

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Educação de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



## AGRADECIMENTOS

Quando se dá por terminado um trabalho, o gesto mais natural é assiná-lo, tomando-lhe posse, autoria e responsabilidade. No nome que se escreve, desenham-se letras, tempo, energia e dedicação.

Bom, e não só. Na verdade, por maior que seja o investimento feito, um trabalho desta natureza nunca poderia resultar de uma só mão, de um só raciocínio, de um só querer. Por isso, não poderia deixar de realçar que esta dissertação resultou não de um, mas de vários gestos (e de diferentes pessoas) que se foram entrecruzando até conhecer esta forma. Em particular, não posso – nem quero! – deixar de expressar a minha gratidão:

À Professora Doutora Cátia Magalhães e à Professora Doutora Rosina Fernandes pelo apoio científico e técnico prestado.

A todos os adolescentes, encarregados de educação e instituições que, voluntariamente, quiseram integrar este estudo – e sem os quais ele não teria sido possível. Em especial, quero agradecer a boa-vontade, dinamismo e colaboração de Paulo Saldanha e Alexandre Antunes neste processo de recolha de dados.

Aos meus incansáveis pais, Rosa Eira e Carlos Eira, e à minha irmã Magui, pelo apoio incondicional, amor, paciência, motivação e tudo o que não cabe nestas linhas. Foram família e foram algo mais: de relações públicas a enviados especiais, colaboradores a entusiastas, foram a força que me fez chegar ao dia de hoje, do jeito que sou. E o resto é conversa.

Ao avô Vinagre e à avó Isa, patrocinadores oficiais de estudos desde que descobri a letra redondinha, fazedores de memórias quentinhas e acérrimos defensores do “ir mais além”.

Ao Paulinho, pelo amor e pela outra parte da vida que continuou a existir. Ao sorriso de uma criança linda que faz querer mais. O melhor é o que ainda está para acontecer.

À Xica, pela amizade, colaboração e por uma conversa que iluminou o tema deste trabalho.

À Sofia, à Raquel e à Ilda, que fazem parte da minha vida e que tantas vezes ajudaram-me a conjugar o verbo “descomplicar”.

Ao pessoal dos chazinhos das quartas-feiras, pelos momentos de partilha e pelas lufadas de ar fresco.

À mais bem disposta turma de mestrado, pelo companheirismo e boa energia.

A todos o meu bem-haja!

## Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	4
1. Adolescência e consumo de álcool e tabaco	4
2. A vergonha: externa e interna	6
2.1. Experiências de vergonha e psicopatologia	8
2.2. Impacto das memórias precoces de vergonha	10
2.3. Experiências precoces de vergonha e consumo de substâncias psicoativas	11
2.4. Relevância das memórias das práticas parentais no desenvolvimento da vergonha e consumo de substâncias psicoativas	12
Capítulo II - Plano de Investigação	15
1. Apresentação do estudo	15
1.1. Formulação do problema	17
1.2. Formulação de hipóteses	17
2. Metodologia	18
2.1. Definição e operacionalização das variáveis	18
2.2. Sujeitos: população e amostra	21
2.3. Instrumentos	25
2.3.1. Escala de Vergonha Externa e Interna (EVEI)	26
2.3.2. Alcohol Use Disorders Identification Test /Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool (AUDIT)	27
2.3.3. Fagerström Test for Nicotine Dependence/Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND)	28
2.3.4. Escala de Lembranças sobre práticas parentais – versão adolescentes (EMBU-A)	29
2.3.5. Questionário Sociodemográfico (QS)	31
2.4. Procedimentos	32
2.5. Técnicas estatísticas e grau de confiança	33
3. Resultados	34
3.1. Valores de fiabilidade ( $\alpha$ de Cronbach)	34
3.2. Análise Descritiva	35
3.2.2. EVEI	40
3.3. Análise Inferencial	46
3.3.1. Memórias precoces de vergonha em função do género dos adolescentes	46
3.3.2. Memórias precoces de vergonha em função da fase da adolescência	46

3.3.3. Memórias precoces de vergonha em função do ciclo de ensino dos adolescentes	47
3.3.4. Memórias precoces de vergonha em função do meio de residência dos adolescentes	48
3.3.5. Memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de álcool	48
3.3.6. Memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de tabaco	50
3.3.7. Memórias de práticas parentais em função do gênero dos adolescentes	51
3.3.8. Memórias de práticas parentais em função da idade dos adolescentes	52
3.3.9. Memórias de práticas parentais em função da escolaridade dos adolescentes	52
3.3.10. Memórias de práticas parentais em função do meio de residência dos adolescentes	53
3.3.11. Memórias de práticas parentais em função do consumo atual de álcool	54
3.3.12. Memórias de práticas parentais em função do consumo atual de tabaco	57
3.3.13. Relação entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais	58
3.3.14. Consumo de álcool nos adolescentes em função das memórias precoces de vergonha	59
3.3.15. Consumo de tabaco nos adolescentes em função das memórias precoces de vergonha	60
3.3.16. Consumo de álcool nos adolescentes em função das memórias de práticas parentais	61
3.3.17. Consumo de tabaco nos adolescentes em função das memórias de práticas parentais	62
4. Discussão de resultados	64
4.1. Consumo de álcool e de tabaco	64
4.2. Relevância do gênero, idade, escolaridade e meio de residência dos adolescentes nas memórias precoces de vergonha	66
4.3. Relevância do consumo atual de álcool e de tabaco nas memórias precoces de vergonha	68
4.4. Relevância do gênero, idade, escolaridade e meio de residência dos adolescentes nas memórias de práticas parentais.	69

4.5. Relevância do consumo atual de álcool e de tabaco nas memórias de práticas parentais	70
4.6. Relação entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais	71
4.7. Relevância das memórias precoces de vergonha no consumo de álcool e de tabaco	72
4.8. Relevância das memórias de práticas parentais no consumo de álcool e de tabaco	73
Anexos	98
Anexo A – Questionário Sócio Demográfico	99
Anexo B – Autorização do uso da Escala EVEI	102
Anexo C – Autorização do uso do teste AUDIT	103
Anexo D – Autorização do uso da Escala FTND	104
Anexo E – Autorização do uso da Escala EMBU-A	105
Anexo F - Pedido de colaboração no projeto de investigação	106
Anexo G - Autorização da colaboração no projeto de investigação	107
Anexo H – Consentimento informado – participação em investigação	108
Anexo I – Comparação dos valores de alfa de Cronbach de acordo com a distribuição de itens proposta por Lacerda (2005) e Conceição (2012)	110

## Índice de tabelas

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	23
Tabela 2 - Dados relativos ao contexto sociofamiliar da amostra	24
Tabela 3 - Valor de fiabilidade (a de <i>Cronbach</i> ) para os instrumentos utilizados	34
Tabela 4 - Comparação das medidas de dispersão relativas à EMBU-A entre o presente estudo e no estudo de Lacerda (2005)	36
Tabela 5 - Média e desvio padrão na EMBU-A em função do género	37
Tabela 6 - Média e desvio-padrão da EMBU-A em função das fases da adolescência	38
Tabela 7 - Média e desvio-padrão da EMBU-A em função do ciclo de ensino	39
Tabela 8 - Média e desvio-padrão da EMBU-A em função do meio de residência	40
Tabela 9 - Média e desvio padrão na EVEI de acordo com a amostra total	40
Tabela 10 - Média e desvio-padrão da EVEI em função do género	41
Tabela 11 - Média e desvio-padrão da EVEI em função da fase da adolescência	41
Tabela 12 - Média e desvio-padrão da EVEI em função do ciclo de ensino	42
Tabela 13 - Média e desvio-padrão da EVEI em função do meio de residência	42
Tabela 14 - Resultados globais e por género do consumo de álcool da amostra	43
Tabela 15 - Resultados globais e por género do consumo de tabaco da amostra	45
Tabela 16 - Comparação das memórias precoces de vergonha em função do género (teste Mann-Whitney)	46
Tabela 17 - Comparação das memórias precoces de vergonha em função da fase da adolescência (teste Mann-Whitney)	47
Tabela 18 - Comparação das memórias precoces de vergonha em função do ciclo de ensino (teste Kruskal-Wallis)	47
Tabela 19 - Comparação das memórias precoces de vergonha em função do meio de residência (teste Mann-Whitney)	48
Tabela 20 - Comparação das memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de álcool (teste Mann-Whitney)	49
Tabela 21 - Comparação das memórias precoces de vergonha em função da classificação do consumo de álcool proposta na versão portuguesa do AUDIT (Cunha, 2002) (teste de Kruskal-Wallis)	49
Tabela 22 - Comparação das memórias precoces de vergonha em função da classificação do consumo de álcool proposta pela literatura para população adolescente (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018) (teste de Kruskal-Wallis)	50
Tabela 23 - Comparação das memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de tabaco (teste Mann-Whitney)	50

Tabela 24- Comparação das memórias precoces de vergonha em função da classificação do consumo de tabaco (teste de Kruskal-Wallis)	51
Tabela 25 - Comparação das memórias de práticas parentais em função do género (teste de Kruskal-Wallis)	51
Tabela 26 - Comparação das memórias de práticas parentais em função da fase da adolescência (teste Kruskal-Wallis).	52
Tabela 27- Comparação das memórias de práticas parentais em função do ciclo de ensino (teste Mann-Whitney)	53
Tabela 28 - Comparação das memórias de práticas parentais em função do meio de residência (teste Mann-Whitney).	54
Tabela 29 - Comparação das memórias de práticas parentais em função do consumo de álcool (teste Mann-Whitney)	55
Tabela 30 - Comparação das memórias de práticas parentais em função da classificação do consumo de álcool proposta na versão portuguesa do AUDIT (Cunha, 2002) (teste Kruskal-Wallis)	56
Tabela 31- Comparação das memórias de práticas parentais em função da classificação do consumo de álcool proposta pela literatura para população adolescente (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018) (teste Kruskal-Wallis)	56
Tabela 32 - Comparação das memórias de práticas parentais em função do consumo de tabaco (teste Mann-Whitney)	57
Tabela 33 - Comparação das memórias de práticas parentais em função da classificação do consumo de tabaco (teste Kruskal-Wallis)	58
Tabela 34 - Correlações não paramétricas entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais	59
Tabela 35 - Comparação do consumo de álcool em função das memórias precoces de vergonha (teste de Mann-Whitney)	60
Tabela 36 - Comparação do consumo de tabaco em função das memórias precoces de vergonha (teste de Mann-Whitney)	61
Tabela 37 - Comparação do consumo de álcool em função das memórias de práticas parentais (teste de Mann-Whitney)	62
Tabela 38 - Comparação do consumo de tabaco consumidos diariamente em função das memórias de práticas parentais (teste de Mann-Whitney)	63

## Lista de Abreviaturas

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test/Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool

EMBU-A - Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais – versão adolescentes

ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

EVEI – Escala de Vergonha Externa e Interna

FTND - Fagerström Test for Nicotine Dependence/Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina

HBSC – Health Behaviour in School-aged Children

QS – Questionário Sociodemográfico

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

USDHHS – United States Department of Health and Human Services

WHO/OMS – World Health Organization/Organização Mundial de Saúde

## Resumo

O consumo de álcool e tabaco na adolescência representa um grave problema de saúde pública e estudos recentes com adolescentes têm indiciado a vergonha no desenvolvimento de psicopatologia e consumo de substâncias psicoativas. As experiências de vergonha podem ocorrer desde a infância e as figuras parentais parecem desempenhar um papel importante na estruturação destas memórias. Contudo, a pesquisa sobre a vergonha e o impacto das memórias precoces de vergonha na adolescência é escassa.

Esta investigação, de natureza quantitativa e exploratória, teve como finalidade analisar a relação entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais e a sua influência no consumo de álcool e tabaco numa amostra de 52 adolescentes portugueses, explorando ainda a influência de algumas variáveis sociodemográficas. Na recolha de dados, realizada de forma transversal, utilizaram-se a Escala de Vergonha Externa e Interna, Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool, Teste de *Fagerström* para a Dependência da Nicotina, Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais e um questionário sociodemográfico.

Os resultados indicam uma relação significativa e negativa entre memórias de práticas parentais de suporte emocional e memórias de vergonha. Por oposição, memórias de rejeição e sobreproteção parentais relacionaram-se significativa e positivamente com memórias de vergonha. Para além disso, verificou-se uma influência significativa destas variáveis, bem como das características sociodemográficas idade, escolaridade e meio de residência nos consumos dos adolescentes. No entanto, considera-se que são necessários mais estudos que clarifiquem estes resultados.

**Palavras-chave:** adolescência, memórias de vergonha, memórias de práticas parentais, álcool, tabaco.

## **Abstract**

Adolescent alcohol and tobacco use represents a major public health problem and recent research with adolescents has indicted shame in the development of psychopathology and substance use. Shame experiences can occur from childhood and parental figures seem to play an important role in structuring shame memories. However, research on shame and shame memories and their impact is scarce in adolescence.

The purpose of this of this quantitative and exploratory study was to analyze the relation between early shame memories, parental rearing memories and its influence in alcohol and tobacco use in a sample of 52 Portuguese adolescents, also exploring the influence of some sociodemographic variables. The data collection was performed in a transversal way, using the Escala de Vergonha Externa e Interna, Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool, Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina, Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais and a socio demographic questionnaire.

The results suggest an significant and negative association between parental rearing memories of emotional support and shame memories. By contrast, memories of parental rejection and overprotection were significantly and positively related to shame memories. In addition, it was found a significant influence of these variables, as well as the socio-demographic characteristics, age, schooling and residence in the adolescence's use. However, further research is required to clarify this influence.

**Key words:** adolescence, shame memories, parental rearing memories, alcohol, tobacco.

## Introdução

A vergonha é uma das emoções mais dolorosas e autoconscientes (Tangney & Dearing, 2002), que determina não só o que os indivíduos pensam e sentem em relação a si, como também o comportamento que adotam em contexto social (Gilbert, 2002). Como tal, a vergonha apresenta grande impacto no funcionamento humano, tendo sido amplamente indiciada no desenvolvimento de psicopatologia (Câdea & Szentagotai-Tăta, 2018; Gilbert, 2000; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, no prelo; Pinto-Gouveia & Matos, 2011; Troop, Allan, Serpell, & Treasure, 2008) e abuso de álcool e de outras drogas (Dearing, Stuewig, & Tangney, 2005; Hequembourg & Dearing, 2013; Treeby & Bruno, 2012; Vizin & Unoka, 2015).

Estudos recentes com adolescentes têm evidenciado que a adolescência pode constituir um momento particularmente relevante no desenvolvimento da vergonha (Cunha, Matos, Faria, & Zagalo, 2012; Orth, Robins, & Soto, 2010; Szentagotai-Tătar & Miu, 2016), e que esta relaciona-se de maneira semelhante à psicopatologia encontrada em estudos com adultos, associando-se a depressão (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Mills et al., 2015; Szentagotai-Tătar & Miu, 2016), ansiedade (Cunha et al., 2012; Szentagotai-Tătar & Miu, 2016), comportamentos externalizantes como raiva e comportamento agressivo (Muris & Meesters, 2014) e abuso de álcool e de outras drogas (Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

De acordo com vários investigadores, a vergonha tem por base uma motivação inata para a vinculação e para o estabelecimento de relações positivas com os outros (Bowlby, 1969, 1973, 1980 cit. por Matos & Pinto-Gouveia, 2014; Gilbert, 2002). Desta forma, as experiências de vergonha e a desregulação desta emoção podem ocorrer desde a infância (Gilbert, 2002; Muris & Meesters, 2014) e operar como memórias traumáticas, tornando-se centrais para a auto-identidade e para a história de vida dos indivíduos (Cunha et al., 2012; Matos e Pinto-Gouveia, 2014). Neste âmbito, a qualidade das relações de apego com as figuras parentais parece assumir especial relevância, já que as práticas parentais negativas resultam numa maior propensão para as crianças experimentarem vergonha (Bennett, Sullivan, & Lewis, 2010; Meesters, Muris, Dibbets, Cima, & Lemmens, 2017; Muris & Meesters, 2014; Stuewig & McCloskey, 2005) e as memórias de vergonha envolvendo o pai e a mãe parecem apresentar um carácter mais traumático comparativamente com outros indivíduos (Matos & Pinto-Gouveia, 2014).

Uma vez que é na adolescência que as memórias pessoais se tornam integradas na narrativa de vida e na auto-identidade, a experiência destas memórias

traumáticas de vergonha pode resultar numa tendência para os adolescentes desenvolverem um juízo negativo de si aos seus olhos e aos dos outros, assim como estados emocionais negativos que, por sua vez, aumentam a propensão para mais sentimentos de vergonha e mais dificuldades emocionais (Cunha et al., 2012), podendo culminar num padrão crescente de comportamento arriscados e contraproducentes e de reações desadaptativas à vergonha (Stuewig et al., 2015). Na verdade, a vergonha na infância e adolescência tem sido consistentemente associada a desfechos negativos posteriores, designadamente psicopatologia (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Mills et al., 2015; Muris & Meesters, 2014; Szentágotai-Tătar & Miu, 2016), comportamentos de risco e uso de álcool e de outras drogas (Muris & Meesters, 2014; Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

Na verdade, o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes representa um grave problema de saúde pública (Pantoja, Castillo, Castillo, & Maldonado, 2014), associando-se a vários comportamentos de risco, violência e a dependência na idade adulta (Cornelius, De Genna, Goldschmidt, Larkby, & Day, 2016; Pantoja, et al., 2014; Rahim & Patton, 2015; Visser, Winter, Vollebergh, Verhulst, & Reijneveld, 2013). Face à gravidade deste problema, vários estudos apontam para a necessidade de uma prevenção primária que identifique fatores de risco relevantes que possam ser intervencionados desde os primeiros estádios de desenvolvimento (Bountress et al., 2017; Cornelius et al., 2016; Malta, Mascarenhas, Porto, Barreto, & Neto, 2014; Rossow, Keating, Lambert, & McCambridge, 2015; US Department of Health and Human Services [USDHHS], 2012), designadamente porque a sua relevância tende a permanecer estável ao longo do tempo (Patrick, Schulenberg, O'Malley, Johnston, & Bachman, 2011).

O interesse pela temática a desenvolver na presente investigação surgiu, como tal, de duas motivações: por um lado, da constatação da escassez de literatura que analisasse as implicações das memórias precoces de vergonha na adolescência (Cunha et al., 2012; Muris & Meesters, 2014; Matos & Pinto-Gouveia, 2014; Cunha, Xavier, Matos, & Faria, 2015), a sua relação com as memórias das práticas parentais (Meesters et al., 2017) e a influência destas no consumo de álcool e tabaco por adolescentes; e, por outro lado, da necessidade de se identificarem fatores de risco que fundamentem ações preventivas junto desta população (Bountress et al., 2017; Rahim & Patton, 2015; Rossow et al., 2015).

De facto, apesar de existirem evidências que a vergonha está associada a experiências negativas precoces e que as figuras parentais desempenham um papel crucial na estruturação das memórias de vergonha (Cunha et al., 2012; Matos e Pinto-Gouveia, 2010, 2014), a pesquisa sobre o impacto das memórias precoces de

vergonha na adolescência não só é escassa como também está mais relacionada com depressão (Cunha et al., 2012; Cunha et al., 2015; Muris & Meesters, 2014; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Tangney & Tracy, 2012). Para além disso, são igualmente escassas as investigações sobre o uso de substâncias psicoativas por adolescentes que integram medidas de vergonha (Muris & Meesters, 2014; Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

Atendendo ao papel primordial da família, designadamente das figuras parentais no desenvolvimento social, cognitivo e emocional das crianças e adolescentes (Baptista, 2000, cit. por Camacho & Matos, 2006) e face às graves consequências do uso de substâncias por adolescentes não só na saúde, mas também a nível académico e na adoção comportamentos de risco social (Cardoso & Malbergier, 2014; Carvalho et al., 2017), considerou-se relevante abordar esta temática numa ótica de promoção da saúde mental na adolescência, definindo-se como objetivo geral analisar a relação entre as memórias de vergonha e de práticas parentais e a sua influência no consumo de álcool e tabaco em adolescentes portugueses, explorando-se o comportamento destas variáveis em função das características sociodemográficas género, idade, escolaridade e meio de residência.

O presente projeto encontra-se dividido em dois capítulos. O primeiro, de natureza teórica, integra toda a revisão da literatura. Inicia-se com o enquadramento teórico-conceitual sobre a vergonha, abordando-se a sua relação com a psicopatologia, bem como a relevância das memórias precoces de vergonha. Para além disso, será abordada a adolescência, com especial enfoque no consumo de álcool e tabaco e na sua relação com experiências de vergonha e memórias de práticas parentais.

No segundo capítulo, será delineado o plano de investigação, realizando-se uma breve apresentação do estudo, a formulação do problema, a definição dos objetivos gerais e específicos e a formulação de hipóteses. Para além disso, será abordada a metodologia, com a definição e operacionalização das variáveis, caracterização da amostra e dos instrumentos, bem como descrição de procedimentos de recolha e análise dos dados. Finalmente, serão apresentados e discutidos os resultados, terminando-se com uma síntese conclusiva.

## Capítulo I – Enquadramento Teórico

### 1. Adolescência e consumo de álcool e tabaco

A adolescência constitui um período de transição biológica e social que se inicia com a puberdade e que termina com a aquisição de relativa autonomia, refletida num papel adulto estável (Blakemore & Mills, 2014). Definida cronologicamente entre os 10 e os 19 anos de idade (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1986), a adolescência é marcada por profundas mudanças fisiológicas, psicológicas, relacionais e ambientais, integradas num processo dinâmico que é igualmente acompanhado por tarefas de desenvolvimento cruciais, nomeadamente o desenvolvimento da identidade e a aquisição de autonomia em relação aos pais (Cunha et al., 2012). Neste seguimento, comportamentos como variabilidade de humor, busca de novidade, tomada de risco e orientação pelo grupo de pares parecem ser não só expectáveis como também fundamentais para que esta transição para a idade adulta seja bem-sucedida (Blakemore & Mills, 2014).

Não obstante, a revisão da literatura evidencia que a adolescência constitui um período de grande vulnerabilidade a problemas de saúde mental, designadamente o consumo de substâncias como álcool e tabaco (Cornelius et al., 2016; Cunha et al., 2012; Pantoja, et al., 2014; Rahim & Patton, 2015; Visser et al., 2013).

Esta vulnerabilidade parece estar relacionada quer com características desenvolvimentais da adolescência, como maior sensibilidade para estímulos socioambientais (Blakemore & Mills, 2014) e mudanças maturacionais na regulação emocional (Szentágotai-Tătar, & Miu, 2016), quer com elementos externos que poderão assumir-se como fatores de risco para o início do uso de substâncias (Pantoja, et al., 2014).

De facto, o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes representa um grave problema de saúde pública, associando-se a vários comportamentos de risco e a dependência na idade adulta (Berge, Sundell, Öjehagen, & Håkansson, 2016; Cornelius et al., 2016; Pantoja, et al., 2014; Rahim & Patton, 2015; Visser et al., 2013). A revisão da literatura evidencia que o consumo de álcool na adolescência pode causar danos cerebrais, alterações estruturais do cérebro e défices cognitivos (Feldstein, Sakhardande, & Blakemore, 2014, cit. por Inchley et al., 2016; Guerri & Pascual, 2010; Nguyen-Louie et al., 2015), bem como problemas de atenção, aprendizagem e memória, com conseqüente diminuição do rendimento escolar (Boden & Fergusson, 2011, cit. por WHO [World Health Organization], 2016; Brown, Tapert, Granholm, & Delis, 2000; Cardoso & Malbergier, 2014). Para além disso, associa-se

frequentemente a comportamentos de risco, como relações sexuais desprotegidas, acidentes de viação, violência, uso de outras substâncias e dependência na idade adulta (Calafat, 2002; Hingson, Heeren, & Winter, 2006; Carvalho et al., 2017; Pitkänen, Kokko, Lyyra, & Pulkkinen, 2008; Boden & Fergusson, 2011, cit. por Inchley et al., 2016). A este propósito, é de notar que alguns investigadores têm verificado que adolescentes que começam a usar álcool entre as idades de 14 e 16 anos têm quatro vezes mais probabilidade de desenvolver problemas relacionados ao álcool na vida adulta do que aqueles que começam a beber aos 20 anos (Gunzerath, Hewitt, Li, & Warren, 2011).

Por sua vez, o consumo de tabaco continua a ser a principal causa de morte evitável no mundo, constituindo igualmente um importante fator de risco para muitas doenças em adolescentes e jovens adultos. De facto, o tabagismo na adolescência provoca atraso na maturação pulmonar e reduz a função respiratória, agrava a asma e reduz a aptidão física em termos de desempenho e resistência, sendo que quanto mais precoce for a iniciação do consumo, maior o risco de desenvolvimento futuro de doenças cardiovasculares, respiratórias e oncológicas (US Department of Health and Human Services [USDHHS], 2012; WHO, 2013). Para além disso, vários estudos têm sugerido que os hábitos tabágicos estão associados a comportamentos de risco, como violência e envolvimento em relações sexuais desprotegidas, bem como a um maior risco de uso de outras drogas, como, álcool, cannabis e cocaína. O consumo de tabaco na adolescência também assume particular relevância uma vez que cerca de 90% dos fumadores adultos começa a fumar durante esta fase de vida ([USDHHS, 2012; WHO, 2013).

Em Portugal, o álcool e o tabaco são as drogas legais mais consumidas na adolescência (Feijão, 2016). Segundo os dados do relatório do European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) respeitante ao ano de 2015, 71.1% dos alunos portugueses entre 13 a 18 anos já tinham tomado bebidas alcoólicas ao longo da vida, 61.5% dos quais nos últimos 12 meses e 41.8% nos últimos 30 dias, verificando-se uma tendência para desaparecerem diferenças de género. Para além disso, 3% dos alunos de 13 anos, 22.3% dos alunos de 16 anos e 42.8% dos alunos de 18 anos reportaram situações de embriaguez nos últimos 12 meses (Feijão, 2016).

No que respeita ao consumo de tabaco, cerca de 40.2% dos alunos entre 13 e 18 anos já consumiram tabaco ao longo da vida, 29.6% dos quais nos últimos 12 meses e 19.7% durante os últimos 30 dias, tendo-se verificado um aumento da prevalência de hábitos tabágicos no grupo feminino comparativamente a anos anteriores (Feijão, 2016).

Atendendo à complexidade e ao impacto negativo do consumo destas substâncias na adolescência, vários investigadores têm salientado a importância de se estudar e compreender estes fenómenos, por forma a identificarem-se fatores de risco modificáveis e passíveis de serem intervencionados desde os primeiros estádios de desenvolvimento (Bountress et al., 2017; Cornelius et al., 2016; Malta et al., 2014; USDHHS, 2012). Com efeito, a identificação das características dos indivíduos de maior risco parece ser particularmente relevante na medida em que a importância dos fatores de risco e de proteção tende a permanecer estável ao longo do tempo (Patrick et al., 2011).

## **2. A vergonha: externa e interna**

A vergonha é descrita como uma emoção social, autoconsciente e multifacetada relacionada com a forma como os indivíduos pensam não só em relação a si, como também em relação à sua aceitação social (Gilbert, 2002; Tangney & Dearing, 2002). De acordo com o modelo biopsicossocial da vergonha proposto por Gilbert (2002), a vergonha deriva de uma motivação inata para a vinculação e para o estabelecimento de relações positivas com os outros (Bowlby, 1969, 1973, 1980 cit. por Matos & Pinto-Gouveia, 2014; Gilbert, 2002), surgindo quando o indivíduo se percebe e avalia a si mesmo como existindo negativamente na mente dos outros (Muris & Meesters, 2014). Neste seguimento, a vergonha age como um sinal de alerta de que determinadas características, atributos ou comportamentos do *self* são percebidos como inferiores, indesejáveis, inadequados ou incompetentes, correndo-se o risco de ser rejeitado, excluído, marginalizado, atacado ou perseguido (Gilbert, 2002). Como tal, a vergonha desempenha um papel adaptativo e regulador da ligação social, monitorizando e regulando o comportamento interpessoal de modo a que o indivíduo aja de maneira moral e socialmente apropriadas (Muris & Meesters, 2014) e ativando respostas defensivas como resposta à ameaça social.

De acordo com Gilbert e Procter (2006), podem distinguir-se dois tipos de vergonha: a vergonha externa e a vergonha interna.

A vergonha externa está relacionada com a forma como o indivíduo se percebe vivendo na mente dos outros (Matos & Pinto-Gouveia, 2014), ou seja, como ele acredita que os outros o veem. Neste seguimento, traduz-se em percepções e expectativas que os outros veem o *self* de forma negativa, despertando-lhes desinteresse, desprezo e o desejo de criticar, excluir ou evitar (Gilbert, 2002; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014). Tendo como principal enfoque o *self* enquanto objeto social, a vergonha externa leva o indivíduo a experimentar o mundo como um local

inseguro, ativando uma série de respostas defensivas, como a submissão ou a exibição de qualidades tidas como desejáveis, no sentido de alterar a percepção negativa que os outros têm do *self* (Gilbert, 2002).

Por outro lado, a internalização destas experiências pode levar a que o indivíduo comece a identificar-se com a mente do outro, desenvolvendo autoavaliações e sentimentos negativos a fim de restaurar a sua imagem e proteger-se contra a rejeição ou ataques de outros. A vergonha interna está, por isso, relacionada com uma dinâmica interna do *self*, emergindo quando as atribuições internas e afetos se centram em autoavaliações negativas, designadamente, autodesvalorização e autocrítica. Como tal, reflete-se numa vivência em que o indivíduo julga e sente o próprio eu como globalmente falhado, inadequado, pouco atraente, indesejado ou mau (Gilbert, 2002; Gilbert & Procter, 2006). A este propósito, Rosario e White (2006) defendem que a vergonha interna resulta de níveis elevados e duradouros de vergonha durante todo o desenvolvimento do sujeito, sugerindo, por sua vez, que a vergonha externa representa um sentimento de vergonha mais transitório. No entanto, outros investigadores defendem que as experiências de vergonha envolvem frequentemente ambos os tipos, alimentando-se mutuamente (Cunha et al., 2012) e podendo fundir-se (Gilbert & Procter, 2006). De acordo com Cunha e colaboradores (2012), a propensão para experimentar determinado tipo de vergonha num episódio específico pode depender de fatores como o historial precoce de experiências de vergonha ou o período de desenvolvimento do indivíduo.

Com efeito, as próprias manifestações da vergonha parecem diferir consoante o estágio de desenvolvimento do indivíduo (Rahim & Patton, 2015). Assim, crianças mais novas podem experimentá-la mediante sentimentos de constrangimento e inferioridade, adotando comportamentos de controlo, crítica ou raiva; enquanto que adolescentes podem percecioná-la como limitante da capacidade de formar a identidade, promovendo o seu isolamento (Bradshaw, 2005, cit. por Rahim & Patton, 2015).

De facto, algumas pesquisas têm evidenciado que as características da adolescência tornam-na num período de particular vulnerabilidade às experiências de vergonha (Orth et al., 2010; Szentágotai-Tátar & Miu, 2016), designadamente, as que envolvem a vergonha externa (Cunha et al., 2012). Uma das razões apontadas está relacionada com as mudanças e tarefas desenvolvimentais deste período de vida, que são especialmente orientadas para os outros (Cunha et al., 2012).

Para além disso, alguns estudos têm demonstrado que adolescentes e adultos do sexo feminino tendem a relatar níveis superiores de vergonha e a reagir a esta de forma mais internalizada do que os indivíduos do sexo masculino que, por sua vez,

parecem reportar menores níveis de vergonha e a manifestá-la de modo mais externalizado (Muris & Meesters, 2014). No entanto, ainda não existem evidências conclusivas a este respeito (Szentágotai-Táatar, & Miu, 2016).

Deverá ser notado que a literatura tem descrito frequentemente a vergonha como equivalente à culpa. No entanto, várias pesquisas têm evidenciado que estas emoções autoconscientes são distintas, não só promovendo diferentes motivações nos indivíduos como também parecendo ter diferentes impactos no seu bem-estar (Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014; Stuewig et al., 2015; Tangney & Tracy, 2012; Young, Neighbors, Dibello, Traylor, & Tomkins, 2016). Assim, enquanto que a vergonha se associa a sentimentos negativos de inutilidade, inferioridade e incompetência dirigidos ao *self* no seu todo, resultando em comportamentos de evitamento e a um desejo de escapar, desaparecer ou evadir do contacto social (Gilbert, 2002; Muris & Meesters, 2014; Tangney & Tracy, 2012), a culpa relaciona-se com a avaliação negativa de um comportamento específico que o indivíduo adotou. Neste seguimento, a sensação de tensão, remorso e arrependimento que acompanha a culpa impulsiona o indivíduo a tomar ações reparadoras em vez de provocar as respostas defensivas e retaliatórias características da vergonha (Muris & Meesters, 2014; Stuewig et al., 2015; Tangney & Dearing, 2002; Tangney & Tracy, 2012). Uma vez que o que o foco está num comportamento inadequado, e não num *self* inadequado, a culpa pode promover mudanças construtivas no comportamento futuro (Stuewig et al., 2015) sendo, por isso, considerada uma emoção mais adaptativa do que a vergonha. Esta evidência tem sido corroborada por vários investigadores, que têm verificado que a culpa apresenta uma relação menos consistente com o desenvolvimento de psicopatologia do que a vergonha (Meesters et al., 2017; Stuewig, et.al, 2015; Young et al. 2016). Como tal, o presente estudo abordará apenas a vergonha.

## **2.1. Experiências de vergonha e psicopatologia**

A vergonha tem grande impacto no funcionamento humano, sendo uma emoção fundamental para a existência social e para a identidade dos indivíduos. É universalmente experimentada e níveis moderados poderão ser benéficos para a avaliação e monitorização do comportamento social (Rahim & Patton, 2015; Tangney & Tracy, 2012).

No entanto, se não for bem regulada, a vergonha perde o seu valor adaptativo e passa a exibir uma dimensão psicológica negativa, o que pode ocorrer em idades muito precoces. Esta desregulação pode traduzir-se na ausência total de vergonha ou,

pelo contrário numa propensão aumentada para experimentá-la, sendo desencadeada com muita facilidade e surgindo de forma desproporcional à situação. Assim, a vergonha pode tornar-se no modo dominante de resposta emocional, manifestando-se em comportamentos desadequados e desadaptativos que, dependendo da sua gravidade e persistência, poderão evoluir para problemas de saúde mental (Muris & Meesters, 2014).

De facto, a vergonha tem sido implicada no desenvolvimento de vários sintomas e perturbações psicológicas, como síndrome de stress pós traumático (Cândea & Szentagotai-Tăta, 2018), distúrbios alimentares (Troop et al., 2008), depressão, ansiedade, stress, ansiedade social e sintomas paranóides (Gilbert, 2000; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2011; Pinto-Gouveia & Matos, 2011) e abuso de álcool e outras drogas (Dearing et al., 2005; Hequembourg & Dearing, 2013; Treeby & Bruno, 2012; Vizin & Unoka, 2015).

Para além disso, esta associação parece afetar homens e mulheres de forma diferente já que, nos indivíduos do sexo feminino, a vergonha tende a resultar em comportamentos que prejudicam mais o *self*, como os transtornos alimentares, enquanto que os indivíduos do sexo masculino parecem adotar comportamentos mais externalizantes, podendo agir de maneira antissocial (Rahim & Patton, 2015).

Embora a maioria das pesquisas sobre a relação entre vergonha e psicopatologia tenha sido conduzida em populações adultas (Cunha et al., 2012; Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014), o crescente reconhecimento de que muitos problemas de saúde mental têm a sua origem na infância (Muris, 2006, cit. por Muris & Meesters, 2014) tem-se traduzido numa maior investigação sobre esta ligação em crianças e adolescentes (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Meesters et al., 2017; Mills et al., 2015; Muris & Meesters, 2014; Stuewig et al., 2015). Os resultados destas pesquisas têm evidenciado que a adolescência pode constituir um momento particularmente relevante no desenvolvimento da vergonha (Cunha et al., 2012; Orth et al., 2010; Szentagotai-Tătar & Miu, 2016), e que esta relaciona-se de maneira semelhante à psicopatologia encontrada em estudos com adultos, estando positivamente ligada a sintomas internalizantes como depressão (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Mills et al., 2015; Szentagotai-Tătar, & Miu, 2016), ansiedade (Cunha et al., 2012; Szentagotai-Tătar, & Miu, 2016), comportamentos externalizantes como raiva e comportamento agressivo (Muris & Meesters, 2014) e abuso de álcool e de outras drogas (Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

## 2.2. Impacto das memórias precoces de vergonha

Vários investigadores têm enfatizado que, não só as experiências de vergonha, como também a desregulação desta emoção podem ocorrer desde idades precoces (Gilbert, 2002; Muris & Meesters, 2014). De facto, a propensão para a vergonha tem sido associada a memórias e a sentimentos de rejeição, crítica e humilhação (Gilbert, 2002), que definem o que é percebido como atraente e aceite ou, pelo contrário, indesejado ou rejeitado. Os episódios precoces de vergonha podem, desta forma, acarretar grandes ameaças ao self social e à auto-identidade (Cunha et al., 2012), já que podem operar como memórias traumáticas e tornar centrais para a auto-identidade e para a história de vida dos indivíduos (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014), formando um ponto de referência para a atribuição de significado a experiências passadas, atuais e futuras (Matos & Pinto-Gouveia, 2011) e despoletando um sentimento de ameaça ao *self* que leva a que a criança ou o adolescente sintam-se inferior, imperfeito, indigno de amor, indesejado e sozinho. Por sua vez, estes estados emocionais negativos aumentam a propensão para mais sentimentos de vergonha e dificuldades emocionais, associando-se a níveis superiores de vergonha externa e interna na idade adulta (Cunha et al., 2012).

Indo ao encontro desta evidência, Mills e colaboradores (2015) defendem que as experiências contínuas de vergonha e o pensamento depressivo durante a infância podem fracassar a construção de uma visão positiva do *self*, resultando no desenvolvimento de um estilo cognitivo negativo que aumenta a vulnerabilidade para problemas internalizantes. Neste seguimento, estes investigadores observaram que o pensamento depressivo e a propensão à vergonha durante a infância média relacionaram-se entre si e que a vergonha durante este período previu o diagnóstico de depressão 5 anos mais tarde, no início da adolescência.

Por sua vez, Stuewig e colaboradores (2015) sugerem que a tendência a experimentar a vergonha relativamente cedo na infância pode despoletar um ciclo de mau comportamento e vergonha, levando a que o fracasso numa área leve a falhas noutras áreas, culminando num padrão crescente de comportamento de risco e contraproducentes e reações desadaptativas à vergonha.

A relevância das memórias precoces de vergonha também tem sido enfatizada por outras investigações. De facto, a revisão da literatura tem evidenciado de forma consistente que a vergonha na infância e adolescência surge associada a desfechos negativos posteriores, designadamente psicopatologia (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Mills et al., 2015; Szentágotai-Táatar & Miu, 2016),

comportamentos de risco e uso de substâncias psicoativas (Muris & Meesters, 2014; Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

### **2.3. Experiências precoces de vergonha e consumo de substâncias psicoativas**

Apesar de existir uma vasta literatura sobre o uso de substâncias psicoativas por adolescentes, são escassas as investigações que integram medidas de vergonha (Rahim & Patton, 2015). Para além disso, a maioria das investigações sobre vergonha e psicopatologia tem sido relacionada com o bem-estar emocional e social dos indivíduos, designadamente a sua capacidade de empatia, predisposição à raiva, e nível de auto-estima (Stuewig et al., 2015). Não obstante, alguns estudos têm apontado para a existência de uma relação entre a vergonha e o consumo de substâncias psicoativas (Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

Na verdade, o papel da vergonha no uso de álcool e de outras substâncias psicoativas já foi anteriormente enfatizado por vários especialistas nesta área (Potter-Efron, 2002; Wiechelt, 2007), que têm sugerido que o consumo problemático de álcool e de outras substâncias psicoativas desenvolve-se como um estilo mal-adaptativo e equivocado de lidar com emoções negativas, como raiva, solidão e vergonha (Stuewig et al., 2015). Corroborando esta hipótese, Rahim e Patton (2015) verificaram, numa revisão sistemática da literatura sobre a relação entre a vergonha e o consumo de substâncias em jovens, que as experiências precoces adversas estavam associadas ao desenvolvimento da vergonha e que comportamentos considerados impulsivos e desadaptativos, como o uso de substâncias, estavam significativamente associados a sentimentos de vergonha. Apesar de não terem integrado medidas de vergonha, os resultados de Cornelius e colaboradores (2016) parecem ir ao encontro desta associação, já que constataram que a exposição a maus-tratos na infância esteve diretamente associada ao consumo de álcool pelos adolescentes. Por sua vez, Stuewig e colaboradores (2015), verificaram que crianças propensas a sentimentos de vergonha na infância eram mais propensas a envolverem-se, anos mais tarde, em de comportamentos de risco, designadamente no consumo de substâncias psicoativas.

A revisão da literatura evidencia que ainda não se conhecem os mecanismos pelos quais a vergonha atua ou interage de forma a resultar em psicopatologia, tendo sido sugerido que a sua influência pode ser mediada ou moderada por outras variáveis e contextos específicos (Muris & Meesters, 2014). Como tal, os processos cognitivos e emocionais que medeiam a relação entre vergonha e o consumo de substâncias permanecem desconhecidos (Rahim & Patton, 2015). Não obstante, várias

investigações têm enfatizado o papel das memórias precoces de vergonha para a construção da identidade e da narrativa de vida (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014), pelo que o fracasso em construir uma visão positiva do self, resultante de um ciclo de vergonha, estados emocionais negativos e mais vergonha (Cunha et al., 2012; Mills et al., 2015; Stuewig et al., 2015), poderá culminar num padrão crescente de comportamentos desadaptativos, como o consumo de substâncias (Stuewig et al., 2015). De facto, esta hipótese parece ir ao encontro de outros estudos, que têm demonstrado que a baixa auto-estima, ou sentimento de fracasso e depressão tendem a ser positivamente correlacionados com o uso de álcool (Lehmann, Hubbart, & Martin, 2001; Santana & Negreiros, 2008), tabaco (Patton et al., 1998; Pawlina et al., 2014) e de outras substâncias durante a adolescência (Maslowsky & Schulenberg, 2013).

#### **2.4. Relevância das memórias das práticas parentais no desenvolvimento da vergonha e consumo de substâncias psicoativas**

De acordo com o modelo biopsicossocial da vergonha, proposto por Gilbert (2002), as experiências de vergonha podem ocorrer desde a infância, em interações específicas dentro do ambiente familiar ou em grupos sociais mais amplos.

No entanto, a qualidade das relações de apego parece desempenhar um papel importante na estruturação destas memórias. Apesar de existirem poucos estudos que abordem este tópico, Matos e Pinto-Gouveia (2014) verificaram que as memórias de vergonha envolvendo figuras de apego, nomeadamente o pai e a mãe, apresentaram correlações mais elevadas com vergonha interna e sintomas depressivos, enquanto que as memórias de vergonha vivenciadas com outros indivíduos associaram-se, apenas, a vergonha externa. Por sua vez, Muris e Meesters (2014) observaram que a desregulação das emoções autoconscientes, como a vergonha, tem origem na infância e que vários fatores, entre os quais os comportamentos parentais, contribuem para as diferenças individuais na propensão para a vergonha.

As práticas parentais constituem um processo de socialização no qual pais e mães adotam um conjunto de comportamentos específicos que permitem moldar os seus filhos no sentido de se adaptarem à sociedade em que estão inseridos (Pantoja, et al., 2014). Estes comportamentos podem ser diferenciados em práticas parentais de calor emocional, expresso pelo amor incondicional, elogios perante comportamentos aprovados e uma atitude afetiva e de apoio; práticas parentais de sobreproteção, caracterizadas por medo e ansiedade pela segurança da criança, engendramento da

culpa e intromissão por parte das figuras parentais; e práticas parentais de rejeição, caracterizadas por hostilidade, recurso à punição e desrespeito e culpabilização da criança (Visser et al., 2013).

Neste seguimento, alguns estudos têm sugerido que os comportamentos de educação parental negativos resultam numa maior propensão das crianças para experimentar vergonha (Bennett et al., 2010; Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014; Stuewig & McCloskey, 2005). A este propósito, Matos e Pinto-Gouveia (2014), verificaram que as experiências mais prevalentes de vergonha com cuidadores envolveram a crítica, a vivência de situações de vergonha refletida, ou seja, decorrente de comportamentos ou atributos da figura de apego, a exposição de características negativas ou comportamentos indesejáveis diante do cuidador, abuso físico, comentários negativos sobre o aspeto físico, comparações negativas com outros indivíduos e abuso sexual. Estes resultados corroboram a revisão da literatura que tem enfatizado a relação entre vergonha e um estilo de parentalidade autoritário (Mills, 2003), indiferença, rejeição e abandono parental (Claesson & Sohlberg, 2002; Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003; Han & Kim, 2012; Harvey, Gore, Frank, & Batres, 1997), uso condicionado de reforço positivo (Assor & Tal, 2012), parentificação (Wells & Jones, 2000), comportamento parental avaliador negativo (Alessandri & Lewis, 1993) e depreciação (Mills, Arbeau, Lall, & De Jaeger, 2010).

Por sua vez, estas interações negativas precoces parecem aumentar a vulnerabilidade à psicopatologia, designadamente à perturbação depressiva (Matos & Pinto-Gouveia, 2014) e ao consumo precoce de álcool e outras substâncias (Pantoja, et al., 2014; Visser et al., 2013).

Com efeito, os comportamentos de educação parental e a perceção da parentalidade, parecem exercer uma importante influência no consumo de substâncias psicoativas durante a adolescência (Berge, Sundell, Öjehagen, & Håkansson, 2016; Cornelius et al., 2016; Lee, McClernon, Kollins, Prybol, & Fuemmeler, 2013; Pantoja, et al., 2014; Visser et al., 2013). No entanto, ainda não se encontraram evidências conclusivas na forma como eles exercem essa influência, existindo resultados contraditórios entre as pesquisas desenvolvidas.

Neste seguimento, alguns investigadores verificaram que a exposição a maus tratos na infância e a perceção de práticas parentais caracterizadas por menor supervisão, menor envolvimento e maior hostilidade materna previram diretamente uma nível mais elevado de consumo de álcool durante a adolescência (Cornelius et al., 2016) e que, por sua vez, maior suporte emocional e aceitação, menor controlo psicológico e elevada monotrização por ambos os pais previram menor probabilidade de consumo de substâncias, podendo proteger os adolescentes do uso e abuso

subsequente (Lee et al., 2013). Contudo, outros estudos apresentaram resultados contrários, tendo observado que a rejeição parental não se associou ao uso de álcool (Visser et al., 2013) e que o suporte emocional não só não constituiu fator de proteção como também relacionou-se com o consumo de álcool, tabaco e de outras substâncias durante a adolescência (Becoña et al., 2013). Mais se acrescenta que, para as práticas parentais de sobreproteção, verificaram-se resultados igualmente inconsistentes, salientado-se uma escassez de literatura que tenha analisado a sua influência no uso de substâncias (Visser et al., 2013).

Para além disso, deverá ser notado que algumas investigações sugerem existir diferenças na influência dos comportamentos do pai e da mãe, tendo verificado maior implicação dos comportamentos de rejeição do pai na experimentação precoce de substâncias (Pantoja et al., 2014). No entanto, estas evidências também não são conclusivas, já que outras pesquisas observaram maior influência das práticas maternas (Becoña et al., 2013; Cornelius et al., 2016) ou não encontraram diferenças entre o impacto do comportamento do pai e da mãe (Lee et al., 2013; Pantoja et al., 2014).

Face a este panorama, alguns investigadores têm enfatizado a necessidade de se desenvolverem mais estudos sobre os efeitos de comportamentos parentais que analisem não só a influência dos aspetos mencionados, como também da influência da permissividade parental, que tem mostrado relevância no uso de substâncias por adolescentes (Becoña et al., 2013; Malta et al., 2014). De facto, a compreensão destas relações é considerada crucial para o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção eficazes destinados a reduzir o consumo de substâncias durante a adolescência (Visser et al., 2013).

## Capítulo II - Plano de Investigação

### 1. Apresentação do estudo

O consumo de álcool e tabaco por adolescentes representa um grave problema de saúde pública, associando-se a vários comportamentos de risco e a dependência na idade adulta (Cornelius et al., 2016; Pantoja, et al., 2014; Rahim & Patton, 2015; Visser et al., 2013).

Em Portugal, o álcool e o tabaco são as drogas legais mais consumidas na adolescência, apresentando uma alta prevalência nesta população (Feijão, 2016).

Estudos recentes com adolescentes têm indiciado a vergonha no desenvolvimento de psicopatologia (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Mills et al., 2015; Szentágotai-Tátar & Miu, 2016) e no uso de substâncias (Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015). Neste seguimento, a literatura tem enfatizado que as experiências de vergonha e a desregulação desta emoção podem ocorrer desde idades precoces (Gilbert, 2002; Muris & Meesters, 2014) e que comportamentos de educação parental negativos resultam numa maior propensão para as crianças e adolescentes experimentarem vergonha (Bennett et al., 2010; Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014; Stuewig & McCloskey, 2005). Com efeito, adolescentes que experienciam memórias traumáticas de vergonha tendem a desenvolver um juízo de si mesmo negativo aos olhos de si próprios – vergonha interna – e dos outros – vergonha externa – assim como estados emocionais negativos que, por sua vez, aumentarão a propensão para mais sentimentos de vergonha e dificuldades emocionais (Cunha et al., 2012), podendo resultar no desenvolvimento de um estilo cognitivo negativo (Mills et al., 2015) e num padrão crescente de comportamentos arriscados, contraproducentes e reações desadaptativas à vergonha (Stuewig et al., 2015), designadamente o uso de substâncias psicoativas (Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

Contudo, a pesquisa sobre a vergonha e o impacto das memórias precoces de vergonha na adolescência não só é escassa como também está mais relacionada com psicopatologia. Para além disso, são igualmente escassas as investigações sobre o uso de substâncias psicoativas por adolescentes que integram medidas de vergonha (Muris & Meesters, 2014; Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

O interesse pela temática a desenvolver na presente investigação teve, desta forma, duas motivações: por um lado, a constatação da escassez de literatura que analise estes fatores conjuntamente (Cunha et al., 2015; Matos & Pinto-Gouveia, 2014; Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014); e por outro lado, a perceção da

necessidade de se identificarem fatores que aumentem o risco de consumos passíveis de fundamentarem ações preventivas junto desta população (Bountress et al., 2017; Rahim & Patton, 2015; Rossow et al., 2015).

Assim, e atendendo a uma ótica de promoção da saúde mental na adolescência, o presente projeto de investigação tem como objetivo geral analisar a relação entre as memórias de vergonha e de práticas parentais e a sua influência no consumo de álcool e tabaco em adolescentes portugueses, explorando ainda a relevância de variáveis sociodemográficas (género, idade, escolaridade e meio de residência).

Definiram-se, ainda, os seguintes objetivos específicos:

- Analisar as memórias precoces de vergonha, em função das variáveis sociodemográficas: género, idade, escolaridade e meio de residência;
- Comparar as memórias precoces de vergonha entre adolescentes que consomem atualmente álcool e/ou tabaco e aqueles que não têm consumos;
- Analisar as memórias de práticas parentais, em função das variáveis sociodemográficas: género, idade, escolaridade e meio de residência;
- Comparar as memórias de práticas parentais entre adolescentes que consomem atualmente álcool e/ou tabaco e aqueles que não têm consumos;
- Averiguar a relação entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais;
- Verificar se existem diferenças significativas no consumo de álcool e/ou tabaco entre adolescentes que recordam mais memórias precoces de vergonha e os que recordam menos memórias precoces de vergonha;
- Verificar se existem diferenças significativas no consumo de álcool entre adolescentes que recordam mais memórias parentais negativas e os que recordam menos memórias parentais negativas;
- Verificar se existem diferenças significativas no consumo de tabaco e/ou álcool entre adolescentes que recordam mais memórias parentais de suporte emocional e os que recordam menos memórias parentais de suporte emocional.

Para atingir estes objetivos, realizou-se uma investigação de natureza quantitativa e exploratória, sendo que a literatura apresenta ideias vagamente vinculadas a este tema (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). Pretende-se averiguar a existência de relações entre as variáveis, o sentido em que se estabelecem e as diferenças entre grupos de participantes. Atendendo à recolha de dados, este estudo é do tipo transversal, uma vez que a mesma ocorreu num só momento (Almeida & Freire, 1997; Coutinho, 2008).

## **1.1. Formulação do problema**

Definiu-se como problema de estudo:

Qual a relação entre as memórias de vergonha e de práticas parentais e o consumo de substâncias psicoativas (álcool e tabaco), numa amostra de adolescentes portugueses, e como se comportam estas variáveis em função de características sociodemográficas?

## **1.2. Formulação de hipóteses**

Segundo Baptista e Sousa (2011), as hipóteses constituem uma resposta prévia ao problema proposto, sendo habitualmente desenvolvidas com base nos estudos anteriormente realizados na área. Neste seguimento, podem distinguir-se hipóteses nulas, ou seja, respostas que preveem não existirem diferenças ou relações significativas entre as variáveis estudadas; hipóteses direcionais, que, por oposição, não só afirmam existirem diferenças ou relações significativas entre as variáveis, como também enunciam previamente a direção do resultado esperado; e hipóteses positivas, que preveem que as variáveis estejam significativamente relacionadas sem, contudo, sem especificar a direção (Tuckman, 2000).

Na presente investigação optou-se por enunciar-se um conjunto de hipóteses positivas e outras negativas, em função da revisão da literatura apresentada no Capítulo I que apontou, por um lado, para a possibilidade de se verificarem diferenças em algumas dimensões em estudo realçando, por outro, o número reduzido de investigações nesta área, bem como a existência de alguns resultados inconclusivos noutras variáveis (Cornelius et al., 2016; Cunha et al., 2015; Lee et al., 2013; Matos & Pinto-Gouveia, 2014; Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014; Pantoja et al., 2014; Visser et al., 2013).

Neste seguimento, e considerando a relação entre, pelo menos, dois termos (Quivy & Campenhoudt, 2008) formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Não existem diferenças significativas nas memórias precoces de vergonha, em função do género dos adolescentes;

Hipótese 2 – Existem diferenças significativas nas memórias precoces de vergonha, em função da idade dos adolescentes;

Hipótese 3 – Existem diferenças significativas nas memórias precoces de vergonha, em função da escolaridade dos adolescentes;

Hipótese 4 – Não existem diferenças significativas nas memórias precoces de vergonha, em função do meio de residência do adolescente;

Hipótese 5 – Existem diferenças significativas nas memórias precoces de vergonha entre adolescentes que consomem atualmente álcool e os que não consomem;

Hipótese 6 – Existem diferenças significativas nas memórias precoces de vergonha entre adolescentes que consomem atualmente tabaco e os que não consomem;

Hipótese 7 – Não existem diferenças significativas nas memórias de práticas parentais, em função do gênero dos adolescentes;

Hipótese 8 – Existem diferenças significativas nas memórias de práticas parentais, em função da idade dos adolescentes;

Hipótese 9 – Existem diferenças significativas nas memórias de práticas parentais, em função da escolaridade dos adolescentes;

Hipótese 10 – Não existem diferenças nas memórias de práticas parentais, em função do meio de residência dos adolescentes;

Hipótese 11 – Existem diferenças significativas nas memórias de práticas parentais entre adolescentes que consomem atualmente álcool e os que não consomem;

Hipótese 12 – Existem diferenças significativas nas memórias de práticas parentais entre adolescentes que consomem atualmente tabaco e os que não consomem;

Hipótese 13 – Há uma correlação significativa entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais;

Hipótese 14 – Existem diferenças significativas no consumo de álcool nos adolescentes, em função das memórias precoces de vergonha;

Hipótese 15 – Existem diferenças significativas no consumo de tabaco nos adolescentes, em função das memórias precoces de vergonha;

Hipótese 16 – Existem diferenças significativas no consumo de álcool nos adolescentes, em função das memórias de práticas parentais;

Hipótese 17 – Existem diferenças significativas no consumo de tabaco nos adolescentes, em função das memórias de práticas parentais.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Definição e operacionalização das variáveis**

De acordo com Rauen (2012), as variáveis podem definir-se como eventos, situações, comportamentos ou características individuais que assumem pelo menos

dois valores discriminativos. Nesta investigação, as variáveis foram agrupadas de acordo com as hipóteses formuladas, tendo em consideração a classificação proposta por Maroco (2010).

Desta forma, para as hipóteses 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 constituíram-se as seguintes variáveis:

Variáveis independentes:

- Género: variável que assume as qualidades de masculino (0) ou feminino (1).
- Idade dos adolescentes: valor expresso em anos na resposta à questão do Questionário Sociodemográfico (QS) – idade do adolescente no momento da recolha de dados. Na análise dos dados, codificou-se a idade dos adolescentes de acordo com as fases da adolescência propostas pela OMS (1986), conceptualiza em: adolescência inicial [10A-14A11M] (1), adolescência média [15A-17A11M] (2) e adolescência final [18A-19A11M] (3);
- Escolaridade: valor expresso em anos na resposta à questão do QS – ano escolar do adolescente no momento da recolha de dados. Nas análises efetuadas, codificou-se a escolaridade dos adolescentes consoante o ciclo de ensino, conceptualizado em: 3º ciclo do ensino básico [7ºano- 9ºano] (1) e ensino secundário [10ºano-12ºano] (2);
- Meio de residência: variável que assume as qualidades de urbano (1) ou rural (2), de acordo com o local da habitação do agregado familiar identificado no QS;
- Consumo atual de álcool: variável que assume as qualidades de bebe (1) ou não bebe (2), de acordo com o consumo atual de álcool do adolescente mencionado na questão 1 (“Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”) do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool (AUDIT).
- Consumo atual de tabaco: variável que assume as qualidades de fuma (1) ou não fuma (2), de acordo com o consumo atual de tabaco do adolescente mencionado no QS.

Variáveis dependentes:

- Memórias precoces de vergonha: operacionalizadas através da pontuação obtida pelo adolescente nas subescalas de vergonha externa e interna e na pontuação total da Escala de Vergonha Interna e Externa (EVEI);
- Memórias das práticas parentais: operacionalizadas através da pontuação obtida pelo adolescente nas dimensões de suporte emocional, rejeição e

sobreproteção, das subescalas pai e mãe da Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais – versão adolescentes (EMBU-A).

Na hipótese 13, as variáveis memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais serão relacionadas entre si, comportando-se como independentes:

- Memórias precoces de vergonha: operacionalizadas através da pontuação obtida pelo adolescente nas subescalas de vergonha externa e interna e na pontuação total da Escala de Vergonha Interna e Externa (EVEI);
- Memórias das práticas parentais: operacionalizadas através da pontuação obtida pelo adolescente nas dimensões de suporte emocional, rejeição e sobreproteção, das subescalas pai e mãe da Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais – versão adolescentes (EMBU-A).

Para testar as hipóteses, 14, 15, 16 e 17 definiram-se as seguintes variáveis:

Variáveis independentes:

- Memórias precoces de vergonha: operacionalizadas através da codificação da pontuação obtida na escala global e subescalas de vergonha interna e externa da EVEI em função da mediana e conceptualizadas em: menos vergonha interna/externa/total [ $x \leq$ mediana] (1); e mais vergonha interna/externa/total [ $x >$ mediana] (2);
- Memórias de práticas parentais: operacionalizadas através da codificação da pontuação obtida nas dimensões de suporte emocional, rejeição e sobreproteção, das subescalas pai e mãe da EMBU-A em função da mediana e conceptualizadas em: menos suporte emocional/sobreproteção/rejeição [ $x \leq$ mediana] (1) e mais suporte emocional/sobreproteção/rejeição [ $x >$ mediana] (2).

Variáveis dependentes:

- Consumo de álcool: valor expresso em pontos – pontuação obtida pelo adolescente no instrumento AUDIT;
- Classificação do consumo de álcool: operacionalizada através da codificação da pontuação obtida no AUDIT de acordo com duas propostas de pontos de corte: versão portuguesa (Cunha, 2002), conceptualizando-se em: consumo de baixo risco/abstinência [0-7 pontos] (1), consumo de risco [8-15 pontos] (2), consumo nocivo [16-19 pontos] (3), provável dependência [20-40 pontos] (4); e pontos de corte sugeridos na literatura para a população adolescente (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2018; Fairlie,

- Sindelar, Eaton, & Spirito, 2006), conceptualizando-se em: consumo de baixo risco/abstinência [0-4 pontos] (1), consumo de risco [4-6 pontos] (2) e provável dependência [ $\geq 7$  pontos] (3);
- Consumo de tabaco: valor expresso em número de cigarros fumados diariamente, de acordo com o preenchimento do QS.
  - Classificação do consumo de tabaco: operacionalizada através da codificação da pontuação obtida no Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND). Conceptualiza-se em: dependência muito baixa [0-2 pontos] (1), dependência baixa [3-4 pontos] (2), dependência média [5 pontos] (3), dependência elevada [6-7 pontos] (4) e dependência muito elevada [8-10 pontos] (5).

## **2.2. Sujeitos: população e amostra**

De acordo com Fortin (2003, p. 202), “uma população é uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”. Não obstante, como nem sempre é viável inquirir todos os elementos da população que se pretende estudar, designadamente quando o número de elementos é muito elevado, constitui-se um subgrupo selecionado para análise (Afonso & Nunes, 2011), composto por “elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 2003, p. 202).

Neste seguimento, face à impossibilidade de se inquirirem todos os adolescentes portugueses para a realização desta investigação, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência constituída por 52 adolescentes de nacionalidade portuguesa, maioritariamente pertencentes a uma associação desportiva.

Os dados e características sociodemográficas e familiares da amostra são apresentados nas Tabelas 1 e 2, evidenciando-se, desde logo, um maior número de adolescentes do género feminino (n=34; 65.4%) comparativamente a adolescentes do género masculino (n=18; 34.6%). No que respeita à idade, a amostra foi composta por adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos (M=14.4  $\pm$  1.81), constatando-se um maior número de sujeitos com 13 anos (amostra total: n=15; 28.8%; masculinos: n=5; 27.8%; femininos: n=10; 29.4%) e menor prevalência de adolescentes com 18 anos (amostra total: n=2; 3.8%; masculinos: n=1; 5.6%; femininos: n=1; 2.9%). De acordo com as fases da adolescência propostas pela OMS (1986), a presente amostra apresentou uma maior prevalência de adolescentes

masculinos e femininos com idades integradas na fase inicial [10A-14A11M] (amostra total: n=29; 55.8%. Masculinos: n=10; 55.6%. Femininos: n=19; 55.9%) seguida dos adolescentes com idades compreendidas na fase média da adolescência [15A-17A11M] (amostra total: n=21; 40.5%. Masculinos: n=7; 38.9%. Femininos: n=14; 41.2%), verificando-se que apenas 2 sujeitos (3.8%) apresentaram idades correspondentes à fase final da adolescência [18A-19A11M] (OMS, 1986).

Os critérios de seleção desta amostra fundamentaram-se na definição de adolescência pela OMS (1986), que integra cronologicamente esta fase entre os 10 e os 19 anos; na faixa etária para a qual os instrumentos de recolha de dados foram validados; e na opção por adolescentes que integrassem o ensino obrigatório. Face à pouca representatividade encontrada para a fase final da adolescência, optou-se por excluir os 2 sujeitos nas análises descritivas e inferenciais que explorassem a influência desta variável, considerando-se, apenas, as fases inicial e média.

Relativamente à escolaridade da amostra, observou-se uma maior prevalência de adolescentes de ambos os géneros a frequentarem o 8º ano (amostra total: n=18; 34.6%. Masculinos: n=6; 33.3%. Femininos: n=12; 35.3%). Por oposição, os anos letivos menos frequentados foram o 9º ano e 12º ano para os adolescentes masculinos (para cada ano n=1; 5.6%) e o 7º ano e 10º anos para os adolescentes femininos (para cada ano n=3; 8.8%). Atendendo ao ciclo de ensino, 55.8% da amostra integrou-se no 3º ciclo do ensino básico, constatando-se uma prevalência semelhante entre adolescentes masculinos (n=10; 55.6%) e femininos (n=19; 55.9%); e 44.2% da amostra integrou-se no ensino secundário, verificando-se, igualmente, prevalência semelhante entre ambos os géneros (masculinos: n=8; 44.4%. Femininos: n=15; 44.1%).

No que se refere ao meio de residência, observou-se uma maior prevalência de adolescentes, tanto masculinos como femininos, a residirem em meio urbano (amostra total: n=31; 59.6%. Masculinos: n=10; 55.6%. Femininos: n=21; 61.8%). Em relação à fratria, é de salientar que a maioria dos adolescentes referiu ter irmãos (amostra total: n=46; 88.5%. Masculinos: n=17; 94.4%. Femininos: n=29; 85.3%).

Tabela 1

Caraterização sociodemográfica da amostra

		Amostra total		Masculinos		Femininos		
		n	%	n	%	n	%	
Género	Feminino	34	65.4					
	Masculino	18	34.6					
	total	52	100					
Idade	12	7	13.5	3	16.7	4	11.8	
	13	15	28.8	5	27.8	10	29.4	
	14	7	13.5	2	11.1	5	14.7	
	15	5	9.6	3	16.7	2	5.9	
	16	9	17.3	2	11.1	7	20.6	
	17	7	13.5	2	11.1	5	14.7	
	18	2	3.8	1	5.6	1	2.9	
	total	52	100	18	100	34	100	
	Fase da adolescência <sup>a</sup>	Média		14.44		14.33		14.5
		Desvio Padrão		1.81		1.87		1.81
Inicial [10A-14A11M]		29	55.8	10	55.6	19	55.9	
Média [15A-17A11M]		21	40.4	7	38.9	14	41.2	
Final [18A-19A]		2	3.8	1	5.6	1	2.9	
total		52	100	18	100	34	100	
Ano letivo	7º	6	11.5	3	16.7	3	8.8	
	8º	18	34.6	6	33.3	12	35.3	
	9º	5	9.6	1	5.6	4	11.8	
	10º	7	13.5	4	22.2	3	8.8	
	11º	10	19.2	3	16.7	7	20.6	
	12º	6	11.5	1	5.6	5	14.7	
	total	52	100	18	100	34	100	
Ciclo de ensino	3º ciclo	29	55.8	10	55.6	19	55.9	
	Secundário	23	44.2	8	44.4	15	44.1	
	total	52	100	18	100	34	100	
Meio de residência	Urbano	31	59.6	10	55.6	21	61.8	
	Rural	21	40.4	8	44.4	13	38.2	
	total	52	100	18	100	34	100	
Fratria	Não	6	11.5	1	5.6	5	14.7	
	Sim	46	88.5	17	94.4	29	85.3	
	total	52	100	18	34.6	34	100	

Na Tabela 2 são apresentados os dados relativos ao contexto sociofamiliar.

Tabela 2

Dados relativos ao contexto sociofamiliar da amostra

		Amostra total		Masculino (adolescentes)		Feminino (adolescentes)	
		n	%	n	%	n	%
Cuidador Principal	Pais	45	86.5	18	100	27	79.4
	Mãe	4	7.7	0	0	4	11.8
	Pai	3	5.8	0	0	3	8.8
	Outros	0	0	0	0	0	0
	total	52	100	18	100	34	79.4
Família (" com quem vives?")	Nuclear	41	78.8	18	100	23	67.6
	Alargada	4	7.7	0	0	4	11.8
	Reconstituída	1	1.9	0	0	1	2.9
	Monoparental	6	11.5	0	0	6	17.6
total	52	100	18	100	34	100	
Estado Civil do cuidador principal	Solteiro/a	1	1.9	0	0	1	2.9
	Casados/juntos	45	86.5	18	100	27	79.4
	Divorciados/Separados	5	9.6	0	0	5	14.7
	Viúvo/a	1	1.9	0	0	1	2.9
total	52	100	18	100	34	100	
Escolaridade pai /cuidador	1ºciclo	1	2.1	1	5.6	0	0
	2ºciclo	2	4.2	0	0	2	6.7
	3ºciclo	8	16.7	3	16.7	5	16.7
	Secundário	21	43.8	6	33.3	15	50.0
	Licenciatura	11	22.9	6	33.3	5	16.7
	Mestrado	4	8.3	2	11.1	2	6.7
	Doutoramento	1	2.1	0	0	1	3.3
	total	48	100	18	100	30	100
Escolaridade mãe /cuidadora	1ºciclo	0	0	0	0	0	0
	2ºciclo	1	2.0	1	5.6	0	0
	3ºciclo	8	16.3	4	22.2	4	12.9
	Secundário	11	22.4	3	16.7	8	25.8
	Licenciatura	23	46.9	9	50.0	14	45.2
	Mestrado	5	10.2	1	5.6	4	12.9
	Doutoramento	1	2.0	0	0	1	3.2
	total	49	100	18	100	31	100
Situação Profissional Do pai/ cuidador	Empregado	42	87.5	14	77.8	28	93.3
	Desempregado	3	6.3	3	16.7	0	0
	Reformado	3	6.3	1	5.6	2	6.7
	Doméstico	0	0	0	0	0	0
	total	48	100	18	100	30	100
Situação Profissional Da mãe/ cuidadora	Empregado	44	89.8	16	88.9	28	90.3
	Desempregado	2	4.1	1	5.6	1	3.2
	Reformado	0	0	0	0	0	0
	Doméstico	3	6.1	1	5.6	2	6.5
	total	49	100	18	100	31	100

Neste âmbito, importa referir que, quer na amostra total, quer nas subamostras por género, verificou-se que a maioria dos adolescentes mencionou ter a mãe e o pai como cuidadores principais (amostra total: n=45; 86.5%) e viver com a família nuclear (n=41; 78.8%). A este propósito, é de salientar que todos os adolescentes do género masculino (n=18; 100%) apresentaram estas características e que 20.6% (n=7) adolescentes do género feminino referiram ter como principal cuidador apenas a mãe (n=4; 11.8%) ou o pai (n=3; 8.8%). Destas adolescentes, 17.6% (n=6) vive em família monoparental e apenas 2.9% (n=1) em família reconstituída. Ainda neste âmbito, é de referir que a maioria dos cuidadores é casada ou vive junta (amostra total: n=45; 86.5%), sendo que apenas para as adolescentes femininas observaram-se cuidadores solteiros (n=1; 2.9%), divorciados (n=5; 14.7%) ou viúvos (n=1; 2.9%).

No que respeita às habilitações académicas dos cuidadores, verificou-se que o nível de escolaridade mais frequente nos pais foi o ensino secundário (n= 21; 43.8%), seguido da licenciatura (n=11; 22.9%). Para as mães, esta situação inverteu-se, observando-se maior prevalência de cuidadoras com licenciatura (n=23; 46.9%), seguida do ensino secundário (n=11; 22.4%). Para além disso, constatou-se que a maioria dos cuidadores encontrava-se empregada no momento da recolha de dados (pai: n=42; 87.5%; mãe: n=44; 89.8%), verificando-se que 6.3% (n=3) dos pais e 4.1% (n=2) das mães estavam desempregados, 6.3% (n=3) dos pais encontravam-se reformados e 6.1% (n=3) das mães eram domésticas.

### **2.3. Instrumentos**

Na presente investigação, utilizaram-se cinco instrumentos de autorrelato para recolher dados sobre as variáveis em estudo, designadamente: a EVEI (Ferreira, Moura-Ramos, Matos, & Galhardo, 2018), que teve o propósito de recolher medidas de vergonha; a EMBU-A (Gerlsma, Arrindell, Van der Veen, & Emmelkamp, 1991; versão portuguesa para adolescentes de Lacerda, 2005), utilizada para avaliar a perceção dos adolescentes relativamente às práticas parentais durante a infância e adolescência; o AUDIT (OMS, 1989; versão portuguesa de Cunha, 2002), destinado a avaliar a perceção dos sujeitos em relação ao seu consumo de álcool; o FTND (Heatheron et al., 1991, cit. por Ferreira, Quintal, Lopes, & Taveira, 2009; versão portuguesa de Ferreira et al., 2009), utilizado para avaliar a perceção dos adolescentes relativamente ao seu consumo de tabaco; e um questionário sociodemográfico (QS) (Anexo A), elaborado pela autora desta investigação com o intuito de recolher informações no âmbito das variáveis sociodemográficas em estudo

e de obter dados complementares relativos aos consumos, não contemplados nos outros instrumentos.

### 2.3.1. Escala de Vergonha Externa e Interna (EVEI)

A EVEI é um instrumento de autorresposta que se fundamentou no modelo biopsicossocial evolutivo da vergonha (Gilbert, 2002, 2007) e em evidências clínicas, permitindo avaliar o sentimento global de vergonha nos indivíduos, bem como as suas dimensões externa e interna (Ferreira et al., 2018).

Neste seguimento, o instrumento é composto por duas subescalas, correspondentes a estas duas dimensões específicas da vergonha: a subescala de vergonha externa e a subescala vergonha interna. Por sua vez, os itens que integram cada subescala refletem quatro domínios centrais presentes em ambas as dimensões da vergonha: inferioridade, exclusão, vazio e criticismo. Assim, foram gerados dois itens para cada um destes domínios, num total de 8 itens para a subescala da vergonha interna (itens 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12 e 14) e 8 itens para a subescala da vergonha (itens 1, 4, 5, 7, 8, 13, 15 e 16). Deste modo, a EVEI apresenta um total de 16 itens, que deverão ser classificados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 - Nunca; 1 - Raramente; 2 - Algumas vezes; 3 - Frequentemente; 4 - Sempre), de acordo com a frequência com que os indivíduos vivenciaram a experiência de vergonha descrita no enunciado.

O nível de vergonha interna e externa é dado pelo somatório da pontuação dos itens que integram cada subescala e a vergonha global é obtido pelo somatório de todos os itens do instrumento.

A EVEI foi validada numa amostra da comunidade composta por 190 sujeitos com idades compreendidas entre 18 e 54 anos, tendo apresentado boas propriedades psicométricas. Relativamente à consistência interna, verificou-se um alfa de *Cronbach* de .91 para a subescala de vergonha externa, um alfa de *Cronbach* de .86 para a subescala de vergonha interna e um alfa de *Cronbach* de .93 para a escala total. Para além disso, a pontuação global da EVEI e a das duas dimensões tiveram correlações altas com outros instrumentos que avaliam construtos semelhantes.

A escolha desta escala para a presente investigação fundamentou-se na sua brevidade, robustez e validade, bem como pelo facto de se tratar do primeiro instrumento que avalia ambas as dimensões da vergonha (Ferreira et al., 2018). A EVEI será brevemente publicada e os seus autores não encontraram constrangimentos na aplicação junto da população adolescente, tendo inclusivamente

demonstrado interesse em utilizar os dados da presente investigação para possível estudo do comportamento da EVEI nesta faixa etária.

Deverá ser igualmente notado que se considerou que este instrumento poderia fornecer dados válidos referentes às memórias de vergonha uma vez que a revisão da literatura tem enfatizado que memórias precoces de vergonha estão associadas aos sentimentos atuais de vergonha interna e externa (Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Oliveira et al., 2015).

Neste seguimento, foi realizado um pedido de autorização para a utilização da EVEI (Anexo B), tendo o mesmo sido prontamente aceite pelos autores.

### 2.3.2. Alcohol Use Disorders Identification Test /Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool (AUDIT)

O AUDIT é um instrumento desenvolvido pela OMS para o rastreio do consumo excessivo de álcool (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente, & Grant, 1993). É composto por 10 questões que incidem sobre o uso recente de álcool, problemas relacionados com o álcool e sintomas de dependência. Foi concebido para ser aplicado ao nível dos cuidados primários e pode assumir a forma de entrevista ou de questionário de autorresposta. Foi validado em seis países, assumindo-se como o primeiro teste de triagem internacional que identifica o uso de álcool perigoso e prejudicial, bem como possível dependência (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Para além da versão integral do AUDIT, existe uma versão reduzida do instrumento, o AUDIT-C. Esta versão é composta pelas três primeiras questões do instrumento original e foi criada com o intuito de reduzir o tempo de identificação de indivíduos com consumo excessivo de álcool (Raistrick, Heather, & Godfrey, 2006).

A versão portuguesa do AUDIT foi validada por Cunha (2002) e, à semelhança da original, é composta por 10 questões que deverão ser respondidas mediante uma escala de *Likert* de 5 pontos (0 – “nunca” ou “não”; 1 – “uma vez por mês ou menos” ou “3 ou 4”; 2 – “2 a 4 vezes por mês” ou “5 ou 6” ou “sim, mas não nos últimos 12 meses”; 3 – “2 a 3 vezes por semana” ou “7 a 9”; 4 – “4 ou mais vezes por semana” ou “10 ou mais” ou “sim, aconteceu nos últimos 12 meses”), de acordo com a frequência do comportamento descrito. A pontuação obtida no instrumento é dada pelo somatório das respostas e correlaciona dimensões associadas às consequências das bebidas, atitudes com consumos e vulnerabilidade para a dependência alcoólica (Martins, 2013). Neste seguimento, o *score* total varia entre 0 e 40 pontos e é classificado em abstinência ou consumo de baixo risco – pontuações entre 0 e 7 pontos; consumo de risco – pontuações entre 8 e 15 pontos; consumo nocivo –

pontuações entre 16 e 19; e provável dependência de álcool – pontuações entre 20 e 40 pontos (Anderson, Gual, & Colom, 2005). A este propósito, é de notar que a versão portuguesa do AUDIT apresentou uma sensibilidade de 92% e uma especificidade de 94% para um ponto de corte de 8 pontos na deteção de consumos de risco. Relativamente à consistência interna, apresentou um alfa de *Cronbach* de .72.

A opção por este instrumento deve-se à sua validade internacional, brevidade e fácil aplicação (Babor et al., 2001), salientando-se o facto de já ter sido amplamente utilizado em população adolescente. Neste sentido, a revisão da literatura evidenciou a utilização de pontuações de corte inferiores à dos adultos, designadamente a pontuação de 4, para a classificação de consumos de risco (Chung et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018) e de 7 pontos para provável dependência de álcool (Coulton et al., 2018). Face à escassez de instrumentos validados para adolescentes portugueses no âmbito do consumo de álcool e atendo à validação internacional do AUDIT junto desta população, considerou-se a sua utilização viável para este estudo, tendo-se também considerado as pontuações de corte propostas para a adolescência.

Deverá ser salientado que o AUDIT encontra-se disponível e de acesso universal na página eletrónica da OMS e do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), entre outras. Não obstante, realizou-se pedido de autorização junto do SICAD (Anexo C) que aceitou prontamente e apresentou interesse em conhecer os resultados da presente investigação.

### 2.3.3. Fagerström Test for Nicotine Dependence/Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina (FTND)

O FTND foi revisto da versão original do Questionário Fagerström de Tolerância (Fagerström, 1978, cit. por Ferreira et al., 2009) e é um questionário que pretende avaliar o grau de dependência tabágica. É composto por seis questões, cada uma com 2 a 4 opções de resposta que são pontuadas de 0 a 3 pontos. O resultado total é obtido através do somatório das respostas dadas, variando entre 0 e 10 pontos. Esta pontuação é classificada em cinco níveis, de acordo com a dependência à nicotina: 0 a 2 pontos – muito baixa; 3 a 4 pontos – baixa; 5 pontos – média; 6 a 7 pontos – elevada; e 8 a 10 pontos – muito elevada.

A versão portuguesa do FTND foi validada por Ferreira e colaboradores (2009), numa amostra de 264 indivíduos com idades compreendidas entre 17 e 78 anos. Os autores verificaram valores fracos de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008), tendo obtido um alfa de *Cronbach* de .66. No entanto, este valor foi superior ao

verificado na versão original e semelhante aos encontrados noutros estudos (Ferreira et al., 2009).

A opção por este instrumento teve por base a sua validação e aplicação em população adolescente (Herz et al., 2017; Mathew et al., 2014) e a constatação da escassez de outros instrumentos validados no panorama nacional que avaliassem o consumo de tabaco nesta população (Ferreira et al., 2009). Atendendo a que o preenchimento deste instrumento implica que o sujeito seja fumador, incluíram-se outras questões sobre hábitos de consumo de tabaco no QS.

Desta forma, realizou-se um pedido de autorização para a utilização do FTND (Anexo D), tendo o mesmo sido aceite pelos autores.

#### 2.3.4. Escala de Lembranças sobre práticas parentais – versão adolescentes (EMBU-A)

Para avaliar as memórias das práticas parentais recorreu-se à EMBU-A, um instrumento de autorresposta que avalia a perceção dos adolescentes relativamente às práticas educativas parentais durante a infância e adolescência. O questionário original, EMBU, deriva das iniciais da autora Egnä Minnen av Beträffande Uppfostram (Perris, Jacobsson, Lindstrom, Von Knorring & Perris, 1998, cit. por Lacerda, 2005) e é dirigido a indivíduos adultos. Era inicialmente composto por 81 questões agrupadas em 14 dimensões correspondentes a 14 tipos de práticas educativas. Após a sua validação em vários países, foi reduzido para 64 itens, agrupados em três dimensões: Rejeição, Suporte Emocional, Sobreproteção (Conceição, 2012). A partir do instrumento original, foram igualmente realizadas uma versão reduzida, constituída por 23 itens (Arrindel et al., 1994, cit. por Lacerda, 2005), traduzida e validada para a população adulta portuguesa por Canavarro (1996) [EMBU Memórias de Infância]; e uma versão para adolescentes (Gerlsma, Arrindell, Van der Veen & Emmelkamp, 1991), traduzida e validada por Lacerda (2005) numa amostra de 113 adolescentes portugueses entre os 12 e os 17 anos.

A versão portuguesa da EMBU-A é composta por 48 itens que, à semelhança da versão original da EMBU-A, também se agrupam em três dimensões:

Suporte emocional – definido por comportamentos parentais de afeto e apoio emocional que geram nos filhos a sensação de conforto, aprovação e valorização, incluindo encorajamento, ajuda, compreensão, expressão verbal e física de amor e carinho (Conceição, 2012; Lacerda, 2005);

Sobreproteção – relacionada com comportamentos parentais intrusivos e de proteção excessiva (Canavarro, 1999, cit. por Kobarg et al., 2010), incluindo a

imposição de regras e normas, o desencorajamento da independência e a manifestação de expectativas elevadas, designadamente na escola (Conceição, 2012; Lacerda, 2005);

Rejeição – correspondente às práticas parentais que visam modificar a vontade e o comportamento dos filhos e que é sentida por este como uma rejeição de si próprio. Inclui o uso de castigos físicos, a privação de privilégios e a falta de consideração do ponto de vista do filho (Conceição, 2012; Lacerda, 2005).

A versão portuguesa para adolescentes também recorre a uma escala de tipo *Likert* de 4 pontos (1 – “Não, nunca”; 2 – “Sim, ocasionalmente”; 3 – “Sim, frequentemente”; 4 – “Sim, a maior parte do tempo”) para responder aos itens. No entanto, contrariamente à versão original da EMBU-A, que apresenta dimensões compostas pelos mesmos itens para ambos os pais, na versão portuguesa os itens que integram cada dimensão variam para o pai e para a mãe, sugerindo uma diferença cultural na forma como os adolescentes percecionam as práticas parentais (Lacerda, 2005).

A versão portuguesa da EMBU-A apresentou valores de consistência interna superiores à versão original, com valores do alfa de *Cronbach* a variar entre os .73 e os .94. (Lacerda, 2005).

A opção por este instrumento fundamentou-se na sua validade internacional, salientando-se o facto de já ter sido utilizado em população adolescente internacional (Meesters et al., 2017; Pantoja et al., 2014) e nacional (Conceição, 2012; Lacerda, 2005). Para além disso, este instrumento é de fácil aplicação, permitindo aceder a aspectos das interações e das relações entre pais e filhos que ocorrem pouco frequentemente ou que são difíceis de observar e interpretar sem informação dos próprios (Canavarro & Pereira, 2007).

Neste seguimento, realizou-se um pedido de autorização para a utilização da EMBU-A (Anexo E), tendo o mesmo sido aceite pela autora.

Deverá ser ainda notado que se encontrou uma segunda adaptação da EMBU-A para adolescentes portuguesas, realizada por Conceição (2012) e baseada na versão original de Lacerda (2005). Esta versão é composta pelos mesmos 48 itens que se agrupam nas três dimensões anteriormente mencionadas. Contudo, os itens que integram cada dimensão são diferentes para o pai e para a mãe relativamente ao estudo de Lacerda (2005). Para se seleccionar a versão a ser usada no presente estudo, decidiu-se fazer a recolha dos dados com o a versão portuguesa original da EMBU-A (Lacerda, 2005), comparando-se posteriormente os valores de consistência interna obtidos na amostra de acordo com a distribuição de itens proposta pelas duas autoras.

### 2.3.5. Questionário Sociodemográfico (QS)

De acordo com Fortin (2003, p.249), um questionário é “um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis”. Neste seguimento, o QS (Anexo A) foi elaborado especificamente para a presente investigação e teve como objetivos:

- A obtenção de dados sociodemográficos e de elementos que permitissem uma breve caracterização do contexto sociofamiliar dos adolescentes;

- A caracterização de alguns hábitos de consumo não contemplados no AUDIT e FTND, designadamente: a identificação do consumo de álcool e de tabaco previamente ao momento da recolha de dados (questões “Alguma vez fumaste?” e “Alguma vez bebeste uma bebida alcoólica?”); a idade do primeiro consumo de álcool e de tabaco, caso tenha ocorrido; e a frequência atual de consumo de tabaco.

O QS iniciou-se com uma breve introdução, na qual se apresentaram os objetivos da investigação e salientou-se o anonimato, a confidencialidade dos dados e o carácter voluntário da participação. Seguidamente, explicitou-se o modo de preenchimento dos itens a serem respondidos. Face aos objetivos definidos, estruturou-se o QS em duas partes distintas, ambas compostas por questões fechadas.

Neste seguimento, a primeira parte do questionário incidiu sobre os dados sociodemográficos e familiares do adolescente, sendo inquirida a idade, género, escolaridade, fratria, local da residência (rural ou urbano), identificação dos principais cuidadores (pais, mãe, pai, avós, avô, avó ou outros), bem como do seu estado civil (solteiro/a, casados/vivem juntos, divorciados/separados, viúvo/a), nível de escolaridade (sem escolaridade, 1º ciclo do ensino básico, 2º ciclo do ensino básico, 3º ciclo do ensino básico, ensino secundário, bacharelato/licenciatura, mestrado, doutoramento), situação profissional (empregado, desempregado, reformado, doméstico), profissão atual e composição do agregado familiar (pai, mãe, padrasto/companheiro da mãe, madrastra/companheira do pai, irmão(s)/irmã(s), avô, avó, outros).

Na segunda parte do QS, pretendeu-se caracterizar alguns hábitos de consumo de álcool e de tabaco e selecionar os participantes que deveriam preencher os instrumentos AUDIT e FTND. Deste modo, na questão “Com que frequência fumas atualmente?” explicitou-se que apenas os adolescentes que seleccionassem as opções “Fumo vários dias por semana” ou “Fumo diariamente” deveriam preencher o FTND. Da mesma forma, na questão “Alguma vez bebeste uma bebida alcoólica?”, clarificou-

se que apenas os adolescentes que selecionassem a opção “sim” deveriam preencher o AUDIT.

O QS teve um tempo de preenchimento de, aproximadamente, 5 minutos.

#### **2.4. Procedimentos**

Para este estudo foi realizado um conjunto de procedimentos estruturados em três etapas distintas: pedidos de autorização a estabelecimentos de ensino e associações desportivas e culturais, autorização dos encarregados de educação e recolha de dados. Assim, realizou-se um primeiro contacto telefónico junto de um estabelecimento escolar privado situado na zona centro, que aceitou prontamente em colaborar, tendo-se seguidamente enviado carta por correio eletrónico com a apresentação da investigação, dos seus objetivos e do pedido de colaboração. No entanto, esta colaboração acabou por não ser viável, uma vez que este estabelecimento mudou a sua decisão, tendo informado por correio eletrónico da sua impossibilidade em manter a colaboração em maio de 2018. Neste seguimento, contactou-se presencialmente novo estabelecimento escolar, público, na zona centro, que aceitou colaborar com este projeto de investigação. Neste sentido, enviou-se carta por correio eletrónico com a apresentação da investigação, dos seus objetivos e do pedido de colaboração, tendo-se reunido com o diretor do estabelecimento e apontado o início do ano letivo 2018/2019 para a recolha de dados. Não obstante, esta colaboração também não foi viável já que, no final de outubro de 2018, a direção do estabelecimento decidiu requerer primeiramente autorização à Direção Geral de Educação, conduzindo a um adiamento indefinido da recolha de dados.

Desta forma, contactou-se telefonicamente uma associação desportiva e uma associação cultural da zona centro, tendo ambas aceite colaborar. Como tal, enviaram-se cartas por correio eletrónico com a apresentação da investigação, dos seus objetivos e do pedido de colaboração (Anexos F e G), tendo-se seguidamente enviado o consentimento informado aos encarregados de educação dos adolescentes, no qual se solicitava a autorização para a participação dos educandos no estudo (Anexo H). Após a obtenção desta autorização, agendou-se a recolha de dados na associação desportiva, tendo a mesma decorrida durante o mês de dezembro de 2018. Relativamente à associação cultural, só foi possível agendar a recolha para fevereiro/março de 2019, o que inviabilizou a integração dos adolescentes na amostra deste estudo.

Deverá ser igualmente notado que, para além dos adolescentes que integravam a associação desportiva, foi possível incluir na amostra outros

adolescentes que, voluntariamente, quiseram participar e cujos encarregados de educação tomaram conhecimento deste estudo e deram a sua autorização. A todos os participantes foi garantido anonimato e confidencialidade no estudo.

## 2.5. Técnicas estatísticas e grau de confiança

Para a análise e tratamento dos dados, recorreu-se ao programa *IBM SPSS* (versão 25). Para os procedimentos estatísticos, considerou-se o grau de confiança de 95%, valor de referência habitualmente utilizado em ciências sociais e humanas, adotando-se, como tal, o nível de significância  $p \leq .05$  (Tuckman, 2000).

Neste seguimento, determinaram-se primeiramente as análises descritivas, designadamente as medidas de tendência central e as medidas de dispersão, frequências e percentagens em função das características das variáveis.

Seguidamente, realizou-se uma análise preliminar dos dados, explorando-se a normalidade e homocedasticidade das variáveis através dos testes Teste Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk e Teste de Levene, por forma a se determinarem o tipo de técnicas a serem adotadas nas análises inferenciais. Ainda que a amostra tenha sido composta por mais de 50 sujeitos ( $n=52$ ), não se verificou uma distribuição normal dos dados e homogeneidade de variâncias, tendo-se adotado técnicas não paramétricas, designadamente os testes de *Mann-Whitney* e o Teste de *Kruskal-Wallis*. Estas técnicas tiveram como objetivo realizar as análises de comparação de grupos.

Para explorar a relação entre as memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais utilizaram-se correlações não paramétricas, atendendo, mais uma vez, ao não cumprimento dos pressupostos necessários à utilização de técnicas paramétricas. Os dados obtidos foram analisados de acordo com a convenção proposta por Pestana e Gageiro (2008). Desta forma, um valor *rho* menor que .20 foi considerado indicador de uma correlação muito baixa; entre .20 e .39 de uma correlação baixa; entre .40 e .69 de uma correlação moderada; entre .70 e .89 de uma correlação alta; e maior que .90 de uma correlação muito alta.

A consistência interna dos instrumentos utilizados foi avaliada com recurso ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, tendo-se analisado os valores obtidos de acordo com os índices propostos por Pestana e Gageiro (2008): um alfa inferior a .60 indicou uma consistência interna inadmissível; entre .60 e .70 uma consistência interna fraca; entre .70 e .80 uma consistência interna razoável; entre .80 e .90 uma consistência interna boa; e superior a .90 uma consistência interna muito boa.

### 3. Resultados

#### 3.1. Valores de fiabilidade ( $\alpha$ de *Cronbach*)

Previamente às análises para teste das hipóteses, calculou-se o índice de fiabilidade ( $\alpha$  de *Cronbach*) para todas as escalas utilizadas. Os valores obtidos são apresentados na Tabela 3, tendo sido considerados satisfatórios e próximos dos verificados pelos autores das versões portuguesas dos instrumentos.

Tabela 3

Valor de fiabilidade ( $\alpha$  de *Cronbach*) para os instrumentos utilizados

		alfa de <i>Cronbach</i>	nº de itens	alfa de <i>Cronbach</i>	nº de itens	alfa de <i>Cronbach</i>	nº de itens
EMBU-A		Suporte emocional		Sobreproteção		Rejeição	
Lacerda (2005)	Pai	.94	27	.73	6	.88	15
	Mãe	.87	20	.74	11	.80	17
Presente estudo	Pai	.89	27	.717	6	.911	15
	Mãe	.926	20	.705	11	.891	17
EVEI		Vergonha interna		Vergonha externa		Vergonha global	
Ferreira e colaboradores (2018)		.86	8	.91	8	.93	16
Presente estudo		.923	8	.919	8	.955	16
AUDIT		Pontuação Global					
Cunha (2002)		.72	10				
Presente estudo		.851	10				
FTND		Pontuação Global					
Ferreira e colaboradores (2009)		.66	6				
Presente estudo		.619	6				

Relativamente à escala EMBU-A verificou-se que a distribuição de itens proposta por Conceição (2012) resultava em valores de alfa de *Cronbach* fracos (Pestana & Gajeiro, 2008) em duas das dimensões do instrumento, enquanto que, para a versão de Lacerda (2005) os valores de alfa de *Cronbach* variaram entre razoáveis e muito bons para as mesmas dimensões (Anexo I). Como tal, optou-se por utilizar a versão desta autora na presente investigação, tendo-se obtido valores do alfa entre .705, indicador de consistência interna razoável e .926, indicador de consistência interna muito boa.

Relativamente à escala EVEI, é de salientar que se obtiveram valores de consistência interna superiores aos encontrados pelos autores, verificando-se valores de alfa entre .919 e .955, reveladores de consistência interna muito boa. No que respeita ao AUDIT, também se obteve um valor de alfa superior ao encontrado pelos autores da versão portuguesa, obtendo-se um alfa de .851, indicativo de consistência interna boa.

Finalmente, verificou-se um valor de alfa de .619 para a escala FTND, ligeiramente inferior ao encontrado pelos autores, mas igualmente indicador de consistência interna fraca. A este propósito, deverá ser notado que apenas 6 sujeitos da presente amostra preencheram este instrumento. Para além disso, importa referir que os próprios autores da versão portuguesa do FTND referem a possibilidade de ter de se desenvolver outro questionário mais de acordo com as definições atuais da dependência tabágica (Ferreira et al., 2009).

## **3.2. Análise Descritiva**

### **3.2.1. EMBU-A**

Com vista a caracterizar os resultados da EMBU-A de acordo com as variáveis sociodemográficas em estudo, recorreu-se à estatística descritiva para se calcularem as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) da presente amostra. Seguidamente, e sempre que possível, compararam-se os resultados com os obtidos por Lacerda (2005).

#### **3.2.1.1. EMBU-A – população total**

No que respeita aos resultados globais da EMBU-A (Tabela 4), observou-se que presente estudo apresentou uma pontuação média superior à verificada por Lacerda (2005) em todas as dimensões das subescalas paterna e materna. O mesmo é dizer que os adolescentes da presente amostra perceberam, em média, não só mais suporte emocional (pai:  $M=3.17$ ,  $DP=.45$  >  $M=2.31$ ,  $DP=.60$ ; mãe:  $M=3.41$ ,  $DP=.52$  >  $M=2.51$ ,  $DP=.46$ ), como também mais sobreproteção (pai:  $M=1.95$ ,  $DP=.56$  >  $M=1.40$ ,  $DP=.47$ ; mãe:  $M=2.17$ ,  $DP=.46$  >  $M=1.54$ ,  $DP=.46$ ) e mais rejeição (pai:  $M=1.40$ ,  $DP=.47$  >  $M=.43$ ,  $DP=.47$ ; mãe:  $M=1.70$ ,  $DP=.43$  >  $M=.41$ ,  $DP=.38$ ) quer por parte do pai, quer da mãe. Para além disso, e à semelhança do que a autora da versão portuguesa constatou, também para a presente investigação o suporte emocional foi a dimensão que apresentou com a maior pontuação média em ambos os pais, enquanto que a rejeição apresentou a menor pontuação, igualmente em ambos

os pais. Deverá ser igualmente notado que, neste estudo, verificou-se que a subescala da mãe apresentou pontuações médias globais superiores às do pai em todas as dimensões, o que vai parcialmente ao encontro do observado por Lacerda (2005), que constatou resultados semelhantes, exceto para a dimensão de rejeição materna, que apresentou pontuações menores que a dimensão de rejeição paterna.

Tabela 4

*Comparação das medidas de dispersão relativas à EMBU-A entre o presente estudo e no estudo de Lacerda (2005)*

Subescalas	M(DP)*	M(DP)
<b>EMBU-A</b>		
<b>PAI</b>		
Suporte emocional	2.31 (.60)	3.17 (.45)
Sobreproteção	1.40 (.47)	1.95 (.56)
Rejeição	.43 (.47)	1.40 (.47)
<b>MÃE</b>		
Suporte emocional	2.51(.46)	3.41(.52)
Sobreproteção	1.54(.46)	2.17 (.46)
Rejeição	.41 (.38 )	1.70 (.43)

\* Valores obtidos no estudo de Lacerda (2005).

### 3.2.1.2. EMBU-A em função do género

Em relação às pontuações obtidas de acordo com o género da amostra (Tabela 5), é de notar que, tal como observado anteriormente, no presente estudo verificou-se uma pontuação média superior à verificada por Lacerda (2005) em todas as dimensões das subescalas paterna e materna, quer para os adolescentes femininos, quer masculinos.

Para além disso, e indo ao encontro da investigação de Lacerda (2005), também os nossos resultados evidenciaram que os adolescentes masculinos e femininos obtiveram pontuação média superior na dimensão de suporte emocional paterno e materno, enquanto que a rejeição parental apresentou a menor pontuação, igualmente em ambos os géneros. Mais se acrescenta que verificou-se em ambos os estudos que os adolescentes masculinos atribuíram pontuações médias superiores na dimensão de rejeição paterna e materna comparativamente aos adolescentes femininos.

No entanto, enquanto que para o presente estudo as adolescentes femininas atribuíram pontuações médias superiores nas dimensões de suporte emocional e sobreproteção paternas e maternas comparativamente aos adolescentes masculinos,

no estudo de Lacerda (2005) tal não se verificou, observando-se pontuações médias mais próximas atribuídas pelos dois géneros e relato de mais suporte emocional paterno e sobreproteção materna pelos adolescentes masculinos.

Tabela 5  
Média e desvio padrão na EMBU-A em função do género

	Feminino (n=150) M(DP)*	Masculino (n=113) M(DP)*	Feminino (n=34) M(DP)	Masculino (n=18) M(DP)
<b>PAI</b>				
Suporte emocional	2.29 (.61)	2.35 (.58)	3.26 (.37)	3.03 (.54)
Sobreproteção	1.41 (.46)	1.38 (.49)	1.99 (.57)	1.88 (.55)
Rejeição	.42 (.42)	.45 (.54)	1.38 (.42)	1.45 (.56)
<b>MÃE</b>				
Suporte emocional	2.51 (.47)	2.51 (.45)	3.48 (.51)	3.30 (.54)
Sobreproteção	1.52 (.47)	1.57 (.44)	2.21 (.42)	2.10 (.53)
Rejeição	.38 (.30)	.45 (.46)	1.67 (.41)	1.74 (.48)

\* Valores obtidos no estudo de Lacerda (2005), numa amostra total de 263 sujeitos.

### 3.2.1.3. EMBU-A em função da fase da adolescência

Na análise dos resultados da EMBU-A mediante a divisão das fases da adolescência (OMS, 1986) (Tabela 6), optou-se por excluir a fase da adolescência final (18A-19A11M), atendendo ao número reduzido de sujeitos que a integravam (n=2).

Neste seguimento, verificou-se que na adolescência inicial (10A-14A11M) os adolescentes perceberam, em média, mais suporte emocional por parte de ambos os pais (pai: M=3.27; DP=.49. Mãe: M=3.49; DP=.52), menos rejeição paterna, (M=3.27; DP=.49) e mais sobreproteção materna (M=2.21; DP=.33) comparativamente aos adolescentes da fase média.

Em contrapartida, os adolescentes que integraram a fase média da adolescência (15A-17A11M) obtiveram menor pontuação média na dimensão de suporte emocional paterno (M=3.00; DP=.34) e materno (M=3.28; DP=.53), acompanhada por pontuação média mais elevada de rejeição paterna (M=1.46; DP=.59) e materna (M=1.71; DP=.51) e de sobreproteção paterna (M=2.11; DP=.70). O mesmo é dizer que, do ponto de vista da análise descritiva, a fase inicial da adolescência parece ser acompanhada, em média, da perceção de mais calor e

suporte emocional de ambos os pais, bem como de mais sobreproteção materna, enquanto que na fase média da adolescência ocorre, em média, maior percepção de rejeição por ambos os pais e maior percepção de sobreproteção paterna.

Tabela 6

*Média e desvio-padrão da EMBU-A em função das fases da adolescência*

Subescalas EMBU-A	Fases da adolescência					
	Inicial (10-14)			Média (15-17)		
	M(DP)	Mínimo	Máximo	M(DP)	Mínimo	Máximo
<b>PAI</b>						
Suporte emocional	3.27 (.49)	1.52	3.78	3.00 (.34)	2.22	3.56
Sobreproteção	1.87 (.42)	1.33	2.83	2.11 (.70)	1.33	2.33
Rejeição	1.38 (.41)	1.00	2.53	1.46 (.59)	1.00	3.13
<b>MÃE</b>						
Suporte emocional	3.49 (.52)	2.10	4.00	3.28 (.53)	2.25	4.00
Sobreproteção	2.21 (.33)	1.73	3.00	2.13 (.61)	1.36	3.73
Rejeição	1.70 (.39)	1.35	3.00	1.71 (.51)	1.30	3.18

#### 3.2.1.4. EMBU-A em função do ciclo de ensino

No que respeita à análise descritiva dos resultados da EMBU-A mediante o ciclo de ensino (Tabela 7), verificou-se que no 3º ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano), os adolescentes perceberam, em média, mais suporte emocional por parte de ambos os pais, tendo obtido uma pontuação média mais elevada nesta dimensão para as duas subescalas do instrumento (pai: M=3.27; DP=.49. Mãe: M=3.50; DP=.53); menos sobreproteção paterna (M=1.87; DP=.43); mais sobreproteção materna (M=2.21; DP=.33); e menos pontuação na dimensão de rejeição paterna (M=1.38; DP=.41).

Em contrapartida, os adolescentes que integraram o ensino secundário (10º a 12º ano) obtiveram menor pontuação média na dimensão de suporte emocional paterno (M=3.05; DP=.37) e materno (M=3.32; DP=.53), acompanhada por maior pontuação média de sobreproteção paterna (M=2.06, DP=.69), menor pontuação média de sobreproteção materna (M=2.13; DP=.59) e maior pontuação média de rejeição paterna (M=1.44; DP=.57).

Deverá notar-se que a rejeição materna apresentou pontuações médias semelhantes para ambos os ciclos de ensino (3º ciclo: M=1.70; DP=.39. Secundário: M=1.70; DP=.50).

Tabela 7

*Média e desvio-padrão da EMBU-A em função do ciclo de ensino*

Subescalas EMBU-A	Ciclo de ensino					
	3º ciclo (7º-9ºano)			Ensino Secundário (10º-12ºano)		
	M(DP)	Mínimo	Máximo	M(DP)	Mínimo	Máximo
PAI						
Suporte emocional	3.27 (.49)	1.52	3.78	3.05 (.37)	2.22	3.78
Sobreproteção	1.87 (.43)	1.33	2.83	2.06 (.69)	1.33	3.67
Rejeição	1.38 (.41)	1.00	2.53	1.44 (.57)	1.00	3.13
MÃE						
Suporte emocional	3.50 (.53)	2.10	4.00	3.32 (.53)	2.25	4.00
Sobreproteção	2.21 (.33)	1.73	3.00	2.13 (.59)	1.36	3.72
Rejeição	1.70 (.39)	1.35	3.00	1.70 (.50)	1.30	3.18

### 3.2.1.5. EMBU-A em função do meio de residência

Relativamente aos resultados obtidos na EMBU-A de acordo com o meio de residência (Tabela 8), é de salientar que, comparativamente aos adolescentes que vivem em meio rural, os adolescentes que residem em meio urbano obtiveram, em média, pontuações inferiores na dimensão de suporte emocional paterno (M=3.12; DP=.50) e materno (M=3.34; DP=.59) e pontuações médias superiores nas dimensões de sobreproteção paterna (M=1.96; DP=.63) e materna (M=2.19; DP=.50) e de rejeição paterna (M=1.46; DP=.56) e materna (M=1.73; DP=.48). O mesmo é dizer que, do ponto de vista da estatística descritiva, adolescentes que vivem em contexto urbano percecionaram, em média, menos suporte emocional e mais rejeição e sobreproteção por parte de ambos os pais relativamente aos adolescentes que residem em contexto rural.

Tabela 8

*Média e desvio-padrão da EMBU-A em função do meio de residência*

Subescalas EMBU-A	Meio de residência					
	Urbano			Rural		
	M(DP)	Mínimo	Máximo	M(DP)	Mínimo	Máximo
<b>PAI</b>						
Suporte emocional	3.12 (.49)	1.52	3.78	3.05 (.37)	2.22	3.78
Sobreproteção	1.87 (.43)	1.33	3.67	2.06 (.69)	1.33	2.83
Rejeição	1.38 (.41)	1.00	3.18	1.44 (.57)	1.00	2.47
<b>MÃE</b>						
Suporte emocional	3.50 (.53)	2.10	4.00	3.32 (.53)	2.25	4.00
Sobreproteção	2.21 (.33)	1.46	3.73	2.13 (.59)	1.36	3.00
Rejeição	1.70 (.39)	1.35	3.00	1.70 (.50)	1.30	2.78

### 3.2.2. EVEI

À semelhança do procedimento adotado anteriormente, recorreu-se à estatística descritiva para se calcularem as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) da presente amostra no sentido de se caracterizar os resultados da EVEI de acordo com as variáveis sociodemográficas em estudo.

#### 3.2.2.1. EVEI – população total

No que respeita aos resultados globais da EVEI (Tabela 9), observou-se que a pontuação média da vergonha interna foi ligeiramente superior à da vergonha externa.

Tabela 9

*Média e desvio padrão na EVEI de acordo com a amostra total*

Subescalas EVEI	M(DP)	Mínimo	Máximo
Vergonha interna	7.46 (6.60)	0	26.00
Vergonha externa	7.35 (5.80)	0	21.00
Vergonha total	14.80 (11.95)	0	47.00

#### 3.2.2.2. EVEI em função do género

Como se pode observar na Tabela 10, verificou-se que as adolescentes do género feminino relataram, em média, mais vergonha que os adolescentes masculinos, apresentando pontuações médias superiores de vergonha interna ( $F=8.17$ ,  $DP=7.03 > M=6.11$ ,  $DP=5.64$ ), vergonha externa ( $M=7.50$ ,  $DP=6.08 > M=7.05$ ,

DP=5.39) e, conseqüentemente, vergonha total (M=15.67, DP=12.62 > M=13.16, DP=10.71).

Tabela 10

*Média e desvio-padrão da EVEI em função do gênero*

Subescalas EVEI	Gênero					
	Masculino			Feminino		
	M (DP)	Mínimo	Máximo	M (DP)	Mínimo	Máximo
Vergonha interna	6.11 (5.64)	0.00	19.00	8.17 (7.03)	0.00	26.00
Vergonha externa	7.05 (5.39)	0.00	18.00	7.50 (6.08)	0.00	21.00
Vergonha total	13.16 (10.71)	0.00	35.00	15.67 (12.62)	0.00	47.00

### 3.2.2.3. EVEI em função da fase da adolescência

Tal como no 3.2.1, optou-se por excluir a fase da adolescência final (18A-19A11M), atendendo ao número reduzido de sujeitos que a integravam (n= 2). Neste seguimento, a Tabela 11 permite verificar que, durante a adolescência média os adolescentes com idades entre os 15 anos e 17A11M apresentaram, em média, pontuações superiores de vergonha interna (M=9.52; DP=7.22), vergonha externa (M=9.76; DP=5.87) e vergonha total (M=19.28; DP=12.90) comparativamente aos adolescentes da fase inicial. Assim, do ponto de vista da estatística descritiva, verificou-se que os adolescentes que integraram a adolescência média perceberam, em média, mais vergonha comparativamente aos que pertenciam à fase inicial. Atendendo ao reduzido número de adolescentes integrados na fase final da adolescência, optou-se por excluir essa fase da análise.

Tabela 11

*Média e desvio-padrão da EVEI em função da fase da adolescência*

Subescalas EVEI	Fases da adolescência					
	Inicial (10-14A)			Média (15-17A)		
	M (DP)	Mínimo	Máximo	M (DP)	Mínimo	Máximo
Vergonha interna	6.06 (6.06)	0.00	25.00	9.52 (7.22)	0.00	26.00
Vergonha externa	5.48 (5.10)	0.00	16.00	9.76 (5.87)	2.00	21.00
Vergonha total	11.55 (10.57)	0.00	39.00	19.28 (12.90)	3.00	47.00

### 3.2.2.4. EVEI em função do ciclo de ensino

No que respeita aos resultados obtidos na EVEI de acordo com o ciclo de ensino dos adolescentes (Tabela 12), constatou-se que os adolescentes que frequentavam o 3º ciclo do ensino básico (7º, 8º e 9º anos) obtiveram pontuações

médias inferiores em ambas as subescalas do instrumento (vergonha interna: M=6.07; DP=6.06. Vergonha externa: M=5.48; DP=5.10), bem como na escala total (vergonha total: M=11.55; DP=10.57). O mesmo é dizer que, comparativamente ao 3º ciclo do ensino básico, a frequência do ensino secundário parece, em média, estar acompanhada de mais vergonha interna (M=9.22; DP=6.97), vergonha externa (M=9.70; DP=5.89) e vergonha total (M=18.91; DP=12.55).

Tabela 12

*Média e desvio-padrão da EVEI em função do ciclo de ensino*

Subescalas EVEI	Ciclo de Ensino					
	3º ciclo			Secundário		
	M (DP)	Mínimo	Máximo	M (DP)	Mínimo	Máximo
Vergonha interna	6.06 (6.06)	0.00	25.00	9.22 (9.70)	0.00	26.00
Vergonha externa	5.48 (5.10)	0.00	16.00	9.70 (5.89)	2.00	21.00
Vergonha total	11.55 (10.57)	0.00	39.00	19.91(12.55)	3.00	47.00

### 3.2.2.5. EVEI em função do meio de residência

Relativamente à análise descritiva dos resultados da EVEI mediante o meio de residência dos adolescentes (Tabela 13), é de notar que os adolescentes que habitam em meio urbano apresentaram, em média, pontuações superiores de vergonha interna (M=9.03; DP=7.01), vergonha externa (M=8.68; DP=6.02) e vergonha total (M=17.7; DP=12.60) comparativamente aos adolescentes que vivem em meio rural. Neste seguimento, os adolescentes que residem em meio urbano parecem reportar, em média, mais vergonha do que aqueles que habitam em meio rural.

Tabela 13

*Média e desvio-padrão da EVEI em função do meio de residência*

Subescalas EVEI	Meio de residência					
	Urbano			Rural		
	M (DP)	Mínimo	Máximo	M (DP)	Mínimo	Máximo
Vergonha interna	9.03 (7.01)	0.00	26.00	5.14 (5.31)	0.00	19.00
Vergonha externa	8.68 (6.02)	0.00	21.00	5.38 (4.98)	2.00	16.00
Vergonha total	17.71 (12.60)	0.00	47.00	10.52 (9.69)	3.00	35.00

### 3.2.3. Consumo de álcool

Relativamente ao consumo de álcool (Tabela 14), é de notar que 39.2% (n= 20) da amostra já consumiu álcool, com maior prevalência de adolescentes do género feminino (n=11) relativamente aos adolescentes masculinos (n=9). A idade média do

consumo da primeira bebida é próxima para ambos os géneros (femininos: 13.45A; masculinos: 13.37A), ocorrendo globalmente aos 13.42 anos.

Tabela 14

*Resultados globais e por género do consumo de álcool da amostra*

		Amostra total		Masculino		Feminino	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Já consumiste álcool?	Sim	20	39.2	9	50	11	33.3
	Não	31	60.8	9	50	22	66.7
	total	52	100	18	100	33	100
Idade da 1ª bebida	10	1	5.3	1	12.5	0	0
	11	1	5.3	1	12.5	0	0
	12	2	10.5	0	0	2	18.2
	13	7	36.8	3	37.5	4	36.4
	14	4	21.1	1	12.5	3	27.3
	15	2	10.5	0	0	2	18.2
	16	1	5.3	1	12.5	0	0
	17	1	5.3	1	12.5	0	0
	total	19	100	8	100	11	100
		Média	13.42		13.37		13.45
	DP	1.64		2.32		1.03	
	Mínimo	10		10		12	
	Máximo	17		17		15	
Consumo de álcool atual	Bebe	16	30.8	6	33.3	10	29.4
	Não bebe	36	69.2	12	66.7	24	70.6
	total	52	100	18	100	34	100
Pontuação AUDIT	Média	2.03		2.5		1.79	
	DP	4.26		4.48		4.19	
	Mínimo	0.00		0.00		0.00	
	Máximo	19.00		13.00		19.00	
Classificação do consumo (Cunha, 2002)	Abstinência/ baixo risco	45	86.5	15	88.3	30	88.2
	Risco	6	11.5	3	16.7	3	8.8
	Nocivo	1	1.9	0	0	1	2.9
	Provável dependência	0	0	0	0	0	0
	total	52	100	18	100	34	100
Classificação do consumo (Chung et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018)	Abstinência/ baixo risco	43	82.7	14	77.8	29	85.3
	Risco	9	17.3	4	22.2	5	14.7
	Total	52	100	18	100	34	100
Classificação do consumo (Coulton et al., 2000)	Abstinência/ baixo risco	43	82.7	14	77.8	5	85.3
	Risco	2	3.8	1	5.6	1	2.9
	Provável dependência	7	13.5	3	16.7	4	11.8
	total	52	100	8	100	10	100

No que respeita ao consumo atual de álcool, a maioria dos sujeitos desta mostra relatou ser abstinente (n=36; 69.2%), verificando-se consumos em 30.8% dos adolescentes (n=16), com prevalência do género feminino (n=10) em relação ao género masculino (n=6). A pontuação média do AUDIT é de 2.03, o que corresponde a abstinência ou consumo de baixo risco (Cunha, 2002). No entanto, verificou-se que 11.5% (n=6) dos adolescentes apresentaram consumos classificados de risco (n=3 femininos; n=3 masculinos). Para além disso, é de particular importância realçar que, quando se utilizaram os pontos de corte propostos pela literatura para a população adolescente, designadamente a pontuação de 4 para a classificação de consumos de risco (Chung et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018) e de 7 pontos para provável dependência de álcool (Coulton et al., 2018), observou-se uma diminuição nos consumos de baixo risco e correspondente aumento de consumos problemáticos (17.3%; n=9) (Chung et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018), bem como de provável dependência de álcool (13.5%; n=7) (Coulton et al., 2000).

#### 3.2.4. Consumo de tabaco

No que respeita ao consumo de tabaco (Tabela 15), é de salientar que a maioria da amostra relatou nunca ter fumado (78.8%; n=41). Relativamente aos adolescentes que já consumiram tabaco (21.2%; n=11), verificou-se uma maior prevalência de adolescentes femininos (n=8 vs n=3 masculinos), sendo a idade média do primeiro consumo semelhante para os dois géneros (femininos: 13.37 anos; masculinos:13 anos). Dos adolescentes que já consumiram tabaco, 9.6% (n=5) fumaram uma ou duas vezes e 11.5% (n=6) apresentam atualmente consumos diários, mantendo-se a prevalência dos adolescentes femininos (n=5 vs n=1) relativamente aos masculinos. Neste âmbito, é de notar que apenas um adolescente feminino apresentou uma pontuação no FTND correspondente a dependência média à nicotina, tendo-se verificado uma pontuação média de 3.66, correspondente a baixa dependência à nicotina (Ferreira et al., 2009).

Tabela 15

Resultados globais e por género do consumo de tabaco da amostra

		Amostra total		Masculino		Feminino	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Já fumaste?	Sim	11	21.2	3	16.7	8	23.5
	Não	41	78.8	15	83.3	26	76.5
	Total	52	100	18	100	34	100
	omisso	0		0		0	
Idade do 1º cigarro	10	0	0	0	0	0	0
	11	2	18.2	1	33.3	1	12.5
	12	4	36.4	1	33.3	3	37.5
	13	1	9.1	0	0	1	12.5
	14	0	0	0	0	0	0
	15	1	9.1	0	0	1	12.5
	16	3	27.3	1	33.3	2	25.0
	17	0	0	0	0	0	0
	Total	11	100	3	100	8	100
		Média	13.42		13		13.37
	DP	1.64		2.64		1.99	
	Mínimo	11		11		11	
	Máximo	16		16		16	
Frequência do consumo de tabaco	Diariamente	6	11.5	1	5.6	5	14.7
	Vários dias por semana	0	0	0	0	0	0
	Fins-de-semana	0	0	0	0	0	0
	Festas	0	0	0	0	0	0
	Fumei 1 ou 2 vezes	5	9.6	2	11.1	3	8.8
	Não fumo	46	78.8	15	83.3	29	76.5
	Total	52	100	18	100	34	100
Pontuação FTND	Média	3.66		1		4.2	
	DP	2.06		-		1.78	
	Mínimo	1.00		1.00		2.00	
	Máximo	7.00		1.00		7.00	
Classificação do consumo (dependência da nicotina)	Muito baixa	2	33.3	1	100	1	20
	Baixa	3	50	0	0	3	60
	Média	1	16.7	0	0	1	20
	Alta	0	0	0	0	0	0
	Muito alta	0	0	0	0	0	0
	Total	6	100	1	100	5	100

### 3.3. Análise Inferencial

#### 3.3.1. Memórias precoces de vergonha em função do gênero dos adolescentes

Tendo em conta a Hipótese 1, os resultados apresentados na Tabela 16 permitem verificar que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas na vergonha em função do gênero. Neste seguimento, confirmou-se a hipótese formulada, ainda que se tenha observado na análise descritiva que os adolescentes do gênero feminino obtiveram pontuações médias superiores de vergonha interna, externa e total comparativamente aos adolescentes masculinos.

Tabela 16

*Comparação das memórias precoces de vergonha em função do gênero (Teste Mann-Whitney)*

Subescalas	Gênero	n	Média	DP	U	z	p
EVEI			posicional				
Vergonha interna	masculino	18	23.69	5.64	255.500	-.975	.330
	Feminino	34	27.99	7.03			
Vergonha externa	masculino	18	25.89	5.39	295.000	-.212	.832
	feminino	34	26.82	6.08			
Vergonhatotal	Masculino	18	24.50	10.75	270.000	-.693	.488
	Feminino	34	27.56	12.62			

#### 3.3.2. Memórias precoces de vergonha em função da fase da adolescência

No que diz respeito à Hipótese 2, os resultados apresentados na Tabela 17 evidenciam diferenças estatisticamente significativas nas memórias precoces de vergonha externa e total ( $p \leq .05$ ) em função da fase da adolescência, confirmando-se a hipótese. Neste seguimento, verifica-se que os adolescentes que integraram a fase média apresentaram, em média, pontuações superiores de vergonha externa e total comparativamente aos adolescentes da fase inicial. Para as memórias precoces de vergonha interna, não se encontraram diferenças estatisticamente em função desta variável.

Tabela 17

*Comparação das memórias precoces de vergonha em função da fase da adolescência (Teste Mann-Whitney)*

Subescalas	Fase da adolescência	n	Média posicional	DP	U	z	p
Vergonha interna	inicial(10A-14A11M)	29	22.33	6.06	212.500	-1.815	.069
	média(15A-17A11M)	21	29.88	7.22			
Vergonha externa	inicial(10A-14A11M)	29	20.93	5.10	172.000	-2.614	.009
	média(15A-17A11M)	21	31.81	5.87			
Vergonha total	inicial(10A-14A11M)	21	21.66	10.57	193.000	-2.195	.028
	média(15A-17A11M)	29	30.81	12.90			

### 3.3.3. Memórias precoces de vergonha em função do ciclo de ensino dos adolescentes

No que respeita à Hipótese 3, os resultados apresentados na Tabela 18, permitem confirmar a hipótese, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas nas memórias precoces de vergonha externa e total ( $p \leq .05$ ) em função do ciclo de ensino, verificando-se que os adolescentes que frequentavam o ensino secundário obtiveram, em média, pontuações superiores de vergonha comparativamente aos do 3º ciclo do ensino básico. A análise inferencial não evidenciou diferenças estatisticamente significativas para a vergonha interna.

Tabela 18

*Comparação das memórias precoces de vergonha em função do ciclo de ensino (Teste Kruskal-Wallis)*

Subescalas EVEI	Ciclo de ensino	n	Média posicional	DP	H	p
Vergonha interna	3º ciclo	29	23.19	6.06	3.151	.076
	Secundário	23	30.67	9.70		
Vergonha externa	3º ciclo	29	21.57	5.10	6.988	.008
	Secundário	23	32.72	5.89		
Vergonha total	3º ciclo	29	22.34	10.57	4.942	.026
	Secundário	23	31.74	12.55		

### 3.3.4. Memórias precoces de vergonha em função do meio de residência dos adolescentes

No que concerne à Hipótese 4, tal como é apresentado na Tabela 19, verificam-se diferenças estatisticamente significativas para a dimensão interna da vergonha e vergonha total ( $p \leq .05$ ) em função do meio de residência dos adolescentes, rejeitando-se a hipótese. Neste seguimento, constatou-se que os adolescentes que vivem em contexto rural obtiveram, em média, pontuações inferiores de vergonha interna e total comparativamente aos que habitam em meio urbano. Para a vergonha externa, não se observaram diferenças estatisticamente significativas em função desta variável.

Tabela 19

*Comparação das memórias precoces de vergonha em função do meio de residência (Teste Mann-Whitney)*

Subescalas	Meio de residência	n	Média posicional	DP	U	z	p
Vergonha interna	Urbano	31	30.29	7.01	208.000	-2.199	.028
	Rural	21	20.90	5.31			
Vergonha externa	Urbano	31	29.82	6.02	222.500	-1.927	.054
	Rural	21	21.60	4.98			
Vergonha total	Urbano	31	30.21	12.60	210.500	-2.148	.032
	Rural	21	21.02	9.69			

### 3.3.5. Memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de álcool

Relativamente à Hipótese 5, como se pode observar na Tabela 20, existem diferenças estatisticamente significativas para todas as dimensões da vergonha: interna, externa e total ( $p \leq .05$ ), em função do consumo atual de álcool, confirmando-se a hipótese. Neste seguimento, observou-se que os adolescentes que bebem atualmente apresentaram, em média, pontuações superiores de vergonha interna, externa e total relativamente ao que são abstinentes.

Tabela 20

*Comparação das memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de álcool (Teste Mann-Whitney)*

Subescalas	Consumo atual de álcool	n	Média posicional	DP	U	z	p
Vergonha interna	Não bebe	36	20.47	3.92	71.000	-4.318	.000
	Bebe	16	40.06	7.02			
Vergonha externa	Não bebe	36	19.97	3.74	53.000	-4.675	.000
	Bebe	16	41.19	4.99			
Vergonha total	Não bebe	36	20.08	6.99	57.000	-4.586	.000
	Bebe	16	40.94	11.44			

Para além disso, explorou-se a influência da classificação do consumo de acordo com a pontuação obtida no AUDIT nas memórias precoces de vergonha, utilizando-se os pontos de corte propostos na versão portuguesa (Cunha, 2002) (Tabela 21), bem como os sugeridos na literatura para população adolescente (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018) (Tabela 22). Neste seguimento, a análise dos testes de *Kruskal-Wallis* permite verificar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões interna, externa e total da vergonha em função do consumo conforme a classificação da versão portuguesa de validação do AUDIT. Por oposição, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a vergonha externa e vergonha total ( $p \leq .05$ ), em função do consumo de acordo com a classificação proposta pela literatura para população adolescente, observando-se que adolescentes que apresentaram consumos de risco ou de provável dependência obtiveram, em média, pontuações superiores de vergonha externa e total relativamente àqueles que eram abstinentes ou tinham consumos de baixo risco. É de notar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a vergonha interna.

Tabela 21

*Comparação das memórias precoces de vergonha em função da classificação do consumo de álcool proposta na versão portuguesa do AUDIT (Cunha, 2002) (Teste de Kruskal-Wallis)*

Subescalas	Classificação do consumo	n	Média posicional	DP	H	p
Vergonha interna	Abstinência/baixo risco	45	25.38	6.31	3.544	.170
	Consumo de risco	6	36.75	7.97		
Vergonha externa	Consumo nocivo	1	15.50		3.993	.136
	Abstinência/baixo risco	45	24.97	5.43		
Vergonha total	Consumo de risco	6	38.08	6.77		
	Consumo nocivo	1	26.00			
	Abstinência/baixo risco	45	25.17	11.29	3.400	.183
	Consumo de risco	6	37.17	14.15		
	Consumo nocivo	1	22.50			

Tabela 22

*Comparação das memórias precoces de vergonha em função da classificação do consumo de álcool proposta pela literatura para população adolescente (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018) (Teste de Kruskal-Wallis)*

Subescalas EVEI	Classificação do consumo	n	Média posicional	DP	H	p
Vergonha interna	Abstinência/baixo risco	42	24.40	6.14	5.941	.051
	Consumo de risco	2	46.50	0		
	Provável dependência	7	33.71	8.04		
Vergonha externa	Abstinência/baixo risco	42	23.81	5.00	9.080	.011
	Consumo de risco	2	49.75	.71		
	Provável dependência	7	36.36	6.68		
Vergonha total	Abstinência/baixo risco	42	24.17	10.67	6.754	.034
	Consumo de risco	2	46.50	.71		
	Provável dependência	7	35.07	14.21		

### 3.3.6. Memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de tabaco

Quanto à Hipótese 6, os resultados do Teste de *Mann-Whitney* apresentados na Tabela 23 permitem observar diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da vergonha ( $p \leq .05$ ) em função do consumo atual de tabaco, confirmando-se a hipótese. Neste seguimento, constatou-se que adolescentes que consomem atualmente tabaco obtiveram, em média, pontuações superiores de vergonha comparativamente com os que eram abstinentes.

Tabela 23

*Comparação das memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de tabaco (Teste Mann-Whitney)*

Subescalas EVEI	Consumo de tabaco	n	Média posicional	DP	U	z	p
Vergonha interna	Não fuma	46	24.48	5.71	45.000	-2.673	.008
	Fuma	6	42.00	7.76			
Vergonha externa	Não fuma	46	24.11	5.03	28.000	-3.161	.002
	Fuma	6	44.83	5.09			
Vergonha total	Não fuma	46	24.30	10.18	37.000	-2.897	.004
	Fuma	6	43.33	12.75			

À semelhança do ponto anterior, explorou-se a influência da classificação do consumo, neste caso de acordo com a codificação da pontuação obtida no FTND. Tal como se pode observar na Tabela 24, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para a vergonha interna, externa e total em função desta variável.

Tabela 24

Comparação das memórias precoces de vergonha em função da classificação do consumo de tabaco (Teste de Kruskal-Wallis)

Subescalas EVEI	Classificação do consumo	n	Média	H	p
Vergonha Interna	Muito baixa	2	3.75	2.267	.322
	Baixa	3	4.17		
	Média	1	1.00		
Vergonha Externa	Muito baixa	2	3.50	2.381	3.04
	Baixa	3	4.33		
	Média	1	1.00		
Vergonha Total	Muito baixa	2	3.50	2.381	3.04
	Baixa	3	4.33		
	Média	1	1.00		

### 3.3.7. Memórias de práticas parentais em função do género dos adolescentes

No que diz respeito à Hipótese 7, os resultados do Teste de *Kruskal-Wallis* apresentados na Tabela 25 não permitem verificar diferenças estatisticamente significativas nas memórias de suporte emocional, rejeição e sobreproteção, paternas e maternas ( $p \geq .05$ ), em função do género dos adolescentes. Como tal, confirmou-se a hipótese formulada.

Tabela 25

Comparação das memórias de práticas parentais em função do género (Teste de Kruskal-Wallis)

Subescalas	Masculino		Feminino		H	p
	Média	DP	Média	DP		
EMBU-A	posicional		posicional			
PAI						
Suporte emocional	20.47	.54	26.92	.37	2.389	.122
Sobreproteção	22.53	.55	22.53	.57	.584	.445
Rejeição	24.75	.56	24.75	.42	.009	.923
MÃE						
Suporte emocional	20.97	.54	20.97	.51	2.272	.132
Sobreproteção	21.97	.53	21.97	.48	1.286	.257
Rejeição	26.56	.48	26.56	.41	.342	.559

### 3.3.8. Memórias de práticas parentais em função da idade dos adolescentes

No que respeita à Hipótese 8, os resultados apresentados na Tabela 26 evidenciam diferenças estatisticamente significativas para a dimensão de suporte emocional paterno ( $p \leq .05$ ) em função da fase da adolescência, confirmando-se a hipótese. Neste sentido, verificou-se que, durante a fase média, os adolescentes obtiveram, em média, pontuações inferiores de suporte emocional por parte do pai, relativamente aos adolescentes da fase inicial. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as outras dimensões da parentalidade estudadas.

Tabela 26

*Comparação das memórias de práticas parentais em função da fase da adolescência (Teste Kruskal-Wallis).*

Subescalas EMBU-A	Fase Inicial (10A-14A11M)		Fase Média (15A-17A11M)		H	p
	Média	DP	Média	DP		
	posicional		posicional			
<b>PAI</b>						
Suporte emocional	28.20	.49	16.82	.34	8.041	.005
Sobreproteção	22.09	.42	25.50	.70	.735	.391
Rejeição	22.93	.41	22.93	.59	.121	.728
<b>MÃE</b>						
Suporte emocional	26.76	.52	20.28	.53	2.584	.108
Sobreproteção	26.20	.33	21.03	.61	1.650	.199
Rejeição	24.83	.39	24.83	.51	.238	.626

### 3.3.9. Memórias de práticas parentais em função da escolaridade dos adolescentes

Os resultados apresentados na Tabela 27, permitem observar diferenças estatisticamente significativas para a dimensão de suporte emocional paterno ( $p \leq .05$ ) em função do ciclo de ensino, confirmando-se a Hipótese 9. Neste sentido, verifica-se que os adolescentes que frequentavam o ensino secundário obtiveram, em média, pontuações inferiores na dimensão de suporte emocional paterno comparativamente aos que integraram o 3º ciclo do ensino básico. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as outras dimensões da parentalidade estudadas.

Tabela 27

*Comparação das memórias de práticas parentais em função do ciclo de ensino (Teste Mann-Whitney)*

Subescalas	Ciclo de Ensino	n	Média posicional	DP	U	z	p
<b>PAI</b>							
Suporte emocional	3º ciclo	27	28.89	.49	165.000	-2.465	.014
	Secundário	21	18.86	.37			
Sobreproteção	3º ciclo	27	23.48	.43	256.000	-.578	.564
	Secundário	21	25.81	.69			
Rejeição	3º ciclo	27	23.94	.41	268.500	-.314	.753
	Secundário	21	25.21	.57			
<b>MÃE</b>							
Suporte emocional	3º ciclo	27	27.56	.53	228.000	-1.390	.164
	Secundário	22	21.86	.53			
Sobreproteção	3º ciclo	27	27.46	.33	230.500	-1.341	.180
	Secundário	22	21.98	.59			
Rejeição	3º ciclo	27	25.78	.39	276.000	-.425	.671
	Secundário	22	24.05	.50			

### 3.3.10. Memórias de práticas parentais em função do meio de residência dos adolescentes

Tendo em conta a Hipótese 10, como se pode observar na Tabela 28, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões parentais em função do meio de residência ( $p \geq .05$ ), confirmando-se a hipótese formulada.

Tabela 28

Comparação das memórias de práticas parentais em função do meio de residência (Teste Mann-Whitney).

Subescalas	Ciclo de Ensino	n	Média posicional	DP	U	z	p
<b>PAI</b>							
Suporte emocional	Urbano	27	22.85	.49	239.000	-.926	.355
	Rural	21	26.62	.37			
Sobreproteção	Urbano	27	23.78	.43	264.000	-.410	.682
	Rural	21	25.43	.69			
Rejeição	Urbano	27	24.63	.41	280.000	-.073	.942
	Rural	21	24.33	.57			
<b>MÃE</b>							
Suporte emocional	Urbano	30	23.58	.53	242.500	-.874	.382
	Rural	19	27.24	.53			
Sobreproteção	Urbano	30	24.95	.33	283.500	-.031	.975
	Rural	19	25.08	.59			
Rejeição	Urbano	30	25.47	.39	271.000	.772	.772
	Rural	19	24.26	.50			

### 3.3.11. Memórias de práticas parentais em função do consumo atual de álcool

Em relação à Hipótese 11, os resultados do Teste de *Mann-Whitney* apresentados na Tabela 29 permitem confirmar a hipótese formulada, uma vez que existem diferenças estatisticamente significativas para as dimensões parentais de suporte emocional paterno, suporte emocional materno, sobreproteção paterna, rejeição paterna e rejeição materna ( $p \leq .05$ ) em função do consumo atual de álcool. Neste sentido, os adolescentes que reportaram beber atualmente obtiveram, em média, pontuações inferiores de suporte emocional paterno e materno e pontuações superiores de sobreproteção e de rejeição por parte de ambos os pais, comparativamente aos adolescentes abstinentes. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão de sobreproteção materna.

Tabela 29

*Comparação das memórias de práticas parentais em função do consumo de álcool (Teste Mann-Whitney)*

Subescalas	Consumo atual de álcool	n	Média posicional	DP	U	z	p
<b>PAI</b>							
Suporte emocional	Não bebe	33	29.71	.26	75.500	-3.830	.000
	Bebe	15	13.03	.57			
Sobreproteção	Não bebe	33	21.26	.35	140.500	-2.405	.016
	Bebe	15	31.63	.74			
Rejeição	Não bebe	33	19.89	.22	95.500	-3.408	.001
	Bebe	15	34.63	.67			
<b>MÃE</b>							
Suporte emocional	Não bebe	34	29.26	.26	110.000	-3.153	.002
	Bebe	15	15.33	.65			
Sobreproteção	Não bebe	34	22.53	.32	171.000	-1.828	.067
	Bebe	15	30.60	.68			
Rejeição	não bebe	34	20.37	.23	97.500	-3.442	.001
	bebe	15	35.50	.60			

À semelhança do procedimento realizado no ponto 3.3.5, explorou-se a influência da classificação do consumo de álcool de acordo com a pontuação obtida no AUDIT nas memórias das práticas parentais, utilizando-se os pontos de corte propostos na versão portuguesa (Cunha, 2002) (Tabela 30), bem como os sugeridos na literatura para população adolescente (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018) (Tabela 31).

A classificação proposta na versão portuguesa de validação do AUDIT (Cunha, 2002), que é utilizada internacionalmente em adultos, permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de suporte emocional paterno e de rejeição materna ( $p \leq .05$ ), observando-se que os adolescentes que apresentaram consumos de risco ou nocivos obtiveram, em média, pontuações inferiores de suporte emocional paterno e pontuações superiores de rejeição materna comparativamente aos adolescentes abstinente ou com consumos de baixo risco.

Por sua vez, a análise das memórias das práticas parentais em função da classificação proposta pela literatura para população adolescente (Tabela 31) também evidenciou resultados no mesmo sentido tendo-se, no entanto, encontrado diferenças estatisticamente significativas ( $p \leq .05$ ) para as dimensões de suporte emocional e de rejeição de ambos os pais.

Tabela 30

*Comparação das memórias de práticas parentais em função da classificação do consumo de álcool proposta na versão portuguesa do AUDIT (Cunha, 2002) (Teste Kruskal-Wallis)*

Subescalas EMBU-A	Classificação do consumo	n	Média posicional	DP	H	$p$
<b>PAI</b>						
Suporte emocional	Abstinência/baixo risco	41	26.61	.34	6.406	.041
	Consumo de risco	6	12.33	.76		
	Consumo nocivo	1	11.00			
Sobreproteção	Abstinência/baixo risco	41	24.01	.54	1.933	.380
	Consumo de risco	6	24.67	.71		
	Consumo nocivo	1	43.50			
Rejeição	Abstinência/baixo risco	41	22.72	.49	4.624	.099
	Consumo de risco	6	34.83	.49		
	Consumo nocivo	1	35.50			
<b>MÃE</b>						
Suporte emocional	Abstinência/baixo risco	43	26.38	.45	3.310	.069
	Consumo de risco	6	15.08	.77		
	Consumo nocivo	1	11.00			
Sobreproteção	Abstinência/baixo risco	43	24.60	.43	.271	.603
	Consumo de risco	6	27.83	.75		
	Consumo nocivo	1	43.50			
Rejeição	Abstinência/baixo risco	43	23.24	.41	5.382	.020
	Consumo de risco	6	37.58	.55		
	Consumo nocivo	1	43.50			

Tabela 31

*Comparação das memórias de práticas parentais em função da classificação do consumo de álcool proposta pela literatura para população adolescente (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2000; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018) (Teste Kruskal-Wallis)*

Subescalas EMBU-A	Classificação do consumo	n	Média posicional	DP	H	$p$
<b>PAI</b>						
Suporte emocional	Abstinência/baixo risco	39	27.60	.33	10.428	.005
	Consumo de risco	2	7.25	.05		
	Provável dependência	7	12.14	.76		
Sobreproteção	Abstinência/baixo risco	39	23.22	.49	2.977	.226
	Consumo de risco	2	39.50	.94		
	Provável dependência	7	27.36	.71		
Rejeição	Abstinência/baixo risco	39	21.81	.40	8.069	.018
	Consumo de risco	2	40.50	1.22		
	Provável dependência	7	34.93	.49		
<b>MÃE</b>						
Suporte emocional	Abstinência/baixo risco	41	27.32	.42	7.090	.029
	Consumo de risco	2	7.25	.39		
	Provável dependência	6	15.08	.77		
Sobreproteção	Abstinência/baixo risco	41	23.94	.36	2.197	.333
	Consumo de risco	2	38.25	1.09		
	Provável dependência	6	27.83	.75		
Rejeição	Abstinência/baixo risco	41	22.29	.33	9.350	.009
	Consumo de risco	2	42.75	.99		
	Provável dependência	6	37.58	.55		

### 3.3.12. Memórias de práticas parentais em função do consumo atual de tabaco

No que respeita à Hipótese 12, os resultados obtidos e apresentados nas Tabela 32 evidenciam diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões da parentalidade analisadas, quer para o pai, quer para a mãe ( $p \leq .05$ ), em função do consumo atual de tabaco, confirmando-se a hipótese formulada. Neste sentido, observou-se que adolescentes que fumam atualmente obtiveram, em média, pontuações inferiores de suporte emocional paterno e materno e pontuações superiores de sobreproteção e de rejeição paternas e maternas, comparativamente aos adolescentes abstinentes.

Tabela 32

*Comparação das memórias de práticas parentais em função do consumo de tabaco (Teste Mann-Whitney)*

Subescalas	Consumo atual de tabaco	n	Média posicional	DP	U	z	p
<b>PAI</b>							
Suporte emocional	Não fuma	42	27.12	.36	16.000	-3.433	.001
	Fuma	6	6.17	.55			
Sobreproteção	Não fuma	42	22.46	.45	40.500	-2.694	.007
	Fuma	6	38.75	.80			
Rejeição	Não fuma	42	22.20	.45	29.500	-3.033	.001
	Fuma	6	40.58	.46			
<b>MÃE</b>							
Suporte emocional	Não fuma	44	27.26	.44	10.500	-3.295	.001
	Fuma	5	5.10	.35			
Sobreproteção	Não fuma	44	23.26	.45	33.500	-2.535	.011
	Fuma	5	40.30	.44			
Rejeição	Não fuma	44	22.97	.40	20.500	-2.978	.001
	Fuma	5	42.90	.43			

Tal como do ponto anterior, explorou-se a influência da classificação do consumo, neste caso de acordo com a pontuação obtida no FTND (Tabela 33), não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas em função desta variável.

Tabela 33

*Comparação das memórias de práticas parentais em função da classificação do consumo de tabaco (Teste Kruskal-Wallis)*

Subescalas EMBU-A	Classificação do consumo	n	Média posicional	DP	H	<i>p</i>
<b>PAI</b>						
Suporte emocional	Muito baixa	2	2.75	.91	2.267	.322
	Baixa	3	3.17	.30		
	Média	1	6.00			
Sobreproteção	Muito baixa	2	3.50	1.41	.000	1.000
	Baixa	3	3.50	.53		
	Média	1	3.50			
Rejeição	Muito baixa	2	4.75	.38	1.679	.432
	Baixa	3	3.17	.54		
	Média	1	2.00			
<b>MÃE</b>						
Suporte emocional	Muito baixa	41	2.50	.46	.333	.564
	Baixa	2	3.33	.37		
Sobreproteção	Muito baixa	41	2.50	.13	.333	.564
	Baixa	2	3.33	.59		
Rejeição	Muito baixa	41	2.50	.33	.333	.564
	Baixa	2	3.33	.53		

### 3.3.13. Relação entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais

No que respeita à Hipótese 13, observando a Tabela 34, podemos verificar que a hipótese se confirma, uma vez que se registam correlações significativas ( $p \leq .05$ ), moderadas e negativas, entre suporte emocional do pai e da mãe e todas as dimensões da vergonha.

Para além disso, verifica-se que a sobreproteção paterna e materna e a rejeição de ambos os pais correlacionaram-se de forma positiva, moderada e significativa ( $p \leq .05$ ) com todas as dimensões da vergonha.

Estes resultados indiciam que as memórias de práticas relacionadas com calor e apoio por parte do pai e da mãe estão relacionadas com menos memórias de vergonha e menor vergonha atual. Por outro lado, memórias de comportamento intrusivo, isto é, de sobreproteção e comportamentos de rejeição por parte de ambos os pais correlacionam-se com mais memórias de vergonha e mais vergonha atual percebida pelos adolescentes.

Tabela 34

Correlações não paramétricas entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais

		Suporte emoc. Pai	Suporte emoc. Mãe	Sobreprot. Pai	Sobreprot. Mãe	Rejeição Pai	Rejeição Mãe
Vergonha interna	rho p	-.468** .001	-.523** .000	.468** .001	.452** .001	.489** .000	.498** .000
Vergonha externa	rho p	-.444** .000	-.498** .002	.579** .000	.479** .000	.539** .001	.525** .000
Vergonha Total	rho p	-.459** .001	-.516** .000	.542** .000	.482** .000	.526** .000	.521** .000

\*\* A correlação é significativa no nível 0.01

\* A correlação é significativa no nível 0.05

### 3.3.14. Consumo de álcool nos adolescentes em função das memórias precoces de vergonha

Para se analisar a influência das memórias precoces de vergonha no consumo de álcool pelos adolescentes, codificou-se a pontuação obtida na EVEI em função da mediana obtida na amostra total em “menos vergonha” interna/externa/total ( $x \leq \text{mediana}$ ) e “mais vergonha” interna, externa e total ( $x > \text{mediana}$ ), tal como consta na operacionalização das variáveis.

Neste seguimento, o resultado dos testes de *Mann-Whitney* apresentados na Tabela 35 permitem verificar diferenças estatisticamente significativas no consumo de álcool em função de todas as dimensões da vergonha ( $p \leq .05$ ), confirmando a Hipótese 14 e evidenciando que os adolescentes que obtiveram pontuações na EVEI superiores à mediana da amostra, incluindo-se na categoria “mais vergonha”, apresentaram, em média, consumos de álcool superiores aos adolescentes que se incluíram na categoria “menos vergonha”.

Tabela 35

Comparação do consumo de álcool em função das memórias precoces de vergonha (teste de Mann-Whitney)

	Vergonha (mediana)	n	Média posicional	DP	U	z	p
Consumo de álcool (pontuação do AUDIT)	Menos vergonha Interna	29	20.78	4.13	167.500	-3.744	.000
	Mais vergonha Interna	23	33.72	4.20			
	Menos vergonha externa	27	22.09	3.63	218.500	-2.668	.008
	Mais vergonha externa	25	31.26	4.81			
	Menos vergonha total	26	22.23	3.59	227.000	-2.487	.013
	Mais vergonha total	26	30.77	4.90			

### 3.3.15. Consumo de tabaco nos adolescentes em função das memórias precoces de vergonha

Relativamente à Hipótese 15, os resultados obtidos através da análise inferencial e apresentados na Tabela 36 não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas no consumo de tabaco em função da vergonha interna, externa e total, rejeitando-se a hipótese formulada.

Tabela 36

Comparação do consumo de tabaco em função das memórias precoces de vergonha (teste de Mann-Whitney)

	Vergonha (mediana)	n	Média posicional	DP	U	z	p
Consumo de tabaco (número de cigarros consumidos diariamente)	Menos vergonha interna	29	24.48	3.40	275.000	-1.943	.052
	Mais vergonha interna	23	29.04	3.71			
	Menos vergonha externa	27	24.56	3.29	285.000	-1.733	.083
	Mais vergonha externa	25	28.60	3.85			
	Menos vergonha total	26	24.60	3.24	288.500	-1.633	.102
	Mais vergonha total	26	28.40	3.92			

### 3.3.16. Consumo de álcool nos adolescentes em função das memórias de práticas parentais

Para se analisar a influência das memórias de práticas parentais no consumo de álcool pelos adolescentes, codificou-se a pontuação obtida na EMBU-A em função da mediana obtida na amostra total em “menos suporte/rejeição/sobreproteção” ( $x \leq \text{mediana}$ ) e “mais suporte/rejeição/sobreproteção” ( $x > \text{mediana}$ ), tal como consta na operacionalização das variáveis.

Neste seguimento, em relação à Hipótese 16, os resultados apresentados na Tabela 37 permitem verificar diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de suporte emocional paterno e de rejeição de ambos os pais ( $p \leq .05$ ), confirmando a hipótese formulada. Assim, os adolescentes que obtiveram pontuações na dimensão de suporte emocional paterno inferiores à mediana da amostra, incluindo-se na categoria “menos suporte”, apresentaram, em média consumos de álcool superiores comparativamente aos adolescentes integrados na categoria “mais suporte”. restantes. Da mesma forma, os adolescentes cujas pontuações na dimensão de rejeição paterna e materna, se incluíram na categoria “mais rejeição” apresentaram, igualmente, consumos médios de álcool superiores aos adolescentes integrados na categoria “menos rejeição”. Deverá ser notado que não se encontraram diferenças

estatisticamente significativas para as dimensões de suporte emocional materno e sobreproteção paterna e materna.

Tabela 37

Comparação do consumo de álcool em função das memórias de práticas parentais (teste de Mann-Whitney)

	Memórias de Práticas parentais (mediana)	n	Média posicional	DP	U	z	p
<b>PAI</b>							
<b>Suporte emocional</b>							
	Menos suporte	21	31.02	1.70	146.500	-3.467	.001
	Mais suporte	27	19.43	5.80			
<b>Sobreproteção</b>							
Consumo de álcool (pontuação do AUDIT)	Menos sobreprot.	23	21.52	4.80	219.000	-1.721	.085
	Mais sobreprot.	25	27.24	4.03			
	Menos rejeição	24	20.81	5.40	199.500	-2.222	.026
	Mais rejeição	24	28.19	2.81			
<b>MÃE</b>							
<b>Suporte emocional</b>							
	Menos suporte	25	28.08	4.79	273.000	-1.192	.233
	Mais suporte	26	24.00	4.13			
<b>Sobreproteção</b>							
	Menos sobreprot.	21	23.64	4.82	265.500	-1.370	.171
	Mais sobreprot.	31	28.44	3.87			
<b>Rejeição</b>							
	Menos rejeição	24	20.35	5.55	188.500	-3.314	.001
	Mais rejeição	28	31.77	.85			

### 3.3.17. Consumo de tabaco nos adolescentes em função das memórias de práticas parentais

No que concerne à Hipótese 17, os resultados do teste de *Mann-Whitney* apresentados na Tabela 38 evidenciam diferenças estatisticamente significativas no consumo de tabaco em função das dimensões de suporte emocional paterno, rejeição paterna e materna e sobreproteção materna ( $p \leq .05$ ), confirmando a hipótese formulada. Neste seguimento, verificou-se que os adolescentes que apresentaram consumos médios superiores de tabaco foram os que obtiveram pontuações inferiores à mediana da amostra na dimensão de suporte emocional paterno (categoria “menos suporte”) e pontuações superiores à mediana nas dimensões de rejeição paterna e materna e de sobreproteção materna (respetivamente, as categorias “mais rejeição” e “mais sobreproteção”). É, igualmente, de notar que não se encontraram diferenças

estatisticamente significativas para as dimensões de suporte emocional materno e de sobreproteção paterna.

Tabela 38

*Comparação do consumo de tabaco consumidos diariamente em função das memórias de práticas parentais (teste de Mann-Whitney)*

	Memórias de Práticas parentais (mediana)	n	Média posicional	DP	U	z	p	
	PAI							
	Suporte							
	emocional							
		Menos suporte	21	28.36	0.00	202.500	-2.930	.003
		Mais suporte	27	21.50	5.37			
	Sobreproteção							
Consumo de tabaco (número de cigarros consumidos diariamente)		Menos sobreprot.	23	22.52	4.93	242.000	-1.634	.102
		Mais sobreprot.	25	26.32	1.46			
		Rejeição						
		Menos rejeição	24	21.50	5.09	216.000	-2.584	.010
		Mais rejeição	24	27.50	0.00			
		MÃE						
	Suporte							
	emocional							
		Menos suporte	25	28.00	4.08	275.000	-1.684	.092
		Mais suporte	26	24.08	3.40			
	Sobreproteção							
		Menos sobreprot.	21	23.50	4.77	262.500	-2.118	.034
		Mais sobreprot.	31	28.53	0.00			
	Rejeição							
		Menos rejeição	24	23.50	5.00	264.000	-2.382	.017
		Mais rejeição	28	29.07	0.00			

#### **4. Discussão de resultados**

Estudos recentes com população adolescente têm indiciado a vergonha no desenvolvimento de psicopatologia (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Meesters et al., 2017; Mills et al., 2015; Muris & Meesters, 2014) e no consumo de álcool e de outras drogas (Rahim & Patton, 2015). Não obstante, a pesquisa sobre a vergonha e o impacto das memórias precoces de vergonha na adolescência não só permanece escassa como também tem sido mais relacionada com depressão. Face ao grave problema de saúde pública que o consumo de substâncias psicoativas por adolescentes representa (Pantoja et al., 2014) e a uma premente necessidade de se identificarem fatores de risco relevantes e modificáveis desde os primeiros estádios de desenvolvimento dos indivíduos (Cornelius et al., 2016; Rahim & Patton, 2015), desenvolveu-se o presente estudo, que teve como objetivo principal explorar a relação entre as memórias de vergonha e de práticas parentais e a sua influência no consumo de álcool e tabaco em adolescentes portugueses, abordando, ainda, a relevância de variáveis sociodemográficas (género, idade, escolaridade e meio de residência).

A análise e reflexão dos resultados seguidamente apresentada foi efetuada em função dos dados obtidos e do enquadramento teórico realizado. A este propósito, é de realçar que o carácter exploratório desta investigação, bem como o tamanho e características da amostra, condicionam a generalização dos resultados para a população em estudo, pelo que os mesmos deverão ser enquadrados à luz da presente amostra.

Deverá, ainda, ser salientado que a utilização dos níveis atuais de vergonha para aceder às memórias precoces de vergonha teve por base a revisão da literatura, que tem enfatizado que memórias precoces de vergonha estão associadas aos sentimentos atuais de vergonha interna e externa (Matos & Pinto-Gouveia, 2010), podendo, inclusivamente, predizê-las (Oliveira et al., 2015).

##### **4.1. Consumo de álcool e de tabaco**

Ainda que não seja objetivo primordial deste estudo analisar os hábitos de consumo de álcool e de tabaco dos adolescentes, há que salientar alguns dados relevantes verificados nesta amostra, que diferem dos resultados encontrados por outras investigações nesta área.

Assim, no que respeita ao consumo de álcool, verificou-se que a percentagem de adolescentes entre os 12 e 18 anos que referiu já ter bebido (39.2%) é claramente

inferior à encontrada pelo ESPAD, em que se verificou que 71.1% dos alunos portugueses entre 13 a 18 anos já tinham consumido álcool. Esta diferença manteve-se para os consumos atuais, observando-se que 30.8% dos adolescentes desta amostra consome álcool habitualmente, com prevalência do género feminino, contrastando com os 41.8% dos adolescentes verificados nos dados do ESPAD, com prevalência de adolescentes masculinos (43.3% masculinos vs 40.6% femininos) (Feijão, 2016). Um estudo mais recente também verificou uma menor prevalência do consumo de álcool por adolescentes. De acordo com os dados nacionais do estudo Health Behaviour in School-aged Children [HBSC] - a Saúde dos Adolescentes Portugueses após a Recessão (Matos & Equipa Aventura Social, 2018), 94.6% dos 6997 adolescentes inquiridos referiu raramente/nunca beber vinho, 91% raramente/nunca beber cerveja e 89.4% raramente/nunca beber bebidas destiladas. No entanto, deverá ser realçado que a amostra deste estudo incide sobre alunos do 6º, 8º e 10º anos de escolaridade, não incluindo alunos do 9º, 11º e 12º anos, como é o caso da amostra da presente investigação e da amostra do ESPAD. Como tal, não é possível estabelecerem-se comparações entre os resultados.

No que respeita ao consumo de tabaco, também se verificaram diferenças entre as prevalências encontradas nesta investigação e as descritas no ESPAD. Neste seguimento, enquanto que 21.2% da presente amostra referiu já consumiu tabaco, 40.2% dos adolescentes inquiridos no ESPAD mencionou já ter fumado, verificando-se igualmente uma maior prevalência de consumos atuais (19.7%) face à observada nesta investigação (11.5%). Deverá, contudo, salientar-se que o aumento da prevalência de hábitos tabágicos no grupo feminino verificados no ESPAD também foi observado nesta amostra. Mais se acrescenta que os resultados verificados neste estudo vão no sentido dos apresentados nos dados nacionais do estudo HBSC, que revelam que 93.7% dos adolescentes não fuma. No entanto, e tal como foi anteriormente mencionado, a diferença etária das amostras não permite comparações conclusivas entre os resultados.

Uma das possíveis explicações para os consumos encontrados nesta investigação pode estar relacionada com características específicas da amostra, designadamente o facto da maioria dos adolescentes ser atleta. Com efeito, a prática de exercício físico correlaciona-se negativamente com o uso de álcool (Dever et al., 2012; Terry-McElrath, O'Malley, & Johnston, 2011) e de tabaco (Loprinzi & Walker, 2016; Tabak, Mazur, & Zawadzka, 2015), tendo sido associada a níveis superiores de bem-estar e de felicidade e apontada como um fator de proteção da saúde mental (Hyde, Maher, & Elavsky, 2013; Richard et al., 2015). Como tal, o desporto poderá, de facto, ter atuado como fator de proteção nesta amostra, contribuindo para menores

prevalências de consumo de substâncias, mas também condicionando a sua representatividade da população. Assim, é de reforçar que os resultados obtidos neste estudo deverão cuidadosamente enquadrados às características desta amostra, não sendo viável elaborarem-se generalizações.

#### **4.2. Relevância do género, idade, escolaridade e meio de residência dos adolescentes nas memórias precoces de vergonha**

Relativamente ao género dos adolescentes, a análise descritiva revelou que adolescentes do género feminino reportaram mais vergonha interna e externa comparativamente a adolescentes do género masculino. Não obstante, estas diferenças não se mostraram significativas quando analisadas pela estatística inferencial, confirmando-se a Hipótese 1 deste estudo. A literatura consultada não é conclusiva a este respeito, pois as evidências que mulheres e adolescentes do género feminino apresentam níveis de vergonha mais elevados comparativamente aos homens (Harper & Arias, 2004; Meesters et al., 2017; Orth et al., 2010) não têm sido verificadas de forma consistente (Szentágotai-Táttar & Miu, 2016). A este propósito, uma meta-análise sugeriu que as diferenças de género na vergonha são reduzidas (Else-Quest, Higgins, Allison, & Morton, 2012), o que poderá explicar a falha em detetar tais diferenças na amostra do presente estudo.

No que respeita à variável idade, a análise descritiva evidenciou que os adolescentes de 16 e 17 anos reportaram mais vergonha comparativamente aos restantes. Quando se recodificou a idade de acordo com as fases da adolescência, observaram-se resultados similares, já que foram os adolescentes que integravam a fase média da adolescência, isto é, com idades entre os 15A e 17A11M, que reportaram mais vergonha interna, externa e total. Neste seguimento, a análise inferencial dos dados revelou diferenças significativas para a dimensão da vergonha externa e vergonha total, o que confirma a Hipótese 2 desta investigação e corrobora algumas investigações anteriores, que verificaram que a vergonha externa parece desempenhar um papel importante durante a adolescência (Cunha et al., 2012; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013). Algumas das possíveis explicações relacionam-se com as próprias características das tarefas desenvolvimentais desta etapa da vida, que são especialmente orientadas para os outros; e pelo facto da auto-identidade ser co-construída através da experiência das interações com os outros, designadamente como eles os veem e respondem ao *self*. A este propósito, Gilbert (2002), refere que a identidade é derivada principalmente de como os indivíduos sentem que existem para os outros – isto é, vergonha externa.

Para além disso, deverá ser salientado que a literatura não é conclusiva a respeito da influência da idade na propensão à vergonha, existindo, por um lado, estudos que defendem que a adolescência constitui um período de particular vulnerabilidade a esta emoção (Cunha et al., 2012), verificando-se níveis elevados durante esta fase de vida (Orth et al., 2010); e, por outro lado, investigações que não observaram uma associação entre estas variáveis. A este propósito, Szentágotai-Tătar e Miu (2016) apontaram como possível explicação que as mudanças decorrentes da idade poderão começar na adolescência e continuar/estender-se durante a idade adulta. Para além disso, estes investigadores salientaram a necessidade de se realizarem estudos adicionais para caracterizar mudanças relacionadas à idade e ao sexo na vergonha e na propensão à culpa durante a adolescência.

À semelhança do descrito na variável idade, a análise da influência da escolaridade dos adolescentes nas memórias precoces de vergonha e vergonha atual permitiu observar que os adolescentes que frequentavam o ensino secundário reportaram mais vergonha do que aqueles que integravam o 3º ciclo do ensino básico (7º a 9º ano). Estas diferenças foram significativas para a dimensão da vergonha externa e para a vergonha total, confirmando a Hipótese 3 deste estudo. A este propósito, é de notar que o único estudo consultado sobre este tema menciona que, comparativamente aos alunos do 8º ano, isto é, do 3º ciclo, a vergonha diminui temporariamente em adolescentes do sexo feminino do 10º ano e aumenta em adolescentes masculinos do 10º ano (ensino secundário). No entanto, essas mudanças revertem-se em estudantes universitários do primeiro ano (Walter & Burnaford, 2006).

No que se refere à influência do meio de residência, verificou-se que os adolescentes que vivem em meio rural sentem globalmente menos vergonha que aqueles que habitam em meio urbano, reportando, por isso, menos memórias de vergonha. Estas diferenças foram significativas para a dimensão interna da vergonha e para a vergonha total, rejeitando-se a Hipótese 4. Ainda que não se tenha encontrado literatura específica sobre a influência do meio na forma como é sentida a vergonha, a literatura tem enfatizado que o risco de algumas doenças mentais importantes, designadamente ansiedade, transtornos psicóticos ou de humor e comportamentos aditivos é geralmente maior nas cidades do que em meio rural (Gruebner et al., 2017).

### **4.3. Relevância do consumo atual de álcool e de tabaco nas memórias precoces de vergonha**

Os resultados obtidos nesta investigação evidenciam que os adolescentes que consomem álcool tendem a sentir mais vergonha do que os abstinentes, tendo-se verificado diferenças significativas em todas as dimensões da vergonha analisadas. Como tal, considera-se que a Hipótese 5 deste estudo foi confirmada. Para além disso, verificou-se que adolescentes que apresentavam consumos problemáticos de álcool eram os que recordavam e sentiam atualmente mais vergonha, observando-se uma diferença significativa na vergonha externa e na vergonha total em função da classificação do consumo proposta para a população adolescente (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2018; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018). Estes resultados vão ao encontro de alguns estudos, que têm evidenciado que o uso de álcool durante a adolescência relaciona-se de forma recíproca com fatores de risco que afetam todo o desenvolvimento, de tal forma que os problemas que contribuem para esse uso podem piorar com o uso continuado de álcool (Dodge et al., 2009; Schulenberg & Maslowsky, 2009). Ainda neste âmbito, deverá ser realçado que não se encontraram diferenças significativas nas dimensões da vergonha em função dos pontos de corte propostos na versão portuguesa do AUDIT (Cunha, 2002). Neste sentido, é de notar que os mesmos têm sido internacionalmente adotados para populações adultas, o que poderá sugerir a necessidade de se adaptar o instrumento às características da população adolescente portuguesa, já que a classificação atual não permitiu discriminar consumos problemáticos com a mesma precisão que os pontos de corte usados para adolescentes.

No que respeita ao consumo de tabaco, também se verificou que adolescentes fumadores recordavam e percecionavam atualmente mais vergonha que os abstinentes, tendo-se verificado diferenças significativas na vergonha interna, externa e total. Como tal, considera-se que a Hipótese 6 deste estudo foi confirmada. No entanto, e contrariamente ao observado na influência da classificação do consumo de álcool, não se encontraram diferenças significativas nas memórias de vergonha e nível atual de vergonha em função da dependência à nicotina. A este propósito, é de notar que não foi encontrada bibliografia sobre a influência da vergonha no consumo específico de tabaco, tendo-se enquadrado esta substância aditiva conjuntamente com o álcool. Neste sentido, a verificação de diferenças significativas nas memórias precoces de vergonha em função do consumo atual de álcool e de tabaco assume particular relevância, já que corrobora algumas pesquisas recentes que verificaram que, não só comportamentos considerados impulsivos e mal-adaptativos, como o uso

de substâncias, estão significativamente associados à vergonha (Rahim & Patton, 2015), como também os próprios comportamentos de risco adotados durante a adolescência poderão manter e até aumentar os sentimentos de vergonha (Stuewig et al., 2015).

#### **4.4. Relevância do gênero, idade, escolaridade e meio de residência dos adolescentes nas memórias de práticas parentais.**

Relativamente à influência do gênero na percepção das memórias das práticas parentais, não se encontraram diferenças significativas entre adolescentes masculinos e femininos, confirmando-se a Hipótese 7. Estes resultados vão ao encontro do verificado quer pela autora da versão portuguesa original da EMBU-A (Lacerda, 2005), quer por Conceição (2012), que realizou uma adaptação do mesmo instrumento. Neste sentido, a atual e crescente tendência para a igualdade no tratamento dos filhos foi apontada como possível explicação para este resultado (Lacerda, 2005).

Já no que diz respeito à influência da idade, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa para a dimensão de suporte emocional paterno, observando-se que, durante a adolescência média (15-17A11M anos), foi percecionado menos afeto e apoio paterno, o que confirma a Hipótese 8. Deverá notar-se que a literatura consultada não é conclusiva a este respeito, já que Lacerda (2005) observou “ser aos 16 anos de idade que os adolescentes percecionam um menor suporte emocional e um aumento da rejeição de ambos os pais” (p.96), enquanto que Conceição (2012) constatou que “os adolescentes mais jovens têm a percepção de maior Suporte emocional, de maior sobreproteção e de maior rejeição por parte do pai e da mãe, do que os adolescentes mais velhos” (p.35).

Em relação à variável escolaridade, constatou-se uma influência semelhante à anteriormente descrita, tendo-se verificado uma diferença significativa para dimensão de suporte emocional paterno. Este resultado confirma a Hipótese 9 e vai ao encontro do verificado por Lacerda (2005), que refere que a diminuição da percepção de suporte emocional paterno e materno corresponde, normalmente, à entrada no ensino secundário, podendo estar relacionada com o facto de os pais responsabilizarem e serem mais exigentes com os seus filhos nesta fase.

No que respeita ao meio de residência, não se verificaram diferenças significativas na memórias das práticas parentais entre adolescentes que vivem em contexto urbano e em meio rural, confirmando-se a Hipótese 10. Deverá salientar-se que não se encontrou literatura específica para a influência desta variável.

#### **4.5. Relevância do consumo atual de álcool e de tabaco nas memórias de práticas parentais**

Os resultados obtidos nesta investigação evidenciam que os adolescentes que bebem e fumam atualmente recordam mais memórias de práticas parentais negativas do que os abstinentes, designadamente maior rejeição e menor afeto e apoio emocional de ambos os pais, tendo-se verificado diferenças significativas para as dimensões de suporte emocional e rejeição paternas e maternas em função do consumo atual de álcool e de tabaco. Estes resultados, que confirmam as Hipóteses 11 e 12, são corroborados por várias investigações, que têm demonstrado que os comportamentos parentais parecem influenciar de forma relevante o consumo de substâncias psicoativas durante a adolescência (Cornelius et al., 2016; Lee et al., 2013; Pantoja, et al., 2014; Visser et al., 2013) ainda que não tenham sido encontradas evidências conclusivas na forma eles exercem essa influência (Cornelius et al., 2016; Berge et al., 2016; Lee et al., 2013; Visser et al., 2013). A este propósito, deverá, também, notar-se que as recordações de comportamento intrusivo por parte da pai apresentaram diferenças significativas no consumo atual de álcool e de tabaco, enquanto que as memórias de sobreproteção materna tiveram diferenças significativas apenas para o consumo atual de tabaco. Diferenças na influência do género dos progenitores também já foram encontradas (Becoña et al., 2013; Cornelius et al., 2016; Pantoja, et al., 2014), não sendo, contudo, conclusivas.

Quando se codificaram os consumos atuais de álcool de acordo com a classificação da versão portuguesa do AUDIT (Cunha, 2002) e a classificação do AUDIT proposta para a adolescência (Chung et al., 2000; Coulton et al., 2018; Fairlie et al., 2006; Liskola et al., 2018), verificou-se que os adolescentes que apresentavam consumos considerados de risco, nocivos ou provável dependência de álcool, eram os que recordavam menos suporte emocional e mais sobreproteção e rejeição por parte de ambos os pais. No entanto, enquanto que na versão portuguesa encontraram-se diferenças significativas para as dimensões de suporte emocional paterno e de rejeição materna, na segunda proposta de classificação obtiveram-se diferenças significativas para as mesmas dimensões, mas em ambos os pais. Desta forma, e à semelhança do verificado no ponto 4.3 da discussão de resultados, as diferenças obtidas entre a utilização dos atuais pontos de corte do AUDIT, internacionalmente adotados para populações adultas, e os propostos na literatura para a população adolescente, poderão apontar para a necessidade de se adaptar o instrumento às características da população adolescente portuguesa.

Por sua vez, a codificação dos consumos atuais de tabaco de acordo com a classificação do FTND (Ferreira et al., 2009) não evidenciou diferenças significativas nas memórias de práticas parentais em função da dependência atual à nicotina.

#### **4.6. Relação entre memórias precoces de vergonha e memórias de práticas parentais**

Os resultados obtidos evidenciam que as memórias de práticas paternas e materna relacionadas com calor e apoio emocional associaram-se a menos memórias de vergonha e a menor vergonha atual percebida pelos adolescentes, tendo-se verificado uma correlação moderada (Pestana & Gageiro, 2008), negativa e significativa entre a dimensão de suporte emocional e a vergonha interna, externa e total. Por oposição, mais memórias de práticas parentais imersas na rejeição e na sobreproteção correlacionaram-se de forma moderada (Pestana & Gageiro, 2008) positiva e significativa com as memórias de vergonha e maior nível de vergonha atual nos adolescentes.

Este resultados vão ao encontro da literatura, que tem enfatizado que a vergonha tem por base uma motivação inata para a vinculação e para o estabelecimento de relações positivas com os outros (Bowlby, 1969, 1973, 1980 cit. por Matos & Pinto-Gouveia, 2014; Gilbert, 2002) e que as experiências de vergonha podem ocorrer desde a infância, designadamente em experiências interpessoais na família e noutros relacionamentos importantes (Gilbert, 2002; Tangney & Dearing, 2002). Neste seguimento, várias investigações têm demonstrado que as práticas parentais negativas resultam numa maior propensão para as crianças experimentarem vergonha (Bennett et al., 2010; Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014; Stuewig & McCloskey, 2005), já que lhes transmitem a mensagem que falham em corresponder às expectativas, com conseqüente decepção, risco de rejeição e ameaça à sua necessidade inata de aceitação social (Muris & Meesters, 2014). A este propósito, Muris e colaboradores (2014a, cit. por Muris et al., 2017) verificaram que adolescentes que relataram ter um vínculo inseguro com os cuidadores revelaram níveis mais elevados de vergonha do que os que mencionaram ter um vínculo seguro. Por sua vez, Matos e Pinto-Gouveia (2014) verificaram que as memórias de vergonha envolvendo figuras de apego, nomeadamente o pai e a mãe, apresentaram correlações mais elevadas com vergonha interna e sintomas depressivos, enquanto que as memórias de vergonha vivenciadas com outros indivíduos associaram-se, apenas, a vergonha externa.

De acordo com vários investigadores, as experiências de vergonha mais prevalentes com cuidadores envolvem a crítica, hostilidade, abuso, negligência indiferença, rejeição e abandono parental (Alessandri & Lewis, 1993; Bennett et al., 2010; Claesson & Sohlberg, 2002; Gilbert et al., 2003; Han & Kim, 2012; Harvey et al., 1997; Matos & Pinto-Gouveia, 2014; Mills et al., 2010). O aumento da vergonha parece estar, desta forma, relacionado quer a um estilo parental mais severo e autoritário (Mills, 2003; Stuewig & McCloskey, 2005), com presença de níveis altos de rejeição em detrimento do suporte emocional; quer com uma prática negligente (Bennett et al., 2010), também esta caracterizada por pouco suporte emocional. Como tal, considera-se que a Hipótese 13, isto é, da existência de uma relação significativa entre as memórias precoces de vergonha e as memórias de práticas parentais, foi confirmada.

#### **4.7. Relevância das memórias precoces de vergonha no consumo de álcool e de tabaco**

No que respeita ao consumo de álcool, os resultados desta investigação evidenciaram que os adolescentes que recordam e percecionam atualmente mais vergonha apresentam consumos mais elevados desta substância, tendo-se verificado diferenças significativas no consumo de álcool em função da vergonha interna, externa e total. Este resultado confirma a Hipótese 14 e vai ao encontro das investigações mais recentes nesta área, que têm demonstrado que a vergonha na adolescência comporta-se de forma semelhante à psicopatologia encontrada em adultos, estando implicada no desenvolvimento de psicopatologia (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Mills et al., 2015; Muris & Meesters, 2014; Szentágotai-Táatar, & Miu, 2016; Tangney, 2002) e no consumo de álcool e de outras substâncias (Dearing et al., 2005; Hequembourg & Dearing, 2013; Muris & Meesters, 2014; Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015 Treeby & Bruno, 2012; Vizin & Unoka, 2015). Para além disso, importa realçar que, tal como se observou no ponto 4.3 da discussão de resultados, os adolescentes que consomem atualmente álcool e, em especial, os que apresentam maiores consumos, recordam e percecionam atualmente mais vergonha. Este resultado é particularmente relevante pois não só indicia as memórias de vergonha enquanto fator de risco, como também parece ir ao encontro da literatura, que tem evidenciado que os fatores de risco para o consumo de álcool que tendem a permanecer estáveis ao longo do tempo (Patrick et al., 2011; Schulenberg et al., 2011).

Já no que se refere ao consumo de tabaco, não se encontraram diferenças significativas entre memórias precoces de vergonha e o consumo desta substância, rejeitando-se a Hipótese 15. A este propósito, Muris e Meesters (2014) salientaram que a influência de emoções autoconscientes como a vergonha na psicopatologia pode ser mediada ou moderada por outras variáveis e contextos específicos, num modelo explicativo de psicopatologia particularmente complexo e que ainda permanece desconhecido. Corroborando esta relação, Rahim e Patton (2015) salientam que, embora haja alguma evidência de uma associação entre vergonha e uso de substâncias, tem havido pouco foco nos processos cognitivos e emocionais que medeiam essa relação. Na verdade, quando se analisou a influência do consumo de tabaco, constatou-se que adolescentes fumadores recordam e sentem atualmente mais vergonha, o que parece corroborar as observações anteriormente descritas.

Neste seguimento, e ainda que, do ponto de vista preditivo, não se possa estabelecer uma relação causal, existem evidências que as experiências de vergonha na infância e adolescência podem operar como memórias traumáticas e tornar-se centrais para a auto-identidade e para a história de vida dos indivíduos (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014) conduzindo a estados emocionais negativos que, por sua vez, aumentam a propensão para mais sentimentos de vergonha e mais dificuldades emocionais. Estes estados emocionais negativos, caracterizados por sentimentos de inferioridade, imperfeição e solidão poderão motivar o uso de substâncias já que alguns estudos têm demonstrado que a baixa auto-estima, o sentimento de fracasso e depressão tendem a ser positivamente correlacionados com o uso de álcool e de outras substâncias durante a adolescência (Maslowsky & Schulenberg, 2013). Para além disso, o fracasso em construir uma visão positiva do *self* pode culminar num padrão crescente de comportamento arriscados e contraproducentes e de reações desadaptativas à vergonha (Stuewig et al., 2015), designadamente o consumo de substâncias. A este propósito, é de salientar que uma das principais motivações subjacentes ao consumo de substâncias está relacionada como desenvolvimento de estratégias de *coping* mal adaptativas para lidar com sentimentos negativos (Rahim & Patton, 2015).

#### **4.8. Relevância das memórias de práticas parentais no consumo de álcool e de tabaco**

Os resultados deste estudo demonstram diferenças significativas no consumo de álcool e de tabaco em função das dimensões da parentalidade estudadas observando-se uma influência do género dos progenitores nessas relações. Estes

resultados confirmam as Hipóteses 16 e 17 e vão ao encontro do descrito pela literatura, que tem evidenciado que os comportamentos de criação parental e a percepção da parentalidade dos pais parecem exercer uma importante influência no consumo de substâncias psicoativas durante a adolescência, ainda que as evidências encontradas não sejam conclusivas (Cornelius et al., 2016; Lee et al., 2013; Pantoja, et al., 2014; Visser et al., 2013).

Com efeito, no presente estudo, verificou-se que os adolescentes que recordavam mais suporte emocional apresentavam menor consumo de álcool e de tabaco, tendo-se encontrado diferenças significativas para o suporte emocional paterno, mas não materno. Esta influência do suporte emocional também foi observada por vários investigadores (Berge et al., 2016; Lee et al., 2013; Cornelius et al., 2016; Visser et al., 2013), sendo que a importância das memórias relativas ao pai também foram destacadas por Pantoja e colaboradores (2014). No entanto, estes resultados contrariam os de outros autores, que verificaram que adolescentes que perceberam níveis mais altos de afeto materno e paterno foram mais propensos a usar álcool, tabaco e outras substâncias (Becoña et al., 2013).

Por sua vez, verificou-se que os adolescentes que recordavam mais memórias de rejeição do pai e da mãe apresentaram consumos superiores de álcool e de tabaco, verificando-se diferenças significativas para o consumo de álcool em função da rejeição paterna e materna e diferenças significativas para o consumo de tabaco em função da rejeição materna. Estes resultados também vão ao encontro de algumas pesquisas (Cornelius et al., 2016; Pantoja et al., 2014), mas contrariam outras. A este propósito, Visser e colaboradores (2013) referiram que a rejeição pode aumentar o risco de uso de álcool uma vez que limita as habilidades do adolescente em regular as emoções e lidar adequadamente com os problemas. Não obstante, os mesmos autores não só ressaltaram que algumas pesquisas longitudinais tinham mostrado resultados inconsistentes, como também confirmaram no estudo que desenvolveram que a rejeição parental não estava associada ao uso de álcool durante a adolescência (Visser et al., 2013).

Relativamente às memórias de sobreproteção, observou-se que os adolescentes que reportaram mais comportamentos intrusivos por parte da mãe e do pai apresentaram consumos superiores de álcool e de tabaco, verificando-se diferenças significativas apenas para o consumo de tabaco. Este resultado contraria a investigação de Becoña e colaboradores (2013), que observaram que a influência do controlo paterno não foi significativa, mas corrobora outros estudos. De facto, pouco se sabe sobre a associação entre sobreproteção e uso de substâncias devido à quantidade limitada de pesquisas a esse respeito (Visser et al., 2013).

Deverá notar-se esta diferença e contradição de resultados verificada na literatura pode refletir diferenças culturais nas associações entre estilos parentais e uso de álcool, já que algumas pesquisas mostraram que a importância do controle parental pode variar entre culturas. Para além disso, poucos estudos longitudinais têm controlado a influência de outras variáveis relevantes, como grupo de pares, delinquência e uso de substâncias pelos pais, fatores estes que podem influenciar as associações entre estilos parentais e uso de substâncias (Berge et al., 2016). A este propósito, Malta e colaboradores (2014) acrescentam que estudos futuros também deverão focar as influências de gênero entre pais e filhos e a permissividade, que tem mostrado grande influência no uso de drogas pelos adolescentes (Becoña et al., 2013; Malta et al., 2014).

## Conclusão

A vergonha é uma das emoções mais dolorosas e autoconscientes (Tangney & Dearing, 2002), que pode ocorrer desde infância (Gilbert, 2002; Muris & Meesters, 2014) e a qualidade das relações de apego parece desempenhar um papel importante na estruturação das memórias de vergonha. De facto, as práticas parentais negativas parecem resultar numa maior propensão para as crianças experimentarem vergonha (Bennett et al., 2010; Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014; Stuewig & McCloskey, 2005) e as memórias de vergonha envolvendo o pai e a mãe tendem a apresentar um carácter mais traumático do que as que envolvem outros indivíduos (Matos & Pinto-Gouveia, 2014). Neste seguimento, a vergonha na infância e adolescência tem sido consistentemente associada a desfechos negativos posteriores, designadamente psicopatologia (Cunha et al., 2012; Matos & Pinto-Gouveia, 2010, 2014; Mills et al., 2015; Muris & Meesters, 2014; Szentágotai-Tătar & Miu, 2016), comportamentos de risco e uso de álcool e de outras drogas (Muris & Meesters, 2014; Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015).

O consumo de substâncias psicoativas por adolescentes representa um grave problema de saúde pública, (Pantoja et al., 2014) e vários investigadores têm salientado a importância de se identificarem fatores de risco que possam ser intervencionados desde os primeiros estádios de desenvolvimento (Bountress et al., 2017; Cornelius et al., 2016; Malta et al., 2014; USDHHS, 2012), designadamente porque a sua relevância tende a permanecer estável ao longo do tempo (Patrick et al., 2011).

A presente investigação partiu das evidências apontadas na literatura e procurou dar um contributo face a um panorama internacional e nacional de escassez de estudos que, por um lado, analisassem o impacto das memórias precoces de vergonha na adolescência (Cunha et al., 2012; Muris & Meesters, 2014; Matos & Pinto-Gouveia, 2014), e que, por outro lado, integrassem medidas de vergonha no estudo do uso de substâncias psicoativas por adolescentes (Muris & Meesters, 2014; Rahim & Patton, 2015; Stuewig et al., 2015). Deste modo, esta investigação teve como principal objetivo analisar a relação entre as memórias de vergonha e de práticas parentais e a sua influência no consumo de álcool e tabaco em adolescentes portugueses, explorando o comportamento destas variáveis em função das características sociodemográficas género, idade, escolaridade e meio de residência.

Neste seguimento, considera-se que os resultados deste estudo permitem concluir, desde logo, a existência de uma relação entre memórias precoces de

vergonhas e memórias de práticas parentais, corroborando pesquisas anteriores (Matos & Pinto-Gouveia, 2014; Muris & Meesters, 2014). De facto, esta investigação e a evidência científica existente sugerem que memórias de práticas parentais negativas, designadamente de sobreproteção e rejeição, parecem associar-se a mais memórias de vergonha interna e externa e mais vergonha atual percebida pelos adolescentes (Bennett et al., 2010; Meesters et al., 2017; Muris & Meesters, 2014; Stuewig & McCloskey, 2005). Por oposição, os adolescentes que recordam mais suporte emocional por parte de ambos os pais parecem recordar menos memórias de vergonha e perceber menos vergonha atual.

Para além disso, esta investigação enfatizou a influência das memórias precoces de vergonha e das memórias de práticas parentais no consumo de substâncias por adolescentes. Neste seguimento, foram os adolescentes que recordaram mais vergonha e mais rejeição paterna e materna que apresentaram consumos superiores de álcool, verificando-se diferenças significativas comparativamente aos adolescentes que reportaram menos memórias de vergonha e de rejeição parental. Para além disso, as memórias precoces de vergonha apresentaram diferenças significativas no consumo de álcool e as memórias de calor e apoio emocional relacionadas com o pai tiveram diferenças significativas no consumo de álcool e de tabaco, sugerindo uma influência de género do progenitor para a presente amostra. Por último, a recordação de práticas intrusivas e sobreprotetoras por parte da mãe apresentou diferenças significativas no consumo de tabaco.

Investigações prévias já tinham associado o uso de substâncias à vergonha (Rahim & Patton, 2015) e evidenciado a influência dos comportamentos de educação no consumo de substâncias psicoativas durante a adolescência (Berge et al., 2016; Cornelius et al., 2016; Lee et al., 2013; Pantoja, et al., 2014; Visser et al., 2013). No entanto, até à presente data, não se teve conhecimento de qualquer estudo que explorasse conjuntamente estas variáveis no panorama nacional. Como tal, a presente investigação amplia a reflexão sobre a influência das memórias precoces de vergonha e de práticas parentais na adolescência, realçando, desde logo, a importância da família enquanto pilar básico do desenvolvimento e formação do ser humano (Cruz, 2005) e, especialmente, dos pais, enquanto modelos de comportamento, disciplinadores, organizadores, educadores e agentes de socialização (Coutinho, 2004). De acordo com o presente estudo, e atendendo à literatura consultada, ficou claro que os comportamentos de educação parental podem constituir fatores de proteção ou de risco no desenvolvimento social, cognitivo e emocional da criança ou adolescente (Baptista, 2000, cit. por Camacho & Matos, 2006) implicando, neste último caso, considerável sofrimento (Canavarro, 1999, cit. por Kobarg et al., 2010) e

contribuindo para uma propensão a sentimentos de vergonha e culpa (Meesters et al., 2017).

Para além disso, deverá ser notado que a verificação de diferenças significativas nas memórias de vergonha e nas memórias de práticas parentais em função do consumo atual de álcool e de tabaco permitiu, ainda, corroborar a evidência científica que comportamentos de risco adotados durante a adolescência, como o uso de substâncias, poderão manter e até aumentar os sentimentos de vergonha (Stuewig et al., 2015).

Uma outra reflexão deverá ser realizada a propósito das variáveis sociodemográficas estudadas. Para a presente amostra, o género dos adolescentes não mostrou exercer uma influência significativa nas memórias de vergonha e de práticas parentais. No entanto, a observação de diferenças significativas em função da idade e escolaridade permitiu concluir que os adolescentes integrados na fase média da adolescência (15A – 17A11M) e que frequentavam o ensino secundário pareceram perceber mais vergonha e menos suporte emocional paterno que os restantes, o que poderá torná-los particularmente vulneráveis ao uso de álcool e de tabaco, já que estas variáveis foram implicadas no seu consumo. O meio de residência dos adolescentes mostrou ser significativo para as memórias de vergonha, mas não de práticas parentais. A este propósito, é de salientar que a literatura consultada não aborda especificamente a influência desta variável, pelo que estudos futuros deverão analisá-la com maior profundidade.

Por fim, importa referir as limitações deste estudo. Em primeiro lugar, a amostra estudada foi constituída por um número reduzido de adolescentes (n=52) e maioritariamente praticantes de desporto, o que pode ter influenciado os consumos de álcool e de tabaco verificados, bem como as próprias medidas de vergonha, já que o exercício físico tem sido correlacionado negativamente ao uso de substâncias (Dever et al., 2012; Loprinzi & Walker, 2016; Tabak et al., 2015; Terry-McElrath et al., 2011) e apontado como um fator de proteção e de promoção da saúde mental e bem-estar global (Hyde et al., 2013; Richard et al., 2015). Para além disso, a amostra foi recolhida numa só localidade e apresentava maior prevalência de adolescentes do sexo feminino, bem como poucos sujeitos (n=2) que se integrassem na fase final da adolescência (18-19A11M anos). Como tal, os resultados encontrados deverão ser entendidos com precaução e apenas no âmbito desta amostra, não podendo ser generalizados para a população adolescente portuguesa.

Deste modo, investigações futuras deverão, desde logo, incluir uma amostra representativa desta população, que permita demonstrar relações entre as variáveis estudadas (Lacerda, 2005). A este propósito, considera-se que seria igualmente

pertinente explorar a influência de género entre pais e filhos no uso de substâncias pelos adolescentes (Becoña et al., 2013; Malta et al., 2014), e o papel das práticas parentais de sobreproteção, que não foram conclusivas neste estudo (Visser et al., 2013).

Mais se acrescenta que esta investigação teve um único momento de recolha de dados, assumindo-se, por isso, como um estudo transversal que, pelas suas características, não permite estabelecerem-se relações causais entre as variáveis (Beconã et al., 2013) nem verificar se os construtos são causa ou consequência do uso de substâncias (Patrick & Schulenberg, 2014). Neste seguimento, considera-se pertinente que estudos futuros contemplem um desenho longitudinal, que permita verificar se as memórias de vergonha e das práticas parentais podem assumir-se como fatores preditivos para o consumo de substâncias na adolescência.

Para além disso, há que realçar que a linearidade causal também não poderia ser estabelecida por não terem sido incluídas outras variáveis apontadas como relevantes para o consumo de álcool e de tabaco. De facto, o uso de substâncias na adolescência é um fenómeno complexo, multifacetado e socialmente determinado, que inclui fatores familiares, sociodemográficos, ambiente escolar e o relacionamento com o grupo de pares, entre outros (Malta et al., 2014) que não foram contemplados neste estudo. Mesmo em relação aos aspetos da parentalidade, não foram incluídas atitudes parentais específicas ao consumo de substâncias, que se têm revelado determinantes nos consumos (Malta et al., 2014).

Uma outra limitação desta investigação relaciona-se com o uso de instrumentos de autorrelato. Neste seguimento, os dados obtidos relativos aos consumos de álcool e de tabaco, através do AUDIT e do FTND dependeram da capacidade dos adolescentes perceberem com precisão o seu próprio nível de uso de substâncias (Patrick & Schulenberg, 2014). No caso do instrumento de avaliação das memórias das práticas parentais, EMBU-A, os dados encontrados poderão ter sido influenciados pelas expectativas de tratamento por parte dos pais (Lacerda, 2005). Assim, teria sido benéfico complementar-se a perceção dos adolescentes com informação recolhida junto dos pais, de modo a obter-se uma visão mais real e concreta da correspondência entre ambas (Lacerda, 2005). Ainda neste âmbito, há que notar que verificou-se uma escassez de instrumentos validados para a população adolescente portuguesa que avaliassem o consumo de álcool e de tabaco. Atendendo a que a validação de instrumentos para a população adolescente portuguesa é crucial para a análise científica da influência das memórias de vergonha e de práticas parentais no uso de álcool e de tabaco, considera-se que esta escassez de

instrumentos constatadas na presente investigação poderia tornar-se numa oportunidade de investimento de estudos futuros

Face ao exposto, considera-se que os resultados desta investigação podem constituir um ponto de partida para estudos futuros que comprovem a importância das memórias de vergonha e de práticas parentais no uso de substâncias por adolescentes. A verificação desta influência poderá ter grande impacto no desenvolvimento de ações preventivas, quer junto dos pais, mediante programas de prevenção baseados em famílias (Čablová, Pazderková, & Miovský, 2013), quer junto dos adolescentes, através de intervenções que foquem o desenvolvimento da auto-compaixão (Gilbert & Procter, 2006), uma forma saudável de auto-aceitação (Neff, 2003) que tem sido negativamente correlacionada com a vergonha (Barnard & Curry 2011) e que possibilita que os adolescentes experienciem sentimentos de suporte e calor com eles mesmos sem se envolverem em processos de auto-criticismo e de avaliação e comparações sociais desfavoráveis (Neff & McGehee, 2010).

“O fim, ou quiçá não. O cético acha que se o final é feliz, talvez ainda não seja o final. O que tem fé sabe que não existe final – tudo são começos.” (José Eduardo Agualusa)

## Bibliografia

- Abar, C., Jackson, K., Colby, S., & Barnett, N. (2014). Common and unique parenting predictors of adolescent tobacco and alcohol use. *Addict Behav*, 39(10), 1528–1532. Obtido de <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4437593&blobtype=pdf>
- Afonso, A., & Nunes, C. (2011). *Estatística e Probabilidades - Aplicações e Soluções em SPSS*. Lisboa: Escolar Editora.
- Alessandri, S., & Lewis, M. (1993). Parental evaluation and its relation to shame and pride in young children [Resumo]. *Sex Roles*, 29(5-6), 335–343. Resumo obtido de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00289427>
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia. Obtido de [http://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/cg\\_1.pdf](http://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/cg_1.pdf)
- Assor, A., & Tal, K. (2012). When parents' affection depends on child's achievement: Parental conditional positive regard, self-aggrandizement, shame and coping in adolescents [resumo]. *Journal of Adolescence*, 35(2), 249–260. Resumo obtido de <http://psycnet.apa.org/record/2012-07455-002>
- Baptista, C., & Sousa, M. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios, segundo Bolonha* (4ª ed.). Lisboa: Pactor.
- Barnard, L., & Curry, J. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions [resumo]. *Review of General Psychology*, 15(4), 289–303. Resumo obtido de <https://psycnet.apa.org/record/2011-24649-001>
- Becoña, E., Martínez, U., Calafat, A., Fernández-Hermida, J., Juan, M., Sumnall, H., ..., & Gabrhelík, R. (2013). Parental permissiveness, control, and affect and drug use among

adolescents. *Psicothema*, 25(3), 292-298. Obtido de <http://www.psicothema.com/PDF/4113.pdf>

Bennett, D., Sullivan, M., & Lewis, M. (2010). Neglected children, shame-proneness, and depressive symptoms [Resumo]. *Child Maltreat.*, 15(4), 305–14. Resumo obtido de <https://doi.org/10.1177/1077559510379634>

Berge, J., Sundell, K., Öjehagen, A., & Håkansson, A. (2016). Role of parenting styles in adolescent substance use: Results from a Swedish longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 6:e008979. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008979.

Blakemore, S., & Mills, K. (2014). Is Adolescence a Sensitive Period for Sociocultural Processing?. *Annu. Rev. Psychol.*, 65(1), 187–207. Obtido de [https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-010213-115202?rfr\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed&url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=psych](https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-psych-010213-115202?rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&journalCode=psych)

Bountress, K., Danielson, C., Williamson, V., Vladmirov, V., Gelernter, J., Ruggiero, K., & Amstadter, A. (2017). Genetic and Psychosocial Predictors of Alcohol Use Trajectories Among Disaster-Exposed Adolescents. *Am J Addict*, 26(6), 623–631. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5627968/pdf/nihms908690.pdf>

Brown, S., Tapert, S., Granholm, E., & Delis, D. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: effects of protracted alcohol use [Resumo]. *Alcohol Clin Exp Res*, 24(2), 164-71. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10698367>

Čablová, L., Pazderková, K., & Miovský, M. (2013). Parenting styles and alcohol use among children and adolescents: A systematic review (resumo). *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 21(1), 1-13. Obtido de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09687637.2013.817536>

Camacho, I., & Matos, M. (2006). Práticas parentais, escola e consumo de substâncias em jovens. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 317-327.

Canavarro, C. (1996). A avaliação das práticas educativas através da EMBU: Estudos psicométricos. *Psychologica*, 16, 5-18.

- Canavarro, M., & Pereira, A. (2007). A percepção dos filhos sobre os estilos educativos parentais: a versão portuguesa da EMBU-C. *RIDEP*, 24(2), 193 – 210. Obtido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645447010>
- Cândea, D. & Szentagotai-Tăta, A. (2018). Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis [resumo]. *J Anxiety Disord.*, 58, 78-106. Resumo obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618517303754?via%3Dihub>
- Cardoso, L., & Malbergier, A. (2014). Problemas escolares e o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. *Psicol Esc Educ.*, 18(1), 27-34. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/pee/v18n1/v18n1a03.pdf>
- Carvalho, A., Silva, T., Valença, P., Santos, C., Colares, V., & Menezes, V. (2017). Consumo de álcool e violência física entre adolescentes: quem é o preditor? *Ciênc Saúde Colet.*, 22(12), 4013-4020. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n12/1413-8123-csc-22-12-4013.pdf>
- Chung, T., Colby, S., Barnett, N., Rohsenow, D., Spirito, A., & Monti, P. (2000). Screening adolescents for problem drinking: performance of brief screens against DSM-IV alcohol diagnoses [resumo]. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(4), 579-587. Resumo obtido de <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.2000.61.579>
- Claesson, K., & Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: Replicated findings [resumo]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(4), 277–284. Resumo obtido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.331/abstract>
- Conceição, L. (2012). *Estilos educativos parentais (EMBU-A), sintomatologia depressiva/ansiosa, stress e autoestima, numa amostra de adolescentes* (Dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra. Obtido de <http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/276/1/Tese%20mestrado.pdf>
- Committee on Substance Abuse. (2001). Alcohol Use and Abuse: a pediatric concern. *Pediatrics*, 108(1), 185-189. Obtido de <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/108/1/185.full.pdf>

Cornelius, M., De Genna, N., Goldschmidt, L., Larkby, C., & Day, N. (2016). Prenatal alcohol and other early childhood adverse exposures: Direct and indirect pathways to adolescent drinking. *Neurotoxicol Teratol*, 55, 8-15. doi: 10.1016/j.ntt.2016.03.001

Coulton, S., Alam, M. F., Boniface, S., Deluca, P., Donoghue, K., Gilvarry, E., ... & McGovern, R. (2018). Opportunistic screening for alcohol use problems in adolescents attending emergency departments: An evaluation of screening tools. *J Public Health*, fdy049, 1-8.

Obtido de [https://watermark.silverchair.com/fdy049.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW\\_Ercy7Dm3ZL\\_9Cf3qfKAac485ysgAAAmQwggJgBgkqhkiG9w0BBWagggJRMIICTQIBADC CAkYGCSqGSib3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMROMcvszd6NNjsbffQAgEQg IICFxPcneTQG1SZ15iNZBFC7SvSAaaXW6ybkVXLjUxYOJSdsmMcA4xUyLINXu0rwL N\\_rxdhXhT1VQ0rskc9MD8XIYqyencYtNBsNg5vq5kGGusuKngLA4H-PUW3dcb96Qm0QjJa8EbGSnW7ISZhyo8USI\\_WbIPKLMfVKY3kqEzEw4GsaSUPfQF5g14\\_yY2y-Tdf8-1jDrdjoTWyirmNQDkZU0vypzVp8j2HQoZ2AErYd3WzJNDyCmK5ARwjUqHPvc9T9pk4wHCwA\\_GH6QM2prfqE\\_VxoUiaez9OnUmUsUJhuoNf8HfDvA6G9WU8gsvKulHmx4q7Gk7fapZIEAmEgZjOwAnp7GPQZ6bBFBCoQ8\\_W58-dB\\_\\_Yyt7RdM0V0AvihJhnbXCaSzi992TO29i8GWd-arMqzsZg4oywP9ByMOOr\\_7Fko0eIMbDCI8OcQcT1\\_6PU6Mi2iRkKIn7lgVI900f28mXXFQ-3OULNygP2BIRbw92aUvJf3xkU8Zn6MmJ6khWDHd8Zj2a4Zl2ZUxyGuWWfeg1\\_4Y38xjn8QZLDT0To24phKemxx8AFa9ZfT6dtTyUSUgvyqtOxXszuBPq3B2ZPcVC\\_PFTgO2\\_a3xwg2TrHm0IXz8LWN06YQggd5eeom-6tJw8rlzgsL-yNS3W6tnym0GjNNDHn0tCTUKte7m7XaJ8v0YesbFOqx8Ky4zBlOfOm2YpslmOwic](https://watermark.silverchair.com/fdy049.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAac485ysgAAAmQwggJgBgkqhkiG9w0BBWagggJRMIICTQIBADC CAkYGCSqGSib3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMROMcvszd6NNjsbffQAgEQg IICFxPcneTQG1SZ15iNZBFC7SvSAaaXW6ybkVXLjUxYOJSdsmMcA4xUyLINXu0rwL N_rxdhXhT1VQ0rskc9MD8XIYqyencYtNBsNg5vq5kGGusuKngLA4H-PUW3dcb96Qm0QjJa8EbGSnW7ISZhyo8USI_WbIPKLMfVKY3kqEzEw4GsaSUPfQF5g14_yY2y-Tdf8-1jDrdjoTWyirmNQDkZU0vypzVp8j2HQoZ2AErYd3WzJNDyCmK5ARwjUqHPvc9T9pk4wHCwA_GH6QM2prfqE_VxoUiaez9OnUmUsUJhuoNf8HfDvA6G9WU8gsvKulHmx4q7Gk7fapZIEAmEgZjOwAnp7GPQZ6bBFBCoQ8_W58-dB__Yyt7RdM0V0AvihJhnbXCaSzi992TO29i8GWd-arMqzsZg4oywP9ByMOOr_7Fko0eIMbDCI8OcQcT1_6PU6Mi2iRkKIn7lgVI900f28mXXFQ-3OULNygP2BIRbw92aUvJf3xkU8Zn6MmJ6khWDHd8Zj2a4Zl2ZUxyGuWWfeg1_4Y38xjn8QZLDT0To24phKemxx8AFa9ZfT6dtTyUSUgvyqtOxXszuBPq3B2ZPcVC_PFTgO2_a3xwg2TrHm0IXz8LWN06YQggd5eeom-6tJw8rlzgsL-yNS3W6tnym0GjNNDHn0tCTUKte7m7XaJ8v0YesbFOqx8Ky4zBlOfOm2YpslmOwic)

Coutinho, T. (2004). Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 22(1), 55-64. Obtido de: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a06.pdf>

Coutinho, C. (2008). Estudos correlacionais em educação: Potencialidades e limitações. *Psicologia, Educação e Cultura*, 12(1), 143-169. Obtido de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8549/1/Est%20Correlacionais.PDF>

Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto Editora

- Cunha, J. (2002). *Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool*. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul.
- Cunha, M., Matos, M., Faria, D., & Zagalo, S. (2012). Shame memories and psychopathology in adolescence: The mediator effect of shame. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12(2), 203-218. Obtido de <http://www.ijpsy.com/volumen12/num2/327/shame-memories-and-psychopathology-in-adolescence-EN.pdf>
- Cunha, M., Xavier, A., Matos, M., & Faria, D. (2015). O impacto das memórias de vergonha na adolescência: A escala de Centralidade do Acontecimento (CES). *Análise Psicológica*, 33(4), 425-438. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v33n4/v33n4a06.pdf>
- Dearing, R., Stuewig, J., & Tangney, J. (2005). On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use [resumo]. *Addictive Behaviors*, 30(7), 1392-1404. Resumo obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460305000341>
- Dever, B. V., Schulenberg, J. E., Dworkin, J. B., O'Malley, P. M., Kloska, D. D., & Bachman, J. G. (2012). Predicting risk-taking with and without substance use: the effects of parental monitoring, school bonding, and sports participation. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 13(6), 605-615. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3632648/pdf/nihms449752.pdf>
- Dodge, K., Malone, P., Lansford, J., Miller, S., Pettit, G., & Bates, J. (2009). A dynamic cascade model of the development of substance-use onset. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 74(3), vii-119. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3857111/pdf/nihms492039.pdf>
- Else-Quest, N., Higgins, A., Allison, C., Morton, L. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: A meta-analysis [resumo]. *Psychol Bull*, 138(5), 947–81. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22468881>
- Fairlie, A., Sindelar, H., Eaton, C., & Spirito, A. (2006). Utility of the AUDIT for screening adolescents for problematic alcohol use in the emergency department [resumo]. *Int J*

*Adolesc Med Health*, 18(1), 115-22. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16639865>

Feijão, F. (2016). *Estudo sobre o Consumo De Álcool, Tabaco, Drogas e Outros Comportamentos Aditivos e Dependências – 2015 (ECATD\_CAD/2015)*. Obtido de [http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD\\_ESTU DOS/Attachments/170/RELATÓRIO%20I\\_ECATD-15.pdf](http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTU DOS/Attachments/170/RELATÓRIO%20I_ECATD-15.pdf)

Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (no prelo). *A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale*.

Ferreira, P., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Dependência tabágica*, 27(2), 37-56- Obtido de <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/docs/Publicacoes/AN200908.pdf>

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Freixo, M. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.

Freixo, M. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, métodos e técnicas* (3ªed). Lisboa: Instituto Piaget.

Gerlsma, C., Arrindell, W., Van der Veen, N., & Emmelkamp, P. (1991). A parental rearing style questionnaire for use with adolescents: Psychometric evaluation of the EMBU-A [Resumo]. *Personality and Individual Differences*, 12(12), 1245-1253. Resumo obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0191886991901961>

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety, and depression: The role of the evaluation of social rank [Resumo]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3), 174–189. Resumo obtido de [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-0879\(200007\)7:3%3C174::AID-CPP236%3E3.0.CO;2-U/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1099-0879(200007)7:3%3C174::AID-CPP236%3E3.0.CO;2-U/full)

- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp.3-54). New York: Brunner Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach [resumo]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353–379. Resumo obtido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.507/abstract>
- Gilbert, P., Cheung, M., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame [resumo]. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(2), 108–115. Resumo obtido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cpp.359/abstract>
- Gruebner, O., Rapp, M., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Dtsch Arztebl Int*, 114(8), 121-127. Obtido de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5374256/pdf/Dtsch\\_Arztebl\\_Int-114-0121.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5374256/pdf/Dtsch_Arztebl_Int-114-0121.pdf)
- Guerri, C., & Pascual, M.(2010). Mechanisms involved in the neurotoxic, cognitive, and neurobehavioral effects of alcohol consumption during adolescence [resumo]. *Alcohol*, 44(1), 15-26. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20113871>
- Gunzerath, L. , Hewitt, B., Li, T., & Warren, K. (2011), Alcohol research: past, present, and future [resumo]. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1216,(1) 1-23. Resumo obtido de <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1749-6632.2010.05832.x>
- Han, S., & Kim, Y. (2012). Interpersonal rejection experiences and shame as predictors of susceptibility to peer pressure among Korean children [resumo]. *Social Behavior and Personality*, 40(7), 1213–1232. Resumo obtido de <https://www.sbp-journal.com/index.php/sbp/article/view/2404>
- Harper, F., & Arias, I. (2004). The Role of Shame in Predicting Adult Anger and Depressive Symptoms Among Victims of Child Psychological Maltreatment [resumo]. *Journal of*

*Family Violence*, 19(6), 359–36. Resumo obtido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-004-0681-x>

Harvey, O., Gore, E., Frank, H., & Batres, A. (1997). Relationship of shame and guilt to gender and parenting practices [resumo]. *Personality and Individual Differences*, 23(1), 135-146. Resumo obtido de <http://psycnet.apa.org/record/1997-04934-014>

Hequembourg, A., & Dearing, R. (2013). Exploring shame, guilt, and risky substance use among sexual minority men and women. *J Homosex*, 60(4), 615–638. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621125/pdf/nihms453428.pdf>

Herz, V., Franzin, N., Huemer, J., Mairhofer, D., Philipp, J., & Skala, K. (2017). Substance use and misuse among children and youth with mental illness : A pilot study. *Neuropsychiatrie*, 32(1), 18-25. Obito de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5842275/pdf/40211\\_2017\\_Article\\_231.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5842275/pdf/40211_2017_Article_231.pdf)

Hingson, R., Heeren, T., & Winter, M. (2006). Age at drinking onset and alcohol dependence: age at onset, duration, and severity [resumo]. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(7), 739-746. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16818840>

Hyde, A., Maher, J., & Elavsky, S. (2013). Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 98-115. doi:10.5502/ijw.v3i1.6

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M., & Barnekow, V. (2016). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2013/2014 survey. Obtido de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1)

Kobarg, R., Vieira, A., Viviane, V., & Mauro, L. (2010). Validação da escala de lembranças sobre práticas parentais (EMBU). *Avaliação Psicológica*, 9(1), 77-85. Obtido de <http://www.redalyc.org/pdf/3350/335027281009.pdf>

- Lacerda, M. (2005). *A percepção das práticas parentais pelos adolescentes: implicações na percepção de controlo e nas estratégias de coping* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- Lee, C., McClernon, F., Kollins, S., Prybol K., & Fuemmeler, B. (2013). Childhood Economic Strains in Predicting Substance Use in Emerging Adulthood: Mediation Effects of Youth Self-Control and Parenting Practices. *J Pediatr Psychol*, 38(10), 1130-43. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3809729/pdf/jst056.pdf>
- Lehmann, L., Hubbard, J. & Martin, P. (2001). Substance Abuse and Depression. In J. Hubbard & P. Martin (Eds). *Substance abuse in the mentally and physically disabled* (pp.33-58). New York: Dekker.
- Liskola, J., Haravuori, H., Lindberg, N., Niemelä, S., Karlsson, L., Kiviruusu, O., & Marttunen, M.(2018). AUDIT and AUDIT-C as screening instruments for alcohol problem use in adolescents [resumo]. *Drug Alcohol Depend*, 188, 266-273. Resumo obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871618302758?via%3Dihub>
- Loprinzi, P. & Walker, J. (2016). Association of longitudinal changes of physical activity on smoking cessation among young daily smokers [resumo]. *J Phys Act Health*. 13(1), 1–5. Resumo obtido de <https://journals.humankinetics.com/doi/abs/10.1123/jpah.2014-0605>
- Malta, D, Mascarenhas, M., Porto, D., Barreto, S., & Neto, O. (2014). Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. *Revista de saúde pública*, 48(1), 52-62. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206131/pdf/rsp-48-01-0052.pdf>
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Maslowsky, J., & Schulenberg, J. E. (2013). Interaction matters: quantifying conduct problem × depressive symptoms interaction and its association with adolescent alcohol, cigarette, and marijuana use in a national sample. *Development and psychopathology*, 25(4 0 1), 1029-43. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3831176/pdf/nihms444556.pdf>

- Mathew, A. R., Wahlquist, A. E., Garrett-Mayer, E., Gray, K. M., Saladin, M. E., & Carpenter, M. J. (2014). Affective motives for smoking among early stage smokers. *Nicotine & tobacco research*, 16(10), 1387-93. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4207875/pdf/ntu093.pdf>
- Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2018). *A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão – Dados nacionais do estudo Health Behaviour in School-aged Children/OMS*. Obtido de [http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao\\_1545534554.pdf](http://aventurasocial.com/publicacoes/publicacao_1545534554.pdf)
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a Traumatic Memory [resumo]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(4), 299–312. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19911430>
- Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shamed by a Parent or by Others: The Role of Attachment in Shame Memories Relation to Depression. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(2), 217-244. Obtido de <http://www.ijpsy.com/volumen14/num2/385/shamed-by-a-parent-or-by-others-the-role-EN.pdf>
- Matos M, & Pinto-Gouveia, J. (no prelo). *Shame memories that shape who we are: The moderator effect of between shame and depression*.
- Matos, M. Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (no prelo). *Quando eu não gosto de mim: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da Internalized Shame Scale*.
- Matos M, Pinto-Gouveia J, & Duarte C (2013). Internalizing early memories of shame and lack of safeness and warmth: The mediating role of shame on depression [Resumo]. *Behav Cogn Psychother*, 41(4),479-493. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23522753>
- Matos, M. , Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The Effect of Shame and Shame Memories on Paranoid Ideation and Social Anxiety [resumo]. *Clin. Psychol. Psychother.*, 20(4), 334-349. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22290772>
- Meesters, C., Muris, P., Dibbets, P., Cima, M., & Lemmens, L. (2017). On the Link between Perceived Parental Rearing Behaviors and Self-conscious Emotions in Adolescents.

*Journal of Child and Family Studies*, 26(6), 1536–1545. Obtido de [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5429908/pdf/10826\\_2017\\_Article\\_695.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5429908/pdf/10826_2017_Article_695.pdf)

Mills, R. (2003). Possible antecedents and developmental implications of shame in young girls. *Infant and Child Development*, 12(4), 329–349. doi: 10.1002/icd.308.

Mills, R., Arbeau, K., Lall, D., & De Jaeger, A. (2010). Parenting and child characteristics in the prediction of shame in early and middle childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(4), 500–528. Obtido de [https://umanitoba.ca/faculties/health\\_sciences/medicine/units/chs/departamental\\_units/fss/media/MillsArbeauLallDeJaeger.pdf](https://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/chs/departamental_units/fss/media/MillsArbeauLallDeJaeger.pdf)

Mills, R., Hastings, P., Serbin, L., Stack, D., Abela, J., Arbeau, K., & Lall, D. (2015). Depressogenic thinking and shame proneness in the development of internalizing problems. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 46(2), 194-208. doi: 10.1007/s10578-013-0416-4

Muris, P., & Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other. On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 19–40. Obtido de [https://www.researchgate.net/publication/236949200\\_Small\\_or\\_Big\\_in\\_the\\_Eyes\\_of\\_the\\_Other\\_On\\_the\\_Developmental\\_Psychopathology\\_of\\_Self-Conscious\\_Emotions\\_as\\_Shame\\_Guilt\\_and\\_Pride](https://www.researchgate.net/publication/236949200_Small_or_Big_in_the_Eyes_of_the_Other_On_the_Developmental_Psychopathology_of_Self-Conscious_Emotions_as_Shame_Guilt_and_Pride)

Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. Obtido de <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/empirical.article.pdf>

Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225–240. Obtido de <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/NeffandMcGee.pdf>

Nguyen-Louie, T., Castro, N., Matt, G. E., Squeglia, L. M., Brumback, T., & Tapert, S. F. (2015). Effects of Emerging Alcohol and Marijuana Use Behaviors on Adolescents' Neuropsychological Functioning Over Four Years. *Journal of studies on alcohol and*

*drugs*, 76(5), 738-48. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4714824/pdf/jsad.2015.76.738.pdf>

Oliveira, C., Rijo, D., & Brazão, N. (2015, abril). *Hiding shame by attacking others: Early shame experiences, shame coping strategies and aggressive behavior in adolescents with Disruptive Disorders*. Poster apresentado no VI Congresso Internacional de Psicologia da Criança e do Adolescente, Lisboa.

Orth, U. Robins, R., & Soto, C. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span [resumo]. *J Pers Soc Psychol*, 99(6):1061–1071. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21114354>

Pantoja, M., Castillo, M., Castillo, B., & Maldonado, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichan*, 14(1), 41-52. Obtido de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2672/3376>

Patrick, M., & Schulenberg, J. (2014). Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Res*, 35, 193–200. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908711/pdf/arcr-35-2-193.pdf>

Patrick, M., Schulenberg, J., O'Malley, P., Johnston, L., & Bachman, J. (2011). Adolescents' reported reasons for alcohol and marijuana use as predictors of substance use and problems in adulthood. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 72(1), 106-16. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3001673/pdf/jsad106.pdf>

Patton, G., Carlin, J., Coffey, C., Wolfe, R., Hibbert, M., & Bowes, G. (1998). Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health*, 88(10), 1518–1522. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1508459/>

Pawlina, M., Rondina, R., Espinosa, M., & Botelho, C. (2014). Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in smokers in the process of smoking cessation. *Rev psiquiatr. clín.* 41(4), 101-105. Obtido de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v41n4/0101-6083-rpc-41-4-0101.pdf>

Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology [resumo]. *Applied Cognitive*

*Psychology*, 25(2), 281-290. Resumo obtido de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/acp.1689>

Pitkänen, T., Kokko, K., Lyyra, A., & Pulkkinen, L. (2008). A developmental approach to alcohol drinking behaviour in adulthood: a follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction*, 103(1), 48-68. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02176.x.

Potter-Efron, R. (2002). *Shame, guilt, and alcoholism*. New York: Haworth Press.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Rahim, M., & Patton, R. (2015). The association between shame and substance use in young people: a systematic review. *PeerJ*, 3, e737. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4312064/pdf/peerj-03-737.pdf>

Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. England: The National Treatment Agency for Substance Misuse. Obtido de <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/alcoeffective.pdf>

Rauen, F. (2012). *Pesquisa Científica: Discutindo a Questão das Variáveis*. Obtido de [http://linguagem.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/eventos/simfop/artigos\\_IV%20sfp/\\_F%C3%A1bio\\_Rauen.pdf](http://linguagem.unisul.br/paginas/ensino/pos/linguagem/eventos/simfop/artigos_IV%20sfp/_F%C3%A1bio_Rauen.pdf)

Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., & Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health*, 15(53), 1-8. Obtido de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-1391-4>

Rosario, P., & White, R. (2006). The Internalized Shame Scale: Temporal stability, internal consistency, and principal components analysis [resumo]. *Personality and Individual Differences*, 41(1), 95-103. Resumo obtido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S019188690600047X>

Rossow I, Keating P, Lambert F, McCambridge J. (2015). Does parental drinking influence children's drinking? A systematic review of prospective cohort studies. *Addiction*,

111(2), 204-17. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4832292/pdf/ADD-111-204.pdf>

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

Santana, S., & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Toxicoddependências*, 14(1), 17-24. Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/6901/2/83808.pdf>

Saunders, J., Aasland, O., Babor, T, de la Fuente, J., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II [resumo]. *Addiction*, 88(6), 791-804. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8329970>

Schulenberg, J., & Maslowsky, J. (2009). Taking substance use and development seriously: Developmentally distal and proximal influences on adolescent drug use. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 74(3), 121-30. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2784652/pdf/nihms-151088.pdf>

Stuewig, J. & McCloskey, L. (2005). The Relation of Child Maltreatment to Shame and Guilt Among Adolescents: Psychological Routes to Depression and Delinquency. *Child Maltreatment*, 10(4), 324–336. Obtido de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1077559505279308>

Stuewig, J., Tangney, J., Kendall, S., Folk, J., Meyer, C., & Dearing, R. (2015). Children's Proneness to Shame and Guilt Predict Risky and Illegal Behaviors in Young Adulthood. *Child Psychiatry Hum Dev*, 46(2), 217–227. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4239200/pdf/nihms597097.pdf>

Szentágotai-Tătar, A., & Miu, A. (2016). Individual Differences in Emotion Regulation, Childhood Trauma and Proneness to Shame and Guilt in Adolescence. *PLoS One*, 11(11), : e0167299. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5127568/pdf/pone.0167299.pdf>

- Tabak, I., Mazur, J., & Zawadzka, D. (2015). Physical activity as a factor protecting teenage boys from tobacco and marijuana use. *Przeegl Epidemiol*, 69(4), 795 – 800. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27139363>
- Tangney, J. & Dearing, R. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J., Stuewig, J., & Mashek, D. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345–372. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3083636/pdf/nihms288615.pdf>
- Tangney, J., & Tracy, J. (2012). Self-conscious emotions. In M. Leary & J. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 446–478). New York: Guilford
- Terry-McElrath, Y. M., O'Malley, P. M., & Johnston, L. D. (2011). Exercise and substance use among American youth, 1991-2009. *American journal of preventive medicine*, 40(5), 530-40. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3167387/pdf/nihms284885.pdf>
- Treeby, M., & Bruno, R. (2012). Shame and guilt-proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology [Resumo]. *Personality and Individual Differences*, 53(5), 613-617. Resumo obtido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0191886912002334>
- Troop, N., Allan, S., Serpell, L., & Treasure, J. (2008). Shame in women with a history of eating disorders [resumo]. *Eur Eat Disord Rev.*, 16(6), 480-488. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18240123>
- Tuckman, B. (2000). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- U.S. Department Of Health And Human Services. (2012). *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General*. Obtido de <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf>

- Visser, L., Winter, A., Vollebergh, W., Verhulst, F., & Reijneveld, S. (2013). The Impact of Parenting Styles on Adolescent Alcohol Use: The TRAILS Study. *Eur Addict Res*, 19(4), 65-172. doi: 10.1159/000342558
- Vizin, G., & Unoka, Z. (2015). The role of shame in development of the mental disorders II. Measurement of shame and relationship [Resumo]. *Psychiatr Hung*, 30(3), 278-96. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26471030>
- Walter, J., & Burnaford, S. (2006). Developmental changes in adolescents' guilt and shame: The role of family climate and gender [resumo]. *N Am J Psychol.*, 8(1):321–38. Resumo obtido de <https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=15277143&AN=21517996&h=0lbXrUiaPMKPR%2fZ6Olt8vpJb8SIDEZNabrNolzzMQ4FUcyhESq7gjsO235tKm%2b9V9jSV3MOOQMIu%2f3MHuJ6kaQ%3d%3d&crl=f&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d15277143%26AN%3d21517996>
- Wells, M., & Jones, R. (2000). Childhood parentification and shame- proneness: A preliminary study [Resumo]. *The American Journal of Family Therapy*, 28(1), 19–27. Resumo obtido de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/019261800261789?journalCode=uaft20>
- Wiechelt, S. (2007). The specter of shame in substance misuse [Resumo]. *Substance Use and Misuse*, 42(2-3), 399–409. Resumo obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17558937>
- World Health Organization, Study Group on Young People and “Health for All by the Year 2000”. (1986). *Young People’s Health - a Challenge for Society* (Technical Report Series N° 731). Obtido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO\\_TRS\\_731.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41720/1/WHO_TRS_731.pdf)
- World Health Organization. (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Obtido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85380/9789241505871\\_eng.pdf;jsessionid=E732425D6372C701ED7269D22D52BE0F?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85380/9789241505871_eng.pdf;jsessionid=E732425D6372C701ED7269D22D52BE0F?sequence=1)

World Health Organization. (2016). *Alcohol use in Adolescents*. Obtido de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/303470/HBSC-No.7-factsheet\\_Alcohol.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/303470/HBSC-No.7-factsheet_Alcohol.pdf?ua=1)

Young, C., Neighbors, C., Dibelio, A., Traylor, Z., & Tomkins, M. (2016). Shame and guilt-proneness as mediators of associations between general causality orientations and depressive symptoms. *J Soc Clin Psychol*, 35(5), 357–370. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5362253/pdf/nihms853281.pdf>

## **Anexos**

## Anexo A – Questionário Sócio Demográfico

### - Questionário -

Este questionário que se segue faz parte integrante de um estudo de investigação sobre a relevância das memórias de vergonha e das memórias de práticas parentais no consumo de álcool e tabaco na população adolescente.

Pedimos-te que preenchas este questionário com o máximo de rigor e sem qualquer tipo de receio, uma vez que estes dados são dados confidenciais e destinam-se apenas para fins de investigação.

Para responderes à maioria das questões, basta seleccionar a hipótese de resposta e assinalá-la com um “X”.

Obrigada pela tua colaboração!

---

### **Secção I – Dados Sociodemográficos**

1. Qual é o teu **Género**?  Masculino  Feminino

2. Qual é o teu **ano de escolaridade**?

7º ano  8º ano  9º ano  10º ano  11º ano  12º ano

3. Qual é a tua idade? \_\_\_\_\_ anos

4. Em que **contexto** vives?  Cidade  Vila/Aldeia

5. Quem são os teus **principais cuidadores**?

Pais  Mãe  Pai  Avós  Avó  Avô

Outro(s) Indica quem: \_\_\_\_\_

5.1. **Estado civil** dos teus **principais cuidadores**:

Solteiro(a)

Casados/vivem juntos

Separados/divorciados Indica à quantos anos: \_\_\_\_\_

Viúvo(a) Indica à quantos anos: \_\_\_\_\_

5.2. **Nível de Escolaridade** dos teus principais cuidadores

	<b>Pai/cuidador</b>	<b>Mãe/cuidadora</b>
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1º ciclo do ensino básico (4ª classe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º ciclo do ensino básico (5º/6ºano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º ciclo do ensino básico (7º ao 9º ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino secundário (10º ao 12º ano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacharelato/licenciatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mestrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doutoramento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.3. **Situação profissional** dos teus principais cuidadores

	<b>Pai/cuidador</b>	<b>Mãe/cuidadora</b>
Empregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reformado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doméstico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4. **Profissão** dos teus principais cuidadores

Profissão do pai/cuidador: \_\_\_\_\_

Profissão da mãe/cuidadora: \_\_\_\_\_

6. Tens irmãos?

Não

Sim

Se sim, Indica a idade e o género de cada irmão:

Idade: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Feminino

Idade: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Feminino

7. Quem vive contigo em casa?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pai                         | <input type="checkbox"/> Irmão(s)/Irmã(s)            |
| <input type="checkbox"/> Mãe                         | <input type="checkbox"/> Avô                         |
| <input type="checkbox"/> Padrasto/companheiro da mãe | <input type="checkbox"/> Avó                         |
| <input type="checkbox"/> Madrasta/companheira do pai | <input type="checkbox"/> Outro(s) Indica quem: _____ |

**Secção II – Hábitos de Consumo**

1. Alguma vez fumaste?

- Sim Indica a idade com que fumaste o primeiro cigarro: \_\_\_\_\_ anos
- Não

Se não, passa para o grupo 2

1.1. Com que frequência fumas atualmente?

- Fumei apenas uma ou duas vezes
- Fumo só aos fins de semana
- Fumo só em ocasiões festivas Indica quantos cigarros: \_\_\_\_\_
- Fumo vários dias por semana Indica quantos cigarros: \_\_\_\_\_
- Fumo diariamente Indica quantos cigarros: \_\_\_\_\_
- Deixei de fumar

Se assinalaste “Fumo vários dias por semana “ ou “Fumo diariamente”, preenche o questionário “Teste de Fagerström sobre a sua Dependência Tabágica”.

2. Alguma vez bebeste uma bebida alcoólica?

- Sim Indica a idade com tomaste a primeira bebida alcoólica: \_\_\_\_ anos
- Não

Se assinalaste “sim”, preenche os questionários AUDIT e EMBU-A.

Se assinalaste “não”, preenche apenas o questionário EMBU-A.

## Anexo B – Autorização do uso da Escala EVEI

26/03/2019

Gmail - Autorização para utilizar o instrumento Escala de Vergonha Interna (ISS)



Joana Eira <joaninha.e@gmail.com>

---

### Autorização para utilizar o instrumento Escala de Vergonha Interna (ISS)

---

Joana Eira <joaninha.e@gmail.com>

20 de fevereiro de 2018 às 20:59

Para: Marcela Matos <marcelamatos@gmail.com>  
Cc: Cátia Magalhães <cmagalhaes@ccc.nip.pt>

Boa noite Professora Doutora Marcela Matos,

No seguimento do contacto estabelecido no âmbito da dissertação de mestrado orientada pelas Professoras Doutoras Cátia Magalhães e Rosina Fernandes, venho por este meio solicitar a vossa autorização, na qualidade de autora, para a utilização da nova escala que avalia a vergonha externa e interna. Neste sentido, solicitava, igualmente, a disponibilização do questionário, protocolo de avaliação e cotação deste instrumento, bem como outro material que possa disponibilizar.

Desde já agradeço a atenção dispensada, estando totalmente disponível para prestar esclarecimentos adicionais que entenda necessários.

Melhores cumprimentos,

[Citação ocultada]

--

Joana Eira

## Anexo C – Autorização do uso do teste AUDIT

26/03/2019

Gmail - Pedido de colaboração - mestrado



Joana Eira <joaninha.e@gmail.com>

---

### Pedido de colaboração - mestrado

---

Joana Eira <joaninha.e@gmail.com>

23 de março de 2018 às 01:51

~~joaninha.e@gmail.com~~

Cc: Cátia Magalhães <magalhães@eev.ipv.pt>, Rosina Fernandes <rosina@eev.ipv.pt>

Exma. Dra Carla Ribeiro,

O meu nome é Joana Eira e sou mestranda em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, pela Escola Superior de Educação de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu.

No presente ano letivo, encontro-me a desenvolver a dissertação de mestrado, orientada pelas Professoras Doutoras Cátia Magalhães e Rosina Fernandes.

Os dados que pretendo recolher requerem, entre outros instrumentos, a utilização dos instrumentos AUDIT (Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool) e FTND (Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina).

Neste seguimento, venho por este meio solicitar a colaboração da Divisão de Estatística e Investigação, no sentido de me informarem se estes instrumentos são de livre acesso/utilização ou - no caso de ser necessária uma autorização formal - a quem deverei solicitá-la.

Desde já agradeço a atenção dispensada, estando totalmente disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessários,

Melhores cumprimentos,

--

Joana Eira

## Anexo D – Autorização do uso da Escala FTND

---



Centro de Estudos  
e Investigação em Saúde  
da Universidade de Coimbra



rimas@fe.uc.pt  
ceisuc@fe.uc.pt

Coimbra, 4 de novembro de 2018

Ex.ma Senhora:

Em resposta ao pedido que me formalizou tenho a comunicar que é com todo o prazer que autorizo que seja utilizada a versão portuguesa da Escala de ~~Fagerström~~ para a dependência tabágica (FTND) no âmbito do trabalho de investigação que pretende realizar. Junto anexo cópia desta versão.

A sua criação, validação e a obtenção dos valores normais encontram-se na seguinte referência:

- [Ferreira PL, Quintal C, Lopes I, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de ~~Fagerström~~. Revista Portuguesa de Saúde Pública 2009 Jul; 27\(2\): 37-56.](#)

Desejo-lhe o melhor êxito para o seu trabalho.

Com os meus melhores cumprimentos.

Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira

Carta enviada por correio eletrónico

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra  
Av. Dias da Silva, 165; 3004-512 Coimbra · Portugal  
Tel./Fax (+351) 239 790 507

## Anexo E – Autorização do uso da Escala EMBU-A

26/03/2019

Gmail - Solicitação - autorização para versão adolescentes do instrumento EMBU



Joana Eira <joaninha.e@gmail.com>

---

### Solicitação - autorização para versão adolescentes do instrumento EMBU

---

Joana Eira <joaninha.e@gmail.com>

23 de março de 2018 às 02:38

~~joaninha.e@gmail.com~~

~~Dr. Cátia Magalhães - cmagalhães@esev.ipv.pt ; Rosina Fernandes - rosina@esev.ipv.pt~~

Exma. Professora Doutora Isabel de Sá,

O meu nome é Joana Eira e sou aluna de Mestrado de Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, na Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Viseu.

No presente ano letivo, encontro-me a desenvolver a dissertação de mestrado, orientada pela Professora Doutora Cátia Magalhães e pela Professora Doutora Rosina Fernandes.

Com esta investigação, pretendo analisar a relação entre memórias precoces de vergonha, memórias de cuidados parentais e o consumo de álcool e de tabaco numa amostra de adolescentes portugueses.

Neste seguimento, os dados que pretendo recolher requerem a utilização do instrumento EMBU-A, adaptado e validado para a população adolescente portuguesa na dissertação de mestrado A perceção das práticas parentais pelos adolescentes: implicações na perceção de controlo e nas estratégias de coping, de Maria Isabel Lacerda.

Desta forma, venho por este meio solicitar a V. Exa, na qualidade de orientadora da referida tese, autorização para utilizar este instrumento.

Para além disso, solicitava a disponibilização do questionário, protocolo de avaliação e cotação deste instrumento, bem como outro material que possa disponibilizar.

Desde já agradeço a atenção dispensada, estando totalmente disponível para prestar quaisquer esclarecimentos que entenda necessários.

Melhores cumprimentos,

--

Joana Eira

## Anexo F - Pedido de colaboração no projeto de investigação

Exmo. Sr. diretor técnico ~~da secção de Atletismo de União de Tomar~~

Assunto: Pedido de Colaboração para fins de investigação

Sou aluna de Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, na Escola Superior de Educação de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, a realizar projeto final, que tem como objetivo analisar a relação entre memórias precoces de vergonha, memórias de cuidados parentais e o consumo de álcool e tabaco numa amostra de adolescentes portugueses, no âmbito da promoção da saúde mental na adolescência.

Neste seguimento, sou a solicitar autorização a V. Ex<sup>a</sup> para que os jovens entre os 12 e os 18 anos a frequentarem atividades na secção que superiormente dirige participem no presente estudo, através do preenchimento dos questionários Escala de Vergonha Externa e Interna, Escala de Lembranças sobre Práticas Parentais, Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool, Teste de *Fagerström* para a Dependência da Nicotina e questionário sociodemográfico. Todos os instrumentos referidos estão validados para a população portuguesa e destinam-se unicamente para recolha de informação, expectando-se uma duração média de preenchimento de 25 minutos.

Solicito igualmente a vossa colaboração no envio e receção do consentimento informado para os encarregados de educação. Mais informo que os dados recolhidos da parte dos participantes serão de carácter confidencial, anónimo e voluntário.

Desejavelmente, a recolha de dados iniciar-se-ia durante o mês de dezembro, em horário que não comprometa as atividades dos jovens e de acordo com a disponibilidade da vossa instituição.



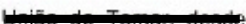
Desde já agradeço a atenção dispensada, manifestando total disponibilidade para qualquer esclarecimento que entenda necessário. Assim, disponibilizo o meu contacto telefónico, 910331414, e o meu correio eletrónico, [joaninha.e@gmail.com](mailto:joaninha.e@gmail.com).

Com os melhores cumprimentos,

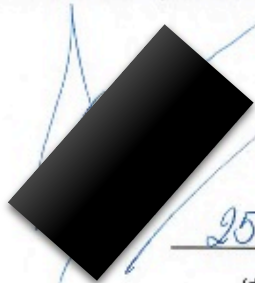
Joana Eira

## Anexo G - Autorização da colaboração no projeto de investigação

### Autorização

Eu,   
aceito colaborar com este projeto de investigação, tendo sido devidamente  
informado e esclarecido sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos.  
Como tal, autorizo a participação dos adolescentes da   
 desde que autorizados pelos seus encarregados de  
educação.

Assinatura:



25 / 11 / 2018

(dia) (mês) (ano)

## **Anexo H – Consentimento informado – participação em investigação**

Consentimento informado – participação em investigação

Caro Encarregado de Educação,

Esta investigação insere-se no Projeto Final, no âmbito do Mestrado em Intervenção Psicossocial com Crianças e Jovens em Risco, da Escola Superior de Educação de Viseu, do Instituto Politécnico de Viseu, sendo orientado pelas Professoras Doutoras Cátia Magalhães e Rosina Fernandes.

A investigação tem como objetivo estudar a relação entre memórias de vergonha, memórias de práticas parentais e o consumo de álcool e tabaco numa amostra de adolescentes Portugueses e envolverá a aplicação de alguns instrumentos neste âmbito.

Como tal, solicita-se a sua autorização para a recolha de dados que irá decorrer e que consistirá no preenchimento de questionários pelo seu educando.

A colaboração do seu educando é de grande importância. No entanto, é voluntária, podendo a qualquer momento, e sem prejuízo, ser interrompida a participação.

Mais se adianta que os dados recolhidos destinam-se estritamente para fins de investigação, sendo totalmente confidenciais e anónimos.

Certa da importância do seu contributo, sou antecipadamente grata pela colaboração e atenção prestadas.

Se achar que algo não está claro, não hesite em solicitar mais informações, através do contacto telefónico 910331414 ou do endereço eletrónico [joaninha.e@gmail.com](mailto:joaninha.e@gmail.com).

Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Joana Eira

-----

Eu, \_\_\_\_\_ li e compreendi a informação acima apresentada e aceito que o meu educando participe no estudo. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Assim, autorizo a participação do meu educando e permito a utilização dos dados fornecidos para os fins descritos acima.

Assinatura:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(dia) (mês) (ano)

**Anexo I – Comparação dos valores de alfa de Cronbach de acordo com a distribuição de itens proposta por Lacerda (2005) e Conceição (2012)**

Tabela I1

*Comparação dos valores de alfa de Cronbach obtidos por Lacerda (2005) e no presente estudo, de acordo com a distribuição de itens proposta pela autora*

	Consistência interna	Suporte emocional		Sobreproteção		Rejeição	
		alfa de Cronbach	nº de itens	alfa de Cronbach	nº de itens	alfa de Cronbach	nº de itens
		Lacerda (2005)	Pai	.94	27	.73	6
	Mãe	.87	20	.74	11	.80	17
Presente estudo	Pai	.89	27	.717	6	.911	15
	Mãe	.926	20	.705	11	.891	17

Tabela I2

*Comparação dos valores de alfa de Cronbach obtidos por Conceição (2012) e no presente estudo, de acordo com a distribuição de itens proposta pela autora*

	Consistência interna	Suporte emocional		Sobreproteção		Rejeição	
		alfa de Cronbach	nº de itens	alfa de Cronbach	nº de itens	alfa de Cronbach	nº de itens
		Conceição (2012)	Pai	.944	18	.713	7
	Mãe		19		11	.799	10
		.923		.718			
Presente estudo	Pai	.945	18	.626	7	.676	4
	Mãe	.956	19	.912	11	.646	10