À semelhança do postulado anteriormente não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos após a reclassificação da variável ($\chi^2=0,001$; $p=0,975$ -n.s.), mantendo-se a independência entre a variável em estudo e o sexo dos inquiridos.

Tabela 9 - Rendimento médio mensal do agregado familiar em função do sexo.

Rendimento Mensal	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Baixo ou Médio Baixo	213	43,20	207	43,30	420	43,30	0,0	0,0
Médio alto ou Alto	280	56,80	271	56,70	551	56,70	0,0	0,0
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Valor médio disponível semanalmente para gastos pessoais (Semanada)

No sentido de conhecer o valor médio disponível semanalmente (em euros) para os gastos pessoais dos estudantes da nossa amostra foi elaborada uma questão com essa finalidade. Uma vez mais, no sentido de facilitar a leitura dos dados recolhidos, a variável foi recodificada em três grupos: $\leq 10,00$ €, $> 10,00$ € e $\leq 25,00$ € e por fim, $> 25,00$ €.

Após a recodificação da variável, pela análise da **tabela 10**, verificou-se que 69,00% dos estudantes afirmaram ter disponível semanalmente 10,00 € ou menos para gastos pessoais, enquanto 23,90% afirmou que detinha uma quantia superior a 10,00 € mas inferior ou igual a 25,00 €. Apenas 7,10% afirmou ter um valor disponível para gastos semanais superiores a 25,00 €.

As diferenças verificadas entre os diversos grupos em estudo eram estatisticamente significativas ($\chi^2= 19,955$; $p= 0,000$). Pela observação dos valores residuais, as mesmas diferenças localizaram-se nas raparigas com 10,00 € ou menos por semana para gastos pessoais (75,70%) e os rapazes que dispunham de mais de 10,00 € e 25,00 € ou menos para os seus gastos pessoais por semana (29,00%).

Tabela 10 - Valor médio disponível por semana para gastos pessoais em função do sexo.

Semana (€)	Sexo		Feminino		Total		Residuais	
	Masculino		N	%	N	%	Masc.	Fem.
≤ 10,00 €	308	62,50	362	75,70	670	69,00	-4,5	4,5
> 10,00 € e ≤ 25,00 €	143	29,00	89	18,60	232	23,90	3,8	-3,8
> 25,00 €	42	8,50	27	5,60	69	7,10	1,7	-1,7
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Em síntese, a amostra compreendeu 971 adolescentes com uma idade média de 16,80 anos e com um desvio padrão de 1,38. A amostra estudada revelou:

- Idade inferior ou igual a 16 anos (43,40%);
- Um peso médio de 63,294 Kg (D.p.= 10,962);
- Uma altura média de 169,73 cm (D.p.= 9,076);
- Residia no meio rural (66,40%);
- Coabitava com os pais (77,30%);
- Os seus pais eram casados ou viviam em união de facto (84,60%);
- Pai e mãe detinham na sua maioria o 2º/3º ciclo (45,30% e 44,50%, respectivamente);

- Rendimento médio alto ou alto (56,70%);
- Um valor médio semanal para gastos pessoais ≤ 10 € (69,00%).

No capítulo seguinte será esmiuçado o instrumento de colheita de dados utilizado na investigação.

1.6. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para a realização do estudo foi utilizado um instrumento de colheita de dados que inclui quatro questionários (dados sociodemográficos, variáveis de contexto escolar e hábitos de vida, questionário reduzido de auto-regulação e questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes) e ainda três escalas (escala de envolvimento com o álcool para adolescentes, escala de auto-estima de Rosenberg e o inventário clínico do autoconceito).

1.6.1. Parte I – Questionário sobre dados sociodemográficos

Este questionário é composto por dez questões, através das quais foram recolhidas informações sobre idade, peso corporal, altura, sexo, área de residência, coabitação, situação familiar, habilitações literárias dos pais, rendimento mensal do agregado familiar e finalmente, valor médio disponível semanalmente para gastos pessoais (em euros). As questões relativas à idade, sexo e altura são de resposta aberta. As restantes questões são de resposta fechada e de resposta única à exceção da questão relativa à coabitação, a qual é semi-estruturada, admitindo a possibilidade de mais do que uma resposta.

1.6.2. Parte II – Variáveis de contexto escolar e estilos de vida

O questionário relativo às variáveis de contexto escolar e estilos de vida compreende 15 questões, nomeadamente: nome da escola, ano de escolaridade, reprovações, mudança de

escola nos últimos dois anos, sentimentos relativos à escola, distância entre escola e casa, tempo gasto entre casa e escola, meios de deslocação habituais para a escola, relação entre pais e escola, ajuda a familiares em actividades, envolvimento em lutas/brigas, frequência de realização de exercício físico fora da escola, frequência de escovagem dos dentes, realização de dieta e aspecto físico percebido.

A questão 11 procura identificar a escola do inquirido e é uma questão aberta.

Relativamente à ocorrência de reprovações (questão 13), a questão é colocada de forma dicotómica (sim/não), complementando com o número de vezes que reprovou no caso de a resposta ser afirmativa.

A questão 18 diz respeito aos meios de deslocação habituais para a escola sendo semi-estruturada, admitindo ao inquirido seleccionar mais do que uma opção de resposta.

A questão 19, procura avaliar a relação entre pais e escola contendo três sub-questões em que as respostas são avaliadas numa escala tipo likert cotadas de 1 a 5, em que maior pontuação final traduz uma maior preocupação parental percebida pelo inquirido relativamente ao seu desempenho escolar.

As restantes questões são fechadas admitindo apenas uma opção de resposta.

1.6.3. Parte III – Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes

A escala de envolvimento com o álcool para adolescentes (AAIS), desenvolvido por Mayer e Filstead é um questionário de auto-avaliação constituído por 14 questões, dirigido especificamente para populações jovens (Mayer & Filstead, 1979 cit. por Reis et al., 2011, p. 340), com o objectivo de quantificar o grau de relacionamento destes com o uso do álcool. Foi validado para a população adolescente portuguesa por Fonte & Alves (1999). A presidir à elaboração deste questionário, a noção de “abuso de álcool” é conceptualizada em função da interferência das bebidas alcoólicas numa ou mais áreas do funcionamento da pessoa: estado psicológico, relações pessoais e vida familiar. Os autores não consideraram a avaliação de perturbações fisiológicas uma vez que estas são, frequentemente negligenciadas pelos adolescentes. O questionário não se destina ao diagnóstico de alcoolismo entre os

adolescentes mas à identificação de adolescentes com um consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Fonte & Alves, 1999).

Os itens versam questões como a frequência, data da ingestão da última bebida alcoólica, motivos para beber, tipo de bebida consumida habitualmente, data e com quem iniciaram o consumo, horas do dia em que costumam beber, quantidade, tipos de companhia, efeitos produzidos pelo álcool, opinião do próprio e dos outros sobre si mesmos (Fonte & Alves, 1999).

A pontuação total varia de 0 (zero) a 79 pontos. A cada alínea “a)” corresponde um ponto (excepto nas questões 1, 2, 6, 12, 13 e 14, em que corresponde a zero pontos), cada alínea “b)” dois pontos e assim sucessivamente. Cada questão tem entre 4 a 8 respostas de escolha múltipla, de modo a permitir que o inquirido seleccione a que melhor corresponde à sua situação. Em cada uma das questões pode ser seleccionada mais do que uma alínea, contudo, para efeitos de pontuação, apenas é contabilizada a resposta de maior pontuação. Uma questão não respondida pontua-se com 0 (zero) pontos. Os resultados encontram-se agrupados em 5 categorias: abstinentes (0 pontos); bebedores irregulares (1-19 pontos); bebedores habituais sem problemas (20-41 pontos); bebedores habituais com problemas (42-57 pontos) e “*alcoholic like*” (58-79 pontos) (Fonte & Alves, 1999).

A escala foi aplicada numa amostra constituída por 227 alunos do ensino secundário (10º, 11º e 12º anos) que frequentavam o mesmo estabelecimento de ensino. Todos os itens têm um índice de discriminação² elevado ($> 0,71$) e só um item apresenta uma correlação com pontuação total inferior a $r = 0,43$. Medidas de fiabilidade do questionário indicam valores muito significativos, com um coeficiente de alfa de cronbach de 0,887, constituindo portanto, um instrumento com boa fiabilidade e validade. Quanto à análise factorial, revela-se uma estrutura constituída por três factores, demonstrando que o questionário avalia diferentes dimensões do comportamento de beber, responsáveis por 58% da variância total (41,9% para o factor 1, 9,2% para o factor 2 e 7,1% para o factor 3) (Fonte & Alves, 1999).

² Índice de Discriminação – consiste na proporção de sujeitos do 1/3 superior que no item em estudo pontuam acima do valor médio desse item, pelo número total de sujeitos do 1/3 superior e do 1/3 inferior que no item em causa pontuam acima do mesmo valor médio. Neste caso, significa que, em qualquer um dos itens, 70% ou mais dos sujeitos que apresentam uma pontuação elevada nesse item, têm igualmente uma pontuação global elevada (Fonte & Alves, 1999).

Resultados psicométricos da Escala de Envolvimento com o Álcool em Adolescentes (AAIS)

Iniciou-se a avaliação das propriedades psicométricas da escala de envolvimento com o álcool em adolescentes através dos estudos de fiabilidade e de validade. Os estudos de fiabilidade dizem respeito ao grau de confiança ou de exactidão que se pode ter na informação obtida. Procuram avaliar a estabilidade temporal ou a fiabilidade teste reteste e a consistência interna ou homogeneidade dos itens (Duarte, 2008).

A consistência interna diz respeito ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem o instrumento de colheita de dados. Deste modo procura-se avaliar o grau com que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item (Duarte, 2008). Para a sua concretização foram realizados os seguintes passos:

- Determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com o valor global. Este indica a forma como cada item se define como um todo “operante” do constructo geral que pretende medir (Vaz Serra, 1994 cit. por Duarte, 2008);
- Determinação do coeficiente alfa de cronbach, o qual mede a correlação entre cada item da escala com os restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo. O indicador permite avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspectos de um factor pertencentes a uma mesma subescala. Os parâmetros variam entre zero (0) e (1), sendo a consistência interna considerada muito boa a partir de 0,8 (Duarte, 2008).
- Determinação da correlação de split-half ou método das metades, a qual constitui uma forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala se revela tão consistente a medir o constructo como a outra metade (Duarte, 2008).

Duarte (2008) diz-nos que os estudos de validade se referem a três aspectos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Dentro

destes a validade de constructo é a mais importante e procura dar resposta à seguinte questão: “em que medida o instrumento mede realmente o que procura medir?”.

Para a sua determinação recorreu-se à análise factorial dos itens e dos resultados. Consta de duas partes distintas: a primeira consiste em criar uma matriz de correlações, com a qual se pretende verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis. Existem vários métodos para o efeito, mas o mais utilizado é o designado por “método dos componentes principais” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 495).

Com o resultado deste procedimento obtém-se a matriz factorial, efectuando-se em seguida o que se designa por rotação dos factores, o qual constitui o segundo momento da análise factorial (Pestana & Gageiro, 2008).

Existem dois tipos de rotação, a oblíqua (pouco usada porque os factores se correlacionam entre si), e a ortogonal (mais usada, porque mantém a independência dos factores). Por este último processo, os itens que incorporam cada factor são os que se correlacionam mais fortemente com cada um deles (Pestana & Gageiro, 2008).

Ainda relativamente à análise factorial, alguns autores defendem que no sentido de haver precisão dos factores dela resultante deverá ser tida em consideração a dimensão da amostra. Embora não sendo consensual, Bryman & Cramer (1992) cit. por Duarte (2008) referem que o “N” da amostra deverá ser no mínimo igual a cinco vezes o número de itens da escala e nunca ser inferior a 100 indivíduos por análise.

Tendo em consideração o tamanho amostral (N= 971), utilizada na análise factorial, e tendo em consideração o número de itens que constituem as diferentes escalas ou questionários na presente investigação, não se colocam problemas de validação.

Os procedimentos descritos serão seguidos para o estudo de todas as escalas que constituem o instrumento de colheita de dados.

Na **tabela 11** é possível visualizar as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, possibilitando-nos ter uma ideia de como o item se combina com o valor global. Como se pode verificar os valores médios oscilaram entre 0,15 no item 14 e os 3,92 no item 2. Não foram eliminados itens uma vez que todos eles apresentaram um valor correlacional superior a 0,2.

Tabela 11 - Correlação de *Pearson* entre os diferentes itens e o valor global do questionário.

Item	Pontuação	\bar{x}	Dp	r de <i>Pearson</i>
1 - Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?	0-5	2,65	1,46	0,772**
2 - Quando tomou o seu último "copo"?	0-6	3,92	1,73	0,818**
3 - Habitualmente começo a beber:	1-5	1,39	0,90	0,551**
4 - O que é que bebe?	1-4	2,41	1,19	0,706**
5 - Como começou a beber?	1-5	2,46	1,64	0,645**
6 - Quando bebeu pela primeira vez?	0-5	3,35	1,44	0,752**
7 - A que horas do dia costuma beber?	1-5	1,87	1,01	0,675**
8 - Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?	1-5	1,53	1,13	0,572**
9 - Quando bebe, quanto bebe?	1-5	2,23	1,48	0,769**
10 - Com quem costumavas beber?	1-5	2,80	1,33	0,783**
11 - Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?	1-6	1,79	1,50	0,713**
12 - Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?	0-6	0,93	1,61	0,563**
13 - Como se sente em relação ao que bebe?	0-5	1,18	1,14	0,570**
14 - Como o acham os outros?	0-4	0,15	0,70	0,282**

** $p < 0,01$

Procedeu-se em seguida ao estudo da análise factorial da escala e o primeiro passo consistiu em analisar o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), o qual consiste num procedimento que afere a qualidade das correlações entre as variáveis por forma a prosseguir a análise factorial. Dado o resultado obtido (KMO= 0,919), foi classificado de excelente, tal como nos refere Marôco (2010, p. 493). Não foi tido em consideração o teste de Bartlett, uma vez que em grandes amostras, o mesmo leva a rejeitar a hipótese nula, pelo que se torna preferível usar o KMO.

Ao verificar a proporção da variância de cada variável explicada pelos factores, designada por comunalidade após a extracção, a mesma foi classificada de boa já que oscila entre 0,337 nos itens 3 e 8 e 0,803 no item 2, ou seja, apresenta valores inferiores a 5.

Os valores de alfa de cronbach foram classificados de bons e muito bons pois variam entre 0,885 e 0,904, respectivamente (cf. **Tabela 12**). Os coeficientes de correlação item total corrigido revelaram que o item 14 foi o que apresentou menor valor ($r = 0,229$), não se

revelando por isso homogéneo face aos outros itens e a correlação máxima foi obtida no item 2 ($r=0,762$). O item 14 foi o que revelou menor variabilidade (17,60%).

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades (split-half), os valores do alfa de cronbach revelaram-se mais fracos relativamente ao valor do alfa de cronbach para a globalidade da escala (0,900), sendo os valores para a primeira e segunda metades de 0,865 e 0,800, respectivamente (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Consistência interna da escala de envolvimento face ao álcool em adolescentes.

Item	\bar{x}	Dp	Correlação item/total	R ²	Alfa cronbach item	H ²
1 - Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?	2,65	1,46	0,717	0,741	0,888	0,687
2 - Quando tomou o seu último "copo"?	3,92	1,73	0,762	0,802	0,885	0,803
3 - Habitualmente começo a beber:	1,39	0,90	0,497	0,313	0,898	0,337
4 - O que é que bebe?	2,41	1,19	0,652	0,504	0,891	0,583
5 - Como começo a beber?	2,46	1,64	0,556	0,365	0,896	0,393
6 - Quando bebeu pela primeira vez?	3,35	1,44	0,694	0,581	0,889	0,668
7 - A que horas do dia costuma beber?	1,87	1,01	0,626	0,445	0,893	0,522
8 - Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?	1,53	1,13	0,505	0,283	0,897	0,337
9 - Quando bebe, quanto bebe?	2,23	1,48	0,712	0,555	0,888	0,590
10 - Com quem costumava beber?	2,80	1,33	0,735	0,601	0,888	0,661
11 - Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?	1,79	1,50	0,645	0,496	0,891	0,585
12 - Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?	0,93	1,61	0,464	0,369	0,900	0,601
13 - Como se sente em relação ao que bebe?	1,18	1,14	0,503	0,289	0,897	0,428
14 - Como o acham os outros?	0,15	0,70	0,229	0,176	0,904	0,561
Coefficiente Split-half	Primeira metade = 0,865					
	Segunda metade = 0,800					
Coefficiente alpha Cronbach global	0,900					

No sentido de se conhecer as dimensões subjacentes a esta escala, foi realizada com os 14 itens uma análise factorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo varimax. Obtiveram-se 2 factores com raízes lactentes superiores a 1, que no seu conjunto explicaram 55,41% da variância total (cf. Tabela 13).

O factor 1, denominado por “hábitos de consumo” explicou 36,90% da variância total e foi constituído pelos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

O factor 2 foi denominado por “Efeitos, consequências e sentimentos face ao beber” e explicou 18,51% da variância total sendo constituído pelos itens 11, 12, 13 e 14.

Tabela 13 - Ordenação dos itens por factor.

Item	Factor 1	Factor 2
1 - Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?	0,818	
2 - Quando tomou o seu último "copo"?	0,889	
3 - Habitualmente começa a beber:	0,427	
4 - O que é que bebe?	0,747	
5 - Como começou a beber?	0,537	
6 - Quando bebeu pela primeira vez?	0,807	
7 - A que horas do dia costuma beber?	0,702	
8 - Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?	0,446	
9 - Quando bebe, quanto bebe?	0,615	
10 - Com quem costumava beber?	0,775	
11 - Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?		0,616
12 - Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?		0,755
13 - Como se sente em relação ao que bebe?		0,568
14 - Como o acham os outros?		0,739

Factores	Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
F1 – Hábitos de consumo	6,291	36,90	36,90
F2 - Efeitos, consequências e sentimentos face ao beber	1,466	18,51	55,41

Ainda no que diz respeito aos estudos de validade, foram determinados os valores de alfa de cronbach de cada factor. Como se pode verificar pela **tabela 14**, o primeiro factor revelou uma boa consistência interna (alfa de cronbach = 0,899). Já o segundo revelou uma fraca consistência interna (alfa de cronbach = 0,689).

O valor obtido na escala global (0,900) revelou-se superior ao valor total obtido na escala do estudo original (0,887) de Fonte & Alves (1999).

Os índices de consistência interna da pontuação total da escala, tanto ao nível da primeira metade do coeficiente de split-half (0,865), como da segunda metade (0,800) revelaram-se bons.

Relativamente ao índice de consistência interna do factor 1, tanto o coeficiente de split-half da primeira metade (0,807) como o da segunda metade (0,812) revelaram-se bons.

Por outro lado, no índice de consistência interna do factor 2, o split-half da primeira metade (0,692) revelou-se fraco e o split-half da segunda (0,377) classificou-se de inadmissível.

Tabela 14 - Comparação dos valores de alfa de cronbach do estudo actual com a escala original por factores.

Factores	Nº Itens	Alfa de Cronbach			
		Split-half		Total	
		1ª Metade	2ª Metade	Estudo actual	Estudo original
Factor 1 – Hábitos de consumo	10	0,807	0,812	0,899	-
Factor 2 – Efeitos, consequências e sentimentos face ao beber	4	0,692	0,377	0,689	-
AAIS (Global)	14	0,865	0,800	0,900	0,887

Uma contribuição para o estudo da validade da escala é a determinação da matriz de correlação entre os diversos factores e o valor global da escala. Vaz Serra (1994) cit. por Duarte (2008) refere que as correlações não devem ser demasiado elevadas, uma vez que este facto indica-nos que os itens são redundantes, sendo preferível existir uma correlação moderada entre si, facto que nos revela uma sensibilidade a aspectos diferentes do mesmo constructo.

Pela análise da **tabela 15** é possível verificar que as correlações entre os dois factores e com a pontuação global da escala variaram entre 0,582 (F1 vs F2) e 0,970 (F1 vs AAIS Global), sendo altamente significativos. Entre os factores em análise, bem como com a pontuação global da escala verificou-se a existência de correlações positivas, significando que ao aumento da pontuação num dos factores se encontra igualmente associado um aumento de pontuação nos demais.

Tabela 15 - Matriz de correlação de *Pearson* entre os factores e a pontuação global da AAIS.

Factores	Factor 1	Factor 2
Factor 2	0,582**	-
AAIS (Global)	0,970**	0,763**

**p < 0,01

1.6.4. Parte IV – Questionário Reduzido de Auto-regulação

O Questionário Reduzido de Auto-regulação é um instrumento constituído por 29 itens (tipo likert) concebido para a obtenção de um índice total de auto-regulação. Desenvolvido inicialmente por Carey et al., (2004) nos Estados Unidos da América, foi traduzida e validada para português de Portugal por Castillo & Dias (2009). A aplicação deste instrumento destina-se a jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos de idade.

Cada item é pontuado de 1 a 5, em que 1 corresponde a “discordo fortemente”, 2 - “discordo”, 3 - “não tenho a certeza”, 4 - “concordo” e, finalmente, 5 que corresponde a “concordo fortemente”.

Os itens 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 21, 22, 26 e 29 estão cotados inversamente. Existem duas possibilidades de cotação, através da pontuação total ou de duas subescalas, a saber: estabelecimento de objectivos (constituída pelos itens 1, 5, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 27 e 28) e controlo de impulsos (a qual integra os itens 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 19, 21, 22, 26 e 29).

A adaptação do Questionário para a população adolescente portuguesa foi realizada por Castillo & Dias (2009) recorrendo a uma amostra de 248 alunos do ensino secundário do 10º, 11º e 12º ano. Os inquiridos eram, na sua maioria do sexo feminino (n=159, 64,4%), com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos (Castillo & Dias, 2009, p. 208).

Estudos sobre a validade do constructo foram conduzidos através do recurso à análise factorial exploratória, tendo sido encontrada uma solução factorial a dois factores, capazes de explicar 32,4% da variância. O factor 1 (subescala “Estabelecimento de

Objectivos”) explica 25,10% da variância e o factor 2 (subescala “Controlo de Impulsos”) explica 7,25% da mesma (Castillo & Dias, 2009, p. 209).

Para calcular a fidelidade do instrumento recorreu-se à análise de consistência interna, através do cálculo do alfa de cronbach. Para o índice de auto-regulação total, o alfa de cronbach encontrado foi de 0,89, variando entre os 0,82 na subescala “Controlo de Impulsos” e 0,85 na subescala “Estabelecimento de Objectivos” (Castillo & Dias, 2009, p. 210).

Resultados psicométricos do Questionário Reduzido de Auto-regulação

A **tabela 16** mostra-nos as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, dando-nos a ideia de como cada item se combinou com o valor global. Os valores médios oscilaram entre 1,97 no item 7 e 4,03 relativo ao item 14.

As estatísticas dos 29 itens que constituem o questionário revelaram valores médios (numa escala de 1 a 5) bem centrados uma vez que estes situaram-se acima do valor médio.

Todos os itens apresentaram um valor correlacional superior a 0,2, oscilando entre 0,242 no item 13 e 0,438 no item 18.

Tabela 16 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global do questionário.

Item	\bar{x}	Dp	r de Pearson
1 - Geralmente mantenho-me a par dos progressos que faço para atingir os meus objectivos.	3,88	0,813	0,263**
2 - Tenho dificuldade em formar opiniões sobre as coisas.	2,20	1,023	0,331**
3 - Distraio-me facilmente dos meus planos.	2,49	1,079	0,351**
4 - Só reparo nos efeitos dos meus comportamentos quando é demasiado tarde.	2,43	1,073	0,349**
5 - Sou capaz de atingir objectivos que estabeleço para mim próprio.	3,85	0,816	0,276**
6 - Adio tomar decisões.	2,61	1,113	0,363**
7 - Para mim, é difícil notar quando é “o meu limite” (álcool, comida, doces).	1,97	1,186	0,297**
8 - Se quiser mudar, estou confiante de que o consigo fazer.	3,92	0,933	0,290**
9 - Quando chega a altura de decidir acerca de uma mudança, sinto-me dominado pelas alternativas.	2,95	0,989	0,402**

10 - Uma vez tomada uma decisão, eu tenho dificuldade em seguir em frente com coisas.	2,41	1,042	0,391**
11 - Parece que não aprendo com os erros.	2,09	1,105	0,296**
12 - Consigo manter um plano que está a correr bem.	3,80	0,820	0,318**
13 - Geralmente, só preciso de cometer um erro uma vez para aprender.	3,47	1,133	0,242**
14 - Eu tenho valores pessoais e tento viver de acordo com eles.	4,03	0,829	0,308**
15 - Assim que vejo um problema ou desafio, começo a procurar possíveis soluções.	3,86	0,813	0,381**
16 - Tenho dificuldades em estabelecer objectivos para mim mesmo.	2,33	1,027	0,330**
17 - Tenho muita força de vontade.	3,77	0,916	0,307**
18 - Quando estou a tentar mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	3,71	0,806	0,438**
19 - Tenho dificuldade em fazer planos que me ajudem a alcançar objectivos.	2,48	1,001	0,362**
20 - Estabeleço objectivos para mim mesmo e mantenho-me a par dos meus progressos.	3,69	0,801	0,378**
21 - Na maioria das vezes não presto atenção ao que estou a fazer.	2,37	1,018	0,353**
22 - Tenho tendência para fazer a mesma coisa mesmo quando ela não funciona.	2,58	1,038	0,358**
23 - Normalmente, consigo encontrar várias hipóteses diferentes quando quero mudar alguma coisa.	3,59	0,819	0,424**
24 - Assim que estabeleço um objectivo, consigo frequentemente planear como vou atingi-lo.	3,61	0,816	0,351**
25 - Se tomo a decisão de mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	3,67	0,815	0,381**
26 - Frequentemente não noto o que estou a fazer até que alguém me chame a atenção para isso.	2,34	0,979	0,352**
27 - Normalmente penso antes de agir.	3,67	0,933	0,308**
28 - Eu aprendo com os meus erros.	3,93	0,933	0,282**
29 - Desisto facilmente.	2,14	1,112	0,246**

** $p < 0,01$

Procedeu-se em seguida ao estudo da análise factorial da escala. O resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO= 0,931) foi classificado de excelente.

Como podemos constatar pela **tabela 17**, a proporção de variação nas respostas de cada item que são explicados pelos restantes oscilou entre 15,00% no item 7 e 50,00% no item 20. No primeiro caso, apenas 15,00% da variabilidade observada no item 7 foi explicada pelos outros itens, enquanto relativamente ao item 20, 50,00% dessa mesma variabilidade observada foi explicada pelos outros itens.

Quanto aos valores de alfa de cronbach estes variam entre 0,695 e 0,712, variando a consistência interna entre fraca a razoável. Os coeficientes de correlação item total corrigido

revelaram correlações baixas ou muito baixas uma vez que variam entre 0,123 no item 13 e 0,364 no item 18. Através da análise dos valores médios constata-se que o item 7 é o que se apresenta mais problemático, uma vez que o seu valor médio é bastante inferior aos demais não se verificando, face a isto, homogeneidade dos itens.

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades “Split-half”, verificou-se que os valores de alfa de cronbach se revelaram menores, relativamente ao alfa obtido na escala global (0,710), a qual apresentou razoável consistência interna. Na primeira metade obteve-se um valor de 0,531 e na segunda um valor de 0,578, sendo por isso, classificados de inadmissíveis, tal como postulado por Pestana & Gageiro (2008, p. 528).

Tabela 17 - Consistência interna do questionário reduzido de auto-regulação.

Item	\bar{x}	Dp	Correlação item/total	R ²	Alfa cronbach item	H ²
1 - Geralmente mantenho-me a par dos progressos que faço para atingir os meus objectivos.	3,88	0,813	0,179	0,310	0,706	0,388
2 - Tenho dificuldade em formar opiniões sobre as coisas.	2,20	1,023	0,228	0,224	0,703	0,290
3 - Distraio-me facilmente dos meus planos.	2,49	1,079	0,243	0,320	0,702	0,419
4 - Só reparo nos efeitos dos meus comportamentos quando é demasiado tarde.	2,43	1,073	0,241	0,314	0,702	0,445
5 - Sou capaz de atingir objectivos que estabeleço para mim próprio.	3,85	0,816	0,192	0,318	0,706	0,394
6 - Adio tomar decisões.	2,61	1,113	0,253	0,230	0,702	0,381
7 - Para mim, é difícil notar quando é “o meu limite” (álcool, comida, doces).	1,97	1,186	0,174	0,150	0,708	0,231
8 - Se quiser mudar, estou confiante de que o consigo fazer.	3,92	0,933	0,194	0,287	0,706	0,399
9 - Quando chega a altura de decidir acerca de uma mudança, sinto-me dominado pelas alternativas.	2,95	0,989	0,307	0,207	0,698	0,360
10 - Uma vez tomada uma decisão, eu tenho dificuldade em seguir em frente com coisas.	2,41	1,042	0,290	0,380	0,699	0,452
11 - Parece que não aprendo com os erros.	2,09	1,105	0,182	0,457	0,707	0,586
12 - Consigo manter um plano que está a correr bem.	3,80	0,820	0,235	0,362	0,703	0,457
13 - Geralmente, só preciso de cometer um erro uma vez para aprender.	3,47	1,133	0,123	0,303	0,712	0,559
14 - Eu tenho valores pessoais e tento viver de acordo com eles.	4,03	0,829	0,224	0,403	0,704	0,479
15 - Assim que vejo um problema ou desafio, começo a	3,86	0,813	0,302	0,407	0,699	0,502

procurar possíveis soluções.						
16 - Tenho dificuldades em estabelecer objectivos para mim mesmo.	2,33	1,027	0,226	0,418	0,703	0,532
17 - Tenho muita força de vontade.	3,77	0,916	0,214	0,452	0,704	0,514
18 - Quando estou a tentar mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	3,71	0,806	0,364	0,481	0,695	0,623
19 - Tenho dificuldade em fazer planos que me ajudem a alcançar objectivos.	2,48	1,001	0,263	0,426	0,701	0,540
20 - Estabeleço objectivos para mim mesmo e mantenho-me a par dos meus progressos.	3,69	0,801	0,301	0,500	0,699	0,582
21 - Na maioria das vezes não presto atenção ao que estou a fazer.	2,37	1,018	0,252	0,387	0,702	0,470
22 - Tenho tendência para fazer a mesma coisa mesmo quando ela não funciona.	2,58	1,038	0,254	0,237	0,701	0,379
23 - Normalmente, consigo encontrar várias hipóteses diferentes quando quero mudar alguma coisa.	3,59	0,819	0,348	0,331	0,696	0,403
24 - Assim que estabeleço um objectivo, consigo frequentemente planear como vou atingi-lo.	3,61	0,816	0,270	0,454	0,701	0,553
25 - Se tomo a decisão de mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	3,67	0,815	0,302	0,490	0,699	0,622
26 - Frequentemente não noto o que estou a fazer até que alguém me chame a atenção para isso.	2,34	0,979	0,255	0,342	0,701	0,391
27 - Normalmente penso antes de agir.	3,67	0,933	0,213	0,358	0,704	0,467
28 - Eu aprendo com os meus erros.	3,93	0,933	0,185	0,443	0,706	0,601
29 - Desisto facilmente.	2,14	1,112	0,129	0,362	0,711	0,435
Coefficiente Split-half	Primeira metade = 0,531					
	Segunda metade = 0,578					
Coefficiente alpha Cronbach global	0,710					

No sentido de conhecer as dimensões subjacentes a esta escala, realizou-se com os 29 itens uma análise factorial de componentes principais, com rotação de tipo varimax.

A solução factorial final forçada a 2 factores explicou 38,01% da variância total (cf. **Tabela 18**). Obteve-se assim uma solução factorial idêntica à da escala original, verificando-se ainda uma correspondência total entre os factores e os itens que os compõem.

O factor 1 “Estabelecimento de objectivos” explicou 21,26% da variância total sendo constituído pelos itens 1, 5, 8, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 27 e 28.

O factor 2 “Controlo de impulsos” explicou 16,75% da variância total sendo constituído pelos itens 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 19, 21, 22, 26 e 29.

Tabela 18 - Ordenação dos itens por factor.

Item	Factor 1	Factor 2	
1 - Geralmente mantenho-me a par dos progressos que faço para atingir os meus objectivos.	0,559		
2 - Tenho dificuldade em formar opiniões sobre as coisas.		0,467	
3 - Distraio-me facilmente dos meus planos.		0,583	
4 - Só reparo nos efeitos dos meus comportamentos quando é demasiado tarde.		0,588	
5 - Sou capaz de atingir objectivos que estabeleço para mim próprio.	0,575		
6 - Adio tomar decisões.		0,526	
7 - Para mim, é difícil notar quando é “o meu limite” (álcool, comida, doces).		0,427	
8 - Se quiser mudar, estou confiante de que o consigo fazer.	0,531		
9 - Quando chega a altura de decidir acerca de uma mudança, sinto-me dominado pelas alternativas.		0,508	
10 - Uma vez tomada uma decisão, eu tenho dificuldade em seguir em frente com coisas.		0,655	
11 - Parece que não aprendo com os erros.		0,621	
12 - Consigo manter um plano que está a correr bem.	0,619		
13 - Geralmente, só preciso de cometer um erro uma vez para aprender.	0,433		
14 - Eu tenho valores pessoais e tento viver de acordo com eles.	0,621		
15 - Assim que vejo um problema ou desafio, começo a procurar possíveis soluções.	0,669		
16 - Tenho dificuldades em estabelecer objectivos para mim mesmo.		0,623	
17 - Tenho muita força de vontade.	0,666		
18 - Quando estou a tentar mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	0,716		
19 - Tenho dificuldade em fazer planos que me ajudem a alcançar objectivos.		0,636	
20 - Estabeleço objectivos para mim mesmo e mantenho-me a par dos meus progressos.	0,714		
21 - Na maioria das vezes não presto atenção ao que estou a fazer.		0,642	
22 - Tenho tendência para fazer a mesma coisa mesmo quando ela não funciona.		0,533	
23 - Normalmente, consigo encontrar várias hipóteses diferentes quando quero mudar alguma coisa.	0,624		
24 - Assim que estabeleço um objectivo, consigo frequentemente planear como vou atingi-lo.	0,697		
25 - Se tomo a decisão de mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	0,704		
26 - Frequentemente não noto o que estou a fazer até que alguém me chame a atenção para isso.		0,599	
27 - Normalmente penso antes de agir.	0,572		
28 - Eu aprendo com os meus erros.	0,597		
29 - Desisto facilmente.		0,551	
Factores	Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
F1 – Estabelecimento de Objectivos	7,692	21,26	21,26
F 2 - Controlo de impulsos	3,332	16,75	38,01

Ainda no que se refere aos estudos de validade, determinaram-se os valores de alfa de cronbach de cada factor. Como se pode verificar pela **tabela 19**, os dois factores revelaram uma boa consistência interna, uma vez que tanto o factor 1 (estabelecimento de objectivos) como o factor 2 revelaram valores de 0,889 e 0,849, respectivamente. Quando comparados com os valores obtidos na escala original, estes revelaram-se ligeiramente superiores. O valor obtido na escala global revelou-se, no entanto, inferior ao valor obtido na escala total do estudo original de Castillo & Dias (2009).

O índice de consistência interna do factor 1, da primeira metade do coeficiente de split-half revelou-se razoável (0,794). Já relativamente à segunda metade do coeficiente de split-half, o mesmo revelou-se bom (0,834).

Relativamente ao índice de consistência interna do factor 2, tanto o coeficiente de split-half da primeira parte (0,704) como o da segunda parte (0,794) revelaram-se razoáveis.

Tabela 19 - Comparação dos valores de alfa de cronbach do estudo actual com a escala original por factores/pontuação global.

Factores	Nº Itens	Alfa de Cronbach			
		Split-half		Total	
		1ª Metade	2ª Metade	Estudo actual	Estudo original
Factor 1 – Estabelecimento de objectivos	15	0,794	0,834	0,889	0,850
Factor 2 – Controlo de impulsos	14	0,704	0,794	0,849	0,820
SSRQ (Global)	29	0,531	0,578	0,710	0,890

Uma contribuição para o estudo da validade da escala consiste na determinação da matriz de correlação entre os diversos factores e a pontuação global da escala (cf. **Tabela 20**).

De acordo com os resultados obtidos, verificou-se que as correlações entre os dois factores com a pontuação global do questionário, oscilando entre -0,390 (F1 vs F2) e 0,585 (SSRQ global vs F2) sendo altamente significativos. Entre o factor 1 e o factor 2 verificou-se a existência de uma correlação negativa baixa, significando portanto que, o aumento numa das dimensões da escala se encontra associado à diminuição na outra. Entre o factor 1 e o valor global da escala, assim como entre o factor 2 e o valor global da mesma, constatou-se a

existência de uma correlação positiva, significando que a um aumento de um dos factores da escala se encontra associado um aumento na pontuação global da mesma.

Tabela 20 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala.

Factores	Factor 1	Factor 2
F 2 - Controlo de impulsos	-0,390**	-
SSRQ (Global)	0,519**	0,585**

**p < 0,01

1.6.5. Parte V – Questionário de Expectativas Face ao Álcool para Adolescentes

O Questionário de Expectativas Face ao Álcool para Adolescentes (CEA – A) foi construído e validado para a população adolescente Argentina por Pilatti et al., (2010, p. 288).

O CEA – A é formado por 45 itens, medindo as expectativas face ao álcool positivas e negativas através de seis factores (ou dimensões) encontradas após o recurso à análise factorial exploratória. A pontuação por dimensão obtém-se mediante a soma das respostas de cada um dos itens. Cada item é pontuado numa escala tipo likert de 1 a 5, onde 1 = discorda fortemente, 2 = discorda, 3 = não tem a certeza, 4 = concorda e 5 = concorda fortemente. A pontuação do questionário global varia entre 45 e 225. Desta forma, uma pontuação elevada em cada item implica uma maior antecipação dos efeitos correspondentes a esse mesmo item. O somatório directo das três dimensões positivas de expectativas face ao álcool (sociabilidade, relaxamento e incremento da sexualidade) e das três dimensões negativas de expectativas (deterioração cognitiva e comportamental, risco e agressividade e estados negativos) permitem obter uma pontuação geral de expectativas face ao álcool positivas e negativas, respectivamente. Desta forma, uma maior pontuação em qualquer das dimensões, é interpretada como uma maior antecipação dos efeitos que descrevem a escala em consequência do consumo de álcool por parte dos inquiridos (Pilatti et al., 2010, p. 292).

A sociabilidade é avaliada em função dos itens 1, 2, 6, 10, 15, 19, 24, 28, 33, 38 e 41. À dimensão de relaxamento correspondem os itens 3, 7, 8, 11, 16 e 20. O incremento da sexualidade é avaliado pelos itens 14, 27, 32, 37 e 44. A deterioração cognitiva e comportamental é avaliada pelos itens 4, 9, 12, 17, 21, 25, 29 e 34. A dimensão de risco e agressividade é avaliada pelos itens 5, 22, 30, 35, 39, 42 e 45. Finalmente, à dimensão de estados negativos correspondem os itens 13, 18, 23, 26, 31, 36, 40 e 43 (Pilatti et al., 2010, pp. 294 e 295).

Na validação do instrumento participaram 275 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos de escolas secundárias públicas e privadas das cidades de Córdoba e Esperanza na Argentina (Pilatti et al., 2010, p. 291).

Com a finalidade de analisar a consistência interna do instrumento foi calculado o alfa de cronbach tanto para o questionário global como para cada uma das dimensões. O questionário global apresenta um alfa de cronbach de 0,92 e cinco das seis dimensões apresentaram muito bons valores de fiabilidade (risco e agressividade = 0,89; deterioração cognitiva e comportamental = 0,87; sociabilidade = 0,86; incremento da sexualidade = 0,85 e percepção de estados negativos = 0,85). Apenas uma única dimensão (relaxamento) apresentou valores moderados, embora adequados, de fiabilidade (alfa de cronbach de 0,72) (Pilatti et al., 2010, p. 295).

O modelo a seis dimensões explicou de forma conjunta 52% da variância. A primeira dimensão correspondente à escala de risco e agressividade explicando 22% da variância, a segunda dimensão, sociabilidade aportou com 12,2% e a dimensão percepção de estados negativos explicou 6,2% da variância. As dimensões deterioração cognitiva/comportamental e de incremento da sexualidade explicaram 3,6% e 3,2% da variância, respectivamente (Pilatti et al., 2010, p. 294).

Posteriormente à tradução do questionário para português de Portugal e após a respectiva aplicação à amostra em estudo, procedeu-se à análise das suas propriedades psicométricas para a população adolescente portuguesa.

Resultados psicométricos do questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes

A **tabela 21** contém as estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, o que nos possibilitou observar a forma como o item se combinou com o valor global. Os valores médios oscilaram entre 2,06 no item 30 e 3,05 no item 6.

As estatísticas revelaram que os índices médios estavam bem centrados, uma vez que situavam-se acima do valor médio (escala de 1 a 5).

Pelos valores das correlações obtidos, todos superiores a 0,2, os mesmos oscilaram entre 0,466 no item 1 e 0,750 no item 21.

Tabela 21 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global do questionário.

Item	\bar{x}	Dp	r de Pearson
“O álcool faz com que...”			
1 - Possa divertir-me nas festas.	2,77	1,31	0,466**
2 - Me sinta mais alegre quando estou com outras pessoas.	2,87	1,26	0,553**
3 - Me sinta entretido (a).	2,71	1,22	0,572**
4 - As minhas respostas sejam lentas.	2,44	1,20	0,613**
5 - Magoe as outras pessoas.	2,18	1,21	0,521**
6 - Converse mais com outras pessoas.	3,05	1,26	0,634**
7 - Possa dormir melhor.	2,53	1,24	0,548**
8 - Me sinta tranquilo (a).	2,72	1,20	0,581**
9 - Me falte equilíbrio.	2,73	1,27	0,667**
10 - Faça coisas engraçadas.	2,90	1,23	0,688**
11 - Me acalme se estou ansioso (a).	2,61	1,15	0,637**
12 - Tenha dores de cabeça.	2,73	1,32	0,576**
13 - Seja mais crítico comigo mesmo (a).	2,42	1,09	0,675**
14 - Me sinta excitado (a) sexualmente.	2,37	1,18	0,650**
15 - Seja mais fácil falar com as pessoas.	2,96	1,29	0,671**
16 - Me sinta relaxado (a).	2,92	1,22	0,659**
17 - Tenha sono.	2,62	1,19	0,602**
18 - Me sinta angustiado.	2,25	1,04	0,643**
19 - Seja mais fácil falar com uma pessoa do outro sexo.	2,84	1,27	0,718**
20 - Se tiver uma dor muscular não a sinta tanto.	2,50	1,15	0,703**
21 - Me sinta confundido (a).	2,47	1,12	0,750**
22 - Realize comportamentos que implicam algum risco.	2,54	1,21	0,699**
23 - Me sinta culpado pelo meu comportamento.	2,42	1,14	0,721**
24 - Me possa sentir cómodo (a) ao relacionar-me com outras pessoas.	2,73	1,16	0,694**
25 - Me sinta descomposto (a).	2,36	1,07	0,711**

26 - Me sinta culpado por beber.	2,26	1,09	0,640**
27 - Goste de ter relações sexuais.	2,43	1,23	0,670**
28 - Seja menos tímido (a).	3,04	1,27	0,661**
29 - Me sinta desorientado (a).	2,46	1,16	0,703**
30 - Me comporte de maneira agressiva com as outras pessoas.	2,06	1,07	0,658**
31 - Me sinta culpado(a) com as coisas que digo.	2,22	1,07	0,717**
32 - Disfrute mais do sexo.	2,34	1,17	0,656**
33 - Seja mais simpático (a).	2,82	1,54	0,555**
34 - Diga coisas sem sentido.	2,71	1,24	0,697**
35 - Insulte os demais.	2,14	1,09	0,676**
36 - Faça coisas de que depois me arrependa.	2,44	1,22	0,680**
37 - Seja melhor amante (carinhoso).	2,50	1,17	0,693**
38 - Seja mais amigável.	2,71	1,19	0,659**
39 - Procure confrontar-me com outras pessoas.	2,40	1,11	0,727**
40 - Diga coisas de que depois me arrependo.	2,46	1,19	0,702**
41 - Haja mais companheirismo entre as pessoas.	2,66	1,19	0,701**
42 - Discuta com as pessoas com facilidade.	2,32	1,15	0,685**
43 - Me sinta envergonhado dos meus comportamentos.	2,25	1,10	0,651**
44 - Rapazes e raparigas pareçam mais sensuais.	2,25	1,12	0,654**
45 - Fique zangado com facilidade.	2,28	1,15	0,640**

** $p < 0,01$

Progredindo para a análise factorial da escala, procedeu-se à interpretação do valor obtido no teste Kaiser-Mayer-Olkin (KMO= 0,973) o qual se classificou de excelente tal como postulado por Marôco (2010, p. 493). Nesse sentido determinou-se a comunalidade inicial e após a extracção que é considerada boa, dado que os valores encontrados são inferiores a 5.

Relativamente aos valores de alfa de cronbach, os mesmos foram classificados de muito bons, pois variaram entre 0,968 e 0,969, para um alfa global de 0,969 (cf. tabela 22). Já o coeficiente de “split-half” apresentou-se com valores muito bons, tanto relativamente à primeira metade (0,939) como à segunda (0,949).

Tabela 22 - Consistência interna do questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes.

Item	\bar{x}	Dp	Correlação item/total	R ²	Alfa cronbach item	H ²
“O álcool faz com que...”						
1 - Possa divertir-me nas festas.	2,77	1,31	0,436	0,622	0,969	0,483

2 - Me sinto mais alegre quando estou com outras pessoas.	2,87	1,26	0,527	0,728	0,969	0,606
3 - Me sinto entretido (a).	2,71	1,22	0,547	0,663	0,968	0,565
4 - As minhas respostas sejam lentas.	2,44	1,20	0,591	0,532	0,968	0,419
5 - Magoe as outras pessoas.	2,18	1,21	0,495	0,534	0,969	0,476
6 - Converse mais com outras pessoas.	3,05	1,26	0,612	0,633	0,968	0,559
7 - Possa dormir melhor.	2,53	1,24	0,523	0,472	0,969	0,387
8 - Me sinto tranquilo (a).	2,72	1,20	0,558	0,604	0,968	0,531
9 - Me falte equilíbrio.	2,73	1,27	0,646	0,569	0,968	0,468
10 - Faça coisas engraçadas.	2,90	1,23	0,668	0,588	0,968	0,573
11 - Me acalme se estou ansioso (a).	2,61	1,15	0,616	0,525	0,968	0,461
12 - Tenha dores de cabeça.	2,73	1,32	0,550	0,514	0,968	0,462
13 - Seja mais crítico comigo mesmo (a).	2,42	1,09	0,657	0,523	0,968	0,461
14 - Me sinto excitado (a) sexualmente.	2,37	1,18	0,630	0,604	0,968	0,447
15 - Seja mais fácil falar com as pessoas.	2,96	1,29	0,649	0,714	0,968	0,628
16 - Me sinto relaxado (a).	2,92	1,22	0,639	0,650	0,968	0,617
17 - Tenha sono.	2,62	1,19	0,579	0,436	0,968	0,388
18 - Me sinto angustiado.	2,25	1,04	0,625	0,591	0,968	0,557
19 - Seja mais fácil falar com uma pessoa do outro sexo.	2,84	1,27	0,700	0,673	0,968	0,637
20 - Se tiver uma dor muscular não a sinto tanto.	2,50	1,15	0,686	0,554	0,968	0,512
21 - Me sinto confundido (a).	2,47	1,12	0,735	0,683	0,968	0,633
22 - Realize comportamentos que implicam algum risco.	2,54	1,21	0,681	0,659	0,968	0,604
23 - Me sinto culpado pelo meu comportamento.	2,42	1,14	0,705	0,656	0,968	0,607
24 - Me possa sentir cómodo (a) ao relacionar-me com outras pessoas.	2,73	1,16	0,676	0,586	0,968	0,550
25 - Me sinto descomposto (a).	2,36	1,07	0,695	0,668	0,968	0,636
26 - Me sinto culpado por beber.	2,26	1,09	0,621	0,650	0,968	0,580
27 - Goste de ter relações sexuais.	2,43	1,23	0,650	0,714	0,968	0,490
28 - Seja menos tímido (a).	3,04	1,27	0,640	0,604	0,968	0,534
29 - Me sinto desorientado (a).	2,46	1,16	0,685	0,652	0,968	0,611
30 - Me comporte de maneira agressiva com as outras pessoas.	2,06	1,07	0,640	0,714	0,968	0,648
31 - Me sinto culpado(a) com as coisas que digo.	2,22	1,07	0,702	0,708	0,968	0,666
32 - Disfrute mais do sexo.	2,34	1,17	0,636	0,670	0,968	0,470
33 - Seja mais simpático (a).	2,82	1,54	0,523	0,400	0,969	0,380
34 - Diga coisas sem sentido.	2,71	1,24	0,678	0,618	0,968	0,535
35 - Insulte os demais.	2,14	1,09	0,658	0,706	0,968	0,671
36 - Faça coisas de que depois me arrependa.	2,44	1,22	0,661	0,696	0,968	0,641
37 - Seja melhor amante (carinhoso).	2,50	1,17	0,675	0,652	0,968	0,565
38 - Seja mais amigável.	2,71	1,19	0,639	0,668	0,968	0,581
39 - Procure confrontar-me com outras pessoas.	2,40	1,11	0,711	0,597	0,968	0,541
40 - Diga coisas de que depois me arrependo.	2,46	1,19	0,684	0,738	0,968	0,670
41 - Haja mais companheirismo entre as pessoas.	2,66	1,19	0,683	0,637	0,968	0,595
42 - Discuta com as pessoas com facilidade.	2,32	1,15	0,667	0,668	0,968	0,598
43 - Me sinto envergonhado dos meus comportamentos.	2,25	1,10	0,633	0,637	0,968	0,588

44 - Rapazes e raparigas pareçam mais sensuais.	2,25	1,12	0,635	0,509	0,968	0,432
45 - Fique zangado com facilidade.	2,28	1,15	0,620	0,559	0,968	0,565
Coefficiente Split-half	Primeira metade = 0,939					
	Segunda metade = 0,949					
Coefficiente alpha Cronbach global	0,969					

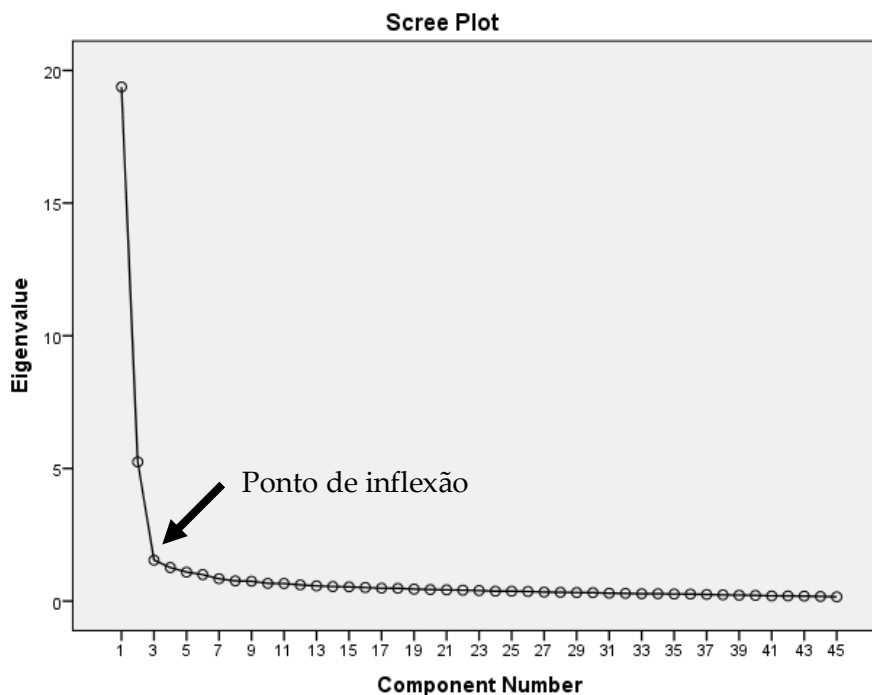
Efectuada a extracção dos factores obtiveram-se cinco factores com engenvalues superiores a 1 e que em conjunto explicavam 63,39% da variância total (cf. **Tabela 23**).

Tabela 23 - Total variância explicada.

Factores	Variância explicada		
	Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
Factor 1	19,380	26,85	26,85
Factor 2	5,247	15,31	42,16
Factor 3	1,543	10,28	52,44
Factor 4	1,264	6,96	59,40
Factor 5	1,092	3,99	63,39

No entanto, o gráfico de variâncias designado por “Scree Plot” (cf. **Gráfico 1**) revelou-nos que o número de itens a reter se configuram em dois, pelo que se procedeu a nova análise factorial forçando a dois factores. Foi usado este método em detrimento do de Kaiser, uma vez que, o número de casos era suficientemente elevado.

Gráfico 1 - Variâncias de Scree Plot.



Assim, os dois factores com raízes lactentes superiores a 1 explicaram 54,73% da variância total (cf. tabela 24).

O factor 1 que foi designado por “Expectativas negativas” foi constituído pelos itens 4, 5, 9, 12, 13, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 26, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 39, 40, 42, 43 e 45 e explica 29,23% da variância total.

O factor 2 designado de “Expectativas positivas” explica 25,50% da variância total e é constituído pelos itens 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 19, 20, 24, 27, 28, 32, 33, 37, 38, 41 e 44.

Tabela 24 - Ordenação dos itens por factor.

Item	Factor 1	Factor 2
“O álcool faz com que...”		
1 - Possa divertir-me nas festas.		0,694
2 - Me sinta mais alegre quando estou com outras pessoas.		0,778
3 - Me sinta entretido (a).		0,749
4 - As minhas respostas sejam lentas.	0,593	
5 - Magoe as outras pessoas.	0,690	
6 - Converse mais com outras pessoas.		0,727
7 - Possa dormir melhor.		0,596
8 - Me sinta tranquilo (a).		0,720

9 - Me falte equilíbrio.	0,594	
10 - Faça coisas engraçadas.		0,706
11 - Me acalme se estou ansioso (a).		0,614
12 - Tenha dores de cabeça.	0,667	
13 - Seja mais crítico comigo mesmo (a).	0,518	
14 - Me sinta excitado (a) sexualmente.		0,557
15 - Seja mais fácil falar com as pessoas.		0,769
16 - Me sinta relaxado (a).		0,765
17 - Tenha sono.	0,550	
18 - Me sinta angustiado.	0,724	
19 - Seja mais fácil falar com uma pessoa do outro sexo.		0,748
20 - Se tiver uma dor muscular não a sinta tanto.		0,573
21 - Me sinta confundido (a).	0,723	
22 - Realize comportamentos que implicam algum risco.	0,739	
23 - Me sinta culpado pelo meu comportamento.	0,720	
24 - Me possa sentir cómodo (a) ao relacionar-me com outras pessoas.		0,667
25 - Me sinta descomposto (a).	0,760	
26 - Me sinta culpado por beber.	0,746	
27 - Goste de ter relações sexuais.		0,606
28 - Seja menos tímido (a).		0,684
29 - Me sinta desorientado (a).	0,742	
30 - Me comporte de maneira agressiva com as outras pessoas.	0,794	
31 - Me sinta culpado(a) com as coisas que digo.	0,785	
32 - Disfrute mais do sexo.		0,593
33 - Seja mais simpático (a).		0,584
34 - Diga coisas sem sentido.	0,656	
35 - Insulte os demais.	0,807	
36 - Faça coisas de que depois me arrependa.	0,782	
37 - Seja melhor amante (carinhoso).		0,687
38 - Seja mais amigável.		0,732
39 - Procure confrontar-me com outras pessoas.	0,577	
40 - Diga coisas de que depois me arrependo.	0,797	
41 - Haja mais companheirismo entre as pessoas.		0,715
42 - Discuta com as pessoas com facilidade.	0,740	
43 - Me sinta envergonhado dos meus comportamentos.	0,749	
44 - Rapazes e raparigas pareçam mais sensuais.		0,452
45 - Fique zangado com facilidade.	0,734	

Factores	Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
F1 – Expectativas negativas	19,380	29,23	29,23
F 2 – Expectativas positivas	5,247	25,50	54,73

Na **tabela 25** apresentamos os valores de alfa de cronbach por factores para o questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes. Como se pode observar, tanto

os valores dos factores ou subescalas expectativas negativas (0,963), como os da subescala expectativas positivas (0,953) demonstraram uma consistência interna muito boa.

No que diz respeito ao índice de consistência interna do factor 1, tanto da primeira metade do coeficiente de split-half (0,924), como da segunda (0,942) revelaram-se muito bons. Relativamente ao índice de consistência interna do factor 2, tanto o coeficiente de split-half da primeira metade (0,918) como o da segunda (0,920) revelaram-se igualmente muito bons. Importa ainda ressaltar que o alfa de cronbach global obtido (0,969) foi superior ao obtido no estudo original (0,920).

Tabela 25 - Comparação dos valores de alfa de cronbach do estudo actual com a escala original em função dos factores e pontuação global.

Factores	Nº Itens	Alfa de Cronbach			
		Split-half		Total	
		1ª Metade	2ª Metade	Estudo actual	Estudo original
Factor 1 – Expectativas negativas	23	0,924	0,942	0,963	-
Factor 2 – Expectativas positivas	22	0,918	0,920	0,953	-
CEA-A (Global)	45	0,939	0,949	0,969	0,920

Finalmente resta ainda analisar os resultados da matriz de correlação efectuada entre os dois factores ou subescalas e o valor global do questionário de expectativas face ao álcool em adolescentes. Como se expressa na **tabela 26**, as correlações obtidas para os factores oscilam entre moderada (expectativas negativas vs expectativas positivas) e muito alta (expectativas negativas vs CEA-A global). As diferenças estatísticas encontradas foram estatisticamente significativas e estabeleceram uma relação directa, ou seja, quanto maiores ou menores os valores de uma subescala, maior ou menor será o valor da outra subescala ou valor global da mesma com a qual se relaciona.

Tabela 26 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala.

Factores	Factor 1	Factor 2
Factor 2 – Expectativas Positivas	0,612**	-
CEA-A (Global)	0,901**	0,895**

**p < 0,01

1.6.6. Parte VI – Escala de Auto-Estima de Rosenberg

A Escala de Auto-Estima de Rosenberg (RSES) é uma medida unidimensional, que avalia explicitamente a auto-estima global, medindo o valor que o indivíduo atribui a si mesmo como pessoa e é baseado no modelo de Guttman, ou seja, baseia-se na ideia que os itens pertencem ao mesmo universo de conteúdo e vão representando progressivos graus de força relativamente ao conflito (Romano et al., 2007, p. 107).

Os critérios de construção desta escala foram, segundo Rosenberg (1965): a facilidade de administração, a economia de tempo, a unidimensionalidade e a validade aparente.

É constituída por 10 itens, dos quais cinco estão formulados positivamente e os restantes cinco negativamente de forma a controlar a aquiescência. Cada item apresenta quatro categorias de respostas: Concordo bastante (4), Concordo (3), Discordo (2) e Discordo bastante (1). Cinco afirmações reflectem a auto-estima positiva e as outras cinco reflectem sentimentos negativos relativos a si mesmo. Após as devidas inversões, a média dos 10 itens dá-nos a cotação da escala. A pontuação total obtém-se, avaliando as respostas nos itens positivos (de quatro a um), e nos negativos (de um a quatro) de modo que, a obtenção de uma pontuação alta na escala reflecte uma elevada auto-estima. A pontuação da escala oscila entre 10 e 40 (Romano et al., 2007, p. 108).

Romano et al., (2007, p. 107) procederam à validação da escala numa amostra de adolescentes da região interior norte de Portugal, tendo aplicado o instrumento a uma amostra de 501 adolescentes que frequentavam o ensino básico e secundário na região atrás mencionada, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. Após o estudo das características psicométricas, a mesma apresentou uma consistência interna³ considerada satisfatória, com um alfa de cronbach de 0,63 para o factor 1 (auto-estima negativa) e de 0,74 para o factor 2 (auto-estima positiva). A sua estrutura factorial é bidimensional (contrariando a versão original do constructo a qual é unidimensional), explicando 46, 03% da variância total. A análise factorial confirmatória corroborou o modelo de dois factores. O

³ De acordo com Hair et al., (1998) cit. por Romano et al., (2007, p. 109) são indicativos de consistência interna aceitáveis valores superiores ou iguais a 0,60.

factor 1 agrupa os itens de orientação negativa (itens 2, 5, 6, 8 e 9), que explicam 33,43% da variância. O factor 2 composto pelos itens de orientação positiva (itens 1, 3, 4, 7 e 10) explica 12,68% da variância total (Romano et al., 2007, pp. 109 e 110).

Resultados psicométricos da escala de auto-estima de Rosenberg

As estatísticas e as correlações obtidas entre cada item e o valor global da escala de auto-estima de Rosenberg estão patentes na **tabela 27**. Assim, dos 971 estudantes considerados no estudo, as estatísticas revelaram índices médios, na sua globalidade, bem centrados, uma vez que os mesmos se situaram acima da média. Os itens com índices médios mais baixos foram o 8 e o 6.

Relativamente à correlação dos itens com a nota global verificou-se que o valor de r mais baixo se situou no item 1 ($r= 0,547$) e o mais elevado no item 9 ($r= 0,789$), que explica 63,00% da sua variabilidade.

Tabela 27 - Correlação de Pearson entre os diferentes itens e o valor global da escala.

Item	\bar{x}	Dp	r de Pearson
1 - Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.	3,17	0,658	0,547**
2 - Estou convencido (a) que tenho boas qualidades.	3,09	0,618	0,583**
3 - Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.	3,21	0,575	0,571**
4 - Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo (a).	3,06	0,680	0,710**
5 - Em geral estou satisfeito comigo mesmo.	3,04	0,662	0,670**
6 - Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso (a).	2,91	0,804	0,618**
7 - Em geral inclino-me a pensar que sou um fracassado (a).	3,19	0,791	0,778**
8 - Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo (a).	2,90	0,875	0,663**
9 - Muitas vezes penso que sou um (a) inútil.	3,04	0,865	0,789**
10 - Às vezes creio que não sou boa pessoa.	3,08	0,854	0,657**

** $p < 0,01$

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin ao apresentar um valor de 0,867 classificou-se de bom, no sentido de continuar o processo de validação da escala. Nesse sentido foram

determinadas as comunalidades iniciais e após a extracção, as mesmas classificaram-se de boas dado que os valores encontrados se situaram entre os 0,507 no item 6 e os 0,749 no item 9 (cf. **tabela 28**), ou seja, apresentam valores inferiores a 5.

No que se refere aos índices de alfa de cronbach, estes oscilaram entre 0,827 (item 9) e 0,850 (item 1) para um alfa global de 0,855. Já o coeficiente de split-half revelou bons valores com 0,841 e 0,850 para a primeira e segunda metade, respectivamente.

Analisando as médias e desvios padrão obtidos nos diversos itens constatou-se que o indicador menos favorável foi o item 8 ($\bar{x} = 2,90$; $Dp = 0,875$), sendo o item mais favorável foi o 3 ($\bar{x} = 3,21$; $Dp = 0,575$). O item 6 explica apenas 33,80% da variabilidade do constructo. O item 9 explica 63,00% da sua variabilidade.

Tabela 28 - Consistência interna da escala de auto-estima de Rosenberg.

Item	\bar{x}	Dp	Correlação item/total	R ²	Alfa cronbach item	H ²
1 - Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.	3,17	0,658	0,442	0,413	0,850	0,578
2 - Estou convencido (a) que tenho boas qualidades.	3,09	0,618	0,491	0,485	0,847	0,680
3 - Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.	3,21	0,575	0,484	0,458	0,848	0,660
4 - Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo (a).	3,06	0,680	0,630	0,580	0,836	0,652
5 - Em geral estou satisfeito comigo mesmo.	3,04	0,662	0,585	0,521	0,840	0,582
6 - Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso (a).	2,91	0,804	0,500	0,338	0,847	0,507
7 - Em geral inclino-me a pensar que sou um fracassado(a).	3,19	0,791	0,700	0,610	0,828	0,744
8 - Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo (a).	2,90	0,875	0,543	0,416	0,844	0,593
9 - Muitas vezes penso que sou um (a) inútil.	3,04	0,865	0,706	0,630	0,827	0,749
10 - Às vezes creio que não sou boa pessoa.	3,08	0,854	0,540	0,421	0,844	0,541
Coefficiente Split-half	Primeira metade = 0,841					
	Segunda metade = 0,850					
Coefficiente alpha Cronbach global	0,855					

No intuito de conhecer a estrutura factorial da escala realizou-se com os 10 itens que a compõem, uma análise factorial dos componentes principais, com rotação de tipo varimax.

A solução factorial, semelhante à obtida no estudo original, permitiu a selecção de dois factores com raízes lactentes superiores a 1, que no seu conjunto explicaram 62,86% da variância total (cf. **tabela 29**).

O factor 1, ligado à auto-estima negativa, explicou 32,35% da variância total e foi constituído pelos itens 6, 7, 8, 9 e 10.

O factor 2, referente à auto-estima positiva, explicou 30,51% da variância total, sendo constituído pelos itens 1, 2, 3, 4 e 5.

Tabela 29 - Ordenação dos itens por factor.

Item	Factor 1	Factor 2	
1 - Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.		0,757	
2 - Estou convencido (a) que tenho boas qualidades.		0,820	
3 - Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.		0,808	
4 - Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo (a).		0,731	
5 - Em geral estou satisfeito comigo mesmo.		0,692	
6 - Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso (a).	0,705		
7 - Em geral inclino-me a pensar que sou um fracassado(a).	0,834		
8 - Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo (a).	0,764		
9 - Muitas vezes penso que sou um (a) inútil.	0,835		
10 - Às vezes creio que não sou boa pessoa.	0,724		
Factores	Eigenvalue	% Variância	% Variância Acumulada
F1 – Auto-estima negativa	4,418	32,35	32,35
F 2 – Auto-estima positiva	1,868	30,51	62,86

Foram ainda determinados os valores de alfa de cronbach por factor. Como se pode observar pela análise da **tabela 30**, os dois factores revelaram valores classificados como bons, sendo os mesmos superiores relativamente aos valores obtidos no estudo original por Romano et al., (2007).

Tabela 30 - Comparação dos valores de alfa de cronbach do estudo actual com a escala original por factores e pontuação global.

Factores	Nº Itens	Alfa de Cronbach			
		Split-half		Total	
		1ª Metade	2ª Metade	Estudo actual	Estudo original
Factor 1 – Auto-estima negativa	5	0,759	0,758	0,850	0,63
Factor 2 – Auto-estima positiva	5	0,794	0,819	0,841	0,74
Auto-estima (Global)	10	0,841	0,850	0,855	-

De acordo com os resultados obtidos e que se encontram patentes na **tabela 31**, as correlações entre os dois factores com a pontuação global da escala oscilaram entre 0,415 (F1 vs F2) e 0,886 (F1 vs Auto-estima global) sendo altamente significativas. Entre os factores em questão bem como com o valor global da escala verificaram-se correlações positivas, o que significou que a um aumento numa das dimensões da escala se associou um aumento nas restantes.

Tabela 31 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala.

Factores	Factor 1	Factor 2
F 2 – Auto-estima positiva	0,415**	-
Auto-estima (Global)	0,886**	0,789**

**p < 0,01

1.6.7. Parte VII – Inventário Clínico de Autoconceito

O Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) é uma escala subjectiva de auto-avaliação. Trata-se de uma escala de tipo likert constituída por 20 itens. Este inventário foi desenvolvido com o objectivo de medir os aspectos emocionais e sociais do autoconceito. Foi criada por Adriano Vaz Serra em 1985 (Vaz Serra, 1986a, p. 67).

A classificação em cada um dos itens pode ser no mínimo 1 (um) e no máximo 5 (cinco), uma vez que cada item apresenta cinco possíveis respostas (não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo) (Ibidem).

A escala está construída de um modo geral, para que as pontuações vão aumentando da esquerda para a direita obtendo-se, no final, a soma total dos itens que pode oscilar de

um mínimo de 20 a um máximo de 100. Quanto mais elevada é a pontuação obtida com a soma das 20 questões melhor é o autoconceito do indivíduo. No entanto, algumas questões são elaboradas de forma negativa sendo neste caso necessário proceder à inversão da pontuação (itens 3, 12 e 18).

O autor aplicou a escala a 920 indivíduos obtendo um coeficiente de Spearman-Brown de 0,791. O inventário, na sua globalidade tem uma boa estabilidade temporal, com uma correlação teste/reteste de 0,838 (n=108), quando aplicado com um intervalo mínimo de 4 semanas (Vaz Serra, 1986a, p. 79).

Uma análise factorial de componentes principais seguidas de uma rotação de tipo varimax com os 20 itens da escala, revelou seis factores subjacentes, que explicam 53,42% da percentagem cumulativa da variância total (Vaz Serra, 1986a, p. 78).

O factor 1 é constituído por cinco questões (itens 1, 4, 9, 16 e 17) estando relacionado com a aceitação/rejeição social. O factor 2 é constituído por seis questões (itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20) que realçam a capacidade de enfrentar e resolver problemas ou dificuldades. Assim os valores altos indicam independência e os baixos, dependência. Está relacionado com a auto-eficácia. O factor 3 engloba quatro questões (itens 2, 6, 7 e 13) representando a maturidade psicológica. O factor 4 agrupa três questões (itens 10, 15 e 19) e está relacionado com a impulsividade/actividade. Os factores 5 e 6 correspondem às questões 12 e 14 sendo considerados pelo autor como factores mistos, já representados noutros factores, sem qualquer denominação específica (Ibidem).

Para análise dos resultados obtidos através desta escala, o autor valoriza os resultados dos factores 1, 2, 3 e 4, assim como o seu total, em detrimento dos factores 5 e 6 (Vaz Serra, 1986a, p. 72).

Resultados psicométricos do inventário clínico do autoconceito

Na **tabela 32** encontram-se as estatísticas (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada item e o valor global, o que possibilita visualizar a forma como o item se combina com o valor global.

Os valores de alfa de cronbach foram classificados de bons pois variam entre 0,863 e 0,883. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelaram que os itens 12 e 18 foram os que se demonstraram mais problemáticos uma vez que, face aos valores que apresentaram (0,185 e 0,102, respectivamente) não se revelaram homogéneos face aos demais itens. A correlação máxima obtida situou-se no item 14 ($r= 0,674$). Os valores médios e respectivos desvios padrões nos diversos itens possibilitaram afirmar que estes se encontravam bem centrados.

Calculando o índice de fiabilidade pelo método das metades (split-half), os mesmos revelaram-se inferiores relativamente ao valor obtido para a globalidade da escala (0,875), obtendo-se uma valor de 0,784 para a primeira metade e de 0,776 para a segunda.

Tabela 32 - Consistência interna do inventário clínico do autoconceito.

Item	\bar{x}	Dp	Correlação item/total	Alfa cronbach item
1 - Sei que sou uma pessoa simpática (o).	3,94	0,843	0,553	0,867
2 - Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	3,63	1,010	0,421	0,872
3 - Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	3,89	1,012	0,284	0,877
4 - No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	3,28	1,050	0,398	0,873
5 - Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	3,24	0,865	0,419	0,871
6 - Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	3,69	0,854	0,447	0,870
7 - Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	3,62	0,943	0,480	0,869
8 - De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	3,83	0,846	0,626	0,865
9 - Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	3,74	0,825	0,629	0,865
10 - Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	3,79	0,814	0,644	0,864
11 - Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	3,59	0,884	0,641	0,864
12 - Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	3,89	1,096	0,185	0,881
13 - Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	3,59	0,952	0,423	0,871
14 - Considero-me competente naquilo que faço.	3,66	0,837	0,674	0,863
15 - Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	3,65	0,951	0,406	0,872
16 - A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	3,70	0,859	0,581	0,866

17 - Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	3,81	0,829	0,651	0,864
18 - Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	3,60	1,015	0,102	0,883
19 - Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	4,09	0,854	0,610	0,865
20 - Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	3,68	0,914	0,640	0,864
Coefficiente Split-half	Primeira metade= 0,784			
	Segunda metade= 0,776			
Coefficiente alpha Cronbach global	0,875			

Na **tabela 33** é possível observar a correlação entre as respostas dadas pelos estudantes a cada um dos itens e o resultado em cada um dos factores. Com excepção do item 18 que apresentou correlações negativas com o factor 1 e 3 e que pela fraca relação que estabelece com os restantes, deveria ter sido retirado do modelo. Também o item 12 revelou uma correlação positiva com o factor 4 e sem significado estatístico. Os restantes itens revelaram correlações positivas e significativas em todos os factores. A correlação foi sempre maior relativamente ao resultado do factor do qual o item fazia parte.

Tabela 33 - Correlação dos itens com os factores e com o valor global do autoconceito.

Item	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	AC Total
1 - Sei que sou uma pessoa simpática (o).	0,706**	0,361**	0,469**	0,449**	0,610**
2 - Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	0,388**	0,309**	0,655**	0,370**	0,503**
3 - Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	0,124**	0,628**	0,118**	0,147**	0,376**
4 - No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	0,674**	0,264**	0,323**	0,355**	0,485**
5 - Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	0,395**	0,511**	0,369**	0,319**	0,489**
6 - Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	0,394**	0,339**	0,653**	0,343**	0,514**
7 - Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	0,380**	0,399**	0,692**	0,405**	0,551**
8 - De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	0,479**	0,689**	0,547**	0,480**	0,677**
9 - Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	0,766**	0,446**	0,421**	0,523**	0,678**
10 - Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	0,557**	0,520**	0,495**	0,788**	0,691**
11 - Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	0,493**	0,741**	0,484**	0,509**	0,692**
12 - Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	0,156**	0,267**	0,073*	0,047	0,290**
13 - Quando me interrogam sobre questões importantes conto	0,329**	0,313**	0,688**	0,370**	0,500**

sempre a verdade.					
14 - Considero-me competente naquilo que faço.	0,580**	0,570**	0,489**	0,557**	0,718**
15 - Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	0,442**	0,238**	0,334**	0,751**	0,484**
16 - A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	0,723**	0,392**	0,411**	0,523**	0,637**
17 - Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	0,826**	0,428**	0,436**	0,542**	0,698**
18 - Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	-0,038	0,474**	-0,003	0,033	0,202**
19 - Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	0,500**	0,477**	0,470**	0,786**	0,662**
20 - Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	0,519**	0,709**	0,452**	0,528**	0,693**

** p < 0,01

* p < 0,05

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, são apresentados na **tabela 34** os parâmetros de validade e de precisão dos factores do inventário clínico do autoconceito.

No que concerne à **aceitação/rejeição social** (factor 1) obtiveram-se valores de alfa de cronbach classificados de fraco a razoáveis, uma vez que os mesmos oscilaram entre 0,695 no item 17 e 0,798 no item 4 (cf. **tabela 34**), com um valor global para o total da escala de 0,783 (cf. **tabela 35**). Os valores de split-half revelaram-se inferiores relativamente ao valor obtido na nota global, sendo na primeira metade classificado de fraco (0,628) e na segunda de razoável (0,734). Salienta-se ainda que o item 17 foi o que mais se correlacionou com a aceitação/rejeição social ($r = 0,711$) e o que melhor representou o factor. O item que menos se correlacionou com o factor 1 foi o 4 ($r = 0,427$). O que exprimiu maior variabilidade em relação aos restantes itens foi o item 17 com 53,70%.

Relativamente à **auto-eficácia** (factor 2) em termos médios, os piores resultados verificaram-se no item 18 ($\bar{x} = 3,60$; $Dp = 1,015$). Quanto à consistência do factor 2 obtiveram-se valores de alfa que oscilaram entre 0,581 no item 11 e 0,714 no item 18, classificando-se respectivamente de inadmissíveis e razoáveis (cf. **tabela 34**). Já o alfa global para o factor em estudo considerou-se fraco ao obter um valor de 0,681. Os valores de split-half consideraram-se inadmissíveis ao pontuarem abaixo de 0,6, tanto na primeira como na segunda metade (cf. **tabela 35**). O item que mais se correlaciona com os resultados globais do factor 2 foi o item 11 ($r = 0,585$) exprimindo 42,80% da variabilidade através dos restantes itens do factor. O que revelou menor correlação foi o item 18 ($r = 0,200$), sendo também este o que apresentou menor variabilidade (18,10%).

O factor 3 relativo à **maturidade psicológica**, pela análise dos valores médios verificou-se homogeneidade nas respostas, uma vez que apresentam valores médios semelhantes e desvios padrão igualmente semelhantes, situando-se as diferenças em valores centesimais. Os coeficientes de alfa de cronbach obtidos nos quatro itens do factor oscilaram entre 0,498 no item 7 e 0,568 no item 2, indicando valores classificados de inadmissíveis segundo Pestana & Gageiro (2008) (cf. **tabela 34**), verificando-se situação semelhante relativamente ao coeficiente de split-half (cf. **Tabela 35**) para a primeira metade (0,351), para a segunda metade (0,467) e para o coeficiente global (0,593).

Finalmente reportando-nos ao factor relativo à **impulsividade/atividade** (factor 4), os valores médios indicam que o indicador mais favorável ao factor foi o item 19, sendo o menos favorável o item 15 (cf. **tabela 34**). No entanto a maior variabilidade de resposta foi obtida no item 10. Não se procedeu à determinação do coeficiente de split-half uma vez que o factor apenas foi constituído por 3 itens. O coeficiente global foi classificado de fraco, uma vez que apresentou um valor de 0,661 (cf. **tabela 35**). O maior valor de correlação situou-se no item 10 ($r= 0,531$), sendo também este o que explicou maior variabilidade em relação aos outros itens (30,90%). O item que apresentou menor correlação foi o item 15 ($r= 0,392$), explicando apenas 15,40% da variabilidade em relação aos restantes itens.

Tabela 34 - Correlação dos itens com os factores e o valor global do autoconceito.

Item	\bar{x}	Dp	R item/total	R ²	Alfa
Factor 1 – Aceitação/rejeição social					
1 - Sei que sou uma pessoa simpática (o).	3,94	0,843	0,533	0,335	0,751
4 - No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	3,28	1,050	0,427	0,190	0,798
9 - Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	3,74	0,825	0,623	0,404	0,724
16 - A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	3,70	0,859	0,552	0,362	0,745
17 - Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	3,81	0,829	0,711	0,537	0,695
Factor 2 – Auto-eficácia					
3 - Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	3,89	1,012	0,394	0,269	0,646
5 - Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	3,24	0,865	0,289	0,197	0,677
8 - De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus	3,83	0,846	0,521	0,344	0,605

problemas.					
11 - Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	3,59	0,884	0,585	0,428	0,581
18 - Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	3,60	1,015	0,200	0,181	0,714
20 - Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	3,68	0,914	0,532	0,384	0,597
Factor 3 – Maturidade psicológica					
2 - Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	3,63	1,010	0,320	0,102	0,568
6 - Considero-me tolerante para com as outras pessoas.	3,69	0,854	0,385	0,155	0,516
7 - Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	3,62	0,943	0,404	0,168	0,498
13 - Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	3,59	0,952	0,394	0,158	0,506
Factor 4 – Impulsividade/actividade					
10 - Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	3,79	0,814	0,531	0,309	0,494
15 - Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	3,65	0,951	0,392	0,154	0,685
19 - Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	4,09	0,854	0,508	0,297	0,518

Tabela 35 - Valores de alfa de cronbach dos factores e da escala global do autoconceito.

Factores	Nº Itens	Alfa de Cronbach			
		Split-half		Total	
		1ª Metade	2ª Metade	Estudo actual	Estudo original
Factor 1 – Aceitação/rejeição social	5	0,628	0,734	0,783	-
Factor 2 – Auto-eficácia	6	0,391	0,453	0,681	-
Factor 3 – Maturidade psicológica	4	0,351	0,467	0,593	-
Factor 4 – Impulsividade - actividade	3	-	-	0,661	-
Autoconceito (Global)	20	0,784	0,776	0,875	-

De acordo com os resultados obtidos, apresentados na **tabela 36**, verificou-se que as correlações entre os quatro factores e o valor global do inventário clínico foram positivas e significativamente correlacionadas, oscilando entre 0,505 (auto-eficácia vs maturidade psicológica) e 0,836 (aceitação/rejeição social vs valor global do autoconceito). Quanto às correlações existentes entre os diferentes factores e o valor global verificou-se que estas eram elevadas, oscilando entre 0,769 com o factor 3 e 0,836 com o factor 1. Perante estes

resultados, concluiu-se que o aumento ou diminuição da pontuação num dos factores se encontra associado a um aumento ou diminuição na pontuação dos restantes factores, respectivamente, sendo por isso directamente proporcionais.

Tabela 36 - Matriz de correlação de Pearson entre os factores e o valor global da escala do autoconceito.

Factores	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
F 2 – Auto-eficácia	0,506**	-	-	-
F 3 – Maturidade psicológica	0,554**	0,505**	-	-
F 4 – Impulsividade - actividade	0,642**	0,522**	0,554**	-
Autoconceito (Global)	0,836**	0,820**	0,769**	0,784**

**p < 0,01

1.7. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE RECOLHA DE DADOS

Com a finalidade de proceder à colheita de dados, após a elaboração do instrumento de colheita de dados, o mesmo foi submetido a aprovação à DGIDC (Direcção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular) no âmbito da monitorização de inquiridos em meio escolar. Após aprovação do mesmo, com o número de registo 0012100007 (cf. **anexo I**) foram solicitadas as autorizações para a recolha de dados junto dos órgãos directivos das respectivas escolas que integraram o estudo, obtendo-se respostas afirmativas ainda que confirmadas apenas telefónicamente.

Antecedendo a aplicação do instrumento de colheita de dados junto dos diversos alunos foram ainda obtidas as respectivas autorizações junto dos encarregados de educação, dos inquiridos com menos de 18 anos, segundo o modelo em anexo (cf. **anexo II**). Foi ainda assegurada a participação voluntária no estudo aos inquiridos, garantido ainda a todos os participantes o respectivo anonimato, confidencialidade, informando-os ainda sobre o objectivo final dos dados recolhidos.

Para a aplicação das diversas escalas foram solicitadas as devidas autorizações aos respectivos autores, conforme atestam os documentos em anexo (cf. **anexo III**). Relativamente ao Questionário de Expectativas Face ao Álcool para Adolescentes, foi obtida

junto dos autores do instrumento a respectiva autorização para a sua adaptação à população adolescente portuguesa, para além da sua utilização nesta investigação.

O instrumento de colheita de dados (cf. **anexo IV**) foi aplicado a todos os adolescentes constituintes da amostra durante uma sessão lectiva, sendo auto-administrado e assistido pelo respectivo professor da disciplina. Aos professores assistentes foram explicitados os procedimentos de colheita dos dados e clarificadas as dúvidas equacionadas pelos mesmos.

O instrumento de colheita de dados foi aplicado aos alunos do 10º, 11º e 12º ano da Escola Secundária com 3º ciclo de Tondela, Escola Secundária Emídio Navarro e Escola Profissional de Tondela. Foram excluídos os instrumentos de colheita de dados não preenchidos na sua totalidade.

As respostas dos adolescentes foram codificadas e analisadas no programa estatístico SPSS, versão 20.0, possibilitando efectuar as estatísticas descritivas e inferenciais, evidenciando sempre que possível relações e dependências entre as variáveis. Relativamente ao Inventário Clínico do Autoconceito, no sentido de obter as pontuações referentes aos diferentes factores, assim como das pontuações totais do mesmo, recorreu-se à utilização do programa informático para a cotação do inventário elaborado por Ramalheira em 1987.

1.8. ANÁLISE DE DADOS

O tratamento estatístico inicia-se com a colheita de dados culminando com a análise e interpretação dos mesmos. Este estudo será processado através da estatística descritiva e analítica.

Relativamente à estatística descritiva fez-se uso das frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) e medidas de assimetria e achatamento, de acordo com as características das variáveis em estudo.

A medida de assimetria Skewness (Sk) calcula-se através do quociente entre o valor de Sk e do erro padrão (EP). Se Sk/EP oscilar entre $-1,96$ e $1,96$, a distribuição é simétrica.

Mas se Sk/EP for inferior a $-1,96$, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita. Se Sk/EP for superior a $1,96$, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Pestana & Gageiro, 2008, p. 79).

Relativamente às medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão. Assim, se K/EP oscilar entre $-1,96$ e $1,96$ a distribuição diz-se mesocúrtica. Se K/EP for inferior a $-1,96$, a distribuição é platicúrtica, enquanto se o valor de K/EP for superior a $1,96$ é leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2008, p. 80). Os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, Skewness e curtose foram aplicados a todas as variáveis de natureza quantitativa, conforme o recomendado.

O coeficiente de variação é uma medida de dispersão relativa usada para comparar distribuições, devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com o postulado por Pestana & Gageiro (2008, p. 81):

- $CV \leq 15\%$ - dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ - dispersão média;
- $CV > 30\%$ - dispersão elevada.

Para que seja possível a utilização de testes paramétricos, Marôco (2010, p. 199) refere que se devem verificar simultaneamente dois requisitos essenciais. Em primeiro lugar, as variáveis de natureza quantitativa devem ter distribuição normal e em segundo lugar, as variâncias populacionais devem ser homogéneas, caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais. Desta forma, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis usou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov e para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene.

Marôco (2010, p. 203) refere ainda que os testes paramétricos se constituem robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões da amostra não sejam demasiado pequenas. Também Pestana & Gageiro (2008, p. 231) refere que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição aproxima-se da distribuição normal.

A estatística não paramétrica utilizou-se como alternativa à paramétrica quando os pressupostos para a sua aplicação não estavam cumpridos. Estes testes são menos potentes

que os correspondentes paramétricos, daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é maior num teste paramétrico do que num teste não paramétrico (Marôco, 2010, p. 199).

Assim, relativamente à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se o **Teste t de student**, para comparação de médias de uma variável quantitativa em duas amostras diferentes e em que se desconhecem as respectivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2008, p. 231).

O teste **U-Mann Whitney (UMW)** é um teste alternativo ao teste t para duas amostras independentes. Compara o centro de localização das duas amostras, como forma de detectar diferenças entre as duas populações correspondentes. Este teste é preferível ao t quando há violação da normalidade, quando os n 's são pequenos ou quando as variáveis são de nível pelo menos ordinal (Pestana & Gageiro, 2008, p. 446).

A **análise de variância a um factor (ANOVA)** utiliza-se para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos diferentes (variável exógena – qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são iguais ou não entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de três ou mais médias e dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, habitualmente recorre-se a testes post-hoc (de Tukey), para determinar quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2008, p. 274).

O **teste de Kruskal-Wallis** - o teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, sendo alternativa ao teste de One-Way Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último. Usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização e permite ver se existem diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais (Pestana & Gageiro, 2008, p. 457).

O **teste de qui quadrado (χ^2)** estuda as relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal possui duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as esperadas, para inferir sobre a relação existentes entre ambas. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não forem

significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação sendo as variáveis independentes. Caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência, ou seja, os valores do teste pertencem à região crítica. Quando se verifica relação entre as variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo $-1,96$ e $1,96$, para $p=0,050$. A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como da coluna (Pestana & Gageiro, 2008, pp. 129-133).

O **coeficiente de correlação de Pearson** é uma medida de associação linear usada no estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso, os valores oscilam entre -1 e 1 . Se a associação for negativa, a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos de uma variável estão associados à diminuição da outra. Se for positiva, a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Importa ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado, designado por **coeficiente de determinação (R^2)**, o qual indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo I e a potência do teste, principalmente quando se trabalha com grandes amostras, como é o nosso caso (Pestana & Gageiro, 2008, pp. 181 e 182).

A **regressão** é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou de rácio informando sobre as margens de erro dessas previsões. Quando se utiliza apenas uma variável dependente e uma independente, o modelo designa-se por **regressão linear simples**. Por outro lado, se forem comparadas uma variável dependente e mais do que uma variável independente, o modelo designa-se por **regressão linear múltipla**. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente. Quanto maior for a correlação entre as variáveis em estudo, melhor a previsão. Em sentido contrário, quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão (Pestana & Gageiro, 2008, p. 561).

Para as correlações de Pearson (r) foram utilizados valores de r que, segundo Pestana & Gageiro (2008, p. 181) se classificam da seguinte forma:

- $r < 0.2$ – associação muito baixa;
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ – associação baixa;
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ – associação moderada;
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ – associação alta;
- $0.9 \leq r \leq 1$ – associação muito alta.

Na análise estatística utilizaram-se os seguintes valores de significância estatística (D'hainaut, 1990, p. 162):

- $p < 0,05$ – valor estatístico significativo;
- $p < 0,01$ – valor estatístico bastante significativo;
- $p < 0,001$ – valor estatístico altamente significativo;
- $p \geq 0,05$ – n.s. – valor estatístico não significativo.

Na apresentação dos resultados recorreu-se a tabelas, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados aplicado aos estudantes do ensino secundário público e cooperativo. Na descrição e análise dos dados procurou-se obedecer à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Para o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics® versão 20.0. Recorreu-se igualmente ao programa para cotação automática© do Inventário Clínico do Autoconceito elaborado para o efeito por Ramalheira em 1987.

2. RESULTADOS

Este capítulo encontra-se organizado em duas partes fundamentais. A primeira parte consiste na análise descritiva dos dados e a segunda é dedicada à análise inferencial dos resultados.

2.1. ANÁLISE DESCRITIVA

Este capítulo encontra-se subdividido em cinco pontos. No primeiro procurar-se-á descrever os aspectos gerais relacionados com as variáveis de contexto escolar. No segundo serão analisadas as variáveis relacionadas com os estilos de vida, no terceiro serão abordadas as variáveis relacionadas com o consumo de álcool (envolvimento com o álcool e expectativas face ao álcool), no quarto serão analisadas as variáveis psicológicas (auto-estima e autoconceito) e, por fim, no quarto e último será analisada a variável dependente, a auto-regulação.

2.1.1. Variáveis de contexto escolar

Nas variáveis relacionadas com a escola irão ser abordadas variáveis tais como a escola, ano de escolaridade, ocorrência de reprovações, mudança de escola nos últimos dois anos, sentimentos face à escola, distância entre escola e casa, tempo gasto entre escola e casa, meios de deslocação para a escola, relação entre pais e escola, ajuda em actividades e envolvimento em lutas no último período lectivo.

Escola

A distribuição dos estudantes constituintes da amostra em função da escola é apresentada na **tabela 37**. Da amostra estudada, a Escola Secundária Emídio Navarro de Viseu foi a mais participativa com 454 alunos (46,80%), seguindo-se a Escola Secundária com 3º Ciclo de Tondela com 354 alunos (36,50%). A Escola Profissional de Tondela foi a menos participativa na amostra estudada contribuindo com 163 alunos (16,80% do total da amostra).

Após a determinação do valor do qui-quadrado constatou-se um valor de p altamente significativo ($\chi^2= 24,389$; $p= 0,000$), existindo assim uma relação estatisticamente significativa entre a escola e o sexo dos inquiridos, situando-se as mesmas ao nível das raparigas da Escola Secundária com 3º Ciclo de Tondela (41,80%) e nos rapazes da Escola Profissional de Tondela (22,10%).

Tabela 37 - Distribuição dos estudantes por escola e sexo.

Escola	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Esc. Sec. com 3º Cido de Tondela	154	31,20	200	41,80	354	36,50	-3,4	3,4		
Escola Secundária Emídio Navarro	230	46,70	224	46,90	454	46,80	-0,1	0,1		
Escola Profissional de Tondela	109	22,10	54	11,30	163	16,80	4,5	-4,5		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Ano de escolaridade

A distribuição dos estudantes relativamente ao seu ano de escolaridade está patente na **tabela 38**. Pela análise da mesma podemos verificar que o ano de escolaridade mais representado foi o 10º ano incorporando 38,60% do total da amostra, seguindo-se o 11º ano com 31,50% e, por último o 12º ano com 29,90% do total dos inquiridos.

Verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os diferentes grupos das variáveis em estudo, após a determinação do valor do qui-quadrado

($\chi^2= 6,443$; $p= 0,040$), sendo essas diferenças verificadas ao nível dos estudantes do sexo masculino do 10º ano (42,00%) e os estudantes do sexo feminino do 11º ano (34,90%).

Tabela 38 - Distribuição dos estudantes por ano de escolaridade e sexo.

Ano de Escolaridade	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
10º ano	207	42,00	168	35,10	375	38,60	2,2	-2,2		
11º ano	139	28,20	167	34,90	306	31,50	-2,3	2,3		
12º ano	147	29,80	143	29,90	290	29,90	0,0	0,0		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Reprovações

Através da análise da **tabela 39**, podemos verificar que 42,60% dos estudantes inquiridos responderam que já tinham reprovado, sendo que esta percentagem é superior nos rapazes (47,70%) relativamente às raparigas (37,40%). Os restantes 57,40% do total da amostra referiram nunca ter reprovado.

Pelos valores obtidos no teste de qui-quadrado, verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2= 10,364$; $p= 0,001$). Pela análise dos valores residuais, as diferenças verificaram-se entre as raparigas com reprovações (37,40%) e os rapazes sem reprovações (52,30%).

Tabela 39 - Distribuição dos estudantes em função do sexo e da ocorrência de reprovações.

Reprovações	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Sim	235	47,70	179	37,40	414	42,60	-3,2	3,2		
Não	258	52,30	299	62,60	557	57,40	3,2	-3,2		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

No sentido de facilitar o tratamento estatístico, recodificou-se a variável relativa ao número de reprovações entre os estudantes inquiridos em três grupos: 1 reprovação, 2 reprovações e 3 ou mais reprovações.

Pela análise da **tabela 40** verificou-se que a maioria dos estudantes que já tinham reprovado fê-lo por uma ocasião (60,10%). Apenas 7,50% dos estudantes reprovaram por 3 ou mais ocasiões.

Pelos valores obtidos no teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 0,627$; $p = 0,731$ -n.s.), não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre o número de reprovações e o sexo dos estudantes.

Tabela 40 - Número de reprovações.

Nº Reprovações	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
1	140	59,60	109	60,90	249	60,10	-0,3	0,3		
2	79	33,60	55	30,70	134	32,40	0,6	-0,6		
≥ 3	16	6,80	15	8,40	31	7,50	-0,6	0,6		
Total	235	100,00	179	100,00	414	100,00				

Mudança de escola (últimos 2 anos)

A análise da **tabela 41** permite-nos reter informação sobre a mudança de escola por parte dos alunos nos últimos dois anos. A maioria dos estudantes referiram que não mudou de escola nos últimos dois anos (61,90%). Mudaram de escola 38,10% dos estudantes em estudo.

Pela realização do teste de qui-quadrado, verificou-se a não existência de uma relação estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 0,143$; $p = 0,706$ -n.s.), sendo portanto, independentes.

Tabela 41 - Mudança de escola nos últimos dois anos em função do sexo.

Mudança de Escola	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Sim	185	37,50	185	38,70	370	38,10	-0,4	0,4		
Não	308	62,50	293	61,30	601	61,90	0,4	-0,4		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Sentimentos face à escola

Com o objectivo de facilitar o tratamento estatístico da variável em estudo, procedeu-se à recodificação da mesma, ficando agrupada nos seguintes grupos: gosta, indiferente e não gosta.

Pela análise da **tabela 42** verificou-se que 62,00% dos estudantes referiram um sentimento positivo, ou seja, “gostam” da escola. Demonstraram um sentimento de indiferença face à escola 32,00% dos inquiridos e 6,00% referiu “não gostar” da escola.

No sentido de verificar a independência entre os diferentes grupos, procedeu-se à realização do teste do qui-quadrado, obtendo-se um valor de p não significativo ($\chi^2= 4,208$; $p= 0,122$ -n.s.), constatando-se a não existência de relação estatisticamente significativas entre as variáveis.

Tabela 42 - Sentimentos face à escola em função do sexo.

Sentimentos_Escola	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Gosta	292	59,20	310	64,90	602	62,00	-1,8	1,8		
Indiferente	166	33,70	145	30,30	311	32,00	1,1	-1,1		
Não Gosta	35	7,10	23	4,80	58	6,00	1,5	-1,5		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Distância entre escola - casa

Ao interpretar os dados da **tabela 43** verificou-se que a 40,40% dos estudantes referiu viver a uma distância superior a 7 Km relativamente à escola. Do total da amostra, 27,10% referiu que a distância entre a escola e a sua casa se situa, entre 1 a 4 Km, 19,80% apontou para uma distância entre 4 a 7 Km e 12,80% para uma distância inferior a 1 Km.

Constatou-se a não existência de uma relação estatisticamente significativa, através da realização do teste do qui-quadrado, verificando-se os pressupostos de independência entre as diferentes variáveis ($\chi^2= 6,942$; $p= 0,074$ -n.s.). No entanto verificou-se através dos valores residuais que as células relativas às raparigas que viviam entre 1 – 4 Km da escola (30,50%) e aos rapazes que distavam da escola mais de 7 Km (43,60%), obtiveram um comportamento significativamente superior ao esperado, ou superior à média.

Tabela 43 - Distância entre escola – casa em função do sexo.

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
< 1 Km	65	13,20	59	12,30	124	12,80	0,4	-0,4
1 – 4 Km	117	23,70	146	30,50	263	27,10	-2,4	2,4
4 – 7 Km	96	19,50	96	20,10	192	19,80	-0,2	0,2
> 7 Km	215	43,60	177	37,00	392	40,40	2,1	-2,1
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Tempo entre casa e escola

No sentido de facilitar o tratamento dos dados recolhidos procedeu-se à recodificação da variável em estudo em dois grupos: < 30 minutos e \geq a 30 minutos.

A esmagadora maioria dos estudantes referiu demorar menos de 30 minutos entre a sua casa e a escola (82,60%), conforme se pode constatar pela observação da **tabela 44**.

Pela realização do teste de qui-quadrado verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a variável em estudo e o sexo dos inquiridos ($\chi^2= 4,990$; $p= 0,025$). Pela análise dos valores residuais constatou-se que essas diferenças se situavam nas raparigas que demoravam menos de 30 minutos entre a sua casas e a escola (85,40%), assim

como nos rapazes que demoravam 30 ou mais minutos (20,10%) a realizar o mesmo percurso.

Tabela 44 - Tempo entre casa e escola em função do sexo.

Tempo casa/escola (min.)	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
< 30 minutos	394	79,90	408	85,40	802	82,60	-2,2	2,2		
≥ 30 minutos	99	20,10	70	14,60	169	17,40	2,2	-2,2		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Deslocação habitual para a escola

Como meio de deslocação habitual para a escola (cf. tabela 45) constatou-se que a maioria dos estudantes referiu utilizar transportes públicos (50,50%), seguindo-se a utilização do carro por 45,40% dos mesmos. De referir que 19,70% dos estudantes referiram deslocar-se habitualmente a pé para a escola. Apenas 1,00% dos estudantes referiu utilizar a bicicleta como meio habitual de se deslocar para a escola e 0,30% admitiu utilizar outro meio de transporte habitual.

Tabela 45 – Meio de deslocação habitual para a escola.

Meio de deslocação	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A pé	97	19,70	94	19,70	191	19,70		
Bicicleta	5	1,00	5	1,00	10	1,00		
Motorizada	20	4,10	5	1,00	25	2,60		
Transportes públicos	254	51,50	236	49,40	490	50,50		
Carro	221	44,80	220	46,00	441	45,40		
Outro	1	0,20	2	0,40	3	0,30		

Relação entre pais e escola

Relativamente à relação dos pais com aspectos ligados à escola, foram colocadas três afirmações (cf. **tabela 46**). No que concerne à prontidão de ajuda por parte dos pais relativamente a todos os aspectos relacionados com a escola, a maioria dos estudantes (58,70%) classificou-a como “sempre” e 23,90% referiu que os pais se encontram prontos para os ajudar “muitas vezes”. Apenas 1,00% referiu que os seus pais nunca estariam prontos a ajudá-los em tudo o que está relacionado com a escola.

Quando questionados os estudantes sobre a ida dos pais à escola no sentido de falar com os professores, 42,60% dos estudantes referiu que os mesmos o fizeram “por vezes”, 23,60% referiu que os pais o fizeram “raramente” e apenas 4,60% referiu que os pais nunca o fizeram.

Pelos valores do qui-quadrado ($\chi^2= 11,367$; $p=0,023$), verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, situadas ao nível das raparigas que referiram que os seus pais raramente iam à escola falar com os professores (27,80%).

Relativamente ao encorajamento por parte dos pais para que os estudantes fizessem bem os trabalhos da escola, a maioria (53,60%) referiram que os pais o fazem “sempre” e 27,60% fizeram-no “muitas vezes”. Apenas 1,40% referiram que os seus pais nunca os encorajaram para a realização de forma correcta dos trabalhos da escola.

Tabela 46 - Relação entre pais e escola em função do sexo.

Relação Pais/Escola		Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.		
Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.	Nunca	4	0,80	6	1,30	10	1,00	N. A.			
	Raramente	16	3,20	19	4,00	35	3,60	-0,6	0,6		
	Por vezes	66	13,40	58	12,10	124	12,80	0,6	-0,6		
	Muitas vezes	126	25,60	106	22,20	232	23,90	1,2	-1,2		
	Sempre	281	57,00	289	60,50	570	58,70	-1,1	1,1		
Total		493	100,00	478	100,00	971	100,00				
Os meus pais vêm à escola falar com os	Nunca	20	4,10	25	5,20	45	4,60	-0,9	0,9		
	Raramente	96	19,50	133	27,80	229	23,60	-3,1	3,1		
	Por vezes	220	44,60	194	40,60	414	42,60	1,3	-1,3		

professores.	Muitas vezes	110	22,30	87	18,20	197	20,30	1,6	-1,6
	Sempre	47	9,50	39	8,20	86	8,90	0,8	-0,8
	Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		
Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	Nunca	8	1,60	6	1,30	14	1,40	N. A.	
	Raramente	20	4,10	15	3,10	35	3,60	0,8	-0,8
	Por vezes	61	12,40	73	15,30	134	13,80	-1,3	1,3
	Muitas vezes	154	31,20	114	23,80	268	27,60	2,6	-2,6
	Sempre	250	50,70	270	56,50	520	53,60	-1,8	1,8
	Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

No sentido de avaliar a significância estatística da incidência percentual das respostas que traduzem a relação entre os pais e a escola, criaram-se dois grupos (definiu-se como cut point \leq “por vezes”):

- Grupo 1 – incluindo as opções de resposta “nunca”, “raramente” e “por vezes”, traduzindo um maior distanciamento no relacionamento entre os pais e a escola;
- Grupo 2 – incluindo as opções de resposta “muitas vezes” e “sempre”, traduzindo maior proximidade na relação entre pais e escola.

Recorreu-se ao teste binominal para um teste de proporções de 50,00%. Pela análise da **tabela 47**, constatou-se que as percentagens relativas aos dois grupos foram significativamente diferentes de 50,00% ($p= 0,000$; $N= 971$) nas três situações avaliadas. A probabilidade de os pais estarem prontos para ajudar em tudo o que está relacionado com a escola foi de 83,00% e de 29,00% para irem falar com os professores à escola. Já a probabilidade de os pais encorajarem os filhos a fazer bem os trabalhos da escola foi de 81,00%, sendo as diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,000$) nas três situações.

Tabela 47 – Teste binomial relativo à relação entre pais e escola.

Variáveis		N	Prop. Observ.	p
Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a	Grupo 1	169	0,17	0,000
	Grupo 2	802	0,83	

escola.	Total	971	1,00	
Os meus pais vêm à escola falar com os professores.	Grupo 1	688	0,71	0,000
	Grupo 2	283	0,29	
	Total	971	1,00	
Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	Grupo 1	183	0,19	0,000
	Grupo 2	788	0,81	
	Total	971	1,00	

Ajuda em actividades

A maioria dos estudantes (91,70%) referiu ajudar os seus familiares em actividades (cf. **tabela 48**). Apenas 8,30% dos estudantes referiu não ajudar os familiares em actividades.

Os grupos demonstraram-se independentes, não existindo relação estatisticamente significativa entre ambos ($\chi^2 = 1,860$; $p = 0,173$ -n.s.).

Tabela 48 - Ajuda em actividades em função do sexo.

Ajuda em actividades	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Sim	446	90,50	444	92,90	890	91,70	1,4	-1,4		
Não	47	9,50	34	7,10	81	8,30	-1,4	1,4		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Relativamente à frequência com que os estudantes referem ajudar os seus familiares em actividades, as frequências obtidas encontram-se na **tabela 49**.

Dos que ajudam os seus familiares em actividades, a maioria referiu fazê-lo só aos fins-de-semana (57,40%), seguindo-se 30,80% que referiu fazê-lo à tarde depois de chegar da

escola. Apenas, 11,20% referiu fazê-lo tanto de manhã como de tarde e 0,60% referiu ajudar os familiares de manhã, antes de ir para a escola.

Tabela 49 - Frequência de ajuda em actividades segundo o sexo.

Frequência de Ajuda	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
De manhã, antes de ir para a escola	5	1,10	0	0,00	5	0,60		
À tarde, depois de chegar da escola	133	29,80	141	31,80	274	30,80		
Tanto de manhã como de tarde	37	8,30	63	14,20	100	11,20		
Só aos fins-de-semana	271	60,80	240	54,10	511	57,40		
Total	446	100,00	444	100,00	890	100,00		

Envolvimento em lutas no último período

Inicialmente, com a finalidade de facilitar o tratamento estatístico dos dados obtidos, procedeu-se à recodificação da variável em estudo em dois grupos: envolvimento em lutas e não envolvimento em lutas.

Pela análise da **tabela 50** verificou-se que 88,80% dos estudantes referiram não se terem envolvido em lutas durante o último período. Os rapazes referiram ter-se envolvido mais em lutas (14,20%) do que as raparigas (8,20%). Verificou-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 8,884$; $p = 0,003$), sendo que as mesmas se situavam entre os rapazes que se envolveram em lutas no último período (14,20%) e as raparigas que não se envolveram em lutas durante o mesmo período de tempo (91,80%).

Tabela 50 - Envolvimento em lutas em função do sexo.

Envolv. em lutas	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Não	423	85,80	439	91,80	862	88,80	-3,0	3,0		
Sim	70	14,20	39	8,20	109	11,20	3,0	-3,0		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Em síntese, relativamente às variáveis de contexto escolar, verificou-se na amostra em estudo que:

- Estudavam na escola Emídio Navarro em Viseu (46,80%);
- Frequentavam o 10º ano de escolaridade (38,60%);
- Nunca reprovaram (57,40%) e dos que reprovaram (42,60%), 60,10% reprovaram por uma ocasião;
- Não mudaram de escola nos últimos dois anos (61,90%);
- Gostam da escola (62,00%);
- Referiram viver a uma distância superior a 7 Km da escola (40,40%), demorando menos de 30 minutos no percurso casa/escola ou vice-versa (82,60%) e fazendo-o na sua maioria utilizando transportes públicos (50,50%);
- Referiram que os seus pais estão “sempre” prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola (58,70%);
- Que os seus pais “por vezes” vão à escola falar com os professores (42,60%) e que os mesmos os encorajam “sempre” a fazer bem os trabalhos da escola (53,60%);
- Referiram ajudar os pais em actividades (91,70%), principalmente aos fins-de-semana (57,40%);
- Declararam não se ter envolvido em lutas durante o último período lectivo (88,80%).

2.1.2. Variáveis relacionadas com os estilos de vida

Em relação aos estilos de vida serão estudadas seguidamente variáveis como a frequência de realização de exercício físico fora da escola, frequência de lavagem dos dentes, a prática de dieta alimentar e o aspecto físico percebido.

Exercício físico fora da escola

No sentido de estudar a variável relativa à frequência de realização de exercício físico fora da escola procedeu-se à recodificação da mesma em 3 grupos: sempre ou quase sempre, raramente e nunca.

Pela análise da **tabela 51** verificou-se que 51,60% dos estudantes referiu raramente praticar exercício físico fora da escola. Dos restantes, 36,50% referiu praticá-lo sempre ou quase sempre e 11,90% referiu que nunca pratica exercício físico fora da escola.

Pela análise do valor de p do teste de qui-quadrado, verificou-se a existência de relações estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2= 110,409$; $p= 0,000$), situando-se as mesmas ao nível dos rapazes que praticam sempre ou quase sempre exercício físico fora da escola (51,10%), as raparigas que nunca o praticam (19,00%) e as raparigas que referiram praticar raramente (59,60%).

Tabela 51 - Frequência de realização de exercício físico fora da escola em função do sexo.

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Sempre ou Quase Sempre	252	51,10	102	21,30	354	36,50	9,6	-9,6
Raramente	216	43,80	285	59,60	501	51,60	-4,9	4,9
Nunca	25	5,10	91	19,00	116	11,90	-6,7	6,7
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Frequência de lavagem dos dentes

No sentido de facilitar o tratamento estatístico procedeu-se à recodificação da variável em três grupos no que diz respeito à frequência com que os estudantes lavavam os dentes em “mais de uma vez por dia”, “uma vez por dia” e “raramente ou nunca”.

Após a recodificação da variável constatou-se que a maioria dos estudantes (65,70%) lavava os dentes mais do que uma vez por dia (cf. **tabela 52**), seguindo-se 31,80% dos estudantes que afirmaram lavar os dentes uma vez por dia. O grupo menos representativo foram os que afirmaram lavar os dentes raramente ou nunca (2,50%).

Segundo o valor do qui-quadrado obtido ($\chi^2= 63,939$; $p= 0,000$), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de lavagem dos dentes e o sexo dos inquiridos. Essas diferenças encontram-se nas raparigas que lavavam os dentes mais do que uma vez por dia (78,00%), os rapazes que lavavam os dentes uma vez ao dia (42,60%) e os rapazes que raramente ou nunca lavavam os dentes (3,70%).

Tabela 52 - Frequência de lavagem dos dentes em função do sexo.

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Mais de uma vez por dia	265	53,80	373	78,00	638	65,70	-8,0	8,0
Uma vez dia	210	42,60	99	20,70	309	31,80	7,3	-7,3
Raramente ou nunca	18	3,70	6	1,30	24	2,50	2,4	-2,4
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Dieta alimentar

Relativamente à realização de dieta alimentar para perder peso (cf. **tabela 53**), 89,40% dos estudantes referiram não estar no momento a realizar a mesma e 10,60% afirmaram estar a fazê-la.

Dos que referiram não estar de momento a realizar dieta, 55,70% não a faziam porque consideravam que o seu peso estava bom, 23,00% não a fazia mas afirmaram que deveriam perder peso e 10,70% não faziam dieta porque necessitavam de ganhar peso. A percentagem de raparigas que afirmaram realizar dieta à data da colheita de dados (15,70%) foi superior à dos rapazes (5,70%).

De acordo com o valor obtido no teste do qui-quadrado ($\chi^2= 48,935$; $p= 0,000$), verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo,

verificando-se essas mesmas diferenças ao nível das raparigas que faziam dieta (15,70%), nos rapazes que não faziam dieta porque o peso está bom (63,10%), nas raparigas que não faziam dieta mas que achavam que deveriam perder peso (28,00%) e nos rapazes que não faziam dieta porque necessitavam de ganhar peso (13,20%).

Tabela 53 - Realização de dieta alimentar em função do sexo.

Dieta	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.
Não, o peso está bom		311	63,10	230	48,10	541	55,70	4,7	-4,7
Não, mas deveria perder peso		89	18,10	134	28,00	223	23,00	-3,7	3,7
Não, porque preciso de ganhar peso		65	13,20	39	8,20	104	10,70	2,5	-2,5
Sim		28	5,70	75	15,70	103	10,60	-5,1	5,1
Total		493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Aspecto físico percebido

A questão relativa ao aspecto físico percebido pelos estudantes foi recodificada em três grupos, a saber: magro, peso ideal e excesso de peso.

Após a recodificação da variável, a maioria dos estudantes (54,40%) considerou possuir o peso ideal, seguindo-se 31,90% de estudantes que consideraram ter excesso de peso e 13,70% considerou-se magro (cf. **tabela 54**). A percentagem de raparigas que se perceberam com excesso de peso (40,80%) foi superior relativamente aos rapazes (23,30%).

Verificaram-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a percepção do aspecto físico e o sexo dos inquiridos ($\chi^2= 38,584$; $p= 0,000$), encontrando-se essas diferenças ao nível das raparigas que se percebem com excesso de peso (40,80%), dos rapazes que se consideram magros (17,60%) e dos rapazes que consideraram ter o peso ideal (59,00%).

Tabela 54 - Aspecto físico percebido pelos estudantes em função do sexo.

Aspecto físico	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Masc.	Fem.		
Magro	87	17,60	46	9,60	133	13,70	3,6	-3,6		
Peso ideal	291	59,00	237	49,60	528	54,40	3,0	-3,0		
Excesso de peso	115	23,30	195	40,80	310	31,90	-5,8	5,8		
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00				

Em síntese, relativamente às variáveis relacionadas com os estilos de vida, a maioria dos estudantes referiu que:

- Raramente realizava exercício físico fora da escola (51,60%);
- Lavava os dentes mais do que uma vez por dia (65,70%);
- Não se encontrava a fazer dieta alimentar, uma vez que considerava ter o peso adequado (55,70%);
- Auto percebe o seu aspecto físico como detendo o peso ideal (54,40%).

2.1.3. Variáveis relacionadas com o consumo de álcool

No que diz respeito às variáveis relacionadas com o consumo de álcool, abordaremos os principais resultados obtidos ao nível da escala de envolvimento com o álcool em adolescentes (AAIS) e no questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes (CEA-A).

Estudo do envolvimento com o álcool em adolescentes (AAIS)

A **tabela 55** sintetiza as principais estatísticas relativas ao envolvimento com o álcool nos estudantes estudados, quer para a pontuação global, quer para os seus factores. Através da análise da mesma, verificou-se que a média da pontuação global obtida é de 28,68 (Dp=

12,39). As pontuações mínimas e máximas oscilaram entre os 0 (zero) e os 65 pontos. A distribuição apresentou uma dispersão elevada (CV= 43,20%).

Constatou-se que a distribuição, relativamente à sua simetria era assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= -10,141). Já quanto ao seu achatamento, a mesma demonstrou-se leptocúrtica (K/erro= 5,273).

Pela análise do valor de p do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov constatou-se que a distribuição não verificou os pressupostos de normalidade ($p= 0,000$).

Relativamente aos hábitos de consumo, o valor médio obtido foi de 24,62 (Dp= 9,86), registando um valor mínimo de 0 (zero) e um máximo de 47. A distribuição revelou uma dispersão elevada e uma distribuição não normal (assimétrica negativa ou enviesada à direita e leptocúrtica).

No que diz respeito aos efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, o valor médio registado foi de 4,06 (Dp= 3,71), com um mínimo de 0 (zero) e um máximo de 25. Também aqui a distribuição da variável verificou uma dispersão elevada, não cumprindo igualmente os princípios da normalidade (distribuição assimétrica positiva ou enviesada à direita e leptocúrtica).

Tabela 55 - Estatísticas relativas aos factores e valor global da AAIS.

Variáveis	AAIS									
	N	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S	
Hábitos de Consumo	971	24,62	0	47	9,86	40,05	-16,551	8,541	0,000	
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber	971	4,06	0	25	3,71	91,38	21,756	29,032	0,000	
AAIS (Global)	971	28,68	0	65	12,39	43,20	-10,141	5,273	0,000	

Após a realização do teste t de student para amostras independentes verificou-se que as diferenças entre as médias de rapazes e raparigas se demonstraram estatisticamente significativas ($t= -4,493$; $p= 0,000$), sendo o envolvimento face ao álcool superior em rapazes relativamente às raparigas (cf. tabela 56). O mesmo se verificou relativamente á subescala

hábitos de consumo ($t= -4,598$; $p= 0,000$), assim como à subescala efeitos, consequências e sentimentos face ao beber ($t= -2,777$; $p= 0,006$).

Tabela 56 - Teste t de student relativo à AAIS e seus factores em função do sexo.

AAIS	Sexo	Masculino		Feminino		Levene p	t	p
		\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Hábitos de Consumo		26,04	10,21	23,16	9,27	0,083	-4,598	0,000
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber		4,38	3,79	3,72	3,61	0,240	-2,777	0,006
AAIS (Global)		30,42	12,80	26,88	11,70	0,077	-4,493	0,000

Para uma melhor compreensão do envolvimento com o álcool por parte dos estudantes procedeu-se à sua categorização por grupos, tendo por base os grupos definidos por Fonte & Alves (1999). Ao ter em conta a distribuição por grupos (cf. **tabela 57**), verificou-se que a maioria dos estudantes (75,30%) era bebedor habitual sem problemas, seguindo-se 9,40% de estudantes abstinentes e 8,80% de bebedores habituais com problemas. Apenas 0,70% dos mesmos se revelaram “alcoholic like”. Rapazes e raparigas apresentaram uma distribuição semelhante à excepção do grupo “bebedores habituais com problemas” onde a percentagem de rapazes foi maior (12,00%) do que a das raparigas (5,40%).

Tabela 57 – Grupos de envolvimento face ao álcool em função do sexo.

AAIS (Gr)	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Abstinentes		42	8,50	49	10,30	91	9,40
Bebedores Irregulares		31	6,30	26	5,40	57	5,90
Bebedores Habituais Sem Problemas		357	72,40	374	78,20	731	75,30
Bebedores Habituais Com Problemas		59	12,00	26	5,40	85	8,80
“Alcoholic like”		4	0,80	3	0,60	7	0,70
Total		493	100,00	478	100,00	971	100,00

Envolvimento face ao álcool vs Idade

Procurou-se determinar de que modo a idade influenciava o envolvimento com o álcool nos adolescentes. Conforme se pode observar pelos resultados obtidos na **tabela 58**, foram os estudantes com idade igual ou superior a 18 anos os que revelaram pontuações médias mais altas na escala de envolvimento com o álcool, tanto ao nível de cada um dos factores como ao nível da pontuação total do constructo. O valor de F (e o seu valor de p) demonstrou existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários e os factores da escala, assim como entre os grupos etários e o valor global da escala. O teste post hoc de Tukey demonstrou que as diferenças se situaram entre os estudantes com idade igual ou inferior a 16 anos e os estudantes com 17 anos no que concerne aos hábitos de consumo e à nota global da escala. Verificaram-se igualmente diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes com idade inferior ou igual a 16 anos e os estudantes com 18 ou mais anos, tanto ao nível dos hábitos de consumo, efeitos/consequências e sentimentos face ao beber e ainda relativamente ao valor global da escala.

Tabela 58 - Análise da variância entre o AAIS global, seus factores e grupos etários.

Variáveis	≤ 16 (1)		17 (2)		≥ 18 (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Hábitos de Consumo	22,66	10,80	25,90	8,29	26,38	9,33	15,340	0,000	0,000	0,000	n.s.
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber	3,67	3,80	4,19	3,62	4,55	3,62	4,743	0,009	n.s.	0,008	n.s.
AAIS (Global)	26,33	13,40	30,09	10,78	30,93	11,76	14,066	0,000	0,000	0,000	n.s.

Envolvimento face ao álcool vs Residência

Procurou-se entretanto determinar em que medida a área de residência discriminou o envolvimento com o álcool por parte dos estudantes da amostra. Nesse sentido, realizou-

se o teste U de Mann-Whitney e constatou-se que as ordenações médias foram superiores nos estudantes residentes na área rural relativamente às pontuações obtidas na subescala hábitos de consumo e no valor global da escala, sendo que as diferenças encontradas não se demonstraram estatisticamente significativas (cf. **tabela 59**). Relativamente à subescala efeitos/consequências e sentimentos face ao beber, as ordenações das médias foram superiores nos estudantes residentes em meio urbano e mais uma vez as diferenças verificadas não revelaram significância estatística.

Tabela 59 - Teste de U Mann - Whitney entre AAIS global, seus factores e residência.

Variáveis	Residência	Urbana Ordenação média	Rural Ordenação média	UMW	<i>p</i>
Hábitos de Consumo		479,21	489,43	102920,500	0,591
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber		488,49	484,74	104322,000	0,843
AAIS (Global)		483,69	487,17	104381,000	0,855

Envolvimento face ao álcool vs Situação familiar dos pais

Uma das questões que se nos coloca diz respeito ao grau de envolvimento com o álcool dos participantes face à situação familiar dos seus pais. Após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 60**) podemos verificar que foram os alunos cujos pais estavam casados ou viviam em união de facto os que revelaram ordenações médias mais baixas, tanto no que diz respeito às subescalas como na nota global do constructo, sendo por isso os que revelaram menor grau de envolvimento com o álcool. As diferenças entre os grupos demonstraram-se estatisticamente significativas relativamente às pontuações obtidas na escala global e na subescala efeitos /consequências e sentimentos face a beber.

Pela análise do teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 60**) relativamente à escala global, encontraram-se significâncias estatísticas entre os estudantes cujos pais eram casados ou que viviam em união de facto e os que referiram que os seus pais detinham outro tipo de situação familiar ($p= 0,048$). Relativamente á subescala, essas diferenças situaram-se entre os

estudantes com pais casados ou em união de facto e os que eram solteiros/divorciados ou em separação de facto ($p= 0,043$), e ainda entre os primeiros e os que detinham pais com outro tipo de situação familiar ($p= 0,043$).

Tabela 60 - Teste de Kruskal-Wallis entre a AAIS (global), seus factores e a situação familiar dos pais.

Sit. Familiar	Casados/união de facto (1) Ordenação média	Solteiros/divorciados ou em separação de facto (2) Ordenação média	Outros (3) Ordenação média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
Hábitos de Consumo	479,16	503,88	573,75	5,055	0,080	n.s.	n.s.	n.s.
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber	473,84	542,07	579,50	10,685	0,005	0,043	0,043	n.s.
AAIS (Global)	476,79	518,99	581,20	7,235	0,027	n.s.	0,048	n.s.

Envolvimento face ao álcool vs Rendimento médio mensal do agregado familiar

No sentido de determinar se o rendimento mensal do agregado familiar influenciava no envolvimento com o álcool recorreu-se à análise do teste t no sentido de comparar as médias obtidas na escala global e nos seus factores (cf. **tabela 61**).

Constatou-se que os estudantes com cujo rendimento mensal do agregado familiar era médio alto ou alto revelaram médias mais elevadas relativamente aos que afirmaram que o rendimento mensal do agregado familiar era baixo ou médio baixo.

No entanto, as diferenças encontradas não se demonstraram estatisticamente significativas tanto para a escala global ($t= -0,608$; $p= 0,543$ -n.s.) como para os factores “hábitos de consumo” ($t= -0,556$; $p= 0,578$ -n.s.) e “efeito/consequências e sentimentos face ao beber” ($t= -0,552$; $p= 0,581$ -n.s.).

Tabela 61 - Teste t de student relativo à AAIS global, seus factores e em função do rendimento mensal do agregado familiar.

Variáveis	Rend. Mensal		Baixo/Médio Baixo		Médio Alto/Alto		Levene p	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Hábitos de Consumo	24,42	9,80	24,78	9,91	0,814	-0,556	0,578		
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber	3,98	3,75	4,12	3,69	0,986	-0,552	0,581		
AAIS (Global)	28,40	12,35	28,89	12,43	0,904	-0,608	0,543		

Envolvimento face ao álcool vs Valor médio semanal disponível para gastos pessoais

Após a realização do teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 62**) constatou-se, pela observação da ordenação das médias que foram os estudantes que referiram dispor de 10 € ou menos por semana para gastos pessoais, os que apresentaram um menor grau de envolvimento com o álcool, sendo secundados pelos que referiram dispor semanalmente de um valor entre 10 € e 25 € (inclusive), com a excepção na escala “efeitos/consequências e sentimentos face ao beber” onde foram secundados pelos estudantes que referiram ter à sua disposição semanalmente um valor médio superior a 25 € para gastos pessoais. As diferenças estatísticas encontradas revelaram significância estatística entre os grupos tanto nas duas subescalas como no valor global da escala.

No sentido de localizar entre os diferentes grupos as diferenças estatísticas relativamente aos factores e nota global do AAIS, recorreu-se ao teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 62**), situando-se as mesmas entre os estudantes que tinham à sua disposição 10 € ou menos por semana e os que dispunham entre 10 € a 25 € (inclusive) ($p=0,000$). Já entre os primeiros e os que dispunham de um valor médio semanal superior a 25 € também se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($p=0,006$).

Tabela 62 - Teste de Kruskal-Wallis entre a AAIS (global), seus factores e valor médio semanal disponível para gastos pessoais (semanada).

Semana Variáveis	≤ 10 €	$>10 - \leq 25$ €	>25 €	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
	(1) Ordenação média	(2) Ordenação média	(3) Ordenação média			1/2	1/3	2/3

Hábitos de Consumo	451,82	561,47	564,14	32,214	0,000	0,000	0,004	n.s.
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber	460,16	543,69	542,89	18,617	0,000	0,000	0,047	n.s.
AAIS (Global)	453,04	559,15	560,13	29,924	0,000	0,000	0,006	n.s.

Envolvimento face ao álcool vs Ano Escolaridade

Pela análise da variância entre a nota global do AAIS, suas subescalas e ano de escolaridade (cf. **tabela 63**) constatou-se que os alunos do 12º ano revelaram os índices médios mais elevados, sendo portanto, os que revelaram um maior grau de envolvimento com o álcool. Os alunos do 10º ano foram os que apresentaram índices médios mais baixos, ou seja, apresentaram um menor grau de envolvimento com o álcool mas apenas relativamente à subescala “hábitos de consumo” e à nota global da mesma. Relativamente à subescala “efeito/consequências e sentimentos face ao beber” foram os alunos do 11º ano os que revelaram índices médios mais baixos. As diferenças estatisticamente significativas situaram-se entre os alunos do 10º ano e os do 12º ($p=0,003$), assim como entre os alunos do 11º e do 12º ano ($p=0,011$) relativamente à subescala “hábitos de consumo”. Tendo em consideração a escala global, essas mesmas diferenças situaram-se entre os alunos do 10º e 12º ano ($p=0,009$) e entre os alunos do 11º e 12º ano ($p=0,013$).

Tabela 63 - Análise da variância entre a nota global da AAIS, subescalas e ano de escolaridade.

Ano Escolaridade Variáveis	10º ano (1)		11º ano (2)		12º ano (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Hábitos de Consumo	23,79	10,75	24,02	9,80	26,34	8,43	6,374	0,002	n.s.	0,003	0,011
Efeitos/Consequências e Sentimentos face ao Beber	4,05	3,96	3,80	3,66	4,34	3,41	1,601	0,202	n.s.	n.s.	n.s.
AAIS (Global)	27,84	13,52	27,82	12,20	30,68	10,77	5,422	0,005	n.s.	0,009	0,013

Envolvimento face ao álcool vs Escola

No sentido de verificar a influência da escola no envolvimento com o álcool nos estudantes recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 64**). Através das ordenações médias constatou-se que foram os estudantes da escola profissional de Tondela os que revelaram maiores níveis de envolvimento com o álcool, ao considerar-se o valor global da escala e a subescala “hábitos de consumo”, com diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente à subescala “efeitos, consequências e sentimentos face ao beber” foram os alunos da escola secundária de Tondela os que revelaram ordenações médias mais elevadas, com significância estatística.

O teste post hoc de Tukey revelou que as diferenças encontradas, ao nível da escala global e da subescala “efeitos, consequências e sentimentos face ao beber” se situaram entre o grupo 1 (secundária de Tondela) e o grupo 3 (profissional de Tondela) ($p= 0,023$ e $p= 0,002$) e entre o grupo 2 (secundária Emídio Navarro) e o grupo 3 ($p= 0,007$ e $p= 0,049$). Finalmente, no que diz respeito à subescala “hábitos de consumo” as diferenças encontradas localizaram-se entre o grupo 2 e o grupo 3 ($p= 0,009$).

Tabela 64 - Teste de Kruskal-Wallis entre a AAIS (global), seus factores em função da escola.

Variáveis	Escola	Sec. Tondela (1) Ordenação média	Sec. Emídio Navarro (2) Ordenação média	Prof. Tondela (3) Ordenação média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
							1/2	1/3	2/3
Hábitos de Consumo		495,13	460,97	535,88	9,176	0,010	n.s.	n.s.	0,009
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber		519,04	451,31	510,86	13,334	0,001	0,002	n.s.	0,049
AAIS (Global)		506,09	453,98	531,54	12,057	0,002	0,023	n.s.	0,007

Envolvimento face ao álcool vs Reprovações

Através da realização do teste t de student entre a ocorrência de reprovações e o AAIS e suas subescalas (cf. **tabela 65**) constatou-se que os estudantes que já haviam reprovado obtiveram em média pontuações mais elevadas (tanto na escala global como nas

subescalas) do que os alunos que nunca reprovaram, sendo as diferenças verificadas estatisticamente significativas.

Tabela 65 - Teste *t* de student relativo à AAIS e seus factores em função de reprovações.

Reprovações Variáveis	Não		Sim		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Hábitos de Consumo	23,55	10,26	26,06	9,10	0,006	-4,024	0,000
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber	3,76	3,65	4,46	3,77	0,572	-2,942	0,003
AAIS (Global)	27,31	12,77	30,53	11,62	0,031	-4,087	0,000

Envolvimento face ao álcool vs Sentimentos face à escola

Pela realização do teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 66**) verificou-se que, pela ordenação das médias, foram os estudantes que referiram gostar da escola os que revelaram valores inferiores, tanto ao nível das subescalas como relativamente à escala global, significando por isso que estes foram os menos envolvidos com o álcool. Estes foram secundados pelos que revelaram um sentimento de indiferenças face à escola. Demonstraram um maior grau de envolvimento com o álcool os alunos que referiram não gostar da escola. As diferenças encontradas demonstraram ser estatisticamente altamente significativas.

Através da análise do teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 66**), constatou-se que a significância estatística anteriormente verificada se localizou, tanto para as subescalas como para a nota global do constructo, entre os alunos que referiram gostar da escola e os que manifestaram um sentimento de indiferença ($p= 0,000$) e entre os que referiram gostar da escola e os que referiram não gostar ($p< 0,05$).

Tabela 66 - Teste de Kruskal-Wallis entre a AAIS, seus factores e os sentimentos face à escola.

Sentim. Escola	Gosta (1) Ordenação média	Indiferente (2) Ordenação média	Não gosta (3) Ordenação média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
Hábitos de Consumo	454,46	528,44	585,85	22,161	0,000	0,000	0,002	n.s.
Efeitos, Consequências e Sentimentos Face ao Beber	454,26	534,74	554,12	20,835	0,000	0,000	0,023	n.s.
AAIS (Global)	452,98	531,00	587,41	23,985	0,000	0,000	0,001	n.s.

Em síntese, a maioria dos estudantes revelaram-se bebedores habituais sem problemas (75,30%). Revelaram ainda um maior envolvimento com o álcool:

- Os rapazes ($p= 0,000$);
- Os estudantes com idade igual ou superior a 18 anos ($p= 0,000$);
- Estudantes cujos pais detinham outra situação familiar, ou seja, não eram casados, não viviam em união de facto ou não se encontravam solteiros ou em separação de facto ($p= 0,027$);
- Os estudantes que dispunham de valores monetários médios por semana mais elevados ($p= 0,000$);
- Do 12º ano ($p= 0,005$);
- Da escola profissional de Tondela ($p= 0,002$);
- Com história de reprovações anteriores ($p=0,031$);
- Que não gostam da escola ($p= 0,000$).

Estudo das expectativas face ao álcool para adolescentes

No que se refere às expectativas face ao álcool verificou-se que os estudantes apresentaram uma pontuação global média de 114,56 ($Dp= 35,11$), registando um valor mínimo de 45 e um máximo de 225 (cf. **tabela 67**). A distribuição revelou uma dispersão elevada ($CV= 30,65\%$), sendo simétrica ($Sk/erro= -1,846$) e mesocúrtica ($K/erro= 0,904$). No

entanto, pela análise do valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p= 0,000$), a distribuição não seguiu uma distribuição normal.

Relativamente à distribuição das expectativas positivas, a mesma revelou um valor médio de 59,23 ($Dp= 19,29$), registando um valor mínimo de 22 e um máximo de 125. À semelhança da anterior, verificou-se também uma elevada dispersão ($CV= 32,57\%$), sendo a distribuição assimétrica negativa ou enviesada à direita ($Sk/erro= -2,487$) e mesocúrtica ($K/erro= -1,662$). A distribuição não seguiu uma distribuição normal ($p(K/S)= 0,000$).

Por último, relativamente às expectativas negativas, a distribuição revelou um valor médio de 55,32 ($Dp= 19,82$), registando um valor mínimo de 23 e um máximo de 115. A dispersão verificada classificou-se de elevada ($CV= 35,81\%$), sendo a distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda ($Sk/erro= 2,166$) e platicúrtica ($K/erro= -2,191$), não seguindo portanto os pressupostos de normalidade confirmados pelo valor de p do teste de Kolmogorov-Smirnov ($p= 0,000$).

Tabela 67 - Estatísticas relativas às expectativas face ao álcool (nota global) e suas subescalas.

Variáveis	CEA-A								
	N	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Expectativas Positivas	971	59,23	22	125	19,29	32,57	-2,487	-1,662	0,000
Expectativas Negativas	971	55,32	23	115	19,82	35,81	2,166	-2,191	0,000
CEA-A (Global)	971	114,56	45	225	35,11	30,65	-1,846	0,904	0,000

Expectativas face ao álcool vs Sexo

No intuito de verificar se as expectativas face ao álcool eram discriminadas pelo sexo, recorreu-se ao teste t para diferença de médias (cf. **tabela 68**). Notou-se pelo teste de Levene que as variâncias eram homogéneas e pelos índices médios constatou-se que os rapazes apresentaram maiores expectativas face ao álcool em relação à subescala “expectativas positivas” ($t= -5,823$; $p= 0,000$) e para a pontuação global da escala ($t= -3,444$; $p= 0,001$), com diferenças estatisticamente significativas. Relativamente à subescala “expectativas

negativas”, rapazes e raparigas revelaram índices médios semelhantes e sem significância estatística ($t = -0,492$; $p = 0,623$ -n.s.).

Tabela 68 - Teste t de student relativo às CEA-A (nota global) e suas subescalas em função do sexo.

Variáveis	Sexo		Feminino		Levene p	t	p
	Masculino \bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Expectativas Positivas	62,73	19,59	55,63	18,32	0,607	-5,823	0,000
Expectativas Negativas	55,63	20,11	55,01	19,53	0,894	-0,492	0,623
CEA-A (Global)	118,36	36,14	110,64	33,61	0,668	-3,444	0,001

Considerando que o autor da escala não apresenta grupos de corte e no sentido de categorizar as pontuações obtidas na escala global, procedeu-se à criação de grupos de corte com base na fórmula preconizada por Pestana & Gageiro (2008), $\bar{x} \pm 0,25$ Dp. Do resultado da aplicação da fórmula apresentada resultou a seguinte classificação:

- Reduzidas expectativas: ≤ 106 pontos;
- Razoáveis expectativas: 107 – 124 pontos;
- Elevadas expectativas: ≥ 125 pontos;

Uma vez definidos os grupos de corte, procedeu-se à análise da distribuição dos diferentes níveis de expectativas (globais) em função do sexo (cf. **tabela 69**).

Atendendo à pontuação global da escala, 45,10% dos estudantes revelaram elevadas expectativas face ao álcool, sendo secundados pelos que revelaram reduzidas expectativas (36,40%). Os rapazes revelaram na sua maioria (50,30%) elevadas expectativas e 41,20% das raparigas, por sua vez, revelaram reduzidas expectativas face ao álcool. Constatou-se ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas após a realização do teste do qui-quadrado ($\chi^2 = 12,236$; $p = 0,002$), as quais se localizaram nos rapazes com elevadas expectativas face ao álcool (50,30%) e as raparigas com reduzidas expectativas face ao álcool (41,20%).

Tabela 69 - Nível de expectativas face ao álcool (nota global) em função do sexo.

CEA-A (Gr)	Sexo	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	(1)	(2)
Reduzidas		156	31,60	197	41,20	353	36,40	-3,1	3,1
Razoáveis		89	18,10	91	19,00	180	18,50	-0,4	0,4
Elevadas		248	50,30	190	39,70	438	45,10	3,3	-3,3
Total		493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Expectativas face ao álcool vs Idade

Ao relacionar as subescalas relativas às expectativas positivas, negativas e escala global com os grupos etários, verificou-se pelos resultados obtidos através da análise de variância (cf. **tabela 70**) que foram os estudantes com idade igual ou inferior a 16 anos os que apresentaram melhores índices médios relativamente à pontuação global da escala. Relativamente à subescala das expectativas positivas foram os alunos da faixa etária dos 17anos os que revelaram melhores índices médios, tendo sido secundados pelos estudantes com idade inferior ou igual a 16 anos. No que diz respeito às expectativas negativas foram os estudantes com 16 anos ou menos, os que revelaram melhores índices médios, verificando-se nesta subescala a existência de diferenças estatisticamente significativas que, conforme os resultados obtidos no teste de Tukey se situaram ao nível do grupo de alunos com idade igual ou inferior a 16 anos e o grupo de alunos com 18 ou mais anos ($p=0,007$).

Tabela 70 - Análise da variância entre a nota global da CEA-A, suas subescalas e grupos etários.

Grupos Etários	≤ 16 anos(1)		17 anos (2)		≥ 18 anos (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Expect. Positivas	59,34	19,57	60,38	18,63	57,75	19,57	1,281	0,278	n.s.	n.s.	n.s.
Expect. Negativas	57,54	20,92	54,33	19,03	52,82	18,48	5,090	0,006	n.s.	0,007	n.s.
CEA-A (Global)	116,88	37,23	114,71	32,56	114,56	35,11	2,584	0,076	n.s.	n.s.	n.s.

Expectativas face ao álcool vs Residência

Procurou-se entretanto saber em que medida a residência discriminava as expectativas face ao álcool dos estudantes em estudo. Através do teste de UMW constatou-se que, pela ordenação das médias, os estudantes residentes em meio urbano revelaram maiores expectativas face ao álcool (tanto para a escala global como para as subescalas) relativamente aos que residiam em meio rural. No entanto, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística (cf. **tabela 71**).

Tabela 71 - Teste de U Mann - Whitney entre CEA-A (nota global), suas subescalas e residência.

Variáveis	Residência	Urbana Ordenação média	Rural Ordenação média	UMW	<i>p</i>
Expectativas Positivas		492,83	482,55	102907,000	0,589
Expectativas Negativas		492,17	482,88	103123,500	0,626
CEA-A (Global)		495,19	481,36	102139,500	0,468

Expectativas face ao álcool vs Rendimento médio mensal do agregado familiar

No sentido de averiguar se as expectativas face ao álcool eram discriminadas pelo rendimento médio mensal do agregado familiar recorreu-se ao teste *t* para a diferença de médias (cf. **tabela 72**). Pela análise do valor de *p* do teste de Levene concluiu-se que as variâncias se demonstraram homogêneas e através dos índices médios constatou-se que relativamente à subescala “expectativas positivas”, assim como para a pontuação global da escala, os estudantes cujo agregado familiar detinha um rendimento médio mensal médio alto ou alto revelaram maiores valores médios relativamente aos que detinham um rendimento médio mensal baixo ou médio baixo. Apenas na subescala “expectativas negativas” os estudantes que afirmaram que o rendimento médio do agregado familiar era baixo ou médio baixo revelaram um maior nível de expectativas negativas relativamente aos demais. No entanto, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística ($p > 0,05$).

Tabela 72 - Teste *t* de student relativo às CEA-A (nota global) e suas subescalas em função do rendimento médio mensal.

Variáveis	Rend. Mensal		Baixo/Médio Baixo		Médio Alto/Alto		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Expectativas Positivas	58,83	19,99	59,54	18,76	0,127	-0,569	0,569		
Expectativas Negativas	55,77	20,57	54,99	19,24	0,148	0,610	0,542		
CEA-A (Global)	114,60	36,45	114,53	34,09	0,271	0,032	0,975		

Expectativas face ao álcool vs Valor médio semanal disponível para gastos pessoais

No intuito de verificar a influência do valor médio semanal disponível pelos estudantes para gastos pessoais ao nível das expectativas face ao álcool recorreu-se à realização do teste de Kruskal-Wallis (cf. **Tabela 73**). Os alunos que dispunham de um valor médio semanal superior a 25 € para gastos pessoais foram os que revelaram índices mais elevados, sendo secundados pelos que dispunham de um valor superior a 10 € e inferior ou igual a 25 €, excepto na subescala relativa às expectativas negativas, onde os primeiros foram secundados pelos que dispunham de um valor médio semanal inferior ou igual a 10 € por semana. Particularmente em relação à subescala “expectativas positivas” foram os alunos que dispunham de um valor superior a 25 € os que revelaram maiores expectativas positivas, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas. Para a subescala “expectativas negativas”, assim como para a pontuação global da escala, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística.

No sentido de verificar entre que grupos se verificavam as diferenças estatisticamente significativas anteriormente descritas, recorreu-se à análise de variância com recurso às ordenações médias das expectativas positivas (cf. **tabela 73**). O teste post hoc de Tukey revelou que as diferenças se situaram entre o grupo 1 ($\leq 10\text{€}$) e o grupo 3 ($> 25\text{€}$) com um valor de *p* de 0,011. Confirmou-se então que foram os estudantes que dispunham de mais de 25 € por semana para gastos pessoais, os que revelaram maiores expectativas positivas face ao álcool e com significância estatística.

Tabela 73 - Teste de Kruskal-Wallis entre as CEA-A (nota global), suas subescalas e valor médio semanal disponível para gastos pessoais (semanada).

Semanada	≤ 10 €	>10 € - ≤ 25	> 25 €	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
	(1) Ordenação média	€ (2) Ordenação média	(3) Ordenação média			1/2	1/3	2/3
Variáveis								
Expect. Positivas	468,83	510,31	571,01	10,603	0,005	n.s.	0,011	n.s.
Expect. Negativas	485,62	476,98	520,07	1,261	0,532	n.s.	n.s.	n.s.
CEA-A (Global)	476,59	493,79	551,14	4,656	0,097	n.s.	n.s.	n.s.

Expectativas face ao álcool vs Habilitações literárias do pai/mãe

No sentido de verificar se as habilitações literárias do pai influenciavam no nível de expectativas face ao álcool por parte dos estudantes procedeu-se à realização do teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 74**). Tanto para as subescalas como para a escala global, após observação da ordenação das médias, constatou-se que foram os estudantes cujos pais possuíam uma escolaridade ao nível do ensino superior, aqueles que revelaram um maior nível de expectativas (tanto positivas, negativas ou globais) face ao álcool. Os que revelaram valores médios mais baixos e, por isso, menores expectativas foram os estudantes com pais com o ensino secundário. As diferenças aqui encontradas não se revelaram, no entanto, estatisticamente significativas.

Tabela 74 - Teste de Kruskal-Wallis entre as CEA-A (nota global), suas subescalas e habilitações literárias do pai.

Hab. Lit. Pai	Até 1º ciclo	2º/3º ciclo	Ens. Sec.	Ens. Sup.	Não sabe/Resp.	χ^2	p
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Expect. Positivas	481,16	485,24	464,05	553,61	518,51	5,511	0,239
Expect. Negativas	505,72	479,98	467,33	513,73	484,89	2,820	0,588

CEA-A (Global)	495,67	483,90	457,72	545,06	495,75	5,111	0,276
----------------	--------	--------	--------	--------	--------	-------	-------

O procedimento anteriormente descrito foi igualmente realizado para as habilitações literárias da mãe, no sentido de averiguar se as mesmas influenciavam o nível de expectativas dos estudantes face ao álcool. Para tal realizou-se o teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 75**) em que, após a observação da ordenação das médias se verificou que relativamente às expectativas positivas foram os alunos cujos pais detinham formação superior os que revelaram maiores expectativas, contrapondo com os que detinham o ensino secundário, os quais foram os que revelaram um menor nível de expectativas positivas face ao álcool. Relativamente às expectativas negativas, foram os alunos cujos pais detinham o 1º ciclo, os que revelaram um maior nível das mesmas, encontrando-se na posição contrária os alunos cujos pais detinham o ensino secundário. Por fim, relativamente à escala global de expectativas face ao álcool, os alunos cujos pais tinham o 2º/3º ciclo de escolaridade foram os que revelaram um maior nível de expectativas, sendo secundados pelos que detinham o 1º ciclo e o ensino superior com comportamentos semelhantes. Também aqui, à semelhança das habilitações literárias do pai, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística.

Tabela 75 - Teste de Kruskal-Wallis entre as CEA-A (nota global), suas subescalas e habilitações literárias da mãe.

Hab. Lit. Mãe	Até 1º ciclo	2º/3º ciclo	Ens. Sec.	Ens. Sup.	Não sabe/Resp.	χ^2	p
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Expect. Positivas	481,49	498,06	461,54	502,91	405,07	4,514	0,341
Expect. Negativas	506,47	497,35	446,04	485,67	422,88	6,753	0,150
CEA-A (Global)	493,47	499,07	451,71	493,31	415,62	5,361	0,252

Expectativas face ao álcool vs Situação familiar dos pais

Com o intuito de verificar se a situação familiar dos pais influenciava o nível de expectativas dos estudantes, procedeu-se à realização do teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 76**). Verificou-se que em relação à escala global foram os estudantes cujos pais eram solteiros, divorciados ou estavam em separação de facto, os que revelaram maiores expectativas face ao álcool, contrariamente aos que tinham pais casados ou em união de facto, sendo estes últimos os que revelaram níveis de expectativas menores. Relativamente às expectativas positivas, foram os alunos cujos pais detinham outro tipo de situação familiar, os que revelaram maiores níveis de expectativas. Da mesma forma, os alunos com pais com a situação familiar anteriormente descrita foram igualmente os que demonstraram um maior nível de expectativas negativas, sendo secundados pelos que tinham pais casados ou em união de facto. A relação existente entre as variáveis não contempla a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 76 - Teste de Kruskal-Wallis entre as CEA-A (nota global), suas subescalas e situação familiar dos pais.

Sit. Familiar	Casados ou União de facto	Solteiros/divorciados ou separação de facto	Outros	χ^2	p
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
Expect. Positivas	478,63	521,91	537,75	3,771	0,152
Expect. Negativas	486,74	479,21	489,10	0,074	0,964
CEA-A (global)	482,61	505,56	501,99	0,782	0,676

Expectativas face ao álcool vs Ano de escolaridade

No sentido de analisar a influência do ano de escolaridade nas expectativas face ao álcool, procedeu-se à realização de uma análise de variância (cf. **Tabela 77**) verificando-se, através dos valores médios obtidos que, relativamente às expectativas negativas, foram os estudantes do 10º ano os que revelaram índices mais elevados, sendo secundados pelos alunos do 11º ano. Os alunos do 12º ano foram os que revelaram menores índices de expectativas negativas.

Relativamente às expectativas positivas e globais face ao álcool, foram igualmente os estudantes do 10º ano os que revelaram índices mais elevados, sendo os alunos do 11º ano os que revelaram índices mais baixos.

As diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas tanto nas subescalas como na escala global ($p < 0,050$).

No sentido de localizar entre que anos de escolaridade se verificaram as diferenças estatisticamente significativas procedeu-se à análise do teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 77**).

Assim, relativamente às expectativas positivas, as diferenças com significância estatísticas situaram-se entre os alunos do 10º/11º ano ($p = 0,008$). No que diz respeito às expectativas negativas e expectativas globais, as diferenças situaram-se entre os estudantes do 10º ano e do 11º ($p = 0,008$ e $p = 0,001$, respectivamente), assim como entre os estudantes do 10º e do 12º ano ($p = 0,000$ e $p = 0,006$, respectivamente).

Tabela 77 - Análise da variância entre a nota global das expectativas face ao álcool, suas subescalas e ano de escolaridade.

Variáveis	10º ano (1)		11º ano (2)		12º ano (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Expect. Positivas	513,29	276,66	449,28	278,67	489,47	283,57	4,455	0,012	0,008	n.s.	n.s.
Expect. Negativas	531,69	287,34	467,73	287,33	446,19	255,07	8,692	0,000	0,008	0,000	n.s.
CEA-A (Global)	530,10	279,32	453,48	284,84	463,28	270,46	7,754	0,000	0,001	0,006	n.s.

Expectativas face ao álcool vs Escola

No sentido de verificar a influência da escola nas expectativas face ao álcool dos estudantes recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 78**).

Relativamente à escala global, através da observação das ordenações médias, foram os estudantes da escola profissional de Tondela os que revelaram maiores expectativas face ao álcool, seguindo-se os estudantes da escola secundária de Tondela e, por fim, os da escola secundária Emídio Navarro, respectivamente.

No que diz respeito às expectativas positivas foram os alunos da escola secundária de Tondela os que revelaram um maior nível de expectativas positivas, sendo os estudantes da escola secundária Emídio Navarro os que revelaram um menor nível de expectativas positivas face ao álcool.

Finalmente, relativamente às expectativas negativas, os alunos da escola profissional de Tondela revelaram ordenações médias ligeiramente superiores às da secundária de Tondela, sendo portanto os que revelaram um maior nível de expectativas negativas face ao álcool.

As diferenças encontradas, tanto para a escala global como para as subescalas revelaram-se estatisticamente significativas.

Posteriormente, com o objectivo de verificar entre que escolas se situavam as diferenças estatisticamente significativas recorreu-se ao teste post hoc de Tukey com recurso às das ordenações médias (cf. tabela 78).

Relativamente à escala global e subescala das expectativas negativas, as significâncias estatísticas localizaram-se entre a escola secundária de Tondela e a escola secundária Emídio Navarro ($p= 0,006$ e $p= 0,003$), assim como entre a escola secundária Emídio Navarro e a escola profissional de Tondela ($p= 0,023$ e $p= 0,028$).

Relativamente à subescala das expectativas positivas, as diferenças estatisticamente significativas verificaram-se entre os estudantes da escola secundária de Tondela e a escola secundária Emídio Navarro ($p= 0,017$).

Tabela 78 - Teste de Kruskal-Wallis entre as CEA-A (nota global), suas subescalas em função da escola.

Variáveis	Escola Sec. Tondela (1) Ord. média	Emídio Navarro (2) Ord. média	Prof. Tondela (3) Ord. média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
Expect. Positivas	511,59	457,37	510,15	8,893	0,012	0,017	n.s.	n.s.
Expect. Negativas	516,13	451,43	516,87	12,975	0,002	0,003	n.s.	0,028
CEA-A (Global)	513,38	452,54	519,75	12,201	0,002	0,006	n.s.	0,023

Expectativas face ao álcool vs Reprovações

No sentido de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o valor global das expectativas face ao álcool, assim como da suas subescalas e a existência ou não de reprovações recorreu-se ao teste t para comparação de médias (cf. **tabela 79**). Da análise do mesmo concluiu-se não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os alunos que nunca reprovaram e os que haviam já reprovado ($p > 0,005$). Estudantes com e sem reprovações pontuaram em média de forma semelhante tanto relativamente às expectativas positivas, negativas ou à escala global.

Tabela 79 - Teste *t* de student relativo às CEA-A (nota global), suas subescalas e em função de reprovações.

Reprovações	Sim		Não		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Expectativas Positivas	59,29	19,72	59,19	18,99	0,353	-0,077	0,939
Expectativas Negativas	55,02	20,06	55,55	19,66	0,426	0,410	0,682
CEA-A (Global)	114,31	35,71	114,74	34,69	0,711	0,189	0,850

Expectativas face ao álcool vs Sentimentos face à escola

No sentido de verificar a influência dos sentimentos face à escola nas expectativas face ao álcool nos adolescentes procedeu-se à realização do teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 80**). Verificou-se pelas ordenações médias que, relativamente à escala global e subescala das expectativas positivas, os alunos que afirmaram não gostar da escola foram os que revelaram maiores expectativas face ao álcool, sendo secundados pelos que manifestaram um sentimento de indiferença face à mesma. As diferenças encontradas revelaram significância estatística.

Relativamente às expectativas negativas, apesar de os estudantes que referiram não gostar da escola apresentarem maiores expectativas face ao álcool, sendo secundados pelos

que afirmaram gostar da escola, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística.

Posteriormente, no sentido de verificar entre que grupos se verificaram as diferenças com significância estatística recorreu-se ao teste post hoc de Tukey recorrendo às ordenações médias (cf. **tabela 80**). Em conformidade com os resultados obtidos, as mesmas localizaram-se, tanto para a escala global como para a subescala das expectativas positivas entre os alunos que referiram gostar da escola e os que referiram não gostar ($p= 0,007$ e $p= 0,001$) e entre os que manifestaram um sentimento de indiferença e os que referiram não gostar da escola ($p= 0,024$ e $p= 0,025$).

Tabela 80 - Teste de Kruskal-Wallis entre as CEA-A (nota global), suas subescalas e sentimentos face à escola.

Sent. Escola Variáveis	Gosta (1) Ordenação média	Indiferente (2) Ordenação média	Não Gosta (3) Ordenação média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
Expect. Positivas	467,53	499,79	603,70	13,586	0,001	n.s.	0,001	0,025
Expect. Negativas	484,85	476,97	546,36	3,023	0,221	n.s.	n.s.	n.s.
CEA-A (Global)	475,40	486,80	591,72	9,106	0,011	n.s.	0,007	0,024

Expectativas face ao álcool vs Envolvimento face ao álcool

No sentido de determinar o tipo de correlação estabelecida entre a escala global, as subescalas das expectativas face ao álcool com o valor global obtido na escala de envolvimento com o álcool recorreu-se à realização de uma matriz de correlação de Pearson (cf. **tabela 81**). Verificou-se que as correlações se demonstraram significativas, excepto entre as expectativas negativas e o valor global da escala de AAIS, onde o valor da correlação encontrada não apresentou significância estatística. Relativamente às restantes, as mesmas oscilaram entre 0,170 (valor global do CEA-A vs Valor global do AAIS) e 0,901 (expectativas negativas vs valor global do CEA-A).

Tabela 81 - Matriz de correlação de Pearson entre as CEA-A (nota global), suas subescalas e o envolvimento com o álcool (AAIS).

Variáveis	Expect. Positivas	Expect. Negativas	CEA-A (Global)
Expectativas Negativas	0,612**	-	-
CEA-A (Global)	0,895**	0,901**	-
AAIS (Global)	0,303**	0,006	0,170**

**p < 0,01

No sentido de observar o comportamento das expectativas positivas, negativas e globais face aos diferentes grupos da AAIS realizou-se o teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 82**), constatando-se pela ordenação médias que, relativamente ao valor global do CEA-A, foram os estudantes pertencentes ao grupo dos bebedores habituais com problemas os que revelaram maiores expectativas face ao álcool, sendo secundados pelos que pertenciam ao grupo dos “alcoholic like”. Os bebedores irregulares foram os que revelaram menores expectativas face ao álcool no que diz respeito ao valor global do constructo.

No que se refere às expectativas positivas foram igualmente os bebedores habituais com problemas e os “alcoholic like” os que revelaram maiores expectativas positivas, sendo os bebedores irregulares os que revelaram menores expectativas positivas face ao álcool.

Finalmente, em relação às expectativas negativas foram os abstinentes os que revelaram maiores níveis de expectativas negativas. Os bebedores irregulares por sua vez revelaram menores expectativas negativas face ao álcool, seguindo-se os bebedores habituais sem problemas.

De referir que as diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas.

No sentido de especificar em que grupos se verificaram as diferenças estatisticamente significativas procedeu-se à análise da variância das variáveis em estudo (cf. **tabela 82**). Assim, verificou-se que essas mesmas diferenças com significância estatística, ao nível da subescala das expectativas positivas se localizaram entre os abstinentes e os bebedores habituais com problemas, entre os bebedores irregulares e os bebedores habituais sem problemas, bebedores habituais com problemas e os “alcoholic like” e ainda entre os bebedores habituais sem problemas e os bebedores habituais com problemas.

Relativamente à subescala das expectativas negativas, essas diferenças localizaram-se entre os abstinentes e os bebedores irregulares, entre os primeiros e os bebedores habituais sem problemas, entre os bebedores irregulares e os bebedores habituais com problemas e por fim, entre os bebedores habituais sem problemas e os bebedores habituais com problemas.

Por último, tendo em consideração o constructo na sua globalidade, as diferenças estatisticamente significativas localizaram-se entre os abstinentes e os bebedores irregulares, entre os primeiros e os bebedores habituais com problemas, entre os bebedores irregulares e os bebedores habituais sem problemas, entre os bebedores irregulares e os bebedores habituais com problemas e ainda entre os bebedores habituais sem problemas e os bebedores habituais com problemas.

Tabela 82 - Teste de Kruskal-Wallis entre as CEA-A (nota global), suas subescalas e grupos de envolvimento com o álcool.

AAIS (Gr)	Abstinentes (1)	Bebedores Irregulares (2)	B. Habituais sem problemas (3)	B. Habituais com problemas (4)	"Alcoholic like" (5)	χ^2	p			
	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média					
Expect. Positivas	433,36	310,06	478,53	711,50	645,21	83,421	0,000			
Expect. Negativas	607,48	418,83	462,15	605,59	492,21	41,140	0,000			
CEA-A (Global)	538,97	360,50	464,35	687,71	630,50	64,867	0,000			
Teste Tukey (p)										
	1/2	1/3	1/4	1/5	2/3	2/4	2/5	3/4	3/5	4/5
Expectativas Positivas	n.s.	n.s.	0,000	n.s.	0,000	0,000	0,016	0,000	n.s.	n.s.
Expectativas Negativas	0,001	0,000	n.s.	n.s.	n.s.	0,001	n.s.	0,000	n.s.	n.s.
CEA-A (Global)	0,001	n.s.	0,003	n.s.	0,044	0,000	n.s.	0,000	n.s.	n.s.

No que diz respeito aos diferentes níveis de expectativas globais em função dos diferentes grupos de envolvimento com o álcool verificou-se pela análise da **tabela 83** que, a maioria dos estudantes que revelaram níveis reduzidos, razoáveis ou elevados de expectativas face ao álcool eram bebedores habituais sem problemas (81,30%, 82,20% e

67,60%, respectivamente). De ressaltar que 14,20% dos estudantes com elevados níveis de expectativas eram bebedores habituais com problemas e 12,60% eram abstinentes.

Tabela 83 - Níveis de expectativas (nota global) em função dos grupos de envolvimento com o álcool.

AAIS (Gr)	CEA-A (Gr)		Reduzidas (1)		Razoáveis (2)		Elevadas (3)		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Abstinentes	27	7,60	9	5,00	55	12,60	91	9,40		
Bebedores Irregulares	31	8,80	6	3,30	20	4,60	57	5,90		
Bebedores Habituais Sem Problemas	287	81,30	148	82,20	296	67,60	731	75,30		
Bebedores Habituais Com Problemas	6	1,70	17	9,40	62	14,20	85	8,80		
Alcoholic Like	2	0,60	0	0,00	5	1,10	7	0,70		
Total	353	100,00	180	100,00	438	100,00	971	100,00		

Em síntese, 45,10% dos estudantes revelaram elevadas expectativas face ao álcool. Revelaram ainda um maior nível de expectativas globais face ao álcool:

- Os rapazes ($p= 0,001$);
- Os alunos do 10º ano ($p= 0,000$);
- Os alunos da escola profissional de Tondela ($p= 0,002$);
- Os alunos que não gostam da escola ($p= 0,011$);
- Os bebedores habituais com problemas ($p= 0,000$).

2.1.4. Variáveis psicológicas

Inseridas nas variáveis psicológicas serão estudadas seguidamente a auto-estima e o autoconceito.

Estudo da Auto-estima

O valor médio para a pontuação global da escala de auto-estima apresentado pelos estudantes foi de 30,69 ($Dp= 4,91$), com um mínimo de 13 e um máximo de 40 (cf. **tabela 84**). A distribuição revelou uma dispersão média ($CV= 15,99\%$), sendo simétrica ($Sk/erro= -1,743$) e mesocúrtica ($K/erro= -0,031$). No entanto, pelo valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($K/S= 0,000$), a distribuição não segue uma distribuição normal.

Relativamente à subescala relativa à auto-estima positiva, o valor médio obtido foi de 15,57 ($Dp= 2,50$), com um mínimo de 5 e um máximo de 20. Revelou ainda uma dispersão média ($CV= 16,06\%$), sendo assimétrica negativa ou enviesada à direita ($Sk/erro= -5,948$) e leptocúrtica ($K/erro= 10,917$), não preenchendo os pressupostos de normalidade ($p(K/S)= 0,000$).

Finalmente relativamente à subescala da auto-estima negativa, o valor médio obtido foi de 15,12 ($Dp= 3,31$), com um mínimo de 5 e um máximo de 20. Verificou-se uma dispersão média ($CV= 21,89\%$), sendo a distribuição assimétrica ou enviesada à direita ($Sk/erro= -4,808$) e mesocúrtica ($K/erro= -1,115$), não cumprindo igualmente os pressupostos de normalidade ($p(K/S)= 0,000$).

Tabela 84 - Estatísticas relativas à auto-estima e suas subescalas.

Auto-Estima									
Variáveis	N	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Auto-estima Positiva	971	15,57	5	20	2,50	16,06	-5,948	10,917	0,000
Auto-estima Negativa	971	15,12	5	20	3,31	21,89	-4,808	-1,115	0,000
Auto-estima (global)	971	30,69	13	40	4,91	15,99	-1,743	-0,031	0,000

Auto-estima vs Sexo

No sentido de verificar em que medida o sexo influenciava a auto-estima dos estudantes recorreu-se ao teste t de student (cf. **tabela 85**). Pelos resultados obtidos verificou-se que as variâncias foram homogêneas, sendo os valores médios obtidos, tanto para as subescalas como para o valor global, superiores nos rapazes quando comparados

com aos valores médios registados nas raparigas. No entanto, as diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas para a subescala relativa à auto-estima positiva ($t= -3,202$; $p= 0,001$), assim como para a pontuação global da auto-estima ($t= -2,218$; $p= 0,027$).

Tabela 85 – Teste t de student relativo à auto-estima global, suas subescalas em função do sexo.

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Levene p	t	p
		\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Auto-estima positiva		15,83	2,48	15,31	2,50	0,468	-3,202	0,001
Auto-estima negativa		15,21	3,39	15,02	3,23	0,172	-0,874	0,382
Auto-estima (global)		31,03	4,78	30,34	5,02	0,978	-2,218	0,027

Com o objectivo de ilustrar os níveis de auto-estima (global) dos estudantes que caracterizam a nossa amostra, foram estabelecidos grupos de corte a partir da média ($\bar{x}= 30,69$) e do desvio padrão ($Dp= 4,91$), com base na fórmula “média \pm 0,25 desvio padrão”, postulada por Pestana & Gageiro (2008). Formaram-se então três grupos, denominados por baixa auto-estima (≤ 29), razoável auto-estima ($= 30$) e boa auto-estima (≥ 31).

Posteriormente procedeu-se à análise dos diferentes níveis de auto-estima em função do sexo da amostra em estudo (cf. tabela 86). Neste sentido, verificou-se que 47,40% dos estudantes revelou boa auto-estima. De salientar que 38,80% dos mesmos revelou baixa auto-estima e 13,80% revelou razoável auto-estima. Verificou-se ainda que 49,70% dos rapazes e 45,00% das raparigas registaram bons níveis de auto-estima.

As variáveis em estudo demonstraram ser independentes entre si, através do valor de p obtido no teste do qui-quadrado ($\chi^2= 3,606$; $p= 0,165$ -n.s.).

Tabela 86 - Níveis de auto-estima (nota global) em função do sexo.

Auto-estima (Gr)	Sexo	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	(1)	(2)
Baixa		177	35,90	200	41,80	377	38,80	-1,9	1,9
Razoável		71	14,40	63	13,20	134	13,80	0,6	-0,6

Boa	245	49,70	215	45,00	460	47,40	1,5	-1,5
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Auto-estima vs Idade

Procurou-se igualmente determinar de que modo a idade influenciava a auto-estima dos estudantes. Para tal recorreu-se à análise de variância entre as variáveis em estudo (cf. **tabela 87**). Tanto nas subescalas como no global, foram os estudantes com 17 anos os que revelaram melhores valores médios relativamente aos restantes. As diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas na subescala “auto-estima negativa” ($p=0,001$) e para o global da escala ($p=0,004$). Posteriormente, recorrendo ao teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 87**) verificou-se que as diferenças encontradas se situaram entre os alunos do grupo 1 (≤ 16 anos) e do grupo 2 (17 anos), tanto na subescala relativa à auto-estima negativa ($p=0,001$) como para o valor global da escala ($p=0,003$).

Tabela 87 - Análise da variância entre a auto-estima global, suas subescalas e grupos etários.

Variáveis	≤ 16 anos(1)		17 anos (2)		≥ 18 anos (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
AE positiva	15,51	2,31	15,80	2,63	15,41	2,64	1,890	0,152	n.s.	n.s.	n.s.
AE negativa	14,68	3,12	15,62	3,37	15,27	3,47	7,412	0,001	0,001	n.s.	n.s.
AE (global)	30,19	4,66	31,42	5,00	30,68	5,11	5,488	0,004	0,003	n.s.	n.s.

Auto-estima vs Residência

No sentido de determinar a influência da área de residência na auto-estima dos estudantes em estudo, recorreu-se ao teste UMW (cf. **tabela 88**). Pela observação das ordenações médias constatou-se que foram os alunos residentes em meio urbanos os que revelaram melhor auto-estima, tanto nas subescalas como para o valor global da escala da auto-estima. No entanto, as diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente

significativas para a subescala “auto-estima positiva” ($p= 0,002$) e para o valor global da escala ($p= 0,002$).

Tabela 88 - Teste de U Mann - Whitney entre auto-estima global, suas subescalas e residência.

Variáveis	Residência	Urbana Ordenação média	Rural Ordenação média	UMW	p
Auto-estima positiva		508,93	474,41	97659,00	0,002
Auto-estima negativa		524,67	466,46	92529,50	0,062
Auto-estima (global)		525,99	465,79	92098,00	0,002

Auto-estima vs Situação familiar dos pais

Com o intuito de verificar se a situação familiar dos pais dos estudantes influenciava a auto-estima dos mesmos recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 89**). Relativamente ao valor global da escala foram os alunos cujos pais eram casados ou viviam em união de facto os que registaram melhores ordenações médias, pelo que foram estes os que revelaram melhor auto-estima (sem significância estatística – $p= 0,375$ -n.s.).

No que diz respeito à subescala “auto-estima positiva”, foram os alunos cujos pais detinham outra situação familiar além das descritas, aqueles que revelaram maiores pontuações, sem que no entanto se verificassem diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,732$ -n.s.).

Na subescala “auto-estima negativa” foram os alunos cujos pais eram casados ou viviam em união de facto os que revelaram maiores pontuações, sem que no entanto se registassem diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,157$ -n.s.).

Tabela 89 - Teste de Kruskal-Wallis entre auto-estima global, suas subescalas e situação familiar dos pais.

Variáveis	Sit. Familiar	Casados ou União de facto Ordenação média	Solteiros/divorciados ou separação de facto Ordenação média	Outra Ordenação média	χ^2	p
------------------	----------------------	---	---	-----------------------------	----------	-----

Auto-estima positiva	486,91	470,58	507,85	0,625	0,732
Auto-estima negativa	491,66	472,49	410,14	3,703	0,157
Auto-estima (global)	490,34	474,03	431,98	1,962	0,375

Auto-estima vs Rendimento mensal do agregado familiar

No sentido de constatar se o rendimento médio mensal do agregado familiar influenciava a auto-estima dos estudantes recorreu-se ao teste t de student (cf. **tabela 90**). Assumindo variâncias iguais, os alunos com um rendimento médio do agregado familiar médio alto/alto revelaram valores médios superiores na escala de auto-estima (global) relativamente aos que tinham um rendimento baixo/médio baixo (o mesmo também se verificou para as subescalas).

No entanto, as diferenças encontradas apenas revelaram significância estatística na subescala “auto-estima positiva” ($t = -2,830$; $p = 0,005$) e no valor global da escala ($t = -2,743$; $p = 0,006$).

Tabela 90 - Teste t de student relativo à auto-estima global e suas subescalas em função do rendimento médio mensal do agregado familiar.

Rendimento Mensal Variáveis	Baixo/Médio Baixo		Médio Alto/Alto		Levene p	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Auto-estima positiva	15,31	2,59	15,77	2,42	0,820	-2,830	0,005
Auto-estima negativa	14,88	3,32	15,30	3,30	0,871	-1,925	0,055
Auto-estima (global)	30,20	4,88	31,07	4,90	0,402	-2,743	0,006

Auto-estima vs Valor médio semanal disponível para gastos pessoais

Com o intuito de verificar se o valor médio semanal disponível para gastos pessoais dos estudantes influenciava na sua auto-estima recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 91**). Observando as ordenações médias verificou-se que foram os estudantes que dispunham semanalmente de um valor monetário superior a 10 € e ≤ 25 €, os que revelaram

melhores pontuações (subescalas e valor global), sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas (auto-estima positiva – $p= 0,018$; auto-estima negativa - $p= 0,002$ e auto-estima global – $p= 0,001$). Posteriormente, no sentido de localizar essas mesmas diferenças recorreu-se ao teste de post hoc de Tukey (cf. **tabela 91**), verificando-se que as mesmas se localizaram, tanto nas subescalas, como para a escala global entre o grupo 1 (≤ 10 €) e o grupo 2 (>10 € - ≤ 25 €) (auto-estima positiva – $p= 0,013$; auto-estima negativa - $p= 0,003$ e auto-estima global – $p= 0,000$).

Tabela 91 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e o valor médio semanal disponível para gastos pessoais (semanada).

Variáveis	Semanada	≤ 10 €	>10 € - ≤ 25 €	> 25 €	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
	(1) Ordenação média	(2) Ordenação média	(3) Ordenação média	1/2			1/3	2/3	
AE positiva		470,52	529,36	490,52	8,050	0,018	0,013	n.s.	n.s.
AE negativa		465,10	534,92	524,45	12,227	0,002	0,003	n.s.	n.s.
AE (global)		463,52	545,27	505,00	15,067	0,001	0,000	n.s.	n.s.

Auto-estima vs Ano de escolaridade

No sentido de avaliar se o ano de escolaridade influenciava na auto-estima dos estudantes recorreu-se à análise de variância (cf. **tabela 92**). Pela observação dos valores médios obtidos, foram os estudantes do 12º ano os que revelaram melhores valores médios relativamente aos demais, sendo por isso, os que revelaram melhor auto-estima. As diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas (auto-estima positiva – $p= 0,037$; auto-estima negativa - $p= 0,000$ e auto-estima global – $p= 0,000$). Posteriormente recorreu-se ao teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 92**) no sentido de localizar essas mesmas diferenças. Constatou-se assim que as mesmas registaram-se, na subescala “auto-estima positiva”, entre o 11º e o 12º ano ($p= 0,028$). Já na subescala “auto-estima negativa” as mesmas localizaram-se entre os alunos do 10º/11º ($p= 0,040$), 10º/12º ($p= 0,000$) e entre os alunos do 11º/12º ($p= 0,005$). Relativamente à escala global, as diferenças encontradas localizaram-se entre os alunos do 10º/12º ($p= 0,000$) e os do 11º/12º ($p= 0,006$).

Tabela 92 - Análise da variância entre a auto-estima global, suas subescalas e ano de escolaridade.

Variáveis	Ano Esc.		10º ano(1)		11º ano (2)		12º ano (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
AE positiva	462,74	276,90	484,68	261,62	517,47	276,01	3,318	0,037	n.s.	0,028	n.s.		
AE negativa	433,24	273,30	484,75	274,00	555,54	276,40	16,241	0,000	0,040	0,000	0,005		
AE (global)	442,12	278,55	479,40	270,46	549,71	279,87	12,514	0,000	n.s.	0,000	0,006		

Auto-estima vs Reprovações

Para avaliar a influência da ocorrência de reprovações na auto-estima dos estudantes recorreu-se ao teste t de student (cf. **tabela 93**). Tanto para as subescalas, como para o valor global da escala, foram os estudantes que nunca tinham reprovado os que revelaram valores médios mais elevados, revelando assim melhores índices de auto-estima. As variâncias encontradas revelaram-se homogêneas. No entanto, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas quer para as subescalas (auto-estima positiva – $t=1,336$; $p=0,182$ -n.s. e auto-estima negativa – $t=1,364$; $p=0,173$ -n.s.), como para a escala global da auto-estima ($t=1,601$; $p=0,110$ -n.s.).

Tabela 93 - Teste t de student relativo à auto-estima global e suas subescalas em função de reprovações.

Variáveis	Reprovações		Sim		Não		Levene p	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Auto-estima positiva	15,45	2,61	15,67	2,42	0,593	1,336	0,182		
Auto-estima negativa	14,95	3,48	15,24	3,18	0,138	1,364	0,173		
Auto-estima (global)	30,40	5,02	30,91	4,82	0,197	1,601	0,110		

Auto-estima vs Sentimentos face à escola

No sentido de verificar se os sentimentos face à escola influenciam na auto-estima dos estudantes recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 94**). Através da observação das ordenações médias, constatou-se que tanto para a subescala “auto-estima positiva” como para o valor global da escala, que foram os alunos que referiram gostar da escola os que revelaram melhores índices de auto-estima. Para a subescala “auto-estima negativa” os alunos que manifestaram um sentimento de indiferença face à escola foram os que apresentaram ordenações médias mais elevadas (embora com um valor muito semelhante aos que referiram gostar da escola), revelando maiores índices de auto-estima negativa.

No entanto as diferenças encontradas nas subescalas e valor global não se revelaram estatisticamente significativas ($p > 0,050$ -n.s.).

Tabela 94 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e os sentimentos face à escola.

Sent_Escola	Gosta (1)	Indiferente (2)	Não Gosta (3)	χ^2	p
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média		
AE positiva	497,86	470,04	448,47	3,308	0,191
AE negativa	490,49	490,71	414,17	4,097	0,129
AE (global)	493,72	483,29	420,37	3,681	0,159

Auto-estima vs Aspecto físico

Para avaliar a influência do aspecto físico percebido na auto-estima dos estudantes recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 95**). Pela observação das ordenações médias, constatou-se que tanto para as subescalas, como para o valor global da escala que foram os estudantes que se perceberam como detendo o peso ideal, os que apresentaram valores mais elevados, ou seja, foram os alunos que afirmaram deter o peso ideal os que revelaram melhores índices de auto-estima. As diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas com um valor de $p = 0,000$, tanto nas subescalas como para a escala global. Posteriormente utilizou-se o teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 95**) no sentido de localizar entre que grupos se verificavam as diferenças encontradas.

Constatou-se que as mesmas se localizaram entre o grupo 1 (magro) e o grupo 2 (peso ideal) na subescala “auto-estima negativa” ($p=0,002$) e na escala global ($p=0,003$) e entre os grupos 2 e 3, tanto nas subescalas como na escala global ($p=0,000$).

Tabela 95 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e o aspecto físico percebido.

Aspecto Físico Variáveis	Magro (1) Ordenação média	Peso Ideal (2) Ordenação média	Excesso de Peso (3) Ordenação média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
AE positiva	458,73	517,72	443,68	15,956	0,000	n.s.	n.s.	0,000
AE negativa	434,76	527,14	437,92	25,219	0,000	0,002	n.s.	0,000
AE (global)	439,17	528,29	434,07	26,485	0,000	0,003	n.s.	0,000

Auto-estima vs Envolvimento face ao álcool

No sentido de verificar a influência do grau de envolvimento com o álcool na auto-estima dos estudantes em estudo recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. tabela 96).

Relativamente à escala global, através da observação das ordenações médias obtidas constatou-se que foram os estudantes abstinentes os que revelaram melhor auto-estima. No entanto as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p=0,156$ -n.s.).

No que diz respeito à subescala “auto-estima positiva”, foram os estudantes pertencentes ao grupo dos “Alcoholic like” os obtiveram melhores ordenações médias, ou seja, foram estes que revelaram melhores pontuações na subescala relativa à auto-estima positiva. As diferenças encontradas não se revelaram, no entanto, estatisticamente significativas ($p=0,642$ -n.s.).

Finalmente, no que diz respeito à subescala “auto-estima negativa”, foram os bebedores habituais sem problemas os que revelaram melhores ordenações médias, seguidos pelos abstinentes. As diferenças registadas revelaram-se estatisticamente significativas ($p=0,013$).

Posteriormente, no sentido de localizar em que grupos se situavam as diferenças estatisticamente significativas recorreu-se ao teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 96**). Constatou-se então que as mesmas se localizaram entre o grupo 3 (bebedores habituais sem problemas) e o grupo 4 (bebedores habituais com problemas) com um valor de p de 0,025.

Tabela 96 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e os níveis de envolvimento com o álcool.

Variáveis		AE Positiva	AE Negativa	AE Global
AAIS (Gr)		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média
Abstinentes (1)		505,74	489,81	500,82
B. Irregulares (2)		463,44	485,01	468,46
B. habituais sem problemas (3)		482,54	497,29	493,51
B. habituais com problemas (4)		500,12	402,68	430,50
"Alcoholic like" (5)		603,36	277,00	326,07
χ^2		2,512	12,748	6,642
p		0,642	0,013	0,156
Teste Tukey (p)	1/2	n.s.	n.s.	n.s.
	1/3	n.s.	n.s.	n.s.
	1/4	n.s.	n.s.	n.s.
	1/5	n.s.	n.s.	n.s.
	2/3	n.s.	n.s.	n.s.
	2/4	n.s.	n.s.	n.s.
	2/5	n.s.	n.s.	n.s.
	3/4	n.s.	0,025	n.s.
	3/5	n.s.	n.s.	n.s.
4/5	n.s.	n.s.	n.s.	

Auto-estima vs Expectativas face ao álcool

Com o objectivo de verificar se os diferentes níveis de expectativas face ao álcool influenciavam a auto-estima dos estudantes recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 97**). Através da observação das ordenações médias, constatou-se que foram os estudantes com reduzidas expectativas face ao álcool os que apresentaram valores mais elevados, sendo portanto, os que revelam maiores índices de auto-estima.

No entanto, relativamente à subescala “auto-estima positiva”, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,209$ -n.s.). No que diz respeito à subescala “auto-estima negativa”, as diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas ($p= 0,000$), entre o grupo 1 e o grupo 3 ($p= 0,000$), tal como se pode observar no teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 97**). No que diz respeito ao valor global da escala, as diferenças encontradas também se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,001$), mais especificamente entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,000$).

Tabela 97 - Teste de Kruskal-Wallis entre a auto-estima global, suas subescalas e os níveis de expectativas face ao álcool.

CEA-A (global)	Reduzidas (1) Ordenação média	Razoáveis (2) Ordenação média	Elevadas (3) Ordenação média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
AE positiva	505,39	465,14	478,95	3,135	0,209	n.s.	n.s.	n.s.
AE negativa	536,38	490,59	443,51	21,756	0,000	n.s.	0,000	n.s.
AE (global)	529,02	481,09	453,34	14,381	0,001	n.s.	0,000	n.s.

Resumindo, 47,40% dos estudantes revelaram boa auto-estima. Revelaram ainda melhor auto-estima:

- Os rapazes ($p= 0,027$);
- Estudantes com 17 anos ($p= 0,004$);
- Residentes em meio urbano ($p= 0,002$);
- Com um rendimento médio mensal médio alto ou alto ($p= 0,006$);
- Os estudantes que dispunha, de um valor médio semanal superior a 10 € e inferior ou igual a 25 € ($p= 0,001$);
- Os estudantes do 12º ano ($p= 0,000$);
- Os estudantes que se perceberam como detendo o peso ideal ($p= 0,000$);
- Os abstinentes ($p= 0,156$ -n.s.);
- Os estudantes com reduzidas expectativas globais face ao álcool ($p= 0,001$).

Estudo do Autoconceito

O valor médio obtido na **escala global do autoconceito** foi 73,90 com um desvio padrão de 9,98, registando-se um mínimo de 32 e um máximo de 100. A distribuição apresentou uma dispersão fraca (CV= 13,50%), sendo igualmente assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= -3,858) e leptocúrtica (K/erro= 2,445). Pelo valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p(K/S)= 0,000$), a distribuição não se revelou normal (cf. **tabela 98**).

No que diz respeito ao **factor 1 (aceitação/rejeição social)** a pontuação média obtida foi de 18,46 (Dp= 3,24), com um mínimo de 5 e um máximo de 25. A distribuição revelou uma dispersão média (CV= 17,55%), sendo assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= -3,435) e leptocúrtica (K/erro= 2,394). No teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov obteve-se um valor de p de 0,000, pelo que a distribuição viola os critérios de normalidade (cf. **tabela 98**).

Relativamente ao **factor 2 (auto-eficácia)** a média de pontos obtidos foi de 21,83 com um desvio padrão de 3,44, registando um valor mínimo de 10 e um máximo de 30 (cf. **tabela 98**). A distribuição apresentou uma dispersão média (CV= 15,76%), sendo simétrica (Sk/erro= -0,705) e mesocúrtica (K/erro= -0,522), não preenchendo por isso, os critérios de normalidade, o que foi corroborado pelo valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p(K/S)= 0,000$).

O **factor 3 (maturidade psicológica)** apresentou uma pontuação média de 14,53 (Dp= 2,53), com um mínimo de 4 e um máximo de 20 (cf. **tabela 98**). A distribuição revelou ainda uma dispersão média (CV= 17,41%), sendo assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= -2,679) e leptocúrtica (K/erro= 3,165). A distribuição não verificou portanto os requisitos de normalidade, apresentando um valor de p no teste de Kolmogorov-Smirnov de 0,000.

Finalmente, no que concerne ao **factor 4 (impulsividade/actividade)**, o mesmo apresentou uma pontuação média de 11,53 (Dp=2,03), registando um valor mínimo de 3 e

um máximo de 15. A dispersão revelou-se média (CV= 17,61%), sendo assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= -6,512) e leptocúrtica (K/erro= 3,038). Uma vez mais o valor de p obtido no teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p=0,000$) corroborou a violação dos pressupostos de normalidade por parte da distribuição da variável em estudo (cf. tabela 98).

Tabela 98 - Estatísticas relativas ao autoconceito global e seus factores.

Variáveis	Autoconceito								
	N	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Factor 1	971	18,46	5	25	3,24	17,55	-3,435	2,394	0,000
Factor 2	971	21,83	10	30	3,44	15,76	-0,705	-0,522	0,000
Factor 3	971	14,53	4	20	2,53	17,41	-2,679	3,165	0,000
Factor 4	971	11,53	3	15	2,03	17,61	-6,512	3,038	0,000
Autoconceito (Global)	971	73,90	32	100	9,98	13,50	-3,858	2,445	0,000

Autoconceito vs Sexo

Quanto à influência da variável sexo na nota global do autoconceito, assim como nos seus factores, após realização do teste t de student (cf. tabela 99) verificou-se que, as diferenças obtidas entre as médias dos rapazes e das raparigas não se revelaram estatisticamente significativas ($p > 0,05$ -n.s.).

Tabela 99 - Teste t de student entre autoconceito global, seus factores e sexo.

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Levene p	t	p
		\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Factor 1		18,54	3,17	18,37	3,31	0,198	-0,823	0,411
Factor 2		21,90	3,29	21,75	3,60	0,142	-0,676	0,499
Factor 3		14,40	2,54	14,66	2,51	0,728	1,563	0,118
Factor 4		11,52	2,11	11,54	1,94	0,107	0,172	0,863
Autoconceito (Global)		73,83	10,04	73,96	9,93	0,819	0,197	0,844

Com o objectivo de estratificar os níveis de autoconceito dos estudantes, foram estabelecidos grupos de corte a partir da média ($\bar{x} = 73,90$) e do desvio padrão ($Dp = 9,98$), com base na fórmula “média \pm 0,25 desvio padrão”, postulada por Pestana & Gageiro (2008). Formaram-se então os seguintes grupos: baixo autoconceito (≤ 71), razoável autoconceito (≥ 72 e ≤ 75) e bom autoconceito (≥ 76).

Posteriormente procedeu-se à análise dos diferentes níveis de autoconceito em função do sexo dos estudantes da amostra em estudo (cf. **tabela 100**). Do total da amostra em estudo, 45,30% apresentaram um bom autoconceito, seguindo-se 36,80% com um baixo autoconceito. Apenas 17,90% revelaram um razoável autoconceito.

De igual modo, 45,20% dos rapazes, assim como 45,40% das raparigas revelaram deter um bom autoconceito.

Através do valor de p obtido no teste do qui-quadrado ($\chi^2 = 0,010$; $p = 0,995$ -n.s.) constatou-se que as variáveis em estudo se demonstraram independentes.

Tabela 100 - Níveis de autoconceito (nota global) em função do sexo.

Sexo	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	(1)	(2)
Baixo	182	36,90	175	36,60	357	36,80	0,1	-0,1
Razoável	88	17,80	86	18,00	174	17,90	-0,1	0,1
Bom	223	45,20	217	45,40	440	45,30	-0,1	0,1
Total	493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Autoconceito vs Idade

Com a finalidade de constatar a influência da idade no autoconceito, recorreu-se à análise de variância a um factor (cf. **tabela 101**). Foram os alunos na faixa etária dos 17 anos os que apresentaram melhores índices médios relativamente à pontuação global do autoconceito, assim como nos factores 1, 2 e 3 do constructo. Relativamente ao factor 4 foram os alunos com idade igual ou inferior a 16 anos os que apresentaram melhores índices médios. As diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas para o

factor 1 entre os alunos com 17 anos e os alunos com idade igual ou superior a 18 anos ($p=0,014$), após análise do teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 101**).

Tabela 101 - Análise da variância entre o autoconceito global, seus factores e grupos etários.

Variáveis	≤ 16 anos (1)		17 anos (2)		≥ 18 anos (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Factor 1	493,06	275,68	511,78	278,20	444,78	281,38	4,215	0,015	n.s.	n.s.	0,014
Factor 2	477,76	273,63	510,93	283,99	470,91	282,53	1,729	0,178	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 3	475,76	283,95	494,26	275,54	493,35	271,98	0,503	0,605	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 4	495,75	273,40	485,94	278,46	470,05	280,70	0,686	0,504	n.s.	n.s.	n.s.
Autoconceito (Global)	482,01	274,88	511,54	284,91	463,23	282,54	2,113	0,121	n.s.	n.s.	n.s.

Autoconceito vs Residência

No sentido de determinar em que medida a área de residência discriminava o autoconceito realizou-se o teste UMW (cf. **tabela 102**) e verificou-se que, através das ordenações médias, em todos os factores e escala global do autoconceito, foram os estudantes residentes no meio urbano os que revelaram índices mais elevados, sendo portanto os que manifestaram um melhor autoconceito relativamente aos que residiam em meio rural. No entanto, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas no factor 4 (impulsividade/actividade) com um $p=0,011$ e na escala global ($p=0,022$).

Tabela 102 - Teste de U Mann - Whitney entre autoconceito global, seus factores e residência.

Variáveis	Residência	Urbana Ordenação média	Rural Ordenação média	UMW	p
Factor 1		510,58	473,58	97123,500	0,051
Factor 2		509,53	474,11	97464,000	0,062
Factor 3		500,55	478,65	100392,500	0,247
Factor 4		517,72	469,97	94793,500	0,011
Autoconceito (global)		514,90	471,39	95714,000	0,022

Autoconceito vs Situação familiar dos pais

No sentido de verificar em que medida a situação familiar dos pais influencia o autoconceito dos estudantes recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 103**). Através da constatação das ordenações médias obtidas constatou-se que foram os estudantes cujos pais se encontravam casados ou em união de facto, os que revelaram melhores índices de autoconceito, relativamente ao valor global da escala. No entanto, as diferenças encontradas entre os grupos não se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,935$ -n.s.).

Tabela 103 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito global, seus factores e situação familiar dos pais.

Sit. Familiar	Casados ou União de facto	Solteiros/divorciados ou separação de facto	Outra Ordenação média	χ^2	p
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média			
Factor 1	484,78	478,60	528,93	1,087	0,581
Factor 2	488,04	484,46	450,08	0,741	0,690
Factor 3	487,00	475,05	494,65	0,219	0,896
Factor 4	485,88	485,06	490,81	0,014	0,993
Autoconceito (Global)	487,39	477,40	480,96	0,135	0,935

Autoconceito vs Habilitações literárias do pai

No sentido de avaliar a influência das habilitações literárias do pai no autoconceito dos estudantes recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 104**). Através das ordenações médias obtidas verificou-se que foram os estudantes cujos pais detinham formação superior os que revelaram melhor autoconceito. As diferenças encontradas revelaram-se, tanto para os factores, como para a escala global, estatisticamente significativas (factor1 – $p= 0,017$; factor 2 – $p= 0,009$; factor 3 – $p= 0,004$; factor 4 – $p= 0,000$ e autoconceito global – $p= 0,000$).

Posteriormente recorreu ao teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 104**) no sentido de localizar as diferenças encontradas. Ao nível do factor 2 e 3 as diferenças encontradas localizaram-se entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,021$ e $p= 0,007$, respectivamente). No factor 4, as diferenças com significância estatística localizaram-se entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,009$), grupo 1 e 3 ($p= 0,004$), grupos 1 e 4 ($p= 0,009$) e, finalmente entre os grupos 4 e 5 ($p= 0,032$). Por último, relativamente ao global da escala de autoconceito, as diferenças com significância detectadas verificaram-se entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,001$), entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,031$) e entre os grupos 1 e 4 ($p= 0,013$).

Tabela 104 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito global, seus factores e habilitações literárias do pai.

Hab. Lit. Pai	Até 1º ciclo	2º/3º ciclo	Ens. Sec.	Ens. Sup.	Não sabe/Resp.	χ^2	p			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
Variáveis	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média					
Factor 1	439,46	496,73	506,95	546,35	444,76	12,085	0,017			
Factor 2	437,24	505,78	499,19	531,01	421,95	13,620	0,009			
Factor 3	439,02	514,74	472,84	536,33	430,97	15,503	0,004			
Factor 4	426,63	500,16	521,69	555,56	399,89	23,226	0,000			
Autoconceito (Global)	423,61	510,32	502,15	548,90	409,50	21,849	0,000			
Teste Tukey (p)										
	1/2	1/3	1/4	1/5	2/3	2/4	2/5	3/4	3/5	4/5
Factor 1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 2	0,021	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 3	0,007	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 4	0,009	0,004	0,009	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,032
Autoconceito (Global)	0,001	0,031	0,013	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Autoconceito vs Habilitações literárias da mãe

Para verificar a influência das habilitações literárias da mãe no autoconceito dos estudantes utilizou-se um teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 105**). Com efeito, através da observação das ordenações médias e relativamente à escala global do autoconceito, ao factor

Autoconceito vs Rendimento médio mensal do agregado familiar

Recorreu-se ao teste *t* de student no sentido de verificar a influência do rendimento médio mensal do agregado familiar no autoconceito dos estudantes em estudo (cf. **tabela 106**). Quer para cada um dos factores da escala, quer para a nota global do autoconceito, foram os estudantes cujo rendimento do agregado era médio alto ou alto, os que revelaram melhores índices médios. No entanto, apenas relativamente ao factor 1 da escala do autoconceito se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($t = -2,901$; $p = 0,004$).

Tabela 106 - Teste *t* de student relativo ao autoconceito global e seus factores em função do rendimento médio mensal do agregado familiar.

Rendimento Mensal Variáveis	Baixo/Médio Baixo		Médio Alto/Alto		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Factor 1	18,11	3,45	18,73	3,05	0,012	-2,901	0,004
Factor 2	21,72	3,44	21,91	3,45	0,784	-0,831	0,406
Factor 3	14,51	2,69	14,54	2,40	0,067	-0,177	0,860
Factor 4	11,44	2,08	11,59	1,98	0,490	-1,152	0,250
Autoconceito (Global)	73,31	10,40	74,34	9,64	0,152	-1,606	0,109

Autoconceito vs Valor médio semanal disponível para gastos pessoais

Para testar a influência do valor monetário médio semanal disponível para gastos pessoais dos estudantes no autoconceito dos mesmos recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 107**). Através da observação das ordenações médias, verificou-se que, para o factor 2 e 3 foram os estudantes que usufruíam de um valor médio semanal superior a 25 euros os que revelaram melhores pontuações, não se verificando, no entanto, diferenças estatisticamente significativas (factor 2 – $p = 0,138$ -n.s.; factor 3 – $p = 0,343$ -n.s.). Relativamente aos factores 1, 4 e ao valor global da escala, foram os alunos que usufruíam de um valor médio semanal para gastos pessoais superior a 10 € e inferior ou igual a 25 €, os que apresentaram melhores ordenações médias, com diferenças estatisticamente significativas (factor 1 – $p = 0,018$; factor 4 – $p = 0,018$ e AC global – $p = 0,035$).

No sentido de localizar entre que grupos se verificavam as diferenças estatisticamente significativas recorreu-se ao teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 107**). Ao nível do factor 1, as mesmas localizaram-se entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,021$). No factor 4 registaram-se entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,014$). Relativamente ao valor global da escala, essas mesmas diferenças situaram-se igualmente entre os grupos 1 e 2 ($p= 0,027$).

Tabela 107 - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus factores e o valor médio semanal disponível para gastos pessoais.

Semanada	≤ 10 €	>10 € - ≤ 25 €	> 25 €	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
	(1) Ordenação média	(2) Ordenação média	(3) Ordenação média			1/2	1/3	2/3
Factor 1	473,91	530,38	454,16	8,035	0,018	0,021	n.s.	n.s.
Factor 2	474,19	509,49	521,68	3,962	0,138	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 3	477,29	504,16	509,48	2,137	0,343	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 4	469,63	528,75	501,25	8,088	0,018	0,014	n.s.	n.s.
AC (Global)	471,22	526,14	494,57	6,686	0,035	0,027	n.s.	n.s.

Autoconceito vs Escola

Com o objectivo de verificar se a escola influenciava no autoconceito dos estudantes utilizou-se um teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 108**). Através das ordenações médias obtidas, verificou-se que foram os estudantes da escola secundária Emídio Navarro os que revelaram melhor autoconceito, seguidos dos alunos da escola secundária de Tondela, tanto em cada um dos factores como na escala global. As diferenças registadas revelaram-se estatisticamente significativas ($p < 0,050$).

Posteriormente, recorrendo ao teste de post hoc de Tukey (cf. **tabela 108**), constatou-se que as diferenças com significância estatística se localizaram, no factor 1, entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,006$) e entre os grupos 2 e 3 ($p= 0,001$). No factor 2 localizaram-se entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,009$) e os grupos 2 e 3 ($p= 0,000$). No factor 3, essas mesmas diferenças verificaram-se entre os grupos 2 e 3 ($p= 0,010$) e ao nível do factor 4, entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,000$) e entre os grupos 2 e 3 ($p= 0,000$). Finalmente, no que diz respeito ao valor global da escala, as

diferenças encontradas situaram-se entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,001$) e os grupos 2 e 3 ($p= 0,000$).

Tabela 108 - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus factores em função da escola.

Variáveis	Escola	Sec. Tondela (1)	Sec. Emídio Navarro (2)	Prof. Tondela (3)	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média			1/2	1/3	2/3
Factor 1		494,29	505,76	412,95	13,777	0,001	n.s.	0,006	0,001
Factor 2		480,53	519,87	403,56	21,005	0,000	n.s.	0,009	0,000
Factor 3		489,48	503,56	429,54	8,581	0,014	n.s.	n.s.	0,010
Factor 4		503,16	505,89	393,34	21,973	0,000	n.s.	0,000	0,000
AC (Global)		489,75	517,14	391,13	24,341	0,000	n.s.	0,001	0,000

Autoconceito vs Ano de Escolaridade

Com a finalidade de estudar a influência do ano de escolaridade no autoconceito dos estudantes recorreu-se à análise de variância (cf. **tabela 109**). Relativamente à nota global da escala, através dos índices médios obtidos, verificou-se que foram os alunos do 12º ano os que revelaram melhor autoconceito, secundados pelos alunos do 11º ano. No entanto as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,070$ -n.s.).

Relativamente ao factor 1, foram os alunos do 10º ano os que revelaram melhores pontuações médias, sem significância estatística ($p= 0,990$ -n.s.). Nos factores 2, 3 e 4, os estudantes do 12º ano revelaram melhores pontuações médias. No entanto, apenas no factor 2 as diferenças encontradas revelaram significância estatística ($p= 0,009$), que pela análise do teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 109**) se situaram entre os grupos 1 e 3 ($p= 0,006$).

Tabela 109 - Análise da variância entre o autoconceito global, seus factores em função do ano de escolaridade.

Variáveis	Ano Esc.		10º ano (1)		11º ano (2)		12º ano (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Factor 1	487,64	287,52	485,04	269,77	484,89	277,91	0,011	0,990	n.s.	n.s.	n.s.		
Factor 2	455,60	290,44	488,40	263,75	522,78	277,13	4,781	0,009	n.s.	0,006	n.s.		
Factor 3	459,89	293,54	495,50	271,87	509,74	261,97	2,898	0,056	n.s.	n.s.	n.s.		
Factor 4	486,77	290,04	475,06	268,50	496,55	268,22	0,451	0,637	n.s.	n.s.	n.s.		
Autoconceito (Global)	462,23	291,86	490,27	270,53	512,23	273,44	2,663	0,070	n.s.	n.s.	n.s.		

Autoconceito vs Reprovações

No sentido de avaliar a influência da ocorrência de reprovações ao nível do autoconceito dos estudantes recorreu-se ao teste *t* de student (cf. **tabela 110**). Através dos resultados obtidos constatou-se que foram os estudantes sem reprovações os que apresentaram melhores médias no inventário clínico do autoconceito (inclusive em cada um dos factores). Assim, atendendo à pontuação global, os estudantes que nunca tinham reprovado revelaram melhor autoconceito do que os que haviam reprovado, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas ($t= 2,692$; $p= 0,007$).

Tabela 110 - Teste *t* de student relativo ao autoconceito global e seus factores em função de reprovações.

Variáveis	Reprovações		Sim		Não		Levene	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Factor 1	18,20	3,52	18,65	3,01	0,001	2,102	0,036		
Factor 2	21,53	3,47	22,05	3,42	0,195	2,327	0,020		
Factor 3	14,36	2,69	14,65	2,39	0,069	1,793	0,073		
Factor 4	11,33	2,23	11,68	1,85	0,000	2,591	0,010		
Autoconceito (Global)	72,88	10,78	74,65	9,28	0,002	2,692	0,007		

Autoconceito vs Sentimentos face à escola

No sentido de avaliar a influência dos sentimentos face à escola no autoconceito da amostra em estudo recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 111**). Através da

constatação das ordenações médias verificou-se que foram os estudantes que referiram “gostar” da escola, aqueles que revelaram valores mais elevados, ou seja, foram os alunos que gostam da escola os que revelaram melhor autoconceito, com diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,001$). Posteriormente, recorrendo ao teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 111**) constatou-se que as diferenças se localizaram entre o grupo 1 (“gosta”) e o grupo 2 (“indiferente”) ($p= 0,008$) e entre o grupo 1 e o grupo 3 ($p=0,024$).

Tabela 111 - Teste de Kruskal-Wallis entre o autoconceito global, seus factores e os sentimentos face à escola.

Variáveis	Sent. Escola Gosta Ordenação média	Indiferente Ordenação média	Não Gosta Ordenação média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
Factor 1	504,62	460,91	427,23	7,776	0,020	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 2	508,01	460,53	394,15	12,590	0,002	0,039	0,008	n.s.
Factor 3	498,88	464,05	469,98	3,420	0,181	n.s.	n.s.	n.s.
Factor 4	501,05	459,40	472,45	4,792	0,091	n.s.	n.s.	n.s.
AC (Global)	510,63	452,42	410,37	13,335	0,001	0,008	0,024	n.s.

Autoconceito vs Envolvimento com o Álcool

Com o objectivo de estudar de que forma o envolvimento com o álcool influenciava no autoconceito dos estudantes utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 112**). Constatou-se, através das ordenações médias obtidas que, relativamente ao global da escala foram os bebedores habituais com problemas e os abstinentes os que revelaram melhores índices de autoconceito. No entanto, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,630$ -n.s.).

Relativamente aos factores 1, 3 e 4 foram os bebedores habituais com problemas os que apresentaram ordenações médias mais elevadas, ou seja, foram os que obtiveram pontuações mais elevadas nos respectivos factores. Também aqui as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas (factor 1 – $p= 0,562$ -n.s.; factor 3 – $p= 0,939$ -n.s. e factor 4 – $p= 0,165$ -n.s.).

No factor 2 foram os abstinentes que revelaram melhores ordenações médias, sendo por isso, os que obtiveram pontuações mais elevadas no respectivo factor. As diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p=0,566$ -n.s.).

Tabela 112 - Teste de Kruskal-Wallis entre autoconceito global, seus factores e os níveis de envolvimento com o álcool.

Variáveis	Factor 1 Ordenação média	Factor 2 Ordenação média	Factor 3 Ordenação média	Factor 4 Ordenação média	AC (Global) Ordenação média
AAIS (Gr)					
Abstinentes	486,10	500,52	500,85	480,66	497,22
B. Irregulares	446,03	447,35	472,46	430,70	440,69
B. habituais sem problemas	487,51	490,47	483,59	485,32	487,70
B. habituais com problemas	509,21	466,71	502,06	541,94	497,47
"Alcoholic like"	370,86	379,14	459,71	397,71	392,71
χ^2	2,974	2,954	0,795	6,498	2,580
p	0,562	0,566	0,939	0,165	0,630

Autoconceito vs Expectativas face ao álcool

Com o intuito de verificar a influência do nível de expectativas face ao álcool no autoconceito dos estudantes da amostra recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 113**). Constatou-se, através das ordenações médias que, no que diz respeito aos factores 1, 2 e 3, assim como na escala global, que foram os estudantes com reduzidas expectativas face ao álcool os que apresentaram melhores pontuações, com diferenças estatisticamente significativas no factor 2 ($p=0,000$), factor 3 ($p=0,004$) e na escala global ($p=0,001$). Relativamente ao factor 4, foram os estudantes com razoáveis expectativas face ao álcool os que revelaram melhores ordenações médias, pelo que, foram estes os que pontuaram melhor neste factor, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,032$).

Posteriormente recorreu-se ao teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 113**) com o objectivo de verificar onde se situavam as diferenças com significância estatística

Factor 1	354,05	465,12	600,22	162,322	0,000	0,000	0,000	0,000
Factor 2	330,20	494,54	611,20	209,784	0,000	0,000	0,000	0,000
Factor 3	406,31	455,75	560,13	65,198	0,000	n.s.	0,000	0,000
Factor 4	382,72	453,16	580,21	107,672	0,000	0,020	0,000	0,000
AC (Global)	323,99	470,39	623,32	236,783	0,000	0,000	0,000	0,000

De uma forma resumida, verificou-se que 45,30% dos estudantes revelou um bom autoconceito. Revelaram ainda melhor autoconceito:

- Os rapazes ($p=0,844$ -n.s.);
- Os alunos com 17 anos ($p=0,121$ -n.s.);
- Residentes em meio urbano ($p=0,022$);
- Os alunos cujo pai e mãe detinham formação de nível superior ($p=0,000$ e $p=0,015$, respectivamente);
- Os alunos que detinham um valor médio semanal para gastos pessoais superiores a 10 € e igual ou inferior a 25 € ($p=0,027$);
- Da escola secundária Emídio Navarro ($p=0,001$);
- Sem reprovações ($p=0,007$);
- Que gostam da escola ($p=0,001$);
- Com reduzidas expectativas globais face ao álcool ($p=0,001$);
- Com boa auto-estima ($p=0,000$).

2.1.5. Estudo da Auto-regulação

O valor médio para a pontuação global do questionário reduzido de auto-regulação (cf. tabela 115) foi de 89,83 ($Dp=9,27$), com um mínimo de 52 e um máximo de 145. O coeficiente de variação relativo à distribuição da pontuação global apresentou uma dispersão fraca ($CV=10,32\%$). Os valores de simetria ($Sk/erro=1,436$) e kurtose ($K/erro=$

26,841) revelaram uma distribuição simétrica e leptocúrtica. Pelo valor de p obtido no teste de Kolmogorov-Smirnov, a variável em estudo não seguiu uma distribuição normal.

Relativamente à subescala “Estabelecimento de Objectivos” (cf. **tabela 115**), o valor médio obtido foi de 56,43 com um desvio padrão de 8,17. Os valores mínimos e máximos registados foram 23 e 75, respectivamente. A variável revelou uma dispersão fraca (CV= 14,48%). A distribuição revelou-se assimétrica negativa ou enviesada à direita (Sk/erro= - 4,435) e mesocúrtica (K/erro= 1,484). Pelo valor de p obtido na realização do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov ($p= 0,000$), a variável não segue uma distribuição normal.

A subescala “Controlo de Impulsos” (cf. **tabela 115**) referente ao questionário reduzido de auto-regulação apresentou um valor médio de 33,40 (Dp= 8,60), com um valor mínimo de 14 e um máximo de 70. A dispersão revelou-se elevada apresentando um CV de 25,75%. Os valores de simetria (Sk/erro= 3,333) e de Kurtose (K/erro= 1,643) indicaram uma distribuição assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e mesocúrtica. Pela análise do valor de p do teste de normalidade, a distribuição não verificou os pressupostos de normalidade ($p= 0,000$).

Tabela 115 - Estatísticas relativas à pontuação global de auto-regulação e suas subescalas.

Auto-regulação									
Variáveis	N	\bar{x}	Min	Max	Dp	CV%	Sk/erro	K/erro	K/S
Estab. de Objectivos	971	56,43	23	75	8,17	14,48	-4,435	1,484	0,000
Controlo de Impulsos	971	33,40	14	70	8,60	25,75	3,333	1,643	0,000
SSRQ (Total)	971	89,83	52	145	9,27	10,32	1,436	26,841	0,000

2.2. ANÁLISE INFERENCIAL

A primeira fase da investigação teve como finalidade a caracterização da amostra. Numa segunda fase procurar-se-á investigar as relações existentes entre algumas variáveis independentes com as competências de auto-regulação.

H₁ – Existe efeito significativo entre as variáveis sociodemográficas e as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.

Sexo vs Competências de auto-regulação

Com a finalidade de verificar se o sexo dos inquiridos tinha influência nas competências de auto-regulação dos mesmos procedeu-se à realização do teste t de student (cf. **tabela 116**). Constatou-se homogeneidade nas variâncias. Relativamente ao controlo de impulsos, os rapazes revelaram valores médios superiores aos das raparigas, sem que tais diferenças se revelassem estatisticamente significativas ($t = -1,699$; $p = 0,090$ -n.s.). No estabelecimento de objectivos, as raparigas pontuaram em média, acima dos rapazes, uma vez mais sem significância estatística ($t = 0,697$; $p = 0,486$ -n.s.).

No que diz respeito ao valor global de auto-regulação, os rapazes pontuaram em média acima das raparigas, revelando melhores índices de auto-regulação. No entanto, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($t = -0,961$; $p = 0,337$ -n.s.).

Tabela 116 - Teste *t* de student relativo às competências de auto-regulação e suas subescalas em função do sexo.

Variáveis	Sexo		Masculino		Feminino		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Controlo de Impulsos	33,86	8,59	32,92	8,60	0,676	-1,699	0,090		
Estabelecimento de objectivos	56,25	8,56	56,62	7,75	0,111	0,697	0,486		
Auto-regulação (total)	90,11	9,96	89,54	8,51	0,097	-0,961	0,337		

Com o objectivo de ilustrar o nível das competências de auto-regulação dos estudantes que caracterizam a nossa amostra, foram estabelecidos grupos de coorte a partir da média ($\bar{x} = 89,83$) e do desvio padrão ($Dp = 9,27$), com base na fórmula “média \pm 0,25 desvio padrão”, postulada por Pestana & Gageiro (2008). Formaram-se então os seguintes

grupos: reduzidas competências de auto-regulação (≤ 88), razoáveis competências de auto-regulação ($\geq 89 - \leq 93$) e, por último elevadas competências de auto-regulação (≥ 94).

Como podemos verificar pela análise da **tabela 117**, a 41,30% dos estudantes apresentou reduzidas competências de auto-regulação, sendo secundada pelos estudantes que revelaram elevadas competências de auto-regulação (31,10%). Revelaram razoáveis competências de auto-regulação 27,60% dos estudantes em estudo.

Relativamente ao sexo, 40,00% dos rapazes e 42,60% das raparigas revelaram reduzidas competências de auto-regulação.

Através da análise dos valores obtidos no teste qui-quadrado ($\chi^2 = 2,621$; $p = 0,270$ -n.s.) confirmou-se a inexistência de relação estatisticamente significativa entre os grupos relativos às competências de auto-regulação e o sexo dos inquiridos.

Tabela 117 - Níveis de competências de auto-regulação em função do sexo.

SSRQ (Gr)	Sexo	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	(1)	(2)
Reduzidas		197	40,00	204	42,60	401	41,30	-0,9	0,9
Razoáveis		131	26,50	137	28,70	268	27,60	-0,7	0,7
Elevadas		165	33,50	137	28,70	302	31,10	1,6	-1,6
Total		493	100,00	478	100,00	971	100,00		

Idade vs Competências de auto-regulação

No sentido de determinar se a idade influenciava no desenvolvimento de competências de auto-regulação recorreu-se à análise de variância (cf. **tabela 118**) com base na observação dos valores médios obtidos.

Assim, no controlo de impulsos foram os estudantes com 16 anos ou menos os que revelaram valores médios mais elevados, ou seja, foram estes que revelaram maiores competências de controlo de impulsos. Os estudantes com 17 anos foram os que revelaram menor capacidade de controlo de impulsos. No entanto, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($F = 1,611$; $p = 0,200$ -n.s.). Relativamente ao

estabelecimento de objectivos, foram os estudantes com 17 anos os que revelaram maiores índices médios, sendo portanto, os que melhor revelaram estabelecimento de objectivos. No pólo oposto situaram-se os estudantes com 18 ou mais anos, sendo os que pontuaram em média pior no estabelecimento de objectivos. Também relativamente a esta subescala, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($F= 0,603$; $p= 0,547$ -n.s.).

Finalmente, considerando a pontuação global da escala, foram os alunos com 16 anos ou menos os revelaram maiores índices de auto-regulação, seguidos pelos estudantes com 17 anos de idade. No entanto, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística ($F= 0,511$; $p= 0,600$ -n.s.).

Tabela 118 - Análise da variância entre as competências de auto-regulação, suas subescalas e grupos etários.

Variáveis	≤ 16 anos		17 anos		≥ 18 anos		F	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp		
Controlo de Impulsos	33,90	8,47	32,72	8,38	33,35	9,04	1,611	0,200
Estabelecimento de objectivos	56,28	8,20	56,87	7,86	56,19	8,47	0,603	0,547
Auto-regulação (total)	90,17	9,14	89,59	8,97	89,54	9,84	0,511	0,600

Residência vs Competências de auto-regulação

Por forma a verificar se a residência influenciava nas competências de auto-regulação dos estudantes recorreu-se ao teste UMW (cf. **tabela 119**). Pelas ordenações médias obtidas, verificou-se que, na subescala de controlo de impulsos, os estudantes residentes na área rural revelaram melhores competências de controlo de impulsos. As diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas ($p= 0,044$). Relativamente ao estabelecimento de objectivos, foram os estudantes residentes em áreas urbanas os que pontuaram superiormente, ou seja, foram os estudantes residentes em meio urbanos os que revelaram melhores competências de estabelecimento de objectivos. No entanto, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística ($p= 0,160$ -n.s.). No que diz respeito ao

global da escala, foram os estudantes residentes em meio rural os que revelaram maiores índices de auto-regulação. Uma vez mais as diferenças encontradas não apresentaram significância estatística ($p=0,534$ -n.s.).

Tabela 119 - Teste de U Mann - Whitney entre as competências de auto-regulação, suas subescalas e residência.

Variáveis	Residência	Urbana Ordenação média	Rural Ordenação média	UMW	p
Controlo de Impulsos		460,58	498,85	96846,500	0,044
Estabelecimento de objectivos		503,78	477,01	99339,000	0,160
Auto-regulação (total)		478,13	489,98	102571,000	0,534

Rendimento médio do agregado familiar vs Competências de auto-regulação

No sentido de verificar de que modo o rendimento médio do agregado familiar influenciava as competências de auto-regulação dos estudantes, recorreu-se ao teste t de student (cf. **tabela 120**). As variâncias obtidas foram homogêneas como se pode verificar pelo valor de p do teste de Levene. Através da observação dos valores médios obtidos, na subescala relativa ao controlo de impulsos, foram os alunos cujo rendimento médio mensal do seu agregado familiar era baixo ou médio baixo os que revelaram maiores pontuações, ou seja, foram estes os que revelaram melhores competências de controlo de impulsos. As diferenças registadas não se revelaram estatisticamente significativas ($t=1,888$; $p=0,059$ -n.s.). Relativamente ao estabelecimento de objectivos, os dois grupos pontuaram de forma semelhante ($t=0,023$; $p=0,982$ -n.s.). Por fim, no global da escala, os estudantes cujo rendimento médio mensal do agregado familiar era baixo ou médio baixo revelaram melhores índices de auto-regulação relativamente aos restantes. As diferenças registadas não se revelaram estatisticamente significativas ($t=1,772$; $p=0,077$ -n.s.).

Tabela 120 - Teste *t* de student relativo às competências de auto-regulação e suas subescalas em função do rendimento médio mensal do agregado familiar.

Variáveis	Rendimento Mensal		Baixo/Médio Baixo		Médio Alto/Alto		Levene <i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Controlo de Impulsos	33,99	9,10	32,94	8,19	0,103	1,888	0,059		
Estabelecimento de objectivos	56,44	8,21	56,43	8,14	0,942	0,023	0,982		
Auto-regulação (total)	90,43	9,75	89,37	8,87	0,342	1,772	0,077		

H₂ – Existe efeito significativo entre as variáveis de contexto escolar e as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu.

Escola vs Competências de auto-regulação

Com o intuito de comparar as competências de auto-regulação em função das escolas recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis (cf. **tabela 121**).

Relativamente ao controlo de impulsos, através das ordenações médias verificou-se que foram os alunos da escola profissional de Tondela os que pontuaram superiormente, seguindo-se os alunos da escola secundária de Tondela. As diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas ($p= 0,000$), situadas entre os alunos da escola secundária de Tondela e da escola profissional de Tondela ($p= 0,001$) pela análise dos testes post hoc de Tukey (cf. **tabela 121**).

Os alunos da escola secundária Emídio Navarro revelaram ordenações médias mais elevadas na subescala do estabelecimento de objectivos, sendo secundados pelos alunos da escola secundária de Tondela. As diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas ($p= 0,015$) que, pelo teste post hoc de Tukey se situaram entre os alunos da escola secundária Emídio Navarro e da escola profissional de Tondela ($p= 0,019$).

Apesar de globalmente serem os alunos da escola profissional de Tondela os que revelaram maiores índices de auto-regulação, as diferenças encontradas não revelaram significância estatística ($p= 0,604$ -n.s.).

Tabela 121 - Teste de Kruskal-Wallis entre as competências de auto-regulação, suas subescalas em função da escola.

Váriáveis	Escola	Sec. Tondela (1)	Sec. Emídio Navarro (2)	Prof. Tondela (3)	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
		Ordenação média	Ordenação média	Ordenação média			1/2	1/3	2/3
Controlo de Impulsos		480,46	460,12	570,11	18,690	0,000	n.s.	0,001	0,000
Estabelecimento de objectivos		490,06	503,20	429,27	8,465	0,015	n.s.	n.s.	0,019
Auto-regulação (total)		486,82	478,76	504,38	1,007	0,604	n.s.	n.s.	n.s.

Ano de Escolaridade vs Competências de auto-regulação

Recorreu-se à análise de variância com a finalidade de verificar se o ano de escolaridade discriminava as competências de auto-regulação dos estudantes (cf. **tabela 122**).

Ao nível do controlo de impulsos, foram os alunos do 10º ano os que revelaram melhores pontuações médias, seguindo-se os alunos do 11º ano. As diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas ($p= 0,000$), situadas entre os alunos do 10º/12º ano ($p= 0,000$) e entre os alunos do 11º/12º ($p= 0,041$), conforme teste post hoc de Tukey (cf. **tabela 122**).

Relativamente ao estabelecimento de objectivos, as melhores médias pontuais pertenceram aos alunos do 12º ano, seguidos dos alunos do 11º. Os valores encontrados revelaram-se estatisticamente significativos ($p= 0,015$), situados entre os alunos do 10º/12º ano ($p= 0,013$), tal como revelou o teste post hoc de Tukey.

Globalmente, os alunos do 10º ano revelaram índices de auto-regulação superiores aos alunos do 11º e 12º ano, respectivamente. As diferenças registadas não revelaram significância estatística ($p= 0,263$ -n.s.).

Tabela 122 - Análise da variância entre as competências de auto-regulação, suas subescalas em função do ano de escolaridade.

Variáveis	Ano Esc.		10º ano (1)		11º ano (2)		12º ano (3)		F	p	Teste Tukey (p)		
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			1/2	1/3	2/3
Controlo de Impulsos	34,64	8,26	33,44	8,71	31,74	8,68	9,466	0,000	n.s.	0,000	0,041		
Estabelecimento de objectivos	55,54	8,68	56,67	7,76	57,34	7,80	4,208	0,015	n.s.	0,013	n.s.		
Auto-regulação (total)	90,18	9,87	90,10	9,40	89,09	8,27	1,337	0,263	n.s.	n.s.	n.s.		

Reprovações vs Competências de auto-regulação

Procurando determinar se a ocorrência de reprovações tinha influência nas competências de auto-regulação dos estudantes recorreu-se ao teste t de student (cf. **tabela 123**).

Relativamente ao controlo de impulsos, as variâncias verificadas revelaram-se homogéneas e os alunos que nunca tinham reprovado foram os que obtiveram pontuações médias mais elevadas. As diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas ($t = -2,975$; $p = 0,003$).

Na subescala relativa ao estabelecimento de objectivos, as variâncias encontradas não se revelaram homogéneas e foram igualmente os estudantes sem reprovações os que revelaram pontuações médias mais elevadas na subescala. As diferenças encontradas revelaram igualmente significância estatística ($t = 4,183$; $p = 0,000$).

Globalmente, apesar de os alunos sem reprovações revelarem pontuações médias mais elevadas relativamente aos alunos que haviam já chumbado, as diferenças encontradas não apresentam significância estatística ($t = 0,927$; $p = 0,354$ -n.s.). As variâncias encontradas não se revelaram homogéneas.

Tabela 123 - Teste t de student relativo às competências de auto-regulação e suas subescalas em função de reprovações.

Variáveis	Reprovações		Sim		Não		Levene p	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Controlo de Impulsos	89,50	10,35	90,08	8,38	0,080	-2,975	0,003		

Estabelecimento de objectivos	55,15	8,55	57,38	7,75	0,009	4,183	0,000
Auto-regulação (total)	89,50	10,35	90,08	8,38	0,000	0,927	0,354

Sentimentos face à escola vs Competências de auto-regulação

No sentido de verificar se os sentimentos face à escola influenciavam nas competências de auto-regulação utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis (cf. **Tabela 124**).

Relativamente ao controlo de impulsos, através da observação das ordenações médias, verificou-se que foram os alunos que não gostavam da escola os que revelaram maior pontuação na subescala. As diferenças registadas revelaram-se estatisticamente significativas ($p= 0,021$), situadas entre o grupo 1 e o grupo 3 ($p= 0,015$) após realização do teste de post hoc de Tukey.

Os alunos que referiram gostar da escola foram os que revelaram melhores ordenações médias relativamente ao estabelecimento de objectivos, com significância estatística ($p= 0,047$).

Globalmente, apesar de serem os alunos que referiram não gostar da escola os que revelaram maiores índices de auto-regulação, seguidos dos alunos que referiram gostar da escola, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,644$ -n.s.).

Tabela 124 - Teste de Kruskal-Wallis entre as competências de auto-regulação, suas subescalas e os sentimentos face à escola.

Sent. Escola	Gosta (1) Ordenação média	Indiferente (2) Ordenação média	Não Gosta (3) Ordenação média	χ^2	p	Teste Tukey (p)		
						1/2	1/3	2/3
Variáveis								
Controlo de Impulsos	475,37	488,58	582,53	7,773	0,021	n.s.	0,015	n.s.
Estabelecimento de objectivos	500,51	470,88	416,43	6,096	0,047	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-regulação (total)	488,23	476,80	512,16	0,879	0,644	n.s.	n.s.	n.s.

Controlo de Impulsos	487,05	464,32	522,48	8,413	0,015	n.s.	n.s.	0,010
Estabelecimento de objectivos	492,48	501,73	456,43	5,189	0,075	n.s.	n.s.	n.s.
Auto-regulação (total)	509,39	479,38	487,23	1,228	0,541	n.s.	n.s.	n.s.

Com o objectivo de estudar a relação entre as competências de auto-regulação nas suas dimensões “controlo de impulsos”, “estabelecimento de objectivos” e auto-regulação na sua forma global, com a **idade**, **envolvimento face ao álcool** (hábitos de consumo e efeitos, consequências e sentimentos face ao beber), **expectativas face ao álcool** (positivas, negativas e globais), **auto-estima** (positiva, negativa e global) e **autoconceito** (aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e impulsividade/actividade), efectuou-se análises de regressão múltiplas, dado ser o método mais utilizado em análises multivariadas, particularmente quando se procura estudar simultaneamente várias variáveis independentes e uma variável dependente.

Nas análises de regressão utilizou-se o método stepwise (passo a passo) como método de estimação, o qual origina tantos modelos quantos os necessários até ser possível determinar as variáveis predictoras da variável dependente.

H₃ – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis independentes idade, envolvimento face ao álcool, expectativas face ao álcool, auto-estima e autoconceito e a variável dependente “competências de auto-regulação” nas suas várias dimensões.

Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Controlo de impulsos).

No que diz respeito ao controlo de impulsos, através da **tabela 127**, verificou-se que as correlações entre esta subescala e as variáveis independentes oscilaram entre ($r= 0,030$) na idade e ($r= - 0,501$) no factor 2 (auto-eficácia) do autoconceito. Verificou-se ainda que o “controlo de impulsos” estabeleceu relações inversas e significativas com a auto-estima global e seus factores, assim como com o autoconceito global e seus factores, pelo que se

poderá afirmar que quanto mais elevado for a pontuação obtidas nas variáveis atrás mencionadas, menor será a pontuação obtida na subescala “controlo de impulsos”. As variáveis do envolvimento com o álcool e seus factores, assim como das expectativas face ao álcool e suas subescalas estabeleceram relações positivas e igualmente significativas com a subescala “controlo de impulsos”, pelo que, quanto mais elevados forem os índices obtidos nas referidas variáveis, melhores serão as competências relativas ao controlo de impulsos.

A idade, além de revelar uma relação ínfima com o controlo de impulsos, o valor da correlação obtida ($r = -0,030$; $p = 0,176$ -n.s.) não se demonstrou estatisticamente significativo.

Tabela 127 - Correlação de Pearson entre Controlo de impulsos e variáveis independentes.

Variáveis	<i>r</i> de Pearson	<i>p</i>
Idade	- 0,030	0,176
Hábitos de consumo	0,088	0,003
Efeitos, consequências e sentimentos face ao beber	0,162	0,000
Envolvimento com o álcool (Global)	0,118	0,000
Expectativas positivas	0,225	0,000
Expectativas negativas	0,308	0,000
Expectativas face ao álcool (Globais)	0,298	0,000
Auto-estima positiva	- 0,356	0,000
Auto-estima negativa	- 0,466	0,000
Auto-estima (Global)	- 0,496	0,000
Aceitação/rejeição social	- 0,263	0,000
Auto-eficácia	- 0,501	0,000
Maturidade Psicológica	- 0,231	0,000
Impulsividade/actividade	- 0,208	0,000
Autoconceito (Global)	-0,421	0,000

A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi o factor auto-eficácia do autoconceito uma vez que foi a variável que apresentou um maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r = -0,501$). Esta variável explicou no primeiro modelo 25,10% da variação do controlo de impulsos e o erro padrão estimado foi de 7,447, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados do controlo de impulsos.

No segundo modelo de regressão, para além da auto-eficácia, entrou a auto-estima negativa. Estas duas variáveis, em conjunto passaram a explicar 32,70% da variabilidade total do controlo de impulsos, tendo o erro padrão estimado diminuído para 7,063.

Posteriormente, de forma sucessiva entraram no modelo de regressão as variáveis, expectativas face ao álcool (globais), auto-estima positiva, o factor 4 do autoconceito (impulsividade/actividade) e o factor “efeitos, consequências e sentimentos face ao álcool” da escala de envolvimento face ao álcool.

Os resultados do sexto e último modelo encontram-se sumariamente apresentados no **quadro 1**, o qual comprova que foram seis as variáveis que entraram neste modelo de regressão, constituindo-se as mesmas como preditoras do controlo de impulsos. A correlação que estas variáveis estabeleceram com o controlo de impulsos foi moderada ($r=0,624$) explicando no seu conjunto 38,90% da variação do controlo de impulsos. O erro padrão da estimativa diminuiu para 6,744 neste último modelo de regressão. Recorreu-se ao *variance inflation factor* (VIF) no sentido de diagnosticar a multicolinearidade, a qual oscilou entre (VIF= 1,079) na subescala “efeitos, consequências e sentimentos face ao beber” da escala de envolvimento com o álcool e entre (VIF= 1,670) no factor 2 (auto-eficácia) do autoconceito, verificando-se que as variáveis no modelo não revelaram problemas de multicolinearidade, uma vez que os valores apresentados foram inferiores a 5, tal como refere Marôco (2010, p. 731).

Os testes F revelaram-se estatisticamente significativos levando à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. Os valores de t, ao apresentarem significância estatística, permitem afirmar que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão obtiveram poder explicativo no controlo de impulsos, pois os coeficientes de cada uma foram diferentes de zero.

Pela análise dos coeficientes padronizados beta (cf. **quadro 1**) verificou-se que a auto-eficácia (factor 2 do autoconceito) foi a que apresentou maior valor preditivo, seguida pela auto-estima negativa surgindo em último lugar os “efeitos, consequências e sentimentos face ao beber” relativos ao envolvimento com o álcool. Algumas das variáveis (auto-eficácia, auto-estima negativa e auto-estima positiva) estabeleceram com o controlo de impulsos uma relação inversa. Outras (expectativas face ao álcool globais, impulsividade/actividade e

efeitos, consequências e sentimentos face ao beber) estabeleceram uma relação positiva com o controlo de impulsos. Assim, será de prever que a uma menor auto-eficácia, a uma auto-estima negativa e positiva mais baixas, a um maior nível de expectativas face ao álcool, maiores índices de impulsividade/actividade e a maiores efeitos, consequências e sentimentos face ao beber estarão associados melhores índices de controlo de impulsos.

O modelo final ajustado para a subescala “controlo de impulsos” foi dado pela seguinte fórmula:

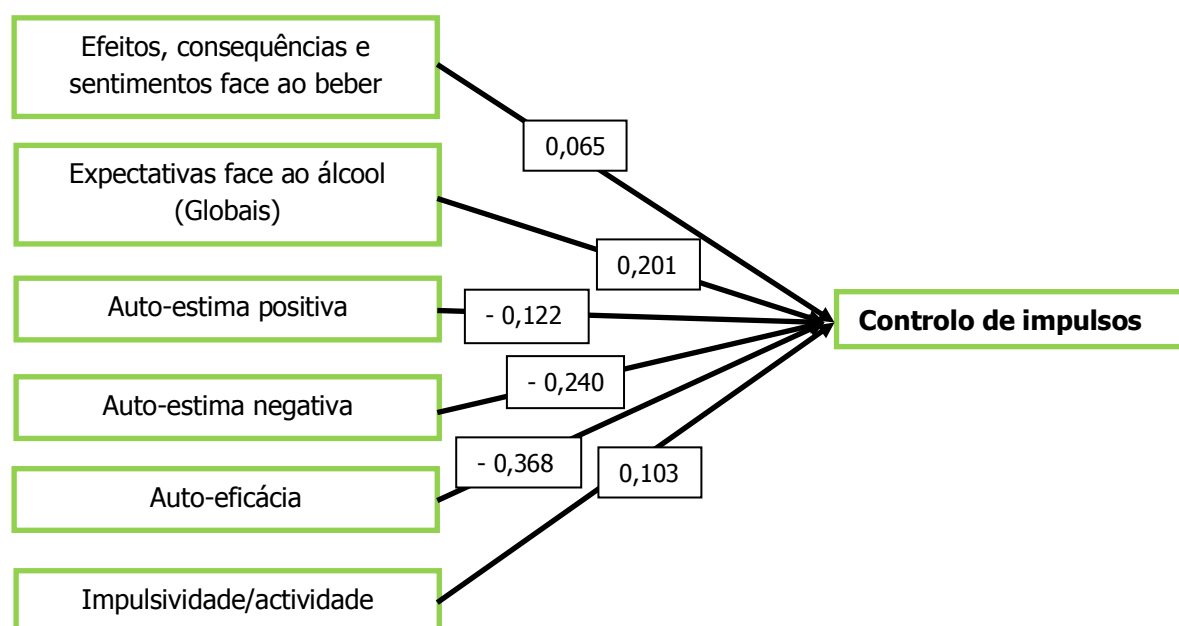
$$\text{Controlo de Impulsos} = 58,186 + (0,152 \text{ efeitos, consequências e sentimentos face ao beber}) + (0,437 \text{ impulsividade/actividade}) + (-0,420 \text{ auto-estima positiva}) + (0,049 \text{ expectativas face ao álcool globais}) + (-0,624 \text{ auto-estima negativa}) + (-0,920 \text{ auto-eficácia})$$

Quadro 1 – Regressão múltipla entre Controlo de impulsos e variáveis independentes.

Variável dependente = Controlo de Impulsos					
R = 0,624					
R ² = 0,389					
R ² Ajustado = 0,385					
Erro padrão da estimativa = 6,744					
Incremento de R ² = 0,004					
F = 6,276					
p = 0,012					
Variáveis Independentes	Pesos de Regressão				Colinearidade VIF
	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	
Constante	58,186				
Auto-eficácia	- 0,920	- 0,368	- 11,323	0,000	1,670
Auto-estima negativa	- 0,624	- 0,240	- 8,178	0,000	1,364
Expectativas face ao álcool (Globais)	0,049	0,201	7,615	0,000	1,095
Auto-estima positiva	- 0,420	- 0,122	- 3,990	0,000	1,481
Impulsividade/actividade	0,437	0,103	3,343	0,001	1,495
Efeitos, consequências e sentimentos face ao beber	0,152	0,065	2,505	0,012	1,079

Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	p
Regressão	27939,549	6	4656,592		
Residual	43856,799	964	45,495	102,355	0,000
Total	71796,348	970			

Figura 3 – Síntese das relações entre Controlo de impulsos e as variáveis independentes.



Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Estabelecimento de objectivos).

Para o estabelecimento de objectivos, verificou-se através da análise da **tabela 128** que, as correlações entre esta dimensão da auto-regulação e as variáveis independentes oscilaram entre ($r= 0,003$) na idade e ($r= 0,571$) no autoconceito global.

Verificou-se também a existência de uma relação inversa com algumas variáveis (hábitos de consumo, efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, envolvimento com o álcool global, expectativas positivas, expectativas negativas e expectativas face ao álcool

globais). Assim, quanto mais baixo os índices nas variáveis cuja relação foi inversa e mais elevados nas restantes, melhor será o estabelecimento de objectivos. As diferenças apenas não revelaram significância estatística nas variáveis idade e nos efeitos, consequências e sentimentos face ao beber.

Tabela 128 - Correlação de Pearson entre Estabelecimento de objectivos e variáveis independentes.

Variáveis	<i>r</i> de Pearson	<i>p</i>
Idade	0,003	0,458
Hábitos de consumo	- 0,067	0,019
Efeitos, consequências e sentimentos face ao beber	- 0,025	0,220
Envolvimento com o álcool (Global)	- 0,061	0,030
Expectativas positivas	- 0,071	0,013
Expectativas negativas	- 0,126	0,000
Expectativas face ao álcool (Globais)	- 0,110	0,000
Auto-estima positiva	0,381	0,000
Auto-estima negativa	0,305	0,000
Auto-estima (Global)	0,400	0,000
Aceitação/rejeição social	0,389	0,000
Auto-eficácia	0,549	0,000
Maturidade Psicológica	0,435	0,000
Impulsividade/actividade	0,414	0,000
Autoconceito (Global)	0,571	0,000

O autoconceito global foi neste modelo de regressão, composto por quatro passos, a primeira variável a entrar por apresentar o maior coeficiente de correlação em valor absoluto ($r= 0,571$), explicando por si só 32,60% da variação da subescala “estabelecimento de objectivos” com um erro padrão estimado de 6,711.

No segundo modelo de regressão, para além do autoconceito global, entrou o factor 1 (aceitação/rejeição social) do autoconceito. Estas variáveis em conjunto passaram a explicar 35,10% da variabilidade total da subescala “estabelecimento de objectivos”, tendo o erro padrão estimado diminuído para 6,587. De uma forma sucessiva entraram neste modelo de regressão as variáveis auto-estima global e o factor “hábitos de consumo” da escala de envolvimento com o álcool.

Os resultados do último modelo, apresentado no **quadro 2**, evidenciam as quatro variáveis que se constituíram como preditoras do estabelecimento de objectivos. A correlação que as mesmas estabeleceram com o estabelecimento de objectivos revelou-se moderada ($r= 0,603$), explicando no seu conjunto 36,40% da sua variabilidade. O erro padrão da estimativa diminuiu para 6,528 neste modelo de regressão e o valor da *variance inflation factor* (VIF) permitiu constatar que as variáveis incorporadas no modelo não se revelaram colineares, uma vez que os valores de VIF oscilaram entre 1,005 nos hábitos de consumo e 3,733 no valor global do autoconceito, inferiores a 5, tal como preconiza Marôco (2010, p. 731).

Os testes F ao apresentarem significância estatística conduziram à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo e os valores de t , sendo igualmente significativos indicaram que as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão tiveram poder explicativo no estabelecimento de objectivos. Os coeficientes padronizados beta revelaram que o autoconceito (global) foi o que apresentou maior valor preditivo seguido pelo factor 1 do autoconceito (aceitação/rejeição social), auto-estima (global) e, em último lugar, com o menor peso preditivo, os hábitos de consumo relativos ao envolvimento com o álcool. As variáveis aceitação/rejeição social e hábitos de consumo estabeleceram com o estabelecimento de objectivos uma relação inversa enquanto que, o autoconceito (global) e a auto-estima (global) estabeleceram uma relação positiva. Assim, pudemos inferir que quanto menor fossem os índices relativos à aceitação/rejeição social e hábitos de consumo, assim como quanto mais elevados fossem os índices de autoconceito (global) e de auto-estima (global), melhores seriam os índices obtidos na subescala de “estabelecimento de objectivos” relativos à auto-regulação dos estudantes em estudo.

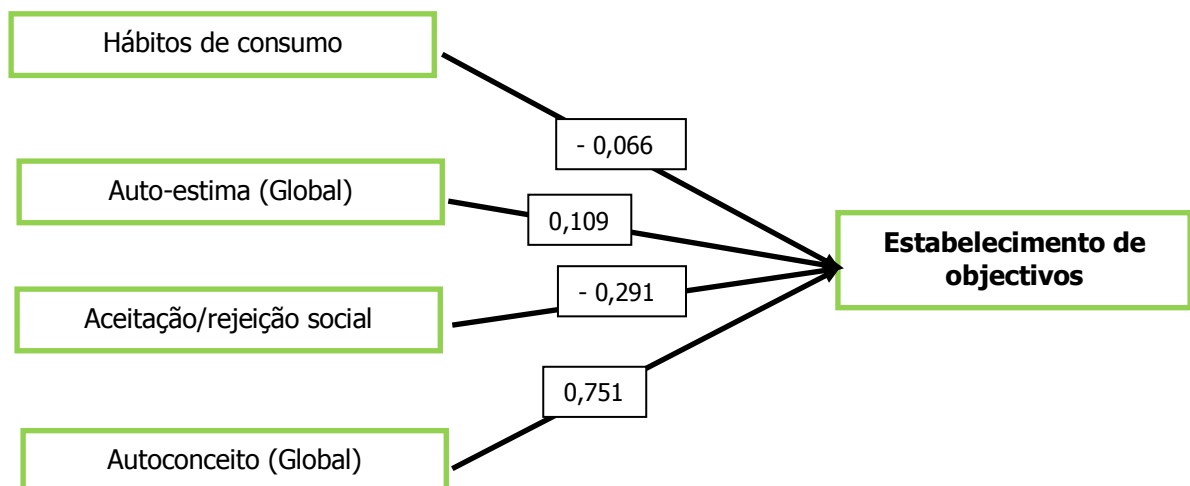
Assim, o modelo final ajustado para o “estabelecimento de objectivos” traduziu-se pela seguinte fórmula:

$$\text{Estabelecimento de objectivos} = 20,290 + (0,615 \text{ autoconceito global}) + (- 0,733 \text{ aceitação/rejeição social}) + (0,182 \text{ auto-estima global}) + (- 0,054 \text{ hábitos de consumo})$$

Quadro 2 – Regressão múltipla entre Estabelecimento de objectivos e as variáveis independentes.

Variável dependente = Estabelecimento de Objectivos					
R = 0,603					
R ² = 0,364					
R ² Ajustado = 0,361					
Erro padrão da estimativa = 6,528					
Incremento de R ² = 0,004					
F = 6,513					
p = 0,011					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	20,290				
Autoconceito (Global)	0,615	0,751	15,150	0,000	3,733
Aceitação/rejeição social	- 0,733	- 0,291	- 6,204	0,000	3,333
Auto-estima (Global)	0,182	0,109	3,464	0,001	1,513
Hábitos de Consumo	- 0,054	- 0,066	- 2,552	0,011	1,005
Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	p
Regressão	23530,725	4	5882,681		
Residual	41177,740	966	42,627	138,003	0,000
Total	64708,465	970			

Figura 4 – Síntese das relações entre Estabelecimento de objectivos e as variáveis independentes.



Relação entre variáveis independentes e variável dependente (Auto-regulação total)

A **tabela 129** procura evidenciar a relação entre a auto-regulação (global) com as demais variáveis independentes, verificando-se que a mais elevada se verificou ao nível da variável “expectativas face ao álcool (nota global) ($r= 0,179$) e, a menor ao nível da auto-estima positiva ($r= 0,005$), revelando por isso correlações ínfimas. A relação encontrada entre a variável dependente e as independentes foi, na sua maioria positiva e significativa exceptuando-se para o primeiro aspecto, a idade, a auto-estima negativa e a auto-estima global e, para o segundo, a idade ($p= 0,220$ -n.s.), os hábitos de consumo ($p= 0,242$ -n.s.), a auto-estima positiva ($p= 0,435$ -n.s.) e a auto-eficácia ($p= 0,285$ -n.s.).

Tabela 129 - Correlação de Pearson entre Auto-regulação (total) e variáveis independentes.

Variáveis	<i>r de Pearson</i>	<i>p</i>
Idade	- 0,025	0,220
Hábitos de consumo	0,022	0,242
Efeitos, consequências e sentimentos face ao beber	0,128	0,000
Envolvimento com o álcool (Global)	0,056	0,040
Expectativas positivas	0,146	0,000
Expectativas negativas	0,175	0,000
Expectativas face ao álcool (Globais)	0,179	0,000
Auto-estima positiva	0,005	0,435
Auto-estima negativa	- 0,163	0,000
Auto-estima (Global)	- 0,108	0,000
Aceitação/rejeição social	0,099	0,001
Auto-eficácia	0,018	0,285
Maturidade Psicológica	0,169	0,000
Impulsividade/actividade	0,172	0,000
Autoconceito (Global)	0,112	0,000

A concretização do modelo de regressão entre as variáveis independentes e a auto-regulação (total) levou à realização de seis passos.

No primeiro modelo de regressão, a primeira variável a entrar foi “expectativas face ao álcool (globais)”, explicando apenas 3,20% da variação da auto-regulação. O erro padrão estimado foi de 9,127.

No segundo modelo, entrou o factor 4 do autoconceito (impulsividade/actividade), fazendo com que as duas em simultâneo explicassem 6,60% da variabilidade da auto-regulação. O erro padrão estimado diminuiu para 8,973.

Com a entrada das restantes variáveis (auto-estima negativa, maturidade psicológica, efeitos, consequências e sentimentos face ao beber e valor global do envolvimento com o álcool) a variância explicada no modelo final atingiu os 11,80% enquanto o erro padrão estimado diminuiu para 8,734 (cf. **quadro 3**). A correlação que o conjunto das variáveis estabeleceu com a auto-regulação global revelou-se baixa ($r= 0,334$). Os testes F e os valores de t ao apresentarem-se como estatisticamente significativos nestes seis passos, levaram-nos a afirmar que todas as variáveis independentes que entraram no modelo de regressão possuem poder explicativo na auto-regulação, constituindo-se como preditoras. Constatou-se ainda, através da análise dos valores de VIF, a inexistência de problemas de colinearidade, uma vez que os mesmos oscilaram entre 1,086 na auto-estima negativa e 2,494 nos efeitos, consequências e sentimentos face ao beber.

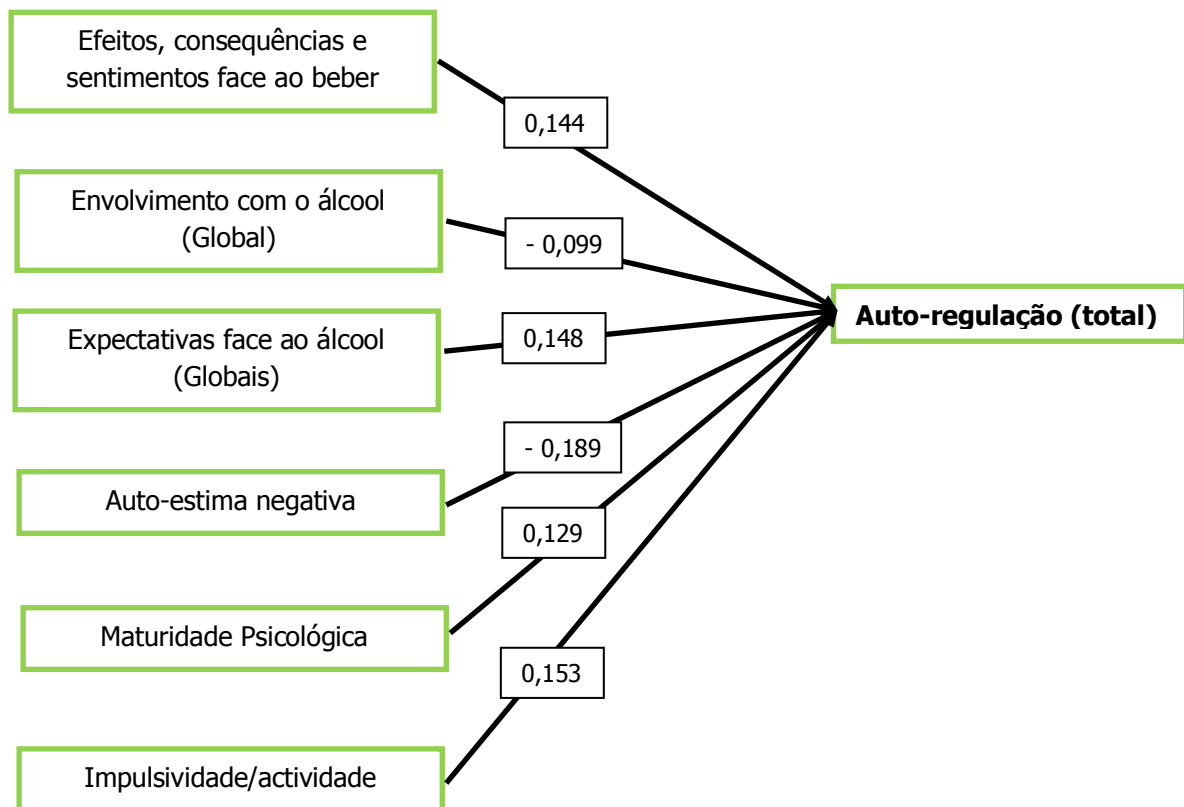
Por sua vez, os coeficientes padronizados beta indicaram que a auto-estima negativa foi a variável com maior peso preditivo, sendo a que revelou menor peso preditivo o envolvimento com o álcool (global). Enquanto, com a auto-estima negativa e com o envolvimento com o álcool (global) a relação com a auto-regulação demonstrou-se negativa, com as expectativas face ao álcool (globais), a impulsividade/actividade, a maturidade psicológica e os efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, a mesma relação demonstrou-se positiva, pelo que se pode afirmar que, quanto maiores os índices onde a relação se demonstrou positiva e menores onde se demonstrou negativa, melhor serão os índices totais de auto-regulação.

Do resultado desta regressão múltipla, resultou a seguinte fórmula global:

Auto-regulação = 79,121 + (0,039 expectativas face ao álcool globais) + (0,699 impulsividade/actividade) + (- 0,530 auto-estima negativa) + (0,472 maturidade psicológica) + (0,359 efeitos, consequências e sentimentos face ao beber) + (- 0,074 envolvimento com o álcool global)

Quadro 3 – Regressão múltipla entre Auto-regulação (total) e variáveis independentes.

Variável dependente = Auto-regulação (total)					
R = 0,334					
R ² = 0,118					
R ² Ajustado = 0,113					
Erro padrão da estimativa = 8,734					
Incremento de R ² = 0,004					
F = 4,449					
p = 0,035					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coefficiente Beta	Coefficiente Padronizado	t	p	Colinearidade VIF
Constante	79,121				
Expectativas face ao álcool (Globais)	0,039	0,148	4,670	0,000	1,094
Impulsividade/actividade	0,699	0,153	4,141	0,000	1,487
Auto-estima negativa	- 0,530	- 0,189	- 6,009	0,000	1,086
Maturidade Psicológica	0,472	0,129	3,532	0,000	1,450
Efeitos, consequências e sentimentos face ao beber	0,359	0,144	3,007	0,003	2,494
Envolvimento com o álcool (Global)	- 0,074	- 0,099	- 2,109	0,035	2,399
Análise de Variância					
Efeito	Soma dos quadrados	GL	Média dos quadrados	F	p
Regressão	9863,070	6	1643,845		
Residual	73541,892	964	76,288	21,548	0,000
Total	83404,962	970			

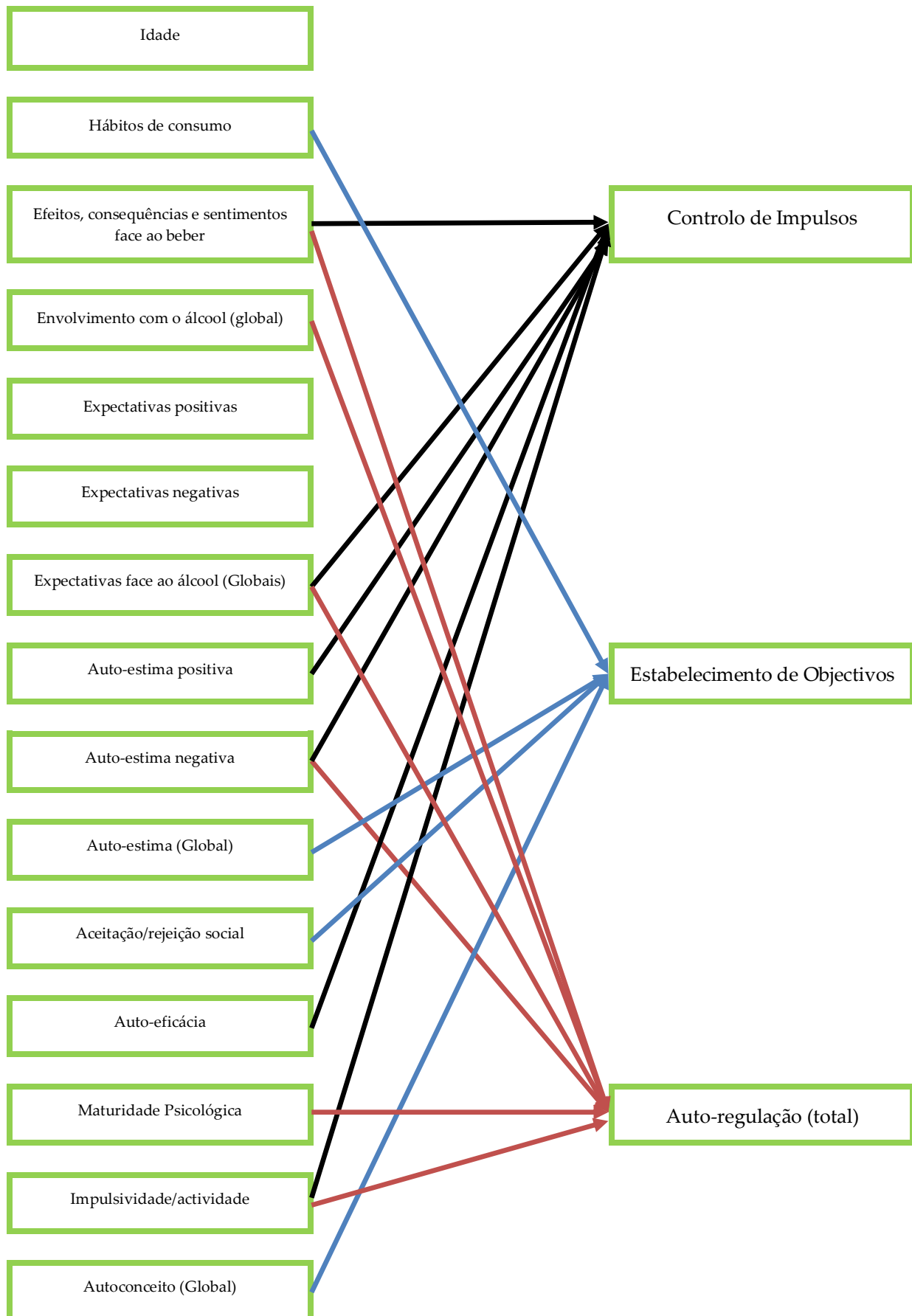
Figura 5 – Síntese das relações entre Auto-regulação (total) e as variáveis independentes.

Após a realização das diversas análises de regressão múltipla para cada uma das subescalas que constituem a variável “auto-regulação”, no que se refere:

- Ao controlo de impulsos, as variáveis preditoras foram: efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, expectativas face ao álcool (globais), auto-estima positiva, auto-estima negativa, auto-eficácia e impulsividade/atividade;
- Quanto ao estabelecimento de objectivos, as variáveis preditoras foram: hábitos de consumo, auto-estima (global), aceitação/rejeição social e autoconceito (global);
- Finalmente, para a auto-regulação (total), as variáveis preditoras foram: efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, envolvimento com o álcool (global), expectativas face ao álcool (globais), auto-estima negativa, maturidade psicológica e impulsividade/atividade.

A **figura 6** sintetiza os resultados obtidos.

Figura 6 – Síntese das variáveis predictoras da Auto-regulação (total) e suas subescalas.



A idade, as expectativas positivas e as expectativas negativas não se constituíram como preditoras em nenhuma das subescalas, assim como na pontuação total da auto-regulação.

3. DISCUSSÃO

A discussão dos resultados permite-nos reflectir sobre a investigação realizada, colocando ênfase nos dados obtidos mais significativos, confrontando-os com a literatura científica que serviu de base ao enquadramento teórico.

No capítulo anterior, analisámos a informação recolhida e fornecida pelos participantes no estudo, introduzindo algumas análises aos resultados obtidos sempre que se justificasse ou fosse considerado oportuno.

Neste capítulo faremos uma discussão mais precisa dos resultados obtidos, colocando especial atenção nos resultados de maior relevo, confrontando-os com os resultados publicados noutros estudos sobre a problemática em discussão, tendo sempre por base o quadro conceptual que serve de suporte à investigação, assim como, os seus objectivos e hipóteses enunciadas.

Para uma maior facilidade de exposição e de leitura, assim como para uma adequada sistematização, optou-se por organizar a discussão dos resultados em torno das variáveis avaliadas.

3.1.DISSCUSSÃO METODOLÓGICA

Inicialmente, ao idealizar esta investigação, desenhou-se uma estratégia metodológica para a mesma, tendo em conta o tipo de estudo a realizar, assim como os objectivos a alcançar. Para tal, definiu-se uma amostragem ampla, para que a mesma traduzisse resultados fiáveis. Definiu-se como instrumento de medição, os questionários de auto-resposta por serem os instrumentos mais adequados para se estudar um grande número de sujeitos, num curto espaço de tempo, tal como defende Sampieri, Collado & Lucio (2003).

No entanto, a utilização de um instrumento de auto-resposta, recorrendo apenas a uma aplicação, com o intuito de avaliar as competências de auto-regulação dos estudantes, assim como os níveis de envolvimento com o álcool dos mesmos, apenas nos permite um grau de precisão subjectivo nas respostas obtidas, passível de ser colmatado através da quantificação real dos consumos de álcool no seu dia-a-dia, através da observação em meio natural. No entanto, tal metodologia seria impraticável, tendo em conta o tamanho da amostra, a disponibilidade temporal face aos *timings* académicos e ainda à elevada necessidade de recursos humanos, no sentido de proceder à quantificação dos consumos *in loco*.

Deverão ainda ser tidas em consideração as limitações referentes ao trabalho com o público em geral, e neste particular, com os estudantes, uma vez que os resultados obtidos dependem em muito, da sua honestidade e sinceridade, uma vez que, em algumas situações, as suas respostas habitualmente são mais dirigidas aos comportamentos ou condutas mais desejáveis e não ao que realmente acontece ou se verifica. Por outras palavras, os participantes, ao estarem conscientes que estão a participar num estudo, poderão modificar as suas respostas (efeito de Hawthorne).

Ao nível do processo de submissão do instrumento de colheita de dados à DGIDC com vista à sua autorização para posterior aplicação nas diferentes escolas do distrito, todo o processo se desenvolveu de forma lenta e muito burocratizada, condicionando à partida os *timings* académicos definidos e impostos para o desenvolvimento da investigação.

Além do mais, apesar de alguns esforços desenvolvidos junto dos Conselhos Executivos de escolas secundárias do distrito, não foi possível obter uma amostra de estudantes representativa da população estudantil que à época frequentava o ensino secundário (10º, 11º e 12º anos de escolaridade), daí que a proporcionalidade dos estudantes por ano de escolaridade e escola não foi tida em consideração, embora todos os anos de escolaridade se façam representar, o mesmo não acontecendo com as escolas do distrito.

Ao apurar os resultados, constatou-se que os estudantes que frequentavam a escola secundária Emídio Navarro eram os que tinham maior representação, enquanto nas restantes escolas a representação era menor, podendo ressaltar daí possíveis “viéses” nos resultados obtidos, inerentes ao tipo de amostra escolhida.

Relativamente aos procedimentos adoptados na recolha de dados, os mesmos tiveram em consideração a sua aplicação em sala de aula, durante um tempo lectivo, de modo a que o seu preenchimento se fizesse num ambiente calmo e silencioso, ausente de fontes de perturbação. Evitou-se ainda que os estudantes se sentissem coagidos ou forçados a participar no estudo. Procurou-se ainda que a colheita dos dados fosse feita num período do ano lectivo ausente de avaliações ou em finais de períodos lectivos.

Relativamente ao instrumento de colheita de dados, entendemos que o mesmo se revelou extenso, com um tempo médio de 45 minutos para o seu preenchimento, o que poderá ter condicionado as respostas dos estudantes. Além disso, duas das escalas utilizadas apresentavam um número elevado de itens para resposta, o que poderá ter condicionado, por exaustão, as respostas dos inquiridos.

Uma outra preocupação presente desde o início da investigação foi a de acautelar os enviesamentos nos resultados obtidos, através do controlo das variáveis ditas “parasitas”, ou seja, através do controlo de alguma variável externa à investigação que possa influenciar nos resultados obtidos. No entanto, admiti-mos nem sempre o ter conseguido, uma vez que, dificilmente se dispõem em meio escolar, das condições que permitam a recolha dos dados em completa paridade. Face ao que foi dito, reconhecemos não terem sido reunidas as condições para poder afirmar acerrimamente que os dados obtidos foram adequadamente controlados.

Dado que o nosso estudo é de natureza descritiva e correlacional, necessitando por tal motivo de controlo experimental das variáveis independentes, incorre-se no risco de uma interpretação errónea dos resultados obtidos, incorrendo na possibilidade de cometer um erro de primeira espécie (tipo I), o qual consiste em rejeitar como falsa uma hipótese nula que é verdadeira (Fortin; Côté & Filion, 2009). No entanto, esta situação não se revela impeditiva de fazer predições, uma vez que, tal como referem os autores anteriormente citados, o objectivo deste tipo de estudos é a de explorar relações entre variáveis e descrevê-las.

Outra limitação do nosso estudo, e que estamos cientes da mesma prende-se com a generalização dos resultados ou com a validade externa. Sabemos que, para que tal fosse possível deveríamos, entre outros, recorrer a uma amostra representativa e proporcional de

todos os estudantes das escolas secundárias do distrito mas, tal como afirmam Shaughnessy, Zechmeister & Zechmeister (2007), esta poderá estar comprometida não tanto pelo tamanho da amostra mas porque o teste último a essa validação é a reaplicação.

Face ao exposto, estas limitações fazem-nos considerar os resultados obtidos como preliminares, carecendo de confirmação em outros estudos da mesma índole e com amostras mais alargadas.

Apesar das limitações consideradas, através dos resultados obtidos entendemos que se adquiriram conhecimentos mais alargados e reais sobre os processos de auto-regulação e dos seus efeitos ao nível do envolvimento com o álcool em adolescentes, os quais poderão constituir um valioso contributo ao nível da prevenção primária, uma vez que a sua divulgação poderá originar e sustentar práticas pedagógicas inovadoras no sentido de trabalhar e/ou desenvolver competências de auto-regulação em adolescentes, com a finalidade de inverter os elevados consumos alcoólicos verificados actualmente nesta faixa etária.

3.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No sentido de melhor compreender e discutir a variação da auto-regulação relativamente às variáveis independentes, optou-se por, previamente proceder ao seu enquadramento.

A saúde de cada indivíduo, tal como refere Bandura (2005), é fortemente influenciada pelos seus estilos de vida. A literatura, através do mesmo autor refere que um indivíduo, ao auto-regular os seus estilos de vida pode alterar o seu estado de saúde. Inserido nestes estilos de vida encontra-se o consumo de álcool, o qual pode ser igualmente alvo de regulação comportamental.

Com efeito, o consumo de álcool em adolescentes assume proporções alarmantes na actualidade, sendo a principal substância de abuso nesta faixa etária, iniciada maioritariamente por influência do grupo de pares. Um padrão de consumo *binge* tem

assumido cada vez mais importância no seio desta faixa etária, com o objectivo de atingir estados de embriaguez mais rapidamente.

É sabido que os efeitos nefastos decorrentes do consumo de álcool são tanto mais graves, quanto mais jovem for o consumidor, provocando neste, incapacidades ao nível físico, intelectual e emocional, tal como refere Antunes (1998) cit. por Cabral (2007, p. 100).

Alguns estudos publicados revelam que indivíduos com menores índices de auto-regulação tendem a apresentar um maior envolvimento com o álcool, consumindo mais, com maior frequência e com consequências mais negativas, tal como defendem Aubrey et al., (1994) e Brown et al., (1999). Outros trabalhos, pelo contrário, não encontraram relação entre estas variáveis, como foi o caso dos estudos desenvolvidos por Carey et al., (2004) e de Neal & Carey (2005).

Tecidas estas considerações julgadas pertinentes, passamos em seguida à discussão dos resultados obtidos, decorrentes das análises estatísticas efectuadas em corte transversal.

A auto-regulação, ao surgir na diversa literatura pesquisada associada ao envolvimento com o álcool, uma possível influência das variáveis sociodemográficas, de contexto escolar, estilos de vida, expectativas face ao álcool, auto-estima e autoconceito a esse nível merecem igualmente uma reflexão cuidadosa.

Assim sendo, um dos principais pontos de discussão está relacionado com as variáveis sociodemográficas e de contexto escolar.

A amostra foi constituída por 971 estudantes do ensino secundário (público e cooperativo) a frequentarem o 10º, 11º e 12º ano de escolaridade, com ambos os sexos representados, sendo no entanto, maior a representatividade dos rapazes (50,80%). Também Mendes & Lopes (2007) estudaram 51,10% de rapazes em duas escolas da grande Lisboa e em duas escolas da Beira Interior. Reis et al., (2011) por sua vez estudou 51,6% de raparigas e 48,4% de rapazes numa amostra de 1061 alunos das escolas do 3º ciclo e secundárias do distrito de Bragança. Segundo os dados mais recentes publicados no sítio da internet Pordata (2012a, 2012b), em 2010 existiam em Portugal neste nível de ensino 483 982 alunos, dos quais 235 870 (48,74%) eram do sexo masculino. Ao nível da região centro estavam matriculados no ensino secundário 107 118 alunos dos quais 51 676 (48,24%) eram rapazes. Na região Dão-Lafões, a qual inclui a maior parte dos concelhos constituintes do distrito de

Viseu, encontravam-se matriculados no ensino secundário em 2010, 13 054 alunos dos quais 6 174 (47,30%) eram do sexo masculino. No concelho de Viseu estudavam, em 2010, 6 239 alunos no ensino secundário, dos quais 3 011 (48,26%) eram rapazes. Finalmente, em Tondela estudavam em 2010, 1 028 alunos dos quais 509 (49,51%) eram do sexo masculino.

Relativamente à idade, a mesma oscilou entre os 14 e os 21 anos, com um valor médio de 16,80 anos, sendo o grupo mais representativo o dos estudantes com idades compreendidas entre os 14 e os 16 anos. Também Aubrey et al., (1994), Brown et al., (1999), Wills et al., (2006) e Castillo & Dias (2007, 2009) estudaram a auto-regulação em alunos do ensino secundário com idades semelhantes às verificadas na nossa amostra. Reis et al., (2011) estudaram alunos entre os 13 e os 19 anos com uma idade média de 16 anos. Fonte & Alves (1999) estudaram jovens com idades compreendidas entre os 16 e os 22 anos, com idades médias de 17,3 anos (Dp= 1,13).

A maioria dos estudantes da amostra reside em meio rural (66,40%). Os dados obtidos relativamente à área de residência diferem dos apresentados no estudo de Duarte (2008) em que a maioria dos estudantes residia em meio urbano. No estudo de Mendes & Lopes (2007), as percentagens de alunos residentes em meio rural e urbana eram semelhantes.

Tal como no estudo de Matos et al., (2010) sobre a saúde dos adolescentes portugueses, também no nosso estudo, a maioria dos estudantes coabitava com os pais (77,30%). O mesmo se verificou no estudo realizado por Duarte (2008) onde 78,00% dos inquiridos referiu coabitar com os pais. Mendes & Lopes (2007) corroboram estes dados ao referir que a maioria da amostra coabitava com ambos os pais.

Os pais dos estudantes eram maioritariamente, casados ou viviam em união de facto (84,60%), sendo situação semelhante encontrada no estudo de Duarte (2008). Pai e mãe detinham na sua maioria, o 2º/3º ciclo (45,30% e 44,50%, respectivamente). Situação semelhante verificou-se no estudo realizado por Castro (2007) num estudo sobre processos de auto-regulação da aprendizagem, assim como no estudo desenvolvido por Matos et al., (2010) e Cabral (2007). Também Mendes & Lopes (2007) refere que 86,40% dos pais dos alunos por eles estudados eram casados.

A maioria dos estudantes da nossa amostra classificou o rendimento médio do seu agregado familiar como sendo médio/alto ou alto (56,70%), o que vai de encontro aos resultados revelados no estudo de Matos et al., (2010) onde 38,5% o classificaram como médio e 52,5% como bom ou muito bom.

Relativamente ao valor médio (em euros) que os estudantes detinham, semanalmente, para gastos pessoais, a maioria apontou para um valor igual ou inferior a 10 euros (69,00%). Estes dados vão de encontro aos resultados obtidos no estudo de Matos et al., (2010) onde 76,5% dos estudantes inquiridos referiram dispor, semanalmente, de 10 euros ou menos para gastos pessoais.

No nosso estudo, à semelhança do verificado no estudo de Duarte (2008), relativamente ao ano de escolaridade, a maioria frequentava o 10º ano (38,60%) e a maioria dos inquiridos nunca reprovou (57,40%). Estes resultados encontram-se em consonância com o estudo de Mendes & Lopes (2007) onde a maioria da amostra era do 10º ano e onde 80,51% dos alunos em estudo nunca tinham chumbado.

Também no estudo realizado por Duarte (2008), a maioria dos alunos referiu viver a menos de 1 km da escola, demorando menos de 15 minutos. Estes resultados diferem dos nossos, uma vez que a maioria dos estudantes do nosso estudo referiu distar a mais de 7 km da escola, demorando menos de 30 minutos a realizar o percurso entre casa e a escola ou vice-versa. A deslocação habitual para a escola referida pela maioria dos estudantes foram os transportes públicos (50,50%), à semelhança dos resultados obtidos por Matos et al., (2010), contrapondo-se no entanto, aos revelados por Duarte (2008), onde o carro foi o meio de deslocação mais utilizado.

No que diz respeito aos sentimentos face à escola, os resultados encontrados no nosso estudo vão de encontro com os obtidos por Matos et al., (2010), em que a maioria dos estudantes referiu gostar da escola (62,00%). Relativamente ao envolvimento em lutas e/ou brigas na escola, a maioria (88,80%) referiu nunca se ter envolvido nas mesmas durante o último período lectivo. Os resultados por nós obtidos assemelham-se aos obtidos por Matos et al., (2010) onde mais de dois terços (71,6%) dos estudantes negaram ter-se envolvido em lutas no último ano.

Questionados sobre se fora das actividades escolares, os estudantes costumavam ajudar em actividades domésticas, a maioria (91,70%) referiu ajudar os pais, principalmente aos fins-de-semana (57,40%). Os resultados encontrados estão em consonância com os obtidos no estudo de Duarte (2008).

É consensual entre a diversa literatura publicada que a prática de actividade física regular assume um papel relevante na promoção de um estilo de vida saudável. No entanto, a realidade portuguesa tem registado fraca aquisição, por parte dos jovens, de hábitos desportivos. Verificou-se que, a maioria dos estudantes (51,60%) raramente realizava exercício físico fora da escola. Estes resultados diferem dos relatados por Duarte (2008), onde 31,9% da amostra estudada referiu realizar exercício físico 2 a 3 vezes por semana fora do horário escolar. Matos et al., (2010) no seu estudo revelaram que a maioria dos estudantes (27,1%) referiram praticar cerca de uma hora de exercício físico fora da escola e 17,6% dos estudantes não praticam qualquer actividade física fora do contexto escolar.

À semelhança do relatado no estudo de Matos et al., (2010), a maioria dos estudantes referiram lavar os dentes mais do que uma vez por dia (65,70%), consideraram possuir o peso ideal (54,40%) e negaram estar à data a realizar dieta (55,70%). Também foram as raparigas que, maioritariamente afirmaram estarem fazer dieta.

Sendo a variável dependente da nossa investigação a auto-regulação, iniciaremos a discussão dos resultados obtidos nesta variável pela análise dos resultados psicométricos da mesma.

No que diz respeito à estrutura factorial, obtiveram-se dois factores (estabelecimento de objectivos e controlo de impulsos) que globalmente explicaram 38,01% da variância total, superiores à variância encontrada por Castillo & Dias (2009) que foi de 32,34%. Obteve-se assim, uma solução factorial idêntica à obtida por Castillo & Dias (2009), verificando-se ainda uma correspondência total entre os factores e os itens que os compõem. Ainda nos que diz respeito aos estudos de validade, os dois factores revelaram boa consistência interna, com valores de alfa de cronbach de 0,889 (estabelecimento de objectivos) e 0,849 (controlo de impulsos) e superiores aos obtidos por Castillo & Dias (2009). No entanto, o valor do alfa de cronbach relativo à escala na sua globalidade (0,710) revelou-se inferior ao valor obtido no estudo realizado pelos anteriores autores (0,890). Ainda assim, globalmente a escala revelou

razoável consistência interna, confirmando-se desta forma, as suas boas capacidades psicométricas.

O valor médio obtido na escala global de auto-regulação foi de 89,83 (Dp= 9,27). Na subescala controlo de impulsos o valor médio obtido foi de 33,40 (Dp= 8,60) e no estabelecimento de objectivos de 56,43 (Dp= 8,17). Castillo & Dias (2007) encontrou médias mais elevadas tanto na pontuação global da auto-regulação, como nas subescalas.

A maioria dos estudantes revelou ainda reduzidas competências de auto-regulação (41,30%), tendo em conta os pontos de corte elaborados para o efeito e baseados na fórmula “média \pm 0,25 desvio padrão” postulada por Pestana & Gageiro (2008). No entanto, os autores dos estudos pesquisados no âmbito da auto-regulação não procederam a tal classificação, pelo que não foi possível comparar estes resultados obtidos.

Auto-regulação e variáveis sociodemográficas (Idade, sexo, área de residência e rendimento do agregado familiar)

Ao estudar a auto-regulação em função do sexo, verificou-se que globalmente, os rapazes (\bar{x} = 90,11; Dp= 9,96) revelaram índices médios superiores aos das raparigas (\bar{x} = 89,54; Dp= 8,51). Os rapazes revelaram melhores valores médios no controlo de impulsos e as raparigas pontuaram, em média, superiormente aos rapazes no estabelecimento de objectivos. As diferenças encontradas não revelaram significância estatística. Relativamente à nota global de auto-regulação, os resultados por nós encontrados vão de encontro aos estudos de Carey et al., (2004), Neal & Carey (2005), Hustad et al., (2009) e Castillo & Dias (2007). No que diz respeito às subescalas, no estudo realizado por Castillo & Dias (2007), os indivíduos do sexo masculino revelaram pontuações médias superiores às do sexo feminino. Já no estudo de 2009 realizado pelos anteriores autores, na subescala “estabelecimento de objectivos”, à semelhança do verificado no nosso estudo, as raparigas revelaram melhores pontuações médias relativamente aos rapazes, possuindo essas diferenças encontradas, significância estatística.

Relativamente à idade, nos estudos de Carey et al., (2004), Neal & Carey (2005), assim como nos estudos de Castillo & Dias (2007, 2009) não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, apesar de se verificar uma diminuição nas pontuações (na escala global e nas subescalas). No nosso estudo, os resultados encontrados corroboram os resultados anteriormente mencionados. Efectivamente foram os estudantes com idade igual ou inferior a 16 anos, os que revelaram melhores índices de auto-regulação e os que melhor pontuaram na subescala “controlo de impulsos”, apesar da ausência de significância estatística relativamente às diferenças encontradas. No que se refere ao estabelecimento de objectivos, foram os estudantes da faixa etária dos 17 anos os que melhor pontuaram na subescala, sendo portanto, os que melhores competências revelaram relativamente ao estabelecimento de objectivos. Também aqui as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas.

Verificamos igualmente que, os estudantes residentes em meio rural revelaram melhor capacidade de controlo de impulsos face aos que residiam em meio urbano, com diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,044$). Por outro lado, foram os estudantes residentes em meio urbano os que melhor revelaram estabelecer objectivos, embora este resultado não revele significância estatística. Globalmente foram os estudantes residentes no meio rural os que revelaram melhores índices de auto-regulação. Também aqui, as diferenças encontradas no nosso estudo não possuem relevância estatística ($p > 0,050$ -n.s.). Importa ainda ressaltar que, relativamente à influência da área de residência na auto-regulação não encontramos estudos que servissem de apoio ou refutassem os dados por nós obtidos.

Na nossa investigação, o rendimento médio do agregado familiar (associado a um possível nível social do agregado familiar dos estudantes) não se revelou influenciador dos índices de auto-regulação globais dos estudantes ($t= 1,772$; $p= 0,077$ -n.s.), apesar dos estudantes com um rendimento médio do agregado familiar baixo ou médio/baixo revelarem melhores índices médios de auto-regulação. Estes dados apoiam os de Neal & Carey (2005).

Face ao exposto, e considerando os resultados obtidos rejeitamos a hipótese inicialmente formulada, ao constatar que as variáveis sociodemográficas não revelaram

efeito estatisticamente significativo sobre as competências de auto-regulação dos estudantes em estudo.

Auto-regulação e variáveis de contexto escolar (ano de escolaridade, reprovações e sentimentos face à escola)

A escola também se demonstrou capaz de influenciar nos níveis de auto-regulação. Com efeito, os alunos da escola profissional de Tondela revelaram os melhores índices médios globais de auto-regulação, sendo ainda os que revelaram melhores capacidades para o controlo de impulsos. Os alunos da escola secundária Emídio Navarro revelaram melhores capacidades de estabelecer objectivos. Todas estas diferenças relatadas apresentaram significância estatística, permitindo-nos inferir, com as devidas reservas que, a escola se demonstrou susceptível de influenciar as capacidades auto-regulatórias dos estudantes. Ao nível da literatura científica consultada, não se encontrou nenhuma referência susceptível de corroborar ou refutar o resultado obtido nesta investigação.

Verificámos uma diminuição nos índices de auto-regulação com o aumento do ano de escolaridade, apesar de as diferenças encontradas não se revelarem estatisticamente significativas ($p= 0,263$ -n.s.). Já o controlo de impulsos ($p= 0,000$) e o estabelecimento de objectivos ($p= 0,015$) foram influenciados pelo ano de escolaridade, com os estudantes do 10º ano a serem os que melhor controlam os impulsos e os estudantes do 12º ano os que melhor estabelecem objectivos. Tais resultados, permitem-nos referir que o controlo de impulsos diminui e o estabelecimento de objectivos melhora à medida que se avança no ano de escolaridade. Castro (2007) constatou num estudo realizado com 1310 alunos de escola do distrito de Braga e do Porto que o ano de escolaridade discriminava os processos de auto-regulação, encontrando uma diminuição no comportamento auto-regulatório à medida que aumentava o ano de escolaridade ($F= 14,1$; $p= 0,000$). Também Cunha (2002), Rosário et al., (2004) e Silva (2004) cit. por Castro (2007) obtiveram resultados semelhantes.

O rendimento escolar é outra das variáveis que surge na literatura como susceptível de influenciar o comportamento auto-regulatório dos jovens. Na nossa investigação, tendo por base a pontuação global de auto-regulação, foram os estudantes sem história de

reprovações os que revelaram melhores índices de auto-regulação. No entanto, as diferenças obtidas não revelaram significância estatística ($t= 0,927$; $p= 0,354$ -n.s.). Relativamente ao controlo de impulsos e ao estabelecimento de objectivos, a existência de reprovações passadas parece influenciar as mesmas, sendo que foram os estudantes sem reprovações os que melhores capacidades de controlo de impulsos e de estabelecer objectivos revelaram, com significância estatística. Castro (2007) refere que os alunos com um maior rendimento escolar tendem a ser mais auto-regulados do que os alunos com baixo rendimento escolar. Também Rosário et al., (2004) reportaram um melhor comportamento auto-regulado por parte dos estudantes, associado a um rendimento escolar mais elevado.

Os sentimentos face à escola manifestados pelos estudantes revelaram-se susceptíveis de influenciar o controlo de impulsos ($p= 0,021$) e o estabelecimento de objectivos ($p= 0,047$). Com efeito, foram os estudantes que referiram não gostar da escola os que melhores capacidades de controlo de impulsos revelaram. Os que gostavam da escolar revelaram melhor capacidade de estabelecer objectivos. Globalmente, os alunos que não gostavam da escola apresentaram maiores pontuações médias de auto-regulação, apesar de as diferenças verificadas não possuírem significância estatística ($p= 0,644$ -n.s.).

Assim, face à hipótese 2 inicialmente formulada (existe efeito significativo entre as variáveis de contexto escolar e as competências de auto-regulação em adolescentes do ensino secundário do distrito de Viseu) e tendo em consideração os resultados obtidos, a hipótese é parcialmente aceite.

Auto-regulação e estilos de vida (frequência de realização de exercício físico)

Marques (2008) num estudo sobre eficácia auto-reguladora e exercício físico em 269 adultos (dos 21 aos 65 anos) de ambos os sexos, constatou que os praticantes regulares de exercício físico revelaram um comportamento mais auto-regulado comparativamente com os não praticantes e os praticantes irregulares.

No nosso estudo, os alunos que raramente praticavam exercício físico fora da escola foram os que melhores índices de auto-regulação apresentaram. No entanto as diferenças

encontradas entre a prática de exercício físico e a auto-regulação não se demonstraram estatisticamente significativas ($p= 0,845$ -n.s.). Apenas relativamente ao controlo de impulsos e ao estabelecimento de objectivos, as diferenças encontradas entre os grupos demonstraram ser estatisticamente significativas. Com efeito, foram os alunos que nunca praticavam exercício físico fora da escola os que demonstraram melhores capacidade de controlo de impulsos. Relativamente ao estabelecimento de objectivos, os alunos que afirmaram praticar exercício físico “sempre ou quase sempre” fora do contexto escolar foram os que melhor pontuaram nesta subescala, sendo portanto, os que revelaram melhores capacidades de estabelecimento de objectivos. Para as subescalas, as diferenças encontradas revelaram-se estatisticamente significativas (controlo de impulsos – $p= 0,011$; estabelecimento de objectivos – $p= 0,023$).

Os resultados vão de encontro ao postulado por Sniehotte et al., (2005), onde referem que as competências de auto-regulação se constituem mediadoras da manutenção da actividade física. Referem ainda que, intervenções visando as competências de auto-regulação possibilitam uma redução nos factores de risco facilitando mudanças nos estilos de vida pretendidos.

Ao nível do aspecto físico percebido, no nosso estudo, os estudantes que se perceberam como magros revelaram melhores índices de auto-regulação (globais), embora as diferenças encontradas não manifestem significância estatística ($p= 0,541$ -n.s.). Ao nível das subescalas, os estudantes que se perceberam com excesso de peso pontuaram superiormente ao nível do controlo de impulsos ($p= 0,011$) e os que referiram possuir o peso ideal revelaram melhores capacidades ao nível do estabelecimento de objectivos ($p= 0,023$).

Wing, Tate, Gorin, Raynor & Fava (2006) testaram um programa de auto-regulação para a manutenção da perda de peso. As intervenções utilizadas no estudo dos mesmos incidiram sobre o ensino do comportamento auto-regulado, especificamente no que ao peso corporal diz respeito. Entre os resultados obtidos, o risco de ganhar 2,3 kg ou mais de peso corporal diminuiu significativamente, nos indivíduos estudados.

Perante os resultados obtidos, verificou-se que ao nível das subescalas, os estilos de vida influenciam nas competências de auto-regulação.

Auto-regulação e envolvimento face ao álcool

Segundo os resultados psicométricos, obteve-se uma solução factorial a dois factores, os quais explicaram 55,41% da variância total. Estes resultados diferem dos valores obtidos por Fonte & Alves (1999), os quais obtiveram uma estrutura factorial a 3 factores responsáveis por 58% da variância total.

No que diz respeito aos estudos de validade, o factor 1 (hábitos de consumo) revelou um valor de consistência interna bom (alfa de cronbach de 0,899) e o factor 2 (efeitos, consequências e sentimentos face ao beber), com um valor de alfa de cronbach de 0,689, classificou-se de fraco. O valor do alfa de cronbach relativo à escala na sua globalidade (0,900) revelou-se superior ao valor obtido na escala original (0,887) de Fonte & Alves (1999). Globalmente a escala revelou muito boa consistência interna, confirmando-se desta forma, as suas boas capacidades psicométricas.

Na nossa investigação, a maioria dos alunos estudados revelaram-se bebedores habituais sem problemas (75,30%), dados que estão em consonância com os obtidos por Fonte & Alves (1999). Rapazes (72,40%) e raparigas (75,30%) demonstraram-se maioritariamente bebedores habituais sem problemas. No estudo de Fonte & Alves (1999), rapazes (70,1%) e raparigas (67,2%) eram igualmente, na sua maioria, bebedores habituais sem problemas. Também Reis et al., (2011) revela que, 68,3% dos estudantes por eles estudados (66,3% dos rapazes e 70,2% das raparigas) revelaram um consumo de risco (o equivalente à categoria de bebedores habituais sem problemas na escala de envolvimento com o álcool para adolescentes). Vilela, Macho & Almeida (2011) encontraram 68% de bebedores habituais sem problemas em 236 alunos com idades compreendidas entre os 11 e os 20 anos das escolas EB 2/3 de Lourosa, secundária Eça de Queirós da Póvoa de Varzim e secundária D. Sancho I de Famalicão. Mendes & Lopes (2007) no seu estudo sobre hábitos de consumo de álcool em 272 adolescentes com idades entre os 12 e os 19 anos encontraram resultados semelhantes.

Verificámos igualmente um envolvimento com o álcool superior em rapazes relativamente às raparigas ($t = -4,493$; $p = 0,000$). Reis et al., (2011) também constatou a existência de uma relação estatisticamente significativa entre os sexos, sendo o sexo

masculino os que revelaram uma maior envolvimento com o álcool ($p= 0,032$). Mendes & Lopes (2007), tal como Vilela, Macho & Almeida (2011) não encontraram diferenças significativas entre o sexo e o envolvimento dos adolescentes face ao álcool, contrariando os resultados por nós obtidos.

No que diz respeito à idade, encontramos significância estatística entre os grupos estudados, sendo os alunos com 18 anos ou mais os que apresentaram um maior envolvimento com o álcool ($F= 14,066$; $p= 0,000$). São os alunos com idades inferiores ou iguais a 16 anos os que menor envolvimento com o álcool revelam. Vilela, Macho & Mendes (2011) verificaram igualmente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o envolvimento com o álcool e a idade ($p < 0,001$), aumentando o envolvimento com o álcool à medida que a idade dos adolescentes também aumenta. Também Reis et al., (2011) constataram um maior envolvimento com o álcool com aumentar da idade, apesar da relação encontrada pelos mesmos não ser estatisticamente significativa.

Os estudantes residentes na área rural são os que revelam um maior envolvimento com o álcool comparativamente aos residentes em meio urbano. No entanto, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,855$ -n.s.). Mendes & Lopes (2007), por sua vez, concluíram que foram os estudantes residentes em meio urbano (grande Lisboa) os que apresentaram um maior envolvimento com o álcool, relativamente aos residentes em meios mais rurais (Beira Interior). Também as diferenças encontradas pelos autores, não apresentaram uma relação estatisticamente significativa.

Os estudantes da escola profissional de Tondela revelaram maiores níveis de envolvimento com o álcool face às demais escolas, com diferenças estatisticamente significativas. Mendes & Lopes (2007) também encontraram diferenças estatisticamente significativas entre escola face ao envolvimento com o álcool ($H= 7,910$; $p= 0,048$).

Foram os alunos do 12º ano os que apresentam um maior envolvimento com o álcool, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas ($F= 5,422$; $p= 0,005$), sendo que estas diferenças se localizaram entre os alunos do 10º/12º ($p= 0,009$) e do 11º/12º anos ($p= 0,013$). Vilela, Macho & Almeida (2011) também referem que nos alunos que frequentam anos escolares mais avançados, é mais frequente existir um padrão de consumo de álcool habitual, sem repercussões significativas a nível familiar e nas relações sociais. Estes autores

encontraram diferenças estatísticas significativas entre estas duas variáveis ($\chi^2 = 73,491$; $p < 0,001$).

Relativamente ao insucesso escolar verificámos no nosso estudo que os alunos com reprovações apresentaram um maior envolvimento com o álcool ($t = -4,087$; $p = 0,000$), apresentando as diferenças encontradas, significância estatística. Mendes & Lopes (2007) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o insucesso escolar (ter chumbado alguma vez) face ao envolvimento com o álcool ($\chi^2 = 3,410$; $p = 0,333$ -n.s.).

O envolvimento com o álcool (nota global) surge nos resultados obtidos, como uma variável preditora da auto-regulação (total), no entanto, com uma correlação negativa muito baixa ($r = -0,056$; $p = 0,040$). Assim, melhores índices de auto-regulação encontram-se associados a um menor envolvimento com o álcool por parte dos estudantes. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos nos estudos de Brown et al., (1999) e de Aubrey et al., (1994) apoiando o referido pelos mesmos, ao afirmarem que, tais evidências sugerem que as habilidades de auto-regulação fazem a distinção entre pessoas com diferentes níveis de envolvimento com o álcool.

No entanto, os resultados por nós obtidos não coincidem com os estudos de Carey et al., (2004), Neal & Carey (2005) e Castillo & Dias (2007), os quais não encontraram relação entre a auto-regulação e o consumo de álcool.

À semelhança do estudo de Neal & Carey (2005), também no nosso estudo, as consequências relacionadas com o consumo se demonstraram preditivas dos índices globais de auto-regulação. De facto, a dimensão relativa aos efeitos, consequências e sentimentos face ao beber da escala de envolvimento com o álcool em adolescentes surgiu como uma variável preditiva da auto-regulação, estabelecendo uma correlação positiva (embora muito baixa) ($r = 0,128$; $p = 0,000$).

Relativamente às subescalas, dada a escassez de estudos científicos no domínio da auto-regulação não foram encontrados dados que pudessem servir de suporte ou que, por outro lado, refutassem os resultados por nós obtidos.

No entanto, relativamente ao controlo de impulsos associaram-se positivamente os efeitos, consequências e sentimentos face ao beber ($r = 0,162$; $p = 0,000$) (subescala do envolvimento face ao álcool) com uma correlação muito baixa, ou seja, a maiores efeitos,

consequências e sentimentos face ao álcool correspondem melhores capacidades de controlo de impulsos.

Os hábitos de consumo correlacionaram-se inversamente com o estabelecimento de objectivos ($r = -0,067$; $p = 0,019$), ou seja, menores hábitos de consumo de álcool por parte dos adolescentes surgem, neste estudo associados a melhores capacidades de estabelecimento de objectivos. Estes resultados estão em consonância com os resultados de Castillo & Dias (2007, 2009).

Assim, os resultados obtidos sugerem que baixos índices de auto-regulação poderão constituir um factor de risco para níveis de envolvimento com o álcool mais elevados, nos adolescentes. Os dados obtidos apontam ainda para a importância do estudo da auto-regulação como competência desenvolvimental.

Auto-regulação e expectativas face ao álcool

No que diz respeito à estrutura factorial, obtiveram-se dois factores (expectativas positivas e expectativas negativas) que globalmente explicaram 54,73% da variância total. Obtiveram-se assim, uma solução factorial diferente à obtida por Pillati et al., (2010), embora semelhante relativamente aos itens que compõem as subescalas “expectativas positivas” e “expectativas negativas”.

De facto, os anteriores autores obtiveram uma estrutura factorial a seis factores (risco e agressividade; sociabilidade; percepção de estados negativos; deterioração cognitiva e comportamental; relaxamento e redução da tensão e incremento da sexualidade) que, em conjunto explicavam 52% da variância total. No entanto, os autores subdividiram a escala em estados negativos (constituído pelos factores risco e agressividade, percepção dos estados negativos e deterioração cognitiva e comportamental) e em estados positivos (constituído pelos factores sociabilidade, relaxamento e redução da tensão e incremento da sexualidade). Com efeito, os itens constituintes das escalas de estados negativos e positivos adequaram-se, no nosso estudo, aos dois factores por nós obtidos, os quais denominámos por expectativas positivas e expectativas negativas.

No que diz respeito aos estudos de validade, os dois factores revelaram valores de consistência interna muito bons, com valores de alfa de cronbach de 0,963 (expectativas negativas) e 0,953 (expectativas positivas). O valor do alfa de cronbach relativo à escala na sua globalidade (0,969) revelou-se superior ao valor obtido na escala original (0,920). Globalmente a escala revelou muito boa consistência interna, confirmando-se desta forma, as suas boas capacidades psicométricas. A validação desta escala por nós realizada, para a população adolescente portuguesa constituirá, certamente um valioso instrumento de investigação no âmbito das relações existentes entre adolescentes, álcool e expectativas face à utilização do mesmo.

Os estudantes apresentaram uma pontuação global média de 114,56 ($Dp= 35,11$) na escala global de expectativas face ao álcool. O valor médio obtido no que concerne às expectativas positivas foi de 59,23 ($Dp= 19,29$) e de 55,32 ($Dp= 19,82$) relativamente às expectativas negativas. Pillati et al., (2010), na validação da sua escala obtiveram valores médios inferiores aos obtidos no nosso estudo.

Atendendo à pontuação global da escala, a maioria dos estudantes apresentam elevadas expectativas face ao álcool (45,10%). Os rapazes apresentam maioritariamente elevadas expectativas (50,30%) e as raparigas revelam, na sua maioria reduzidas expectativas face ao álcool (41,20%). Verificámos ainda que os rapazes apresentam maiores expectativas positivas, negativas e globais face ao álcool, quando comparados com os valores registados pelas raparigas. No entanto, apenas no que diz respeito às expectativas positivas ($t= - 5,823$; $p= 0,000$), assim como às expectativas globais ($t= - 3,444$; $p= 0,001$), se verificaram diferenças estatisticamente entre os sexos. Estes dados por nós obtidos estão em consonância com os obtidos por Pillati et al., (2010).

Ao nível da idade, verificámos que a pontuação média relativa às expectativas positivas aumentou com a idade, apresentando assim uma tendência para que o nível de expectativas positivas aumente com a idade. Relativamente às expectativas negativas, registámos o inverso, ou seja, uma diminuição nas pontuações médias de expectativas negativas com o aumento da idade. Estes dados são corroborados por Pillati et al., (2010). Apenas constatámos significância estatística na subescala das expectativas negativas entre os

alunos com idades inferiores ou iguais a 16 anos e os alunos com 18 anos ou mais ($F= 5,090$; $p= 0,007$).

Ao nível do envolvimento com o álcool, constatámos a existência de correlação baixa e positiva ($r= 0,303$; $p < 0,010$) com as expectativas negativas. Ou seja, quanto mais elevado o nível de expectativas positivas face ao álcool, maior será o envolvimento com o álcool. Já as expectativas negativas não se correlacionaram significativamente com o envolvimento com o álcool ($r= 0,006$; $p > 0,050$ -n.s.), contrariando um possível efeito protector dos consumos citados numa vasta literatura científica pesquisada. Globalmente, as expectativas globais face ao álcool estabelecem uma correlação positiva, embora fraca com a escala global do envolvimento com o álcool ($r= 0,170$; $p < 0,010$). Assim, quanto maior o nível de expectativas globais, maior o nível de envolvimento com o álcool. Os resultados obtidos estão em consonância com os obtidos por Pillati et al., (2010) excepto em relação às expectativas negativas, onde as mesmas surgem como um factor protector do consumo, uma vez que se revelaram mais elevadas em estudantes abstinentes.

Nesta investigação, maiores expectativas face ao álcool (globais) associaram-se a maiores índices de auto-regulação. Obteve-se no entanto uma correlação baixa e positiva ($r= 0,179$; $p= 0,000$). No entanto, expectativas positivas e negativas não se demonstraram preditivas da auto-regulação (global). Zhang (2009), num estudo com 306 estudantes chineses, sobre os efeitos de um programa de educação sobre o álcool para os estudantes do ensino médio concluiu que o comportamento de beber era mediado pelas expectativas positivas face ao álcool e pela auto-regulação. Shell, Newman & Xiaoyi (2010) apontam ainda para que maiores índices de auto-regulação em indivíduos com maiores expectativas negativas face ao álcool contribuam para menores consumos de álcool.

Também as expectativas face ao álcool (globais) se revelaram preditivas do controlo de impulsos, ao estabelecer uma associação positiva, embora fraca ($r= 0,298$; $p= 0,000$), ou seja, a pontuações mais elevadas na subescala “controlo de impulsos” obtiveram-se melhores pontuações na escala global de expectativas face ao álcool. No entanto, ao nível da literatura consultada não encontramos resultados que comprovem ou refutem os nossos resultados.

Auto-regulação e auto-estima

Na nossa investigação, à semelhança da escala original, obteve-se uma estrutura factorial semelhante, com dois factores (auto-estima negativa – factor 1 e auto-estima negativa – factor 2), explicando em conjunto 62,86% da variância total. Romano et al., (2007), por sua vez, obteve uma estrutura factorial a dois factores que explicavam em conjunto 46% da sua variância.

Relativamente à consistência interna, obtiveram-se valores de alfa de cronbach superiores aos obtidos por Romano et al., (2007). Assim, para o factor 1 (auto-estima negativa) obteve-se um alfa de cronbach de 0,850, superior ao valor obtido por Romano et al., (2007) que foi de 0,63. No factor 2, obteve-se um valor de alfa de cronbach de 0,841, enquanto Romano et al., (2007) obteve um valor de 0,74. Globalmente obteve-se um alfa de 0,855. Romano et al., (2007) não determinou o valor do alfa da escala global da auto-estima, pelo que, se torna impossível estabelecer comparação com o valor por nós obtido. Os valores de consistência interna por nós obtidos são classificados de bons, comprovando assim as boas qualidades psicométricas da utilização desta escala em adolescentes.

O valor médio para a pontuação global de auto-estima foi de 30,69 ($Dp= 4,91$), sendo o valor médio obtido na subescala auto-estima positiva de 15,57 ($Dp= 2,50$) e na subescala auto-estima negativa de 15,12 ($Dp= 3,31$). Dias (1996) obteve um valor médio de 31,84 ($Dp= 4,52$) na escala de auto-estima em 337 estudantes da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Teixeira (2008) estudou 1632 indivíduos, oriundos dos Distritos de Vila Real (391 homens e 608 mulheres) e de Bragança (277 homens e 357 mulheres), com idades compreendidas entre os 15 e os 20 anos de idade, de três níveis de ensino (3º ciclo, secundário, superior) e não estudantes. O valor médio obtido pelo autor na escala de auto-estima de Rosenberg foi de 32,14 ($Dp= 4,77$) nos indivíduos do sexo masculino e de 31,22 ($Dp= 4,96$) em indivíduos do sexo feminino, com diferenças estatisticamente significativas ($t= 3,76$; $p= 0,000$).

A maioria dos estudantes revela deter boa auto-estima (47,40%). Rapazes e raparigas revelam igualmente boa auto-estima (49,70% e 47,40%, respectivamente). De referir que 38,80% dos estudantes apresentam, no entanto, baixa auto-estima. Estes resultados

contrariam os apresentados por Marriel, Assis, Avanci & Oliveira (2006), em que 36,80% dos alunos apresentavam baixa auto-estima e 24,50% elevada auto-estima. Também González & Viveros (2009) encontraram no seu estudo 49,00% de adolescentes com níveis médios de auto-estima, 41,00% com elevada auto-estima e apenas 10,00% com baixa auto-estima.

Os rapazes pontuaram em média superiormente às raparigas, tanto na escala global ($t = -2,218$; $p = 0,027$), como para as subescalas auto-estima positiva ($t = -3,202$; $p = 0,001$) e auto-estima negativa ($t = -0,874$; $p = 382$ -n.s.), com significância estatística apenas para as duas primeiras situações descritas. Também Romano et al., (2007) encontrou significância estatística entre a escala global de auto-estima e o sexo ($t = 3,34$; $p = 0,001$), com os rapazes a revelarem melhores índices de auto-estima relativamente às raparigas. Também os estudos de Santos & Maia (2003) e Aznar, Fernández, Quevedo & Abella (2003) corroboram os dados por nós obtidos. No entanto, Dias (1996) não encontrou diferenças estatisticamente significativas entre o nível de auto-estima global e o sexo.

Os estudantes com 17 anos foram os que revelaram melhores valores médios de auto-estima relativamente aos demais, tanto na escala global, como nas subescalas. No entanto, as diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas na subescala da auto-estima negativa ($p = 0,001$) e na pontuação global da escala ($p = 0,004$). As diferenças encontradas situam-se entre os alunos com idades inferiores ou iguais a 16 anos e os alunos com 17 anos. Romano et al., (2007) não encontraram diferenças estatisticamente significativas em função dos grupos etários ($F = 0,01$; $p = 0,98$ -n.s.).

No que diz respeito ao envolvimento com o álcool, foram os estudantes abstinentes os que revelaram melhores índices de auto-estima. No entanto, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p = 0,156$ -n.s.). Bebedores habituais sem problemas apresentam maiores índices de auto-estima negativa, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas. Verificamos assim, maiores índices de auto-estima negativa associados a um maior envolvimento com o álcool em adolescentes. Estes dados vão ao encontro dos obtidos por Trindade & Correia (1999) e Oubrayrie-Roussel & Safont-Mottay (2001). Já Vasconcelos-Raposo et al., (2009) não observaram qualquer correlação estatisticamente significativa entre a ingestão de álcool e a auto-estima.

Relativamente às expectativas face ao álcool verificámos que os estudantes com reduzidas expectativas globais foram os que revelaram melhores índices de auto-estima ($p=0,001$). Trindade & Correia (1999) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as expectativas face ao álcool e a auto-estima dos adolescentes.

Relativamente à auto-estima, estudos de Usta & Häubl (2011), Crocker et al., (2006) e Castillo & Dias (2007) estabelecem uma relação entre a mesma e a auto-regulação. Estes dados vão igualmente de encontro aos resultados por nós obtidos, salientando que a auto-estima negativa se demonstrou preditiva da auto-regulação na sua globalidade, com uma correlação negativa ($r= - 0,163$; $p= 0,000$). Assim, a menores índices de auto-estima negativa associam-se melhores índices globais de auto-regulação.

Menores pontuações de auto-estima positiva, assim como de auto-estima negativa correlacionaram-se inversamente com o controlo de objectivos ($r= - 0,356$; $p=0,000$ e $r= - 0,466$; $p= 0,000$, respectivamente). As correlações obtidas revelaram-se moderadas. Também estas duas últimas variáveis se demonstraram preditivas do controlo de impulsos.

Também a auto-estima (global) se correlacionou positivamente com o estabelecimento de objectivos ($r= 0,400$; $p= 0,000$), sendo que, a maiores níveis de auto-estima surgem associadas melhores competências ao nível do estabelecimento de objectivos. Estes dados por nós obtidos vão de encontro aos estudos de Crocker et al., (2006), Castillo & Dias (2007) e Usta & Häubl (2011).

Auto-regulação e autoconceito.

Relativamente ao inventário clínico do autoconceito seguiu-se a estrutura factorial definida pelo autor da escala, composta por 4 factores. Obteve-se um valor de alfa de cronbach de 0,875 para o global da escala. Vaz Serra (1986b) nos estudos de validação do inventário clínico de autoconceito obteve, numa amostra de 920 indivíduos, com idades médias de 29,99 ($Dp=11,75$) anos, um coeficiente de Spearman-Brown de 0,791. O factor 1 (aceitação/rejeição social) e o factor 2 (auto-eficácia) revelaram maiores valores

correlacionais com o valor global da escala ($r= 0,836$; $p< 0,010$ e $r= 0,820$; $p< 0,010$, respectivamente).

O valor médio obtido na escala de autoconceito global foi de 73,90 ($Dp= 9,98$), superior ao obtido por Vaz Serra (1986b) que foi de 72,14 ($Dp= 7,19$). Rapazes e raparigas pontuaram em média de forma semelhante ($t= 0,197$; $p= 0,844$ -n.s.). Também Vaz Serra (1986b) obteve resultados semelhantes nos índices de autoconceito entre ambos os sexos e sem significância estatística. Lemos, Romano & Dias (2009) encontraram valores médios de autoconceito mais elevados nos rapazes relativamente às raparigas.

A maioria dos estudantes (45,30%) possui um bom autoconceito. De igual modo, rapazes e raparigas possuem bom autoconceito (45,20% e 45,40%, respectivamente). De salientar que 36,80% dos estudantes têm baixo autoconceito (36,90% dos rapazes e 36,60% das raparigas). Lemos, Romano & Dias (2009) em 576 alunos do 10º, 11º e 12º ano de escolas secundárias do distrito de Vila Real encontraram 61,40% de adolescentes com baixo autoconceito, 28,50% com médio autoconceito e 10,10% com alto autoconceito.

No nosso estudo, os alunos com 17 anos apresentaram melhores índices de autoconceito global. Para os factores aceitação/rejeição social, auto-eficácia e maturidade psicológica os resultados foram semelhantes aos anteriores. Os estudantes com idades iguais ou inferiores a 16 anos pontuaram, em média, superiormente no factor 4 (impulsividade/actividade). As diferenças encontradas apenas se revelaram estatisticamente significativas no factor 1 (aceitação/rejeição social) entre os alunos com 17 anos e os alunos com 18 ou mais anos ($p= 0,014$). Nunes (2010) não constatou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o autoconceito em adolescentes dos 13 aos 18 anos.

Quanto ao envolvimento com o álcool, os abstinentes e os bebedores habituais com problemas revelaram melhores índices globais de autoconceito. No entanto, as diferenças encontradas não se revelaram estatisticamente significativas ($p= 0,630$ -n.s.). Estes resultados apoiam os obtidos por Vasconcelos-Raposo et al., (2009) em que os mesmos não observaram a existência de qualquer correlação estatisticamente significativa entre a ingestão de álcool e o autoconceito. Os mesmos autores verificaram uma maior tendência para os consumos de

álcool por parte de jovens com um pobre autoconceito. No entanto, verificámos que bebedores habituais com problemas revelaram maiores índices de autoconceito. Não encontrando estudos que apoiem estes resultados, recorreremos ao argumento referido por Vasconcelos-Raposo et al., (2009), ao dizer que, no seu estudo, a ingestão de álcool e o autoconceito não apresentam significância estatística. Admitimos ainda a possibilidade de que este resultado seja influenciado por outras variáveis.

Foram os estudantes com reduzidas expectativas face ao álcool, aqueles que apresentaram melhores índices de autoconceito, com diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,001$). No entanto, ao nível da literatura pesquisada não foram encontrados estudos que sirvam de apoio ou contrariem os resultados por nós obtidos. Ainda assim, como verificámos anteriormente, um menor nível de expectativas face ao álcool encontra-se associado a menores consumos. E maiores consumos de álcool foram associados a níveis de autoconceito mais baixos.

Globalmente, os estudantes com bons níveis de auto-estima são os que revelaram melhores índices de autoconceito, com diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,000$). Estes resultados estão em consonância com os resultados obtidos por Raposo (1996) ao estudar adolescentes dos 15 aos 18 anos. A mesma autora constatou-se que a auto-estima aparece fortemente correlacionada com o autoconceito, apoiando assim os resultados por nós obtidos.

Os factores “maturidade psicológica” e “impulsividade/actividade” referentes ao autoconceito demonstraram-se preditivas da auto-regulação (global). Efectivamente obtiveram-se correlações positivas entre estas variáveis, sendo que, a melhores pontuações obtidas nos respectivos factores da escala do autoconceito, correspondem melhores índices de auto-regulação (global). No entanto, o valor global de autoconceito não demonstrou ser preditivo da auto-regulação, contrariando assim os achados de Castillo & Dias (2007). Chong (2007), por sua vez, evidenciou no seu estudo, a influência do autoconceito no comportamento auto-regulado ao nível da auto-eficácia, um dos quatro factores constituintes do inventário clínico do autoconceito.

O factor relativo à impulsividade/actividade do inventário clínico de autoconceito também se revelou preditivo do controlo de impulsos, estabelecendo uma correlação inversa

($r = -0,208$; $p = 0,000$). Assim, quanto menor forem as pontuações ao nível da impulsividade/actividade, melhores serão as pontuações obtidas ao nível do controlo de impulsos. A auto-eficácia também se correlacionou inversamente com o controlo de impulsos ($r = -0,501$; $p = 0,000$), estabelecendo uma correlação moderada. Ou seja, piores índices de auto-eficácia surgem associados a melhores competências de controlo de impulsos. A auto-eficácia demonstrou-se ainda preditiva do controlo de impulsos. No entanto, dada a escassez de estudos científicos no domínio da auto-regulação (particularmente em relação às suas subescalas) não foram encontrados dados que pudessem servir de suporte ou que, por outro lado, refutassem os resultados por nós obtidos.

Finalmente constatou-se que a aceitação/rejeição social e o autoconceito global se correlacionaram positivamente com o estabelecimento de objectivos ($r = 0,389$; $p = 0,000$ e $r = 0,571$; $p = 0,000$, respectivamente). Assim, a maiores níveis de autoconceito surgem associados melhores competências de estabelecimento de objectivos. Uma vez mais, estes dados são apoiados pelos estudos desenvolvidos por Chong (2007), Castillo & Dias (2007) e Brown & McConnell (2009).

Resumindo, as variáveis efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, impulsividade/actividade, auto-estima positiva, auto-estima negativa, expectativas globais face ao álcool e auto-eficácia revelam-se nesta investigação preditivas do controlo de impulsos, explicando 38,90% da variação do controlo de impulsos, estabelecendo em conjunto uma correlação moderada ($r = 0,624$; $p = 0,012$).

O estabelecimento de objectivos apresenta como variáveis predictoras os hábitos de consumo, a auto-estima global, a aceitação/rejeição social e o autoconceito global, explicando no seu conjunto 36,40% da sua variabilidade. A correlação que as mesmas estabeleceram com o estabelecimento de objectivos revela-se moderada ($r = 0,603$; $p = 0,011$).

A pontuação global de auto-regulação apresenta como variáveis predictoras os efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, o envolvimento com o álcool (global), as expectativas globais face ao álcool, a auto-estima negativa, a maturidade psicológica e a impulsividade/actividade, explicando 11,80% da sua variabilidade. A correlação que as

mesmas estabeleceram com o índice global de auto-regulação revela-se baixa ($r= 0,334$; $p= 0,035$).

De uma forma global, os resultados por nós obtidos corroboram os referidos na literatura consultada no âmbito desta investigação.

4. CONCLUSÕES

O comportamento auto-regulado associado à saúde individual consiste em delinear objectivos a longo prazo implicando o controlo dos impulsos mais imediatos. Os estilos de vida ou os comportamentos de risco na adolescência, tais como o consumo de álcool, são susceptíveis de serem auto-regulados.

A partir dos resultados por nós obtidos, no que se refere à primeira questão concluímos que, relativamente às competências de auto-regulação, os efeitos, consequências e sentimentos face ao beber e as expectativas globais face ao álcool surgem como preditoras do controlo de impulsos. Os hábitos de consumo surgem como preditores do estabelecimento de objectivos e os efeitos, consequências e sentimentos face ao beber, o envolvimento com o álcool (global) e as expectativas globais face ao álcool são preditoras da auto-regulação (total).

No que diz respeito à segunda questão, verificámos que as variáveis sociodemográficas, de uma forma geral, não revelam efeito estatisticamente significativo sobre as competências de auto-regulação dos estudantes em estudo. Relativamente às variáveis de contexto escolar, verificámos que a escola, o ano de escolaridade, os sentimentos face à escola (ao nível do controlo de impulsos e estabelecimento de objectivos) e o sucesso escolar (ausência de reprovações) influenciam significativamente as competências de auto-regulação dos estudantes. Os estilos de vida, nomeadamente o aspecto físico percebido, assim como a prática de exercício físico influenciam significativamente a auto-regulação ao nível do controlo de impulsos e do estabelecimento de objectivos.

No que concerne à última questão, constatámos que a auto-estima positiva, a auto-estima negativa, a auto-eficácia e a impulsividade/actividade são preditoras do controlo de impulsos. A auto-estima (global), a aceitação/rejeição social e o autoconceito (global) são

preditores do estabelecimento de objectivos e a auto-estima negativa, a maturidade psicológica e a impulsividade/actividade são preditoras da auto-regulação (total).

Assim, ao traçar o perfil sociodemográfico médio dos estudantes, teríamos adolescentes do sexo masculino, com idade média de 16,8 anos ($Dp= 1,38$), residentes em meio rural, coabitando com ambos os pais inseridos num agregado familiar com um rendimento médio alto ou alto. Os seus pais eram casados ou viviam em união de facto, sendo detentores do 2º/3º ciclo. O estudante possuía em média um valor semanal inferior ou igual a 10 euros para gastos pessoais.

Relativamente às variáveis de contexto escolar, a maioria dos estudantes frequentavam a escola secundária Emídio Navarro, no 10º ano de escolaridade, nunca tendo reprovado. Nunca mudaram de escola nos últimos dois anos, gostam da escola e referem não se ter envolvido em lutas durante o último período lectivo. Vivem a uma distância superior a 7 Km da escola, demorando menos de 30 minutos no percurso casa/escola ou vice-versa, utilizando transportes públicos. Referem ainda que os seus pais estão sempre prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola, indo por vezes à escola falar com os professores e os encorajam sempre a fazer bem os trabalhos da escola. Os mesmos referem ainda ajudar os pais em actividades, principalmente aos fins-de-semana.

No que concerne aos estilos de vida, a maioria (51,60%) refere que raramente realiza exercício físico fora da escola, que lava os dentes mais do que uma vez por dia (65,70%) e que não se encontra a fazer dieta alimentar porque considera ter o peso adequado (55,70%).

Ao nível do envolvimento com o álcool, são os rapazes os que revelam maior envolvimento com o álcool, sendo na sua maioria, bebedores habituais sem problemas. Apresentam também um maior envolvimento com o álcool, os alunos com idade igual ou superior a 18 anos, que dispõem de maiores valores monetários para gastos pessoais, a estudar no 12º ano, a estudar na escola Profissional de Tondela, com história de reprovações prévias e que referem não gostar da escola.

Quanto às expectativas face ao álcool, 45,10% revela elevadas expectativas, revelando ainda um maior nível de expectativas globais face ao álcool, os rapazes, estudantes do 10º ano, da escola profissional de Tondela, que não gostam da escola e que são bebedores habituais com problemas.

Do total da amostra estudada, 47,40% apresentam boa auto-estima. Revelam ainda melhor auto-estima, os indivíduos do sexo masculino, da faixa etária dos 17 anos, residentes em meio urbano, com um rendimento médio alto ou alto, que dispõem de um valor médio semanal para gastos pessoais superior a 10 € e inferior ou igual a 25 €, do 12º ano, que se percebem com o peso ideal, abstinentes e com reduzidas expectativas face ao álcool.

Finalmente, relativamente ao autoconceito, a 45,30% revela um bom autoconceito, sendo melhor nos residentes em meio urbano, nos estudantes cujos pais detêm formação superior, que dispõem de um valor médio semanal para gastos pessoais superior a 10 € e igual ou inferior a 25€, que estudam na escola secundária Emídio Navarro, sem reprovações, gostam da escola, com reduzidas expectativas face ao álcool e com boa auto-estima.

Face aos resultados obtidos será legítimo questionar que ilações se podem retirar das análises estatísticas efectuadas?

Apreciando em simultâneo as variáveis explicativas parece-nos legítimo considerar que algumas das variáveis supracitadas, contribuem efectivamente para obter melhores competências de auto-regulação e conseqüentemente um menor envolvimento com o álcool.

No entanto, parece-nos importante a realização de novos estudos, nomeadamente um estudo quasi-experimental que avalie a eficácia das intervenções formativas em contexto escolar no âmbito do consumo do álcool.

Parece-nos ainda importante desenvolver o planeamento, implementação e avaliação de um conjunto de intervenções que melhorem o clima relacional nas escolas, nomeadamente ao nível das variáveis de contexto psicológico (auto-estima, autoconceito e comportamento auto-regulado).

Tal como nos refere Tavares et al., (2011), a escola é um dos locais privilegiado para trabalhar no âmbito da educação para a saúde, sendo facilitadora da mudança de atitudes e de comportamentos face ao consumo de álcool, devendo a escola assumir-se como promotora de estilos de vida saudáveis.

Concluída esta investigação, pensamos que os resultados por nós obtidos poderão servir de suporte a futuras linhas de investigação, podendo ter igualmente implicações de índole preventiva ao nível educacional. A comprová-lo, ressaltam um conjunto de

intervenções formativas por nós implementadas na escola secundária Emídio Navarro, a pedido da mesma, no âmbito dos comportamentos de risco na adolescência, dos quais se inclui o consumo de álcool, numa vertente de educação para a saúde. Tais acções educativas visaram maioritariamente os alunos do 10º ano, incluindo igualmente estudantes do 11º e 12º ano.

Sugerimos ainda a necessidade de dar continuidade a intervenções de educação para a saúde preventivas, privilegiando os estudantes mais novos e de escolas de maiores dimensões, em pequenos grupos para que as mesmas se demonstrem mais eficazes.

Salientamos ainda o facto de se ter validado para o contexto português, mais precisamente para a população adolescente portuguesa a versão Argentina do *Questionário de Expectativas Face ao Álcool* de Pillati et al., (2010), disponibilizando à comunidade investigadora nacional mais um instrumento de avaliação no âmbito do estudo das expectativas face ao álcool.

Gonçalo André Almeida Valente

BIBLIOGRAFIA

Agante, D. M. C. (2009). *Comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas durante as festas académicas nos estudantes do ensino superior*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Almeida, J. P., & Pereira, M.G., (2006). Locus de controlo na saúde: conceito e validação duma escala em adolescentes com diabetes tipo 1. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7 (2), 221-238.

Aubrey, L. L., Brown, J. M., & Miller, W. R., (1994). Psychometric properties of a self-regulation questionnaire. *Alcoholism: Clinical y Experimental Research*, 18, 429.

Ayrosa, E. A. T., (2006). Measuring Enduring Involvement in Brazilian Portuguese. *FACES R. Admin.*, 5 (3), 27-40.

Aznar, M.P.M., Fernández, I.I., Quevedo, R.J.M., & Abella, M.C. (2003). Diferencias en autoestima en Función del Género. *Análise y Modificación de Conducta*, 29(123), 51-78.

Azzi, R. G., & Polydoro, S. A. J., (2008). Auto-regulação: aspectos introdutórios. Em Bandura, Azzi, Polydoro & Cols. (Eds.), *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.

Azzi, R. G., & Polydoro, S.A.J., (Eds.), (2006). *Auto-eficácia em diferentes contextos*. São Paulo: Editora Alínea.

Balsa, C., Vital, C., Urbano, C., & Pascueiro, L., (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2007* (Colecção: Estudos – Universidades). Lisboa: IDT, I.P.

Bandura, A. (2005). The primacy of self-regulation in health promotion. *International Association for Applied Psychology*, 54 (2), 245-254.

Bandura, Azzi, Polydoro, & Cols., (2008). *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed.

Barros, L. M. D. (2003). *O envolvimento da criança de três anos em grupos heterogéneos: Um estudo em contextos pedagógicos diferenciados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.

Brown, C., & McConnell, A., (2009). Effort or Escape: Self-concept Structure Determines Self-regulatory Behavior. *Self and Identity*, 8, 365 – 377.

Brown, J. M. (1998). Self-regulation and the addictive behaviors. Em Miller, W. R., & Heather, N. (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2ª ed.) (pp. 61-74). New York: Plenum Press.

Brown, J. M., Miller, W. R., & Lawendowski, L. A., (1999). The Self-Regulation Questionnaire. Em VandeCreek, L., & Jackson, T. L., (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vols. 17, pp. 281–292). Sarasota: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Bruges, M. L. (2008). Aspectos sociais e emocionais do autoconceito em mulheres mastectomizadas. Em Grupo de Investigação Científica em Enfermagem (Eds.), *Enfermagem e úlceras por pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados* (pp. 103 - 125). Islas Canárias: Grupo ICE.

Cabral, L. R. (2007). *Consumo de Bebidas Alcoólicas em Rituais/Praxes Académicas*. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Callas, P.W., Flynn, B. S., & Worden, J.K., (2004). Potentially modifiable psychosocial factor associated with alcohol use during early adolescence. *Addict. Behav.*, 29 (8), 1503-15.

Carey, K.B., Neal, D. J., & Collins, S.E., (2004). A psychometric analysis of the self-regulation questionnaire. *Addict. Behav.*, 29 (2), 253-60.

Carneiro, M. S. (1939). *Dispersão: doze poesias por Mário de Sá Carneiro* (2ª ed.). Coimbra: Edições Presença.

Carvalho, J. N. N. (1997). *Consumo de álcool e drogas nos jovens: estudo epidemiológico no concelho de Matosinhos*. Matosinhos: Contemporânea.

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002a). Control process and self-organization as complementary principles underlying behavior. *Personality and social psychology review*, 6, 304-315.

Carver, C. S. & Scheier, M. F. (2002b). Optimism, pessimism, and self-regulation. Em E.C. Chang (Eds.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.

Castillo, J. A. G., & Dias, P. C., (2009). Auto-regulação, resiliência e consumo de substâncias na adolescência: contributos da adaptação do questionário reduzido de auto-regulação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(2), 205-216.

Castillo, J. G., & Dias, P., (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 7(2), 309 – 332.

Castro, M. S. N. (2007). *Processos de auto-regulação da aprendizagem: impacto de variáveis académicas e sociais*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

Cavalcanti, C. R. P. (2009). *Auto-regulação e prática Instrumental: um estudo sobre as crenças de auto-eficácia de músicos instrumentistas*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), (2011). *The Self-Regulation Questionnaire (SRQ)*. Acedido em 7, Fevereiro, 2012, em [http://casaa.unm.edu/inst/SelfRegulation%20Questionnaire%20\(SRQ\).pdf](http://casaa.unm.edu/inst/SelfRegulation%20Questionnaire%20(SRQ).pdf)>

Chong, W. H. (2007). The Role of Personal Agency Beliefs in Academic Self-Regulation: An Asian Perspective. *School Psychology International*, 28 (1), 63-76.

Cobb, N. J. (2010). *Adolescence: Continuity, Change, and Diversity*. Seventh Edition.

Crocker, J., Brook, Niiya, & Villacorta, (2006). The Pursuit of Self-Esteem: Contingencies of Self-Worth and Self-Regulation. *Journal of Personality*, 74 (6), 1749 – 1771.

Cruz, M. G. P. (2009). *O impacto do desemprego nos níveis da depressão, auto-estima e desânimo aprendido – estudo comparativo numa amostra de empregados e desempregados*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Del Boca, Darkes, Goldman & Smith, (2002). Advancing the expectancy concept via the interplay between theory and research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 926-935.

Denise, T. D. R., & Wit, J. B. F., (2006). Self-Regulation in Health Behavior: Concepts, Theories, and Central Issues. Em Denise, T. D. R., & Wit, J. B. F. (Eds.), *Self-Regulation in Health Behavior* (pp. 1 – 23). England: John Wiley & sons, Ltd.

D'hainaut, L. (1990). *Conceitos e métodos de estatística: uma variável a uma dimensão* (Vols. 1). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Dias, M. G. F. F., (1996). *Tarefas Desenvolvimentais e Bem-Estar Psicológico dos Jovens*. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

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.

Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos* (Vols. I – II). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Duarte, J. C. (2008). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psico-afectivo na adolescência*. Dissertação de doutoramento não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Escola Profissional de Tondela (s.d.). *História*. Acedido em 8, Abril, 2012, em http://www.eptondela.net/site/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=7

Escola Secundária com 3º Ciclo do Ensino Básico de Tondela (s.d.). *Projecto Educativo 2009-2012*. Acedido em 5, Março, 2012, em <http://www.estondela.pt/escola/projeduc2009-2012.pdf>

Escola Secundária Emídio Navarro (s.d.). *Projecto educativo de escola (2010/2013)*. Acedido em 3, Março, 2012, em <http://www.esenviseu.net/Principal/Documentos/download/4/308.pdf>

Fachini, A. (2009). *Influência de expectativas e do grupo de pares sobre o comportamento do uso de álcool entre estudantes da área da saúde: uma perspectiva das diferenças de género*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

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

Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescence resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.

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

Filipe, A. R. M. (2008). *Pensar e agir para viver melhor: a auto-regulação e o coping na adaptação dos indivíduos com diabetes mellitus de tipo II*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Fleming, M. (1997). *Adolescência e autonomia. O desenvolvimento psicológico e a relação com os pais* (2ª ed). Porto: Edições Afrontamento.

Fonte, A., & Alves, A., (1999). Uso da Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS). Avaliação das Características Psicométricas. *Alcoologia, Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, VII (4), s.p. Acedido em 12, maio, 2011, em <http://anibalfonte.home.sapo.pt/AAIS.html>

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F., (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência.

Frazão, H., Breda, J., Pinto, A., (1997). Álcool e Criminalidade - População doente do C.R.A.C. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 0, 3-4.

Freire, K. M. (2005). *A influência do envolvimento com o produto e do comprometimento com a marca na lealdade à marca*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Galhardo, A., Cardoso, I., & Marques, P., (2006). Consumo de substâncias em estudantes do ensino superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12 (1), 71-77.

Gibbons, Gerrard, Reimer & Pomery, (2006). Unintentional Behavior: A Subrational Approach to Health Risk. Em Denise, T. D. R., & Wit, J. B. F. (Eds.), *Self-Regulation in Health Behavior* (pp. 45 – 70). England: John Wiley & sons, Ltd.

Goldman, M.S., Brown, S.A., Christiansen, B.A., & Smith, G.T., (1991). Alcoholism and memory: Broadening the scope of alcohol- expectancy research. *Psychological Bulletin*, 110, 137-146.

González, M. A. & Viveros, G. R., (2009). Trastorno Alimentario y su Relación con la Imagen Corporal y la Autoestima en Adolescentes. *Ter Psicol [online]*, 27(2), 181-190.

Gouveia-Pereira, M., Pedro, I., Amaral, V., Alves-Martins, M., & Peixoto, F., (2000). Dinâmicas grupais na adolescência. *Análise Psicológica*, 18 (2), 191-201.

Guerrero, C., Higuera, J., Ribes, M., Royo, A., Guillamón, L., Martín, H., & Fabregat, G., (2011). *El Expectancy Questionnaire (EQ) en Adolescentes Españoles*. XXXVIII Jornadas Nacionales de Socidroalcohol, Madrid.

Henriques, P. C. M. (2009). *Imagem corporal, autoconceito e rendimento escolar nos pré-adolescentes*. Dissertação de mestrado não publicada, Departamento de Ciências de Educação da Universidade de Aveiro, Aveiro.

Hull, J. G., & Slone, L. B., (2004). Alcohol and Self-Regulation. Em Baumeister, R. F. & Vohs, K. D. (Eds.), *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications* (pp. 466-491). New York, United States of America: Guilford Publications.

Hustad, J., Carey, K., Carey, M., & Maisto, S., (2009). Self-Regulation, Alcohol consumption, and Consequences in College Student Heavy Drinkers: A Simultaneous Latent Growth Analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 373-382.

Infopédia (s.d.). *Alcopops*. Acedido em 7, Fevereiro, 2012, em <http://www.infopedia.pt/alemao-portugues/Alcopops>

Instituto da Droga e da Toxicodependência (2010). *Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Acedido em 10, Janeiro, 2012, em <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2010/PlanoAlcool.pdf>

Jardim, & Pereira, (2006). *Competências pessoais e sociais: Guia prático para a mudança positiva*. Alfragide: Edições Asa.

Kanfer, F. H. (1970a). Self-monitoring: Methodological limitations and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 148-152.

Kanfer, F. H. (1970b). Self-regulation: Research, issues, and speculation. Em Neuringer, C., & Michael, J. L. (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178-220). New York: Appleton-Century-Crofts.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Crebb, J. A., (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica* (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Karoly, P., (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual Review Psychology*, 44, 23-52.

Lemos, E. M.; Romano, A. & Dias, J. M., (2009). *Estudo do auto-conceito num grupo de jovens*. 1º Fórum SPESM: A Saúde Mental e a Vulnerabilidade Social, Lisboa.

Lin, T. R. (2011). Self-regulation effect in dietary control of obesity. *Hu pi za zhi The journal of nursing*, 58(3), 97-103.

Lopes, J. M. (2009). *Crenças e expectativas sobre o uso de álcool: avaliação do efeito do treinamento em intervenções breves*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Lopes, R. C. (2004). *Consumo de álcool nos jovens. Estudo da influência das características psicológicas: alexitimia, auto-conceito e locus de controlo*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

Lourenço, F. C. B. (2008). *Consumos do Álcool nos Adolescentes numa Escola Secundária do Vale de Sousa*. Monografia de licenciatura não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Louro, M. (2008). *A aquisição de comportamentos alimentares saudáveis: contributos dos modelos teóricos, dos programas de intervenção e dos técnicos de saúde*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Lunet, C. A. (s.d.). *A Escola Secundária de Tondela: uma viagem pela história*. Acedido em 5, Março, 2012, em <http://www.estondela.pt/escola/historia.html>

Marôco, J., (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda.

Marriel, L. C.; Assis, S. G.; Avanci, J. Q. & Oliveira, R. V. C. (2006). Violência escolar e auto-estima de adolescentes. *Cad. Pesqui. [online]*, 36(127), 35-50.

Marques, M. M. (2008). *Physical exercise Adherence: The role of motivation, regulatory efficacy and competing goals*. Dissertação de mestrado não publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Matos, M. G. (2008). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (Coleção Estudos – Universidades). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicoddependência.

Matos, M., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., ... Equipa Aventura Social, (2010). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa.

Mello, M. L. M., Barrias, J., & Breda, J., (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Mendes, V., & Lopes, P., (2007). Hábitos de consumo de álcool em adolescentes. *Revista Toxicoddependências*, 13(2), 25 – 40.

Mercer, S. (2011). *Towards an understanding of language learner self-concept* (Vols. 12, 1st ed.). New York: Springer.

Miller, W. R., & Brown, J. M., (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. Em Heather, N., Miller, W. R. & Greeley, J. (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 3-79). Sydney: Maxwell Macmillan Publishing Australia.

Miranda, H. S. C. (2008). *Valores dos jovens consumidores e envolvimento com produtos de moda e vestuário*. Monografia de Licenciatura não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Moutinho, K., & Roazzi, A., (2010). As teorias da acção racional e da acção planejada: relações entre intenções e comportamentos. *Avaliação psicológica*, 9 (2), 279-287.

Neal, D. J., & Carey, K. B., (2005). A Follow-Up Psychometric Analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychol Addict Behav.*, 19 (4), 414-422.

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.

Nunes, M. A. C. (2010). *Auto-conceito e suporte social em adolescentes em acolhimento institucional*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Oliveira, A. N. (1999). *Da Escola de Desenho Industrial de Viseu à Escola Secundária de Emídio Navarro (1898-1998)*. Viseu: edição da Escola Secundária de Emídio Navarro. Acedido em 3, Março, 2012, em <http://www.esenviseu.net/Principal/Historial/Historial.asp>

Oubrayrie-Roussel & Safont-Mottay, (2001). Conduites a risques et devalorisation de soi: Etude de la consommation de toxiques (tabac, alcool et drogue) chez les adolescentes scolarises. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 59-75.

Ozella, S. (2002). Adolescência: Uma perspectiva crítica. Em Contini, M. L. J., Koller, S. H., & Barros, M. N. S. (Eds.), (2002), *Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 16 – 24). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Ozella, S., & Aguiar, W. M. J., (2008). Desmistificando a Concepção de Adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, 38 (133), 97-125.

Pereira, M. M. (2003). Consumo de Álcool na Adolescência e Relações Parentais. *Interações - Escola Superior de Altos Estudos*, 5, 179-188.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N., (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª ed., revista e corrigida). Lisboa: Edições Sílabo.

Pilatti, A., Godoy, J. C., & Brussino, S. A., (2010). Construcción y valoración psicométrica del Cuestionario de Expectativas hacia el Alcohol para Adolescentes de Argentina (CEA-A). *Anales de Psicología*, 26 (2), 288-301.

Pordata, (2012a). *Alunos matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino*. Acedido em 9, Julho, 2012, em <http://www.pordata.pt/Municipios/Alunos+matriculados+nos+ensinos+pre+escolar++basico+e+secundario+total+e+por+nivel+de+ensino-166-769>

Pordata, (2012b). *Alunos do sexo masculino matriculados nos ensinos pré-escolar, básico e secundário: total e por nível de ensino*. Acedido em 9, Julho, 2012, em <http://www.pordata.pt/Municipios/Alunos+do+sexo+masculino+matriculados+nos+ensinos+pre+escolar++basico+e+secundario+total+e+por+nivel+de+ensino-168-778>

Pratta, E. M. M., & Santos, M. A., (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em estudo*, 12 (2), 247-256.

Raposo, R. M. C., (1996). *Estudo longitudinal do auto-conceito, auto-estima e atribuição causal em crianças e adolescentes de um serviço de apoio psico-pedagógico*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

Reis, A., Barros, J., Fonseca, C., Parreira, L., Gomes, M., Figueiredo, I., & Matapa, S., (2011). Prevalência da Ingestão de Álcool nos Adolescentes – Estudo PINGA. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 338 – 346.

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

Ridder, D., & Wit, J. (Eds.) (2006). *Self-Regulation in Health Behavior*. Chichester: Wiley

Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T., (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes da região interior norte do país. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 109 – 116.

Ronzani, Paiva, Cotta, & Bastos, (2009). Expectativas sobre os efeitos do uso de álcool entre adolescentes. *Psicologia em Pesquisa (UFJF)*, 3 (1), 75-86.

Rosário, Soares, Núñez, González-Pienda, & Rúbio, (2004). Processos de auto-regulação da aprendizagem e realização escolar no Ensino Básico. *Psicologia, Educação e Cultura*, VIII (1), 141-157.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Rosset, S. M. (2009). Famílias com adolescentes. Em Osório, L. C., Valle, M. E. P., & Cols. (Eds.), *Manual de terapia familiar* (pp. 263 – 272). Porto Alegre: Artmed.

Salvador, M. T. F. (2008). *O significado e percepção das consequências do consumo de álcool da população adolescente de um colégio particular em Lisboa*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.

Sampaio, D. (2000). *Ninguém Morre Sozinho: O Adolescente e o Suicídio* (10^a ed). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2006). *Lavrar o Mar. Um novo olhar sobre o relacionamento entre pais e filhos* (1^aed.). Lisboa: Editorial Caminho.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B., (2003). *Metodología de la investigación* (3^a Ed.). McGraw – Hill Interamericana, México.

Santos, P.J., & Maia, J., (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-268.

Santos, A. R., & Silva, C. V., (2009). Escolha e envolvimento na prática do andebol: estudo da motivação de um grupo de adolescentes praticantes. *Re(habilitar)*, 8 e 9, 85-114.

Santos, P. G. R. (2009). *A influência do rendimento escolar no auto-conceito de alunos do 1º e 2º ciclos do ensino básico e ensino secundário*. Dissertação de mestrado não publicado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Schoen-Ferreira, T., Aznar-Farias, M., & Silvaes, E. F., (2010). Adolescência através dos séculos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 227-234.

Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, S. J., (2007). *Métodos de investigación en psicología* (7ª ed.). McGraw-Hill Interamericana, México.

Shell, D. F., Newman, I. M., & Xiaoyi, F., (2010). The influence of cultural orientation, alcohol expectancies and self-efficacy on adolescent drinking behavior in Beijing. *Addiction*, 105 (9), 1608–1615.

Silva, A. M. (2004). *Desenvolvimento de Competências Sociais nos Adolescentes* (1ªed). Lisboa: Climepsi Editores.

Silva, E. M. B., Silva, D. M., & André, S. F. S., (2005). A Pequena Sereia: Arquétipo da Adolescência. *Revista Millenium*, 9(31), 93-99.

Sniehotte, Scholz, Schwarzer, Fuhrmann, Kiwus & Völler (2005). Long-term effects of two psychological interventions on physical exercise and self-regulation following coronary rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12 (4), 244-255.

Sousa, F. C., Abraão, A. M., Morgado, A., Conboy, J., Oliveira, M. D., & Pires, D., (2008). *O consumo de bebidas alcoólicas na população escolar juvenil* (1ª ed). Loulé: GAIM.

Strauch, E. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., & Horta, B. L., (2009). Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Revista Saúde Pública*, 43(4), 647-655.

Tavares, T., Bonito, J., & Oliveira, M., (2011). O consumo de álcool pelos jovens dos ensinos básico e secundário no distrito de Beja: contributo para a definição de um projecto de prevenção selectiva. Em Pereira, B. O., & Carvalho, G. S., (Orgs.), *Atas do VII Seminário Internacional de Educação Física, Lazer e Saúde* (pp. 1657-1669). Braga: Centro de Investigação em Estudos da Criança do Instituto de Educação da Universidade do Minho.

Teixeira, A., Dias, A., Pereira, A., Leão, C., Silva, C., Lopes, E., ...Macedo, M., (2007). *Qualidade de vida dos diabéticos com alterações nos pés*. Monografia de licenciatura não publicada, Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Superior Politécnico de Viseu, Viseu.

Teixeira, C. M. A., (2008). *O consumo de bebidas alcoólicas como lazer*. Tese de Doutoramento não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto-Douro, Vila Real.

Teixeira, M. S. F. (2010). *Estudo sobre a eficácia de um programa de inteligência emocional no auto-conceito de alunos do 2º ciclo do ensino básico*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Trindade, I., & Correia, R., (1999). Adolescentes e álcool: Estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. *Análise Psicológica*, 17(3), 591-598.

Umstattd, M., Wilcox, S., Saunders, R., Watkins, K., & Dowda, M., (2008). Self-regulation and physical activity. *American journal of health behavior*, 32(2), 115-124.

Usta, M., & Häubl, G., (2011). Self-regulatory strength and Consumers' relinquishment of decision Control: When less effortful decisions are More resource depleting. *Journal of Marketing Research*, XLVIII, 403 – 412.

Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira & Fernandes, (2009). Relação entre dimensões do autoconceito e consumo de álcool em alunos. *Motricidade*, 5 (1), 51-76.

Vaz Serra, A. (1986a). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 67-84.

Vaz Serra, A. (1986b). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7 (2), 57-66.

Vaz Serra, A., & Pocinho, F., (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), 9 – 21.

Vilela, L., Macho, P., & Almeida, G., (2011). Consumo de álcool em adolescentes e psicopatologia associada. *Toxicodependências*, 17 (1), 43-52.

Wills, T. A., & Dishion, T. J., (2004). Temperament and adolescent substance use: a transactional analysis of emerging self-control. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 69-81.

Wills, T. A., Walker, C., Mendoza, D., & Ainette, M. G., (2006). Behavioral and emotional self-control: Relations to substance use in samples of middle and high school students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20 (3), 265 – 278.

Wing, R. R., Tate, D. F., Gorin, A. A., Raynor, H. A., & Fava, J. L., (2006). A self-regulation Program for maintenance of weight loss. *The New England Journal of Medicine*, 355(15), 1563 – 1571.

World Health Organization (1975). Pregnancy and abortion in adolescence: Report of a WHO Meeting (WHO Technical Report Series, 583). Geneva: WHO.

World Health Organization (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneve: WHO.

World Health Organization (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health*. Genebra: WHO.

Acedido em 30, Março, 2012, em http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf

Zhang, Y., (2009). *Effects of an alcohol education program for high school student in Wuhan, China*. Unpublished doctoral dissertation, University of Nebraska – Lincoln, Nebraska, United States.

Zeigler, D. W., Wang, C., Yoast, C., Dickinson, B., McCaffree, M., Robinowitz, C., & Sterling, M., (2005). Os efeitos neurocognitivos do álcool nos adolescentes e estudantes universitários. Em Teixeira, J. (Eds.), *Boletim Cérebro Toxicodependente*, 2, (pp. 40 -49). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

ANEXOS



A N E X O I

Autorização no âmbito da MIME da DGIDC



Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100007

----- Mensagem encaminhada -----

De: <mime-noreply@gepe.min-edu.pt>

Data: 6 de Março de 2012 11:02

Assunto: Monotorização de Inquéritos em Meio Escolar: Inquérito nº 0012100007

Para: essvgeral@essv.ipv.pt

Exmo(a)s. Sr(a)s.

O pedido de autorização do inquérito n.º 0012100007, com a designação *Desenvolvimento de competências de auto-regulação em comportamentos de risco na adolescência*, registado em 17-01-2012, foi aprovado.

Avaliação do inquérito:

Exmo(a) Senhor(a) Dr(a) Catarina Patricia Almeida Marques

Venho por este meio informar que o pedido de realização de inquérito em meio escolar é autorizado uma vez que, submetido a análise, cumpre os requisitos de qualidade técnica e metodológica para tal.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Oliveira

Diretora de Serviços

DGE

Observações:

- a) Deverá ser obtida a autorização dos encarregados de educação dos alunos a inquirir, com menos de 18 anos.
- b) Deverá ser retirado do questionário o nome da escola a fim de manter o anonimato do aluno.

Pode consultar na Internet toda a informação referente a este pedido no endereço <http://mime.gepe.min-edu.pt>. Para tal terá de se autenticar fornecendo os dados de acesso da entidade.

--

ANEXO II

Pedido de autorização aos encarregados de
educação





Exmo(a) Sr(a) Encarregado(a) de Educação
da Escola _____

No âmbito da dissertação do Mestrado de Educação Para a Saúde, da Escola Superior de Saúde de Viseu, um grupo de alunos estão a realizar um estudo sobre comportamentos de risco na adolescência/juventude. Os resultados obtidos com este estudo serão colocados ao dispor da comunidade educativa, assim como formação prestada pela Escola Superior de Saúde, com carácter gratuito.

A participação do seu educando é fundamental, confidencial e anónima, servindo apenas o questionário para tratamento estatístico e de intervenção formativa no meio escolar.

AUTORIZAÇÃO DO(A) ENCARREGADO(A) DE EDUCAÇÃO

Eu, _____ Encarregado(a) de educação
do(a) aluno(a) _____ n.º _____, da turma
____ do ____º ano, tenho conhecimento da realização de um questionário sobre comportamentos de
risco na adolescência/juventude e declaro que autorizo o meu educando a participar no mesmo,
durante o mês de _____.
Viseu, __/__/2012

(Assinatura do(a) encarregado(a) de educação)

A N E X O I I I

Pedidos de autorização/respostas para aplicação
de escalas aos respectivos autores



RE: Pedido de Autorização de Utilização de Escala

De: **Aníbal Fonte** (afonte@mail.telepac.pt)
Enviada: segunda-feira, 27 de Junho de 2011 16:34:05
Para: 'Gonçalo Valente' (goncalo1043@hotmail.com)

Caro Gonçalo Valente

Obrigado pela suas palavras.

O questionário não necessita de autorização para ser utilizado.

Talvez já tenha visto, mas há alguns anos Rosa Cristina Lopes fez uma tese de mestrado muito interessante "Consumo de Álcool nos Jovens *Estudo da Influência das Características Psicológicas: Alexitimia, Auto-Conceito e Locus de Control*" que talvez lhe possa ser útil.

Com um abraço

Ao dispor

Aníbal fonte

e Alda Alves

Gonçalo Valente [mailto:goncalo1043@hotmail.com]

Enviada: terça-feira, 14 de Junho de 2011 21:06

Para: afonte@mail.telepac.pt

Assunto: Pedido de Autorização de Utilização de Escala

Estimado Prof. Doutor Anibal Fonte,

Felicitações pelo trabalho científico desenvolvido e pelos saberes que nos transmite.

Na qualidade de mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu e estando a desenvolver uma investigação no âmbito dos determinantes de comportamentos de risco nos adolescentes no âmbito do consumo de álcool, é meu objectivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a v^ª Ex^ª a necessária autorização para aplicar a versão portuguesa da Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS), validado por si e pela Doutora Alda Alves em 1999.

Mais informamos que pretendo aplicá-la a alunos do ensino secundário regular com idades compreendidas

entre os 15 e os 18 anos.

Agradecendo a atenção que possa dispensar ao pedido, solicito ainda uma resposta tão breve quanto possível.

Com os melhores cumprimentos

Gonçalo Valente

Licenciado em Enfermagem e Mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu -
IPV

Não foram detectados vírus nesta entrada mensagem.

Verificado por AVG - www.avg.com

Versão: 9.0.901 / Base de dados de Vírus: 271.1.1/3703 - Data de Lançamento: 06/14/11 07:34:00

RE: Autorização de Utilização de Escala

De: paulo_d@sapo.pt
Enviada: quinta-feira, 19 de Maio de 2011 08:11:34
Para: Gonçalo Valente (goncalo1043@hotmail.com)
1 anexo
SSRQ versão final da escala.doc (68,0 KB)

Caro Gonçalo,

Segue em anexo a versão adaptada do instrumento, que o autorizo a utilizar na sua investigação. Agradeço, contudo, que me envie posteriormente um pequeno resumo/síntese com os resultados que obteve.

Cumprimentos,
Paulo Dias

Citando Gonçalo Valente <goncalo1043@hotmail.com>:

Caro Prof Doutor Paulo Dias,
serve o presente e-mail para reiterar o pedido de utilização do Questionário Reduzido de Auto-regulação (Carey, Neal & Collins, 2004), validado por si e pelo Doutor José A. García del Castillo em 2009. Serve ainda o presente para solicitar a V^a EX^a um exemplar do referido Instrumento.

Agradeço toda a atenção prestada,

Cumprimentos

Gonçalo Valente

Date: Wed, 11 May 2011 20:41:08 +0100
From: paulo_d@sapo.pt
To: goncalo1043@hotmail.com
Subject: Re: Autorização de Utilização de Escala

Caro Gonçalo,

Agradeço o seu interesse pelo tema e pelo humilde trabalho que apresentamos. Neste momento estou fora do país e não tenho acesso ao material. Contudo, pedia-lhe que me contactasse no início da próxima semana (volto no dia 17) e nessa altura envio-lhe o documento.

Cumprimentos,
Paulo Dias

Citando Gonçalo Valente <goncalo1043@hotmail.com>:

Estimado Prof. Doutor Paulo Dias,
Felicitações pelo trabalho científico desenvolvido e pelos saberes que nos transmite.

Na qualidade de mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu e estando a desenvolver uma investigação no âmbito dos determinantes de comportamentos de risco nos adolescentes no âmbito do consumo de álcool, é meu objectivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a v^a Ex^a a necessária autorização para aplicar a versão portuguesa do Questionário Reduzido de Auto-regulação (Carey, Neal & Collins, 2004), validado por si e pelo Doutor José A. García del Castillo em 2009.

Mais informamos que pretendemos aplicá-lo a alunos do ensino secundário regular com idades compreendidas entre os 15 e os 18 anos.

Vinha ainda por este meio solicitar a V^a EX^a um exemplar do referido Instrumento.

Agradecendo a atenção que possa dispensar ao pedido, solicito ainda uma resposta tão breve quanto possível.

Com os melhores cumprimentos

Gonçalo Valente

Licenciado em Enfermagem e Mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu - IPV

Re: Autorización de aplicación - Cuestionario de expectativas Hacia el alcohol para los adolescentes (CEA-A)

De: **Angelina** (angepilatti@gmail.com)

Enviada: quarta-feira, 8 de Fevereiro de 2012 01:05:24

Para: Gonçalo Valente (goncalo1043@hotmail.com)

2 anexos

Protocolo CEA-A.doc (83,0 KB) , articulo publicado en Anales.pdf (562,0 KB)

Estimado Gonzalo,

Muchas gracias por tu interes en usar la escala que hemos construido.

Disculpas por no haberte respondido antes tu mail.

Adjunto te envio el articulo de construccion y validacion del instrumento y el protocolo de administracion.

Cualquier duda, no dudes en consultarme.

Muchas gracias y saludos cordiales,

Angelina

2012/2/1 Gonçalo Valente <goncalo1043@hotmail.com>

Ex^{as} Doctora Angelina Pilatti y Silvina Brussino;

Ex^o Doctor Juan Carlos Godoy,

Les felicitamos por el trabajo científico y el conocimiento que nos da.

Como un aluno de Maestrado en Educación para la Salud en la Escuela de Salud de Viseu y estando a desenvolver la investigación de los determinantes de las conductas de riesgo entre los adolescentes en el consumo de alcohol, mi objetivo es traducir y validar el portugués de Portugal " Cuestionario de expectativas Hacia el alcohol para los adolescentes (CEA-A)."

En este contexto, solicito a sus Excelencias la amabilidad si me pueden mandar este instrumento (y la cotación de puntos) y por favor qui me den la autorization de su aplicación.

Más les informamos que tengo la intención de aplicarlo a los estudiantes de secundaria entre 15 y 18 años.

Agradeciendo la atención que se puede prescindir de la petición,
solicita una respuesta lo más pronto posible.

Les agradezco su respuesta

Gonçalo Valente

Licenciatura en Enfermería y alumno de maestrado en Educación para la
Salud en la Escuela de Salud de Viseu - IPV

--

Angelina Pilatti
Laboratorio de Psicología
Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Córdoba
TE: (0351) 4333064 int. 164
e-mail: apilatti@psyche.unc.edu.ar

Re: Pedido de Autorização de Utilização de Escala

De: **Adriano Vaz-Serra** (adriano.vazserra@gmail.com)

Enviada: sexta-feira, 10 de Fevereiro de 2012 13:02:37

Para: Gonçalo Valente (goncalo1043@hotmail.com)

3 anexos

Inventário de Auto Conceito.doc (66,0 KB) , Cotação das questões do ICAC.doc (82,5 KB) ,
Explicação do ICAC.DOC (53,0 KB)

Gonçalo,

De acordo com o solicitado desde já fica autorizado a utilizar a escala criada por mim, denominada "**Inventário Clínico de Auto-Conceito**".

Junto envio em anexo três documentos:

- 1) - O "**Inventário Clínico de Auto-Conceito**".
- 2) - A **Cotação das diversas questões** e
- 3) - **Um documento explicativo**.

Desejando que tudo decorra pelo melhor, com votos de um bom fim de semana,

Adriano Vaz Serra

RE: Pedido de Autorização de Utilização de Escala

De: **Ana Maria Romano** (aromano@utad.pt)
Enviada: sexta-feira, 10 de Fevereiro de 2012 13:48:28
Para: Gonçalo Valente (goncalo1043@hotmail.com)
1 anexo
E Rosenberg 2012.doc (38,0 KB)

Caro Gonçalo valente

Junto envio a Escala de Auto-Estima de Rosenberg utilizada no artigo que penso que teve acesso.

Bom trabalho

De: Gonçalo Valente [mailto:goncalo1043@hotmail.com]
Enviada: quarta-feira, 8 de Fevereiro de 2012 19:01
Para: Ana Maria Romano
Assunto: Pedido de Autorização de Utilização de Escala
Importância: Alta

Estimados Professores Ana Romano, Jorge Negreiros e Teresa Martins
Felicitações pelo trabalho científico desenvolvido e pelos saberes que nos transmitem.
Na qualidade de mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu e estando a desenvolver uma investigação no âmbito dos determinantes de comportamentos de risco nos adolescentes no âmbito do consumo de álcool, é meu objectivo utilizar um instrumento validado para a população portuguesa.
Neste contexto, venho por este meio solicitar a Vossas Excelências a necessária autorização para aplicar a versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosemberg.
Mais informamo que pretendo aplicá-la a alunos do ensino secundário (10º, 11º e 12ºanos).

Agradecendo desde já a atenção que possam dispensar ao pedido, solicito ainda uma resposta tão breve quanto possível.

Respeitosos cumprimentos

Gonçalo Valente

Licenciado em Enfermagem e Mestrando em Educação para a Saúde na Escola Superior de Saúde de Viseu - IPV

A N E X O I V

Instrumento de colheita de dados



Este questionário pretende colher dados que permitam realizar o estudo “Desenvolvimento de Competências de Auto-regulação em Comportamentos de Risco na Adolescência”. A tua participação é fundamental, bastando para isso que respondas às questões que te são colocadas. As respostas são rigorosamente confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico. Gratos pela colaboração.

Parte I

1. Idade _____ anos

2. Peso _____ kg

3. Altura _____ cm

4. Sexo

Feminino Masculino

5. Qual a área da tua residência?

Urbana Rural

6. Com quem vives?

Pais
 Pai ou Mãe
 Irmão (s)
 Avós
 Familiares
 Outros _____

7. Qual a situação familiar dos teus pais?

Pais casados ou em união de facto
 Pais solteiros, divorciados ou em separação de facto
 Mãe viúva
 Pai viúvo
 Ambos os pais falecidos

8 – Qual o nível de estudos dos teus pais?

Pai

Sem instrução
 1º Ciclo do ensino básico (4ª classe)
 2º Ciclo do ensino básico (ciclo)
 3º Ciclo do ensino básico (9º ano)
 Ensino secundário (12º ano)
 Ensino superior

Mãe

9 – Como classificas o nível do rendimento mensal do teu agregado familiar?

Baixo
 Médio Baixo
 Médio
 Médio Alto

10 – Em média, qual é a quantidade de dinheiro que tens semanalmente para os teus gastos pessoais?

0€ a 5€
 5,01€ a 10€
 10,01€ a 25€
 25,01€ a 50€
 Mais de 50€

PARTE II

11 – Como se chama a escola que frequentas? _____

12 - Qual o ano de escolaridade que frequentas? 10º 11º 12º

13 – Já reprovaste alguma vez?

Não

Sim

Se sim, quantas vezes _____

14 – Mudaste de escola nos dois últimos anos?

Sim

Não

15 – Como é que te sentes em relação à escola, actualmente?

Gosto muito

Gosto

Não gosto nem desgosto

Não gosto

Não gosto mesmo

16 - Qual a distância (aproximada) da escola à tua casa?

< 1 km

1 km – 4km

4 km – 7 k m

> 7 km

17 - Quanto tempo aproximadamente demoras da tua casa à escola?

< 15 minutos

15 – 30 minutos

30 – 45 minutos

45 – 60 minutos

> 60 minutos

18 – Como costumas deslocar-te habitualmente para a escola?

A pé

De bicicleta

De motorizada

De transportes públicos

De carro

Outro (especifica) _____

19 – Para cada uma das frases, indica a frequência com que cada afirmação acontece:

	Nunca	Raramente	Por vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Os meus pais estão prontos a ajudar em tudo o que está relacionado com a escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Os meus pais vêm à escola falar com os professores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Os meus pais encorajam-me a fazer bem os trabalhos da escola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 - Costumas ajudar os teus familiares em alguma actividade?

Não Sim

Se respondeste sim, quando é que o fazes com mais frequência?

De manhã, antes de ir para a escola

À tarde, depois de chegar da escola

Tanto de manhã como à tarde

Só aos fins de semana

21 – Com que frequência te envolveste em brigas/lutas com colegas na escola, no último período?

Nunca

Uma ou duas vezes

Uma vez por semana

Várias vezes por semana

22 – Fora da escola, com que frequência fazes exercício físico?

Todos os dias

3 a 6 vezes por semana

1 a 2 vezes por semana

1 a 2 vezes por mês

Nunca

23 – Com que frequência lavas os dentes?

Mais do que uma vez por dia

1 vez por dia

1 vez por semana

Menos de uma vez por semana

Nunca

24 – Estás actualmente a fazer alguma dieta para perder peso?

Não, o peso está bom

Não, mas deveria perder peso

Não, porque preciso ganhar peso

Sim

25 – Achas que o teu corpo é...

- Magro demais
- Um pouco mais magro do que deveria
- Está bem assim
- Um pouco mais gordo do que deveria
- Gordo demais

Escala de Envolvimento com o Álcool para Adolescentes (AAIS)
(J Mayer & W J Filstead, 1979 – Adaptado por A. Fonte e A. Alves, 1998)
Por favor coloca um círculo na alínea que melhor corresponde à tua opinião.

1 - Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?

- a) - Nunca.
- b) - 1 ou 2 vezes por ano.
- c) - 1 ou 2 vezes por mês.
- d) - Todos os fins de semana.
- e) - Várias vezes por semana.
- f) - Todos os dias.

2 - Quando tomou o seu último "copo"?

- a) - Nunca bebi.
- b) - Há mais de um ano.
- c) - Entre 6 meses e um ano.
- d) - Há várias semanas atrás.
- e) - A semana passada.
- f) - Ontem.
- g) - Hoje.

3 - Habitualmente começo a beber:

- a) - Porque gosto do paladar.
- b) - Para acompanhar os amigos.
- c) - Para sentir-me como os adultos.
- d) - Porque me sinto nervoso, tenso, cheio de aborrecimento ou com problemas.
- e) - Porque me sinto triste, só, com pena de mim próprio.

4 - O que é que bebe?

- a) - Vinho.
- b) - Cerveja.
- c) - Cocktails de bebidas alcoólicas.
- d) - Bagaço, brandy, whisky ou licores.

5 - Como começou a beber?

- a) - Na presença dos pais ou parentes.
- b) - Com os irmãos ou irmãs.
- c) - Em casa sem os pais saberem.
- d) - Com os amigos.
- e) - Comprada por mim.

6 - Quando bebeu pela primeira vez?

- a) - Nunca.
- b) - Recentemente.
- c) - Depois dos 15 anos.
- d) - Entre os 14 e os 15 anos.
- e) - Entre os 10 e os 13 anos.
- f) - Antes dos 10 anos.

7 - A que horas do dia costuma beber?

- a) - Com as refeições.
- b) - À noite.
- c) - De tarde
- d) - Normalmente de manhã ou com o pequeno almoço.
- e) - Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo.

8 - Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?

- a) - Por curiosidade.
- b) - Porque me foi oferecido pelos pais ou família.
- c) - Entusiasmado pelos amigos.
- d) - Para me sentir mais "maduro".
- e) - Para me embebedar ou para entrar "numa boa".

9 - Quando bebe, quanto bebe?

- a) - 1 copo ou menos.
- b) - 2 copos.
- c) - 3 a 6 copos.
- d) - 6 ou mais copos.
- e) - Até ficar alegre ou bêbado.

10 - Com quem costumava beber?

- a) - Só com os meus pais ou família.
- b) - Só com os meus irmãos ou irmãs.
- c) - Com os amigos da minha idade.
- d) - Com amigos ou companhias mais velhas.
- e) - Bebo sozinho.

11 - Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?

- a) - Descontrair-me.
- b) - Ficar moderadamente alegre.
- c) - Ficar bêbado.
- d) - Ficar doente.
- e) - Desmaiar; perder os sentidos.
- f) - Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte.

12 - Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?

- a) - Nenhuma. Não senti qualquer efeito.
- b) - Interferiu com o que dizia.
- c) - Não me deixou passar um bom bocado.
- d) - Interferiu com o meu trabalho escolar.
- e) - Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas.
- f) - Provocou-me problemas em casa.
- g) - Meti-me à pancada ou destruí coisas.
- d) - Provocou-me um acidente, ferimentos, problemas com a polícia ou fui castigado na escola.

13 - Como se sente em relação ao que bebe?

- a) - Sem problemas.
- b) - Posso controlar-me e impor limites a mim próprio.
- c) - Acho que posso controlar-me, mas os amigos influenciam-me com facilidade.
- d) - Tenho-me sentido mal comigo por beber.
- e) - Preciso que me ajudem para poder controlar-me.
- f) - Já tive de pedir ajuda ou que me tratassem por causa do que bebo.

14 - Como o acham os outros?

- a) - Não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade.
- b) - Acham que quando bebo tenho tendência a negligenciar a minha família ou os amigos.
- c) - A família e/ou os amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortar com o álcool.
- d) - A família e/ou os amigos já me aconselharam a procurar ajuda por causa do que bebo.
- e) - A família e/ou os amigos já alguma(s) vez(es) pediram ajuda para mim por causa da bebida.

Questionário Reduzido de Auto-regulação

(Original de Carey, Neal e Collins, 2004 — Adaptação portuguesa de García del Castillo e Dias, 2009)

Por favor, responde às próximas questões assinalando a resposta que melhor descreve como és. Se **DISCORDAS FORTEMENTE** com a afirmação assinala 1; se **DISCORDAS** assinala 2; se **NÃO TENS A CERTEZA** assinala 3; se **CONCORDAS** assinala 4; e se **CONCORDAS FORTEMENTE** assinala 5. Não existem respostas certas nem erradas. Responde às questões rapidamente, sem pensar muito sobre as respostas.

1 - Geralmente, mantenho-me a par dos progressos que faço para atingir os meus objectivos.	1	2	3	4	5
2 - Tenho dificuldade em formar opiniões sobre as coisas.	1	2	3	4	5
3 - Distraio-me facilmente dos meus planos.	1	2	3	4	5
4 - Só reparo nos efeitos dos meus comportamentos quando é demasiado tarde.	1	2	3	4	5
5 - Sou capaz de atingir objectivos que estabeleço para mim próprio.	1	2	3	4	5
6 - Adio tomar decisões.	1	2	3	4	5
7 - Para mim, é difícil notar quando é “o meu limite” (álcool, comida, doces).	1	2	3	4	5
8 - Se quiser mudar, estou confiante de que o consigo fazer.	1	2	3	4	5
9 - Quando chega a altura de decidir acerca de uma mudança, sinto-me dominado pelas alternativas.	1	2	3	4	5
10 - Uma vez tomada uma decisão, eu tenho dificuldade em seguir em frente com coisas.	1	2	3	4	5
11 - Parece que não aprendo com os erros.	1	2	3	4	5
12 - Consigo manter um plano que está a correr bem.	1	2	3	4	5
13 - Geralmente, só preciso de cometer um erro uma vez para aprender.	1	2	3	4	5
14 - Eu tenho valores pessoais e tento viver de acordo com eles.	1	2	3	4	5
15 - Assim que vejo um problema ou desafio, começo a procurar possíveis soluções.	1	2	3	4	5
16 - Tenho dificuldades em estabelecer objectivos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
17 - Tenho muita força de vontade.	1	2	3	4	5
18 - Quando estou a tentar mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	1	2	3	4	5
19 - Tenho dificuldade em fazer planos que me ajudem a alcançar objectivos.	1	2	3	4	5
20 - Estabeleço objectivos para mim mesmo e mantenho-me a par dos meus progressos.	1	2	3	4	5
21 - Na maioria das vezes não presto atenção ao que estou a fazer.	1	2	3	4	5
22 - Tenho tendência para fazer a mesma coisa mesmo quando ela não funciona.	1	2	3	4	5
23 - Normalmente, consigo encontrar várias hipóteses diferentes quando quero mudar alguma coisa.	1	2	3	4	5
24 - Assim que estabeleço um objectivo, consigo frequentemente planear como vou atingi-lo.	1	2	3	4	5
25 - Se tomo a decisão de mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	1	2	3	4	5
26 - Frequentemente não noto o que estou a fazer até que alguém me chame a atenção para isso.	1	2	3	4	5
27 - Normalmente penso antes de agir.	1	2	3	4	5
29 - Eu aprendo com os meus erros.	1	2	3	4	5
30 - Desisto facilmente.	1	2	3	4	5

Questionário de expectativas face ao álcool para adolescentes (CEA-A)
(Pilatti, A., Godoy, J.C., Brussino, A., 2010)

Por favor, responde às próximas questões assinalando a resposta que melhor descreve como és. Se **DISCORDAS FORTEMENTE** com a afirmação assinala 1; se **DISCORDAS** assinala 2; se **NÃO TENS A CERTEZA** assinala 3; se **CONCORDAS** assinala 4; e se **CONCORDAS FORTEMENTE** assinala 5. Não existem respostas certas nem erradas. Responde às questões rapidamente, sem pensar muito sobre as respostas.

"O álcool faz com que ..."	DF	D	NTC	C	CF	
1	Possa divertir-me nas festas	1	2	3	4	5
2	Me sinta mais alegre quando estou com outras pessoas	1	2	3	4	5
3	Me sinta entretido (a)	1	2	3	4	5
4	As minhas respostas sejam lentas	1	2	3	4	5
5	Magoe as outras pessoas	1	2	3	4	5
6	Converse mais com outras pessoas	1	2	3	4	5
7	Possa dormir melhor	1	2	3	4	5
8	Me sinta tranquilo (a)	1	2	3	4	5
9	Me falte equilíbrio	1	2	3	4	5
10	Faça coisas engraçadas	1	2	3	4	5
11	Me acalme se estou ansioso (a)	1	2	3	4	5
12	Tenha dores de cabeça	1	2	3	4	5
13	Seja mais crítico comigo mesmo (a)	1	2	3	4	5
14	Me sinta excitado (a) sexualmente	1	2	3	4	5
15	Seja mais fácil falar com as pessoas	1	2	3	4	5
16	Me sinta relaxado (a)	1	2	3	4	5
17	Tenha sono	1	2	3	4	5
18	Me sinta angustiado	1	2	3	4	5
19	Seja mais fácil falar com uma pessoa do outro sexo	1	2	3	4	5
20	Se tiver uma dor muscular não a sinta tanto	1	2	3	4	5
21	Me sinta confundido (a)	1	2	3	4	5
22	Realize comportamentos que implicam algum risco	1	2	3	4	5
23	Me sinta culpado pelo meu comportamento	1	2	3	4	5
24	Me possa sentir cómodo (a) ao relacionar-me com outras pessoas	1	2	3	4	5
25	Me sinta descomposto (a)	1	2	3	4	5
26	Me sinta culpado por beber	1	2	3	4	5
27	Goste de ter relações sexuais	1	2	3	4	5
28	Seja menos tímido (a)	1	2	3	4	5
29	Me sinta desorientado (a)	1	2	3	4	5
30	Me comporte de maneira agressiva com as outras pessoas	1	2	3	4	5
31	Me sinta culpado(a) com as coisas que digo	1	2	3	4	5
32	Disfrute mais do sexo	1	2	3	4	5
33	Seja mais simpático (a)	1	2	3	4	5
34	Diga coisas sem sentido	1	2	3	4	5
35	Insulte os demais	1	2	3	4	5
36	Faça coisas de que depois me arrependa	1	2	3	4	5
37	Seja melhor amante (carinhoso)	1	2	3	4	5
38	Seja mais amigável	1	2	3	4	5
39	Procure confrontar-me com outras pessoas	1	2	3	4	5
40	Diga coisas de que depois me arrependo	1	2	3	4	5
41	Haja mais companheirismo entre as pessoas	1	2	3	4	5
42	Discuta com as pessoas com facilidade	1	2	3	4	5
43	Me sinta envergonhado dos meus comportamentos	1	2	3	4	5
44	Rapazes e raparigas pareçam mais sensuais	1	2	3	4	5
45	Fique zangado com facilidade	1	2	3	4	5

Escala de Auto-Estima Rosenberg
(Romano, A., Negreiro, J. e Martins, T., 2007)

Instruções: Encontrará a seguir um conjunto de declarações. Por favor, não se preocupe a pensar se os outros concordam ou não com o que pensa em cada caso.

Ponha um X no quadrado que corresponde à sua situação particular.

ESCALA:

Muito em desacordo = 1
Em desacordo = 2
De acordo = 3
Muito de acordo = 4

		Muito em desacordo	Em desacordo	De acordo	Muito de acordo
1	Sinto que sou uma pessoa digna de apreciação, pelo menos de igual modo que os outros.	1	2	3	4
2	Estou convencido (a) que tenho boas qualidades.	1	2	3	4
3	Sou capaz de fazer bem as coisas como a maioria das pessoas.	1	2	3	4
4	Tenho uma atitude positiva face a mim mesmo (a).	1	2	3	4
5	Em geral estou satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
6	Sinto que não tenho muito para estar orgulhoso (a).	1	2	3	4
7	Em geral inclino-me a pensar que sou um fracassado (a).	1	2	3	4
8	Gostaria de sentir mais respeito por mim mesmo (a).	1	2	3	4
9	Muitas vezes penso que sou um (a) inútil.	1	2	3	4
10	Às vezes creio que não sou boa pessoa.	1	2	3	4

Escala de auto-conceito
(Vaz Serra, 1984)

Responde colocando uma X nas afirmações que melhor se coadunam com a tua opinião.

ESCALA:

- Não concordo** = 1
Concordo pouco = 2
Concordo moderadamente = 3
Concordo muito = 4
Concordo muitíssimo = 5

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática.	1	2	3	4	5
2. Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões.	1	2	3	4	5
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	1	2	3	4	5
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	1	2	3	4	5
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	1	2	3	4	5
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas	1	2	3	4	5
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	1	2	3	4	5
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	1	2	3	4	5
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	1	2	3	4	5
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida, gosto de a pôr em prática.	1	2	3	4	5
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	1	2	3	4	5
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	1	2	3	4	5
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	1	2	3	4	5
14. Considero-me competente naquilo que faço.	1	2	3	4	5
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	1	2	3	4	5
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	1	2	3	4	5
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	1	2	3	4	5
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	1	2	3	4	5
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	1	2	3	4	5
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	1	2	3	4	5

