



**UNIVERSIDADE MIGUEL HERNÁNDEZ**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

**RESILIÊNCIA E OUTRAS VARIÁVEIS  
PSICOLÓGICAS RELEVANTES NO  
CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E  
DROGAS, EM ADULTOS SAUDÁVEIS**

**JOSÉ MANUEL SARDINHA GONÇALVES BORGES**

**DIRECTOR: PROFESSOR DOUTOR JOSÉ ANTÓNIO GARCIA DEL  
CASTILLO RODRIGUEZ**

**CO-DIRECTOR: PROFESSOR DOUTOR JUAN CARLOS MARZO**

2015







## AGRADECIMENTOS

Desejo manifestar os mais sinceros cumprimentos e agradecimentos às pessoas que contribuíram para a execução deste trabalho:

Ao Professor Doutor José Garcia Del Castillo Rodriguez, pela sua diligência e atenção. O seu apoio consistente, ajudando na resolução de problemas, desafiando com rigor e provendo otimismo, foi fundamental para o sucesso deste projeto.

Ao professor Doutor Juan Carlos Marzo, pela sua colaboração no desenvolvimento da metodologia deste trabalho, o que muito abonou a qualidade científica do mesmo.

Às pessoas que me estenderam a mão e mostraram a sua benevolente disponibilidade nos momentos mais críticos: Professora Dra. Mary Barreto; Professora Dra. Filipa Rodrigues; Professora Dra. Lília Fernandes e Dr. Carlos Estudante.

Ao Dr. Carlos Mendonça e outros meus superiores hierárquicos no contexto laboral, pela sensibilidade demonstrada face às implicações desta empreitada. Grato pelo V. visão deste investimento, não somente do funcionário, mas mais além, de interesse para o serviço.

A todos os colegas de trabalho que se disponibilizaram a colaborar e a todos os utentes aceitaram participar, sem os quais não teria sido possível realizar este estudo.

À Agência Regional para o Desenvolvimento da Investigação Tecnologia e Inovação, pelo financiamento deste projeto n.º 1974 - bolsa doutoramento.

À minha família, pelos afetos e cuidados com que sempre pude contar, não só ao longo dos anos aplicados na elaboração desta tese de doutoramento, como ao longo da minha vida. Aos que já cá não estão, mas que permaneceram na minha memória. À minha mãe, irmã, sobrinhas, tia e avó, sogros, cunhada e demais amigos pela confortante companhia e infinita generosidade.

Uma palavra de especial de reconhecimento à minha mulher que, com muito amor e paciência, sempre ajudou-me de forma preciosa. Também ao meu filho, pelos seus rabiscos inspiradores no verso das folhas de impressão dos resultados estatísticos e demais rascunhos desta investigação.

Considerando intolerável a possibilidade de omitir alguma colaboração (ainda que inadvertidamente) decidi também reforçar a expressão da minha gratidão a TODOS, tanto no plano individual como no coletivo.

Por toda a vossa boa vontade, permitam-me que vos dirija um caloroso «*OBRIGADO!*».



## RESUMO

Neste estudo, investigaram-se as relações entre resiliência, suporte social percebido, processamento sensorial, autorregulação e atitudes e comportamentos de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Para tal, utilizaram-se seis instrumentos, nomeadamente: *Questionário Reduzido de Suporte Social – SSQ6* (Sarason; Sarason, Shearin, & Pierce, 1987); *Perfil Sensorial para Adolescentes e Adultos - SPA* (Brown & Dunn, 2002); *Questionário Reduzido de Autorregulação - SSRQ* (Carey, Neal, & Collins, 2004); *Escala de resiliência - ER* (Wagnild & Young, 1993); *Escalas de atitudes face ao tabaco, álcool e drogas - ESACTA-ESACAL-ESACDRO* (García del Castillo, López-Sánchez, Segura & García del Castillo López, 2012); *Escala de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas - ESCON* (García del Castillo, López-Sánchez, Gázquez & García del Castillo-López cit. por García del Castillo, 2011).

A amostra foi constituída por 340 participantes adultos saudáveis, dos quais 261 (76.8%) eram mulheres e 79 (23.2%) homens. Quanto à idade cronológica, o indivíduo mais novo tinha 18 anos e o mais velho tinha 76 anos ( $M=39$ ;  $DP=11$ ).

Foram achadas conexões estatisticamente consideráveis entre a autorregulação e a resiliência. A autorregulação diferenciou-se de forma evidente apenas com os comportamentos de consumo de tranquilizantes. A resiliência não mostrou modificações significativas com os comportamentos de consumo. Mas ambas as variáveis apresentam ligações com as atitudes de consumo.

O suporte social correlacionou-se favoravelmente com a autorregulação, mas somente na vertente de satisfação com o apoio social é que se observou esta tendência de forma evidente.

O número de figuras de apoio diferenciou-se significativamente com o uso de tabaco e quase significativamente com o consumo de álcool, o que sugere o âmbito afiliativo de algumas substâncias psicoativas. Nesse sentido, o uso de tabaco pode estar associado a uma rede social mais ampla, mas não com mais qualidade de suporte social.

O processamento sensorial apresentou-se associado a condutas de consumo, em particular de tranquilizantes e analgésicos, na medida em que os efeitos destas substâncias podem estar envolvidos nas rotinas de modulação sensorial de adultos.

Os desequilíbrios sensoriais pareceram estar implicados na diminuição da capacidade de autorregulação cognitivo-comportamental, resiliência e apoio social dos sujeitos e por isso, não devem ser negligenciados em futuras investigações psicológicas.



## ABSTRACT

In this study we investigated the relationships between resilience, perceived social support, sensory processing, self-regulation and consuming attitudes and behaviors of alcohol, tobacco and other psychoactive substances. For this, we used six instruments, namely: Short version of the Social Support Questionnaire - SSQ6 (Sarason; Sarason, Shearin & Pierce, 1987); Adult / Adolescent Sensory Profile - SPA (Brown & Dunn, 2002); Short Self-regulation Questionnaire - SSRQ (Carey, Neal & Collins, 2004); Resilience Scale - ES (Wagnild & Young, 1993); Attitudes scales towards tobacco, alcohol and drugs - ESACTA-ESACAL-ESACDRO (García del Castillo, López-Sánchez, Segura & García del Castillo López, 2012). Scale consumption of tobacco, alcohol and other drugs - ESCON (García del Castillo, López-Sánchez, Gázquez & García del Castillo-López cit. por García del Castillo, 2011).

The sample consisted of 340 healthy adult participants, of whom 261 (76.8%) were women and 79 (23.2%) men. As for chronological age, the youngest person was 18 and the oldest was 76 years ( $M = 39$ ,  $SD = 11$ ).

Statistically significant connections between self-regulation and resilience were found. Self-regulation differed in an evident way with the consuming behaviours of tranquilizers. Resilience didn't showed significant modifications with the consuming behaviours. But both variables showed connections with consuming attitudes.

Social support correlated positively with self-regulation, but was solely in the aspect of satisfaction with social support that this trend was noted clearly.

The number of support providers differed considerably with the use of tobacco and almost significantly with the consumption of alcohol, which suggests the afiliative scope of some psychoactive substances. Accordingly, the use of tobacco may be associated with a larger social network, but not with more quality of social support.

Sensory processing was associated to the intake behaviors, particularly of tranquilizers and analgesics, insofar as the effects of these substances may be involved in the adults' sensory modulation routines.

Sensory imbalances appeared to be implicated in the decreased ability of cognitive-behavioral self-regulation, resilience and social support of individuals and therefore should not be neglected in future psychological research.

## RESUMEN

En este estudio, se investigaron las relaciones entre la resiliencia, el apoyo social percibido, el procesamiento sensorial, la auto-regulación y los comportamientos con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas. Para ello, se utilizaron seis instrumentos, el Cuestionario Reducido de Soporte Social – SSQ6 (Sarason; Sarason, Shearin, & Pierce, 1987); el Perfil Sensorial para Adolescentes y Adultos - SP (Brown & Dunn, 2002); el Cuestionario Reducido de Auto-regulación - SSRQ (Carey, Neal, & Collins, 2004); la Escala de resiliencia - ER (Wagnild & Young, 1993); las Escalas de actitudes hacia el tabaco, el alcohol y las drogas - ESACTA-ESACAL-ESACDRO (García del Castillo, López-Sánchez, Segura & García del Castillo López, 2012); la Escala de consumo de tabaco, de alcohol y de otras drogas - ESCON (García del Castillo, López-Sánchez, Gázquez & García del Castillo-López cit. Por García del Castillo, 2011).

La muestra fue integrada por 340 participantes adultos saludables, de los cuales 261 (76.8%) eran mujeres y 79 (23.2%) hombres. En cuanto a la edad cronológica, el individuo menor tenía 18 años y el mayor tenía 76 años (M=39; DP=11).

Se encontraron conexiones estadísticamente significativas entre la auto-regulación y la resiliencia. La auto-regulación se ha diferenciado de modo evidente solamente hacia la conducta de consumo de tranquilizantes. La resiliencia ha presentado modificaciones significativas hacia los comportamientos de consumo. Pero, ambas variables presentaron relaciones con las actitudes de consumo.

El apoyo social se correlacionó favorablemente con la auto-regulación pero solamente en la vertiente de satisfacción, con el apoyo social si se observó esta tendencia de forma evidente.

El número de figuras de apoyo se diferenció significativamente con el uso de tabaco y casi significativamente con el consumo de alcohol, lo que sugiere en el ámbito afiliativo de algunas sustancias psicoactivas. En ese sentido, el uso de tabaco puede estar asociado a una red social más amplia, pero no con la calidad del soporte social.

El procesamiento sensorial se presentó asociado a conductas de consumo, particularmente de tranquilizantes y analgésicos, en la medida en que los efectos de estas sustancias pueden estar envueltos en las rutinas de modulación sensorial de los adultos.

Los desequilibrios sensoriales parecían estar implicados en la disminución de la capacidad de auto-regulación cognitivo-comportamental, resiliencia y apoyo social de los sujetos y por eso, no deben ser omitidas en futuras investigaciones psicológicas.





# ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	V
RESUMO .....	VII
ABSTRACT .....	IX
RESUMEN .....	X
INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELEVANTES NO CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS NA ADULTÍCIA.....	7
CAPÍTULO 1. DEFINIÇÃO, MODELOS TEÓRICOS, ASPETOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, EM ADULTOS .....	9
1.1. DEFINIÇÕES RELATIVAS AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....	11
1.2. MOTIVAÇÕES PARA O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	14
1.3. CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADULTÍCIA .....	18
1.4. PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ADULTOS .....	21
CAPÍTULO 2. PROCESSAMENTO SENSORIAL .....	25
2.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO PROCESSAMENTO SENSORIAL ...	27
2.2. PROCESSAMENTO SENSORIAL E OUTROS CONCEITOS PSICOLÓGICOS..	31
2.3. PROCESSAMENTO SENSORIAL E COMPORTAMENTO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....	34
CAPÍTULO 3. AUTORREGULAÇÃO .....	37
3.1. DEFINIÇÃO DE AUTORREGULAÇÃO .....	39
3.2. AUTORREGULAÇÃO E OUTRAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS .....	41
3.3. AUTORREGULAÇÃO E O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	42
CAPÍTULO 4. SUPORTE SOCIAL.....	45
4.1. COMPREENSÃO DO SUPORTE SOCIAL, AO LONGO DO CICLO DE VIDA ...	47
4.2. SUPORTE E OUTRAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS .....	49
4.3. SUPORTE SOCIAL E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS .....	52
CAPÍTULO 5. ATITUDES .....	57
5.1. REVISÃO COMPREENSIVA DO CONCEITO DE ATITUDE.....	59
5.2. RELAÇÃO ENTRE ATITUDE E OUTRAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS .....	60

5.3. ATITUDES FACE AO COMPORTAMENTO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS .....	62
CAPÍTULO 6. RESILIÊNCIA .....	65
6.1. EVOLUÇÃO DO ENTENDIMENTO SOBRE O FENÓMENO DE RESILIÊNCIA	67
6.2. PROCESSAMENTO SENSORIAL E RESILIÊNCIA.....	70
6.3. AUTO-REGULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E RESILIÊNCIA...	71
6.4. SUPORTE SOCIAL E RESILIÊNCIA .....	72
6.5. RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS .....	73
PARTE II. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA SOBRE A RESILIÊNCIA E OUTROS ASPECTOS PSICOLÓGICOS RELEVANTES NO CONSUMO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS, NA ADULTÍCIA SAUDÁVEL .....	77
CAPÍTULO 7. METODOLOGIA .....	79
7.1. O PROBLEMA .....	81
7.2. OBJETIVOS E HIPÓTESES .....	82
7.2.1. Objetivos .....	82
7.2.2. Hipóteses.....	82
7.3. MÉTODO.....	83
7.3.1. Participantes .....	84
7.3.2. Procedimento .....	85
7.3.3. Instrumentos.....	86
7.3.4. Análise de dados .....	93
7.4. RESULTADOS.....	93
CAPÍTULO 8. DISCUSSÃO.....	107
CAPÍTULO 9. LIMITAÇÕES.....	125
CAPÍTULO 10. CONCLUSÕES E FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO .....	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
ANEXOS .....	167
ANEXO A. CONSENTIMENTO INFORMADO .....	169
ANEXO B. QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS .....	173
ANEXO C. VERSÃO PORTUGUESA DO SSQ6 .....	177
ANEXO D. PERFIL SENSORIAL DO ADOLESCENTE/ADULTO .....	183
ANEXO E. QUESTIONÁRIO DE AUTO-REGULAÇÃO .....	193
ANEXO F. ESCALA DE RESILIÊNCIA .....	199

ANEXO G. ESCALAS DE ATITUDES FACE AO TABACO, ÁLCOOL E DROGAS .....	203
ANEXO H. QUESTIONÁRIO DE CONSUMOS .....	207



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Relações entre Respostas Comportamentais e Limiares Neurológico. Adaptado do Modelo do Processamento Sensorial de Dunn (1997).....	31
Tabela 2. Caracterização da amostra em função do género, idade, situação laboral e nível de formação.....	84
Tabela 3. Variáveis do estudo e seus fatores .....	86
Tabela 4. Coeficientes alfa de Cronbah de fiabilidade das escalas utilizadas .....	92
Tabela 5. Coeficientes de correlação de Spearman entre o suporte social, o perfil sensorial, a autorregulação e as atitudes .....	94
Tabela 6. Coeficientes de correlação de Spearman entre o perfil sensorial, a autorregulação e atitudes.....	95
Tabela 7. Coeficientes de correlação de Spearman entre a autorregulação e as atitudes ..	96
Tabela 8. Coeficientes de correlação de Spearman entre a resiliência, o suporte social, o perfil sensorial, a autorregulação e as atitudes.....	97
Tabela 9. Coeficientes de correlação de Spearman entre a autoavaliação do nível de quantidade de consumo actual de tabaco, álcool e outras drogas e demais variáveis observadas.....	99
Tabela 10. Frequência do consumo de substâncias .....	100
Tabela 11. Comparação da mediana das escalas de suporte social, perfil sensorial, e autorregulação segundo a frequência de consumo de substâncias mais comuns.....	102
Tabela 12. Mediana da escala de resiliência segundo a frequência de consumo de substâncias mais comuns .....	103
Tabela 13. Mediana da escala de atitudes segundo a frequência de consumo de substâncias mais comuns .....	105











## **INTRODUÇÃO**



Seja fruto de um temperamento favorável ou do carinho, segurança e atenção entregues nos cuidados de um avô, avó ou outro adulto alternativo a progenitores não responsivos, a resiliência sustenta-se fundamentalmente no apoio social, nas suas diferentes formas, seja um professor interessado, uma trabalhadora social diligente ou um chefe de agrupamento de escuteiros. Mais do que um alinhamento de oportunidades a servir de contrapeso para um entorno adverso e potencialmente traumático, a resiliência é, sobretudo, a capacidade de algumas pessoas para aproveitar recursos em favor de uma melhor adaptação à vida (Masten, 1999).

Será esta a razão por que alguns sujeitos tenham insistido em manter-se livres do abuso de drogas, mesmo que cercados por ambientes tóxicos ou enfrentando eventos biográficos adversos?

Embora grandes expectativas depositem-se sobre o papel da resiliência enquanto variável promotora de comportamentos saudáveis (como a abstinência ou consumo moderado de substâncias psicoativas) e intenso trabalho científico seja desenvolvido em seu torno, a verdade é que esta permanece teoricamente obscura e difícil de manipular empiricamente (Fletcher & Sarkar, 2013). Uma ilustração desta dificuldade deposita-se na seguinte pergunta: Que fatores relacionam-se com a resiliência na prevenção do abuso de álcool, tabaco e outras drogas?

Seguindo tal desiderato, este estudo designa fatores psicológicos como a autorregulação e o suporte social (pelo seu papel co-regulador) enquanto variáveis potencialmente ligadas reciprocamente entre si e com a resiliência. Adicionou-se outra menos conhecida, mas teoricamente relevante, cuja exploração empírica pode confirmar a presença de um efeito de regulação neuropsicológica na adaptabilidade dos sujeitos – o Processamento Sensorial.

Respondendo à urgência de operacionalizar contribuições práticas do potencial salutogénico das medidas anteriormente descritas, são também investigadas as relações entre estas e as cognições e comportamentos de consumo de tabaco, álcool e outras drogas.

Na primeira parte desta tese, procura-se refletir sobre alguns conceitos e formulações teóricas acerca das variáveis em análise e das suas relações mútuas:

## Introdução

O primeiro capítulo é dedicado à definição das substâncias psicoativas, dos comportamentos de consumo que lhes estão associados, à exposição dos comportamentos explicativos que lhes são inerentes e à caracterização da sua prevalência no Mundo, na Europa e em Portugal.

O segundo, terceiro, quarto e quinto capítulos são dedicados à revisão de alguns conceitos e teorias associadas ao processamento sensorial, autorregulação, suporte social e atitudes, respetivamente. Procura-se também relacionar algumas destas noções de forma recíproca e com os comportamentos de consumo de substâncias.

No sexto capítulo, aborda-se a conceção de Resiliência e evocam-se outros estudos para enquadrar este conceito de forma detalhada, seguindo um modelo eminentemente biopsicossocial.

Na segunda parte, descreve-se um estudo empírico exploratório que tenta estabelecer a relação entre a resiliência e outros aspetos psicológicos relevantes e as suas variações com os comportamentos de consumo de álcool, tabaco e drogas.

No sétimo capítulo, efetua-se um enquadramento do problema, para justificar o porquê da aposta nesta linha de investigação, do enfoque na temática das variáveis psicológicas em torno das condutas de consumo de álcool, tabaco e drogas na população adulta. Ao longo deste capítulo descrevem-se também os objetivos e as hipóteses do estudo. E é ainda neste momento que se caracteriza a população e a amostra sobre quem recaiu esta investigação, procedimentos, os instrumentos utilizados e a análise de dados.

Depois de descritos os resultados obtidos, estes são devidamente enquadrados no capítulo seguinte, referente à discussão de resultados.

Por fim, nos últimos capítulos realizam-se as conclusões, sendo apreciado o trabalho desenvolvido, bem como uma reflexão sobre os seus limites e sugestões para próximas de investigações.







**PARTE I**

**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DOS ASPECTOS  
PSICOLÓGICOS RELEVANTES NO CONSUMO DE  
ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS NA  
ADULTÍCIA**





## **CAPÍTULO 1**

# **DEFINIÇÃO, MODELOS TEÓRICOS, ASPETOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, EM ADULTOS**



## 1.1. DEFINIÇÕES RELATIVAS AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Em 1965 a Organização Mundial de Saúde publicou recomendações que inspiraram as definições basilares que compõem a noção contemporânea das substâncias psicoativas e que se passam a descrever (Sussman & Ames, 2008; Jiménez et al., 2004; Puri, Laking, & Treasaden, 1996):

- *Droga* é uma substância que, assim que administrada no organismo vivo, pode induzir uma ou mais alterações nas funções deste.
- *Substância psicoativa* é aquela cuja administração pode conduzir de forma relativamente rápida a efeitos sobre o sistema nervoso central, incluído alterações do nível de consciência ou do estado mental.
- *Intoxicação aguda* é uma condição transitória, que sucede a administração de uma substância psicoativa, que resulta em perturbações ou alterações nas funções e padrões de resposta fisiológicos, psicológicos e comportamentais.
- *Overdose* resulta quando a toma de uma droga se mostra suficiente para afetar severamente o funcionamento e mesmo ameaçar a sobrevivência.
- *Uso nocivo* é um modelo de uso de substâncias psicoativas que causa dano à saúde. O dano pode ser físico (como no caso das hepatites resultantes das administrações endovenosas) ou mental (sejam os episódios depressivos secundários ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas).
- *Uso abusivo* trata-se de uma forma de consumo de substâncias psicoativas que resulta em reiterados prejuízos para a vida, como omissões no cumprimento de obrigações importantes, efeitos nocivos sobre a integridade física ou problemas nas relações sociais ou problemas com a justiça.

Definição, modelos teóricos, aspetos clínicos e epidemiologia...

- *Tolerância* surge quando os efeitos de uma substância psicoativa num organismo diminuem com o uso repetido, pelo que doses crescentes da mesma têm de ser administradas para lograr efeitos semelhantes.
- *Síndrome de dependência* caracteriza-se por uma associação de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais em que o uso de substâncias psicoativas toma maior prioridade para o indivíduo face a outros comportamentos que outrora tiveram mais valor. Está presente, nesta condição, um desejo que é frequentemente intenso, e por vezes inexpugnável, de consumir a substância por um período regular e prolongado.
- *Dependência psicológica* surge quando um sentimento de satisfação e motivação é sustentado por uma substância psicoativa que requer administração periódica ou contínua, a fim de manter o prazer ou evitar o sofrimento psicológico (tomando a ansiedade como exemplo) gerado pela sua falta.
- *Dependência física* baseia-se num estado de perturbação fisiológica intensa, gerado quando a administração de uma substância psicoativa é suspensa, e implica o descrito no ponto seguinte.
- *Síndrome de abstinência* é um conjunto de sintomas físicos e psíquicos que ocorrem na retirada parcial ou absoluta de uma substância psicoativa depois do seu uso repetido e / ou em dosagens intensivas.

O DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) oferece-nos uma disposição eficaz para caracterizar as substâncias psicoativas e os seus efeitos disruptivos no organismo, por isso, talvez figure-se proveitoso sintetizar o seu conteúdo destacando os aspetos mais relevantes:

- *Os opioides* (heroína, morfina...) são frequentemente administrados por via oral ou endovenosa, sendo que muitos optam pela última, dado que essa facilita um “flash” mais intenso. A retirada implica o sofrimento da “ressaca”.

Definição, modelos teóricos, aspectos clínicos e epidemiologia...

- *O álcool*, não obstante o seu uso ser legal, está na base de vastas perturbações do funcionamento fisiológico e psicológico dos sujeitos, e acarreta severas consequências, nomeadamente, ampla morbidade física, mental e social.
- *A fenciclidina* pode ser fumada, aspirada ou utilizada por via endovenosa e gera alterações comportamentais desadaptativas, clinicamente significativas (por exemplo, beligerância, agressividade, impulsividade, agitação psicomotora e défices no discernimento ou do funcionamento social ou ocupacional).
- *Os cannabinoides* contêm tetrahydrocannabinol e são frequentemente fumados. Podem causar euforia, ansiedade, suspeição, alucinações persecutórias e isolamento social.
- O abuso de *sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos* pode implicar danos, mediante a sua administração intravenosa com o fito de lograr uma experiência prazerosa intensa. A intoxicação acarreta sintomas paradoxais de desinibição dos impulsos agressivos e sexuais, labilidade emocional e comprometimento acentuado do juízo bem como das funções sociais e ocupacionais do sujeito.
- *A cocaína* é consumida fumada ou por inalação ou administração endovenosa e pode causar euforia, sentimentos de grandiosidade, agitação e em doses altas, impulso sexual aumentado e delírios.
- Dos *estimulantes*, são mais conhecidas as anfetaminas, que podem ser administradas oralmente ou por via endovenosa e cuja intoxicação pode implicar uma crise psicótica aguda.
- *A cafeína*, embora estando legalmente disponível e representada numa categoria diferenciada, possui efeitos similares aos anteriores, até porque a intoxicação pode causar crises de ansiedade.
- Também a *nicotina* apresenta efeitos simpatomiméticos e de estimulação central.

Definição, modelos teóricos, aspetos clínicos e epidemiologia...

- Os *alucinogénios* são geralmente drogas sintéticas (LSD, Ecstasy...), usualmente tomados oralmente e podem causar alucinações, despersonalização, desrealização, depressão, ideias de referência, delírios e “flashbacks”.
- Os *inalantes* são consumidos, diretamente das embalagens de solventes voláteis ou através de recipientes (sacos), e podem causar apatia, lentificação psicomotora e comprometimento acentuado do funcionamento cognitivo, emocional, comportamental e social.

Estudos culturais remetem para o uso do álcool, cannabis e outras substâncias em todos os períodos históricos da humanidade (Blackman, 2004), pelo que se torna compreensível a dificuldade em discernir entre o consumo abusivo de psicotrópicos, o uso nocivo pontual dos mesmos ou a perturbação aditiva plenamente instalada.

Sussman e Ames (2008) sistematizam o abuso num continuum de quatro pontos, desde o excesso de consumo em frequência e quantidade, falta de controle, preocupação com o uso até à exclusão de outras actividades e consequências públicas do consumo.

Alternativamente, o *uso prejudicial de drogas* é um termo amplo, científico e menos controverso: "o abuso e / ou dependência de drogas psicoativas que causam danos demonstráveis, seja para o indivíduo ou para o coletivo, em termos de efeitos negativos para saúde, sociedade ou economia..." (Health Officers Council of BC, 2005).

Embora o abuso e dependência de substâncias sejam mormente prevalentes nos adultos, os eventos introdutórios do consumo de substâncias são típicos da adolescência (Kandel, 2002). Por exemplo, a iniciação ao uso de cannabis raramente ocorre antes dos onze anos de idade e atinge o seu máximo aos dezoito anos. A partir da maioridade, a probabilidade de introdução a esta substância decai e depois dos vinte e nove anos, o número de indivíduos que se inicia é vestigial (Chen & Kandel, 1995).

## 1.2. MOTIVAÇÕES PARA O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Contemplando o uso de substâncias psicotrópicas, sabe-se que, mesmo que indesejado pelo indivíduo, o consumo tem sempre uma forte tónica de prazer,

nomeadamente: o prazer do tóxico, o de ser aceite pelo grupo, o prazer do risco e demais de benefícios secundários (Carvalho & Leal, 2006).

Estudos com gémeos evocaram a possibilidade da existência de componentes genéticos do alcoolismo (Pickens, Svikis, McGue, Lykken, Heston & Clayton, 1991) e outras investigações acharam marcadores genéticos em indivíduos com história familiar de alcoolismo (Schuckit & Gold, 1988).

A literatura mais recente coloca em evidência a existência de vários fatores determinantes para o comportamento de abuso de substâncias, mas a família, o grupo de pares e a escola, surgem com grande destaque a este nível. Dado que estes contextos constituem os principais cenários de socialização, é natural que funcionem também como fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento de comportamentos de risco (Simões, Matos, & Batista-Foguet, 2006).

Tavares (2006) cita uma explicação convincente de Beck para a predisposição para o uso de substâncias que sugere que esta seria mediada por fatores tais como sensibilidade acrescida a sentimentos desagradáveis, afinidade por busca de sensações, motivação deficiente para o controlo do comportamento, impulsividade, intolerância ao tédio e à frustração, bem como escassas expectativas para obter sensações, agradáveis por meios alternativos.

As diversas tentativas, em investigação, encetadas no sentido de sintetizar tais características num tipo de perturbação personalidade específico para toxicodpendência saíram aparentemente goradas (Ferreira, 2004). Não obstante, essas variáveis podem estar embebidas numa panóplia de condutas desviantes que prefiguram diversas síndromes psicopatológicas (Jessor & Jessor, 1977). A este nível, muitas hipóteses explicativas foram aventadas. Nomeadamente, a de que muitos jovens envolvem-se em consumos problemáticos de substâncias em resposta a dificuldades (eventos de vida negativos, perturbações psiquiátricas, entre outras), acabando por agravar a problemática inicial (Myers, Wagner, & Brown, 1998).

Contudo, outros há, que não enfrentando grandes contingências concretas, impelidos pela curiosidade, busca de sensações ou pressão dos pares, acabam por envolver-se em consumos de substâncias (Olds, Papalia, & Feldman, 1999).

Espada, Mendez, Griffin, e Botvin (2003) propõem um modelo integrador de fatores de risco para o consumo de drogas, entre os jovens, no qual entram em jogo

Definição, modelos teóricos, aspetos clínicos e epidemiologia...

fatores contextuais, sociais e psicológicos. Pese embora os resultados encontrados em estudos como o atrás mencionado, a investigação tem demonstrado que a mera exposição aos fatores de risco (exemplo: temperamento impulsivo, eventos adversos em ambientes tóxicos, pobreza, estratégias de coping social ineficientes, falta de afeto por parte dos cuidadores primários, entre outros) mesmo em número substancial, não se traduz necessariamente em comportamentos de risco, como acontece na investigação das causas de doenças físicas como as doenças cardíacas ou pulmonares (Dillon et al., 2007). Por outro lado, é inegável a aplicabilidade do modelo do fator de risco na explicação e intervenção em cenários de prevenção, dado a sua fácil compreensibilidade e difusão. Importa, porém, evitar interpretações simplistas, dado que um fator de risco pode ter o significado de contribuinte, entre tantos outros, para a predisposição para o uso de drogas, mas também pode ser um mero marcador concomitante mas não correlacionado com o consumo (Farrington, 2000) e esta disposição não é igual para todos os sujeitos e pode variar ao longo do desenvolvimento pessoal (Hawkins & Catalano, 1992).

Sussman e Ames (2008) assumem a dificuldade dos investigadores em analisar os processos inerentes aos comportamentos de uso de substâncias psicoativas. Tratando-se de fenómenos imbricados e claramente multifatoriais, não são passíveis de ser entendidos à luz de enquadramentos lineares de causa e efeito. Compreensivelmente, cada vez mais tem-se recorrido a quadros de referência estruturados, dinâmicos, multidimensionais, multifásicos e que implicam o relacionamento mútuo entre variáveis para explicar o consumo de psicotrópicos. Assim, estes autores sintetizam outros modelos etiológicos complexos, que interpretam o uso de substâncias, para além da influência cumulativa dos fatores de proteção (exemplo: supervisão parental adequada, sucesso escolar, competência social, convencionalidade, ambientes sociais coesos, entre outros) ou de risco:

- O modelo biopsicossocial providencia algum ordenamento analítico aos fatores de risco e proteção, na medida em que os distribui pelas categorias (biológica, psicológica e social) a que pertencem. Neste referencial mais eclético e teoricamente estruturado, consideram-se e interligam-se preditores provenientes de diversas contribuições científicas, o que pode resultar na formulação de hipóteses pertinentes para um entendimento mais amplo do consumo de drogas.

- A teoria do comportamento problemático aventa que o consumo de drogas enquadra-se numa propensão individual para desempenhar condutas problemáticas e que esta tendência deriva da interação entre fatores de personalidade (como rebeldia e alienação) e fatores ambientais (como permissividade social face ao uso de psicotrópicos).
- A teoria da influência triádica integra numerosos modelos explicativos do uso de substâncias psicoativas comumente usados em psicologia da saúde, como teorias cognitivas-afectivas (teoria da ação racional, por exemplo), teorias de aprendizagem social, teorias interpessoais, teorias de vinculação e comprometimento social e teorias compreensivas.
- A modelagem etápica leva em conta o conhecimento de que os fatores contextuais (ecológicos, sociais, situacionais) têm influência sobre o uso precoce e moderado de drogas, mas são os fatores intrapessoais que mostram mais poder preditivo sobre o abuso. Assume que os preditores operam em episódios diferenciados ao longo da história toxicofílica do sujeito e preconiza que seria possível delinear etapas e identificar vulnerabilidades antes mesmo de este experimentar qualquer substância. Por exemplo, o modelo etápico PACE sugere que o desenvolvimento de uma relação consolidada com o abuso de substâncias psicoativas deriva da ação de quatro variáveis: Pragmática, Atração, Comunicação e Expectativas. A pragmática opera no sentido de discernir se alguém consegue adquirir uma substância psicotrópica e usá-la regularmente; A atração implica a antecipação da restauração do equilíbrio afetivo e neurológico que o abuso de uma droga poderá prover temporariamente; A comunicação implica os fenómenos identificativos entre o sujeito e o grupo de consumidores de drogas que, no limite, podem ditar a conformidade social com um sistema comportamental de uso e abuso; As crenças de que a substância está providenciar soluções para satisfazer as necessidades experienciais e a facilitar a eficiência do funcionamento quotidiano, sem interferências, consolidam-se nas expectativas individuais.
- Os fatores Distais e Proximais são um modo de sistematização de contextos envolventes das experiências de uso de drogas que carece ainda de investigação. Os fatores distais, seriam aqueles que reduzem o interesse por atividades prossociais ou aumentam o interesse no uso de drogas, como por exemplo, a

Definição, modelos teóricos, aspetos clínicos e epidemiologia...

pobreza. Os fatores proximais seriam aqueles imediatamente antecedentes ou decorrentes do momento de experimentação da substância psicoativa, como por exemplo, a pressão dos pares.

Não obstante, apesar deste panorama de incertezas, que caracteriza o pensamento científico, o consenso cria-se no reconhecimento de que o uso de substâncias psicoativas molda-se, mesmo que parcialmente, a partir de experiências comportamentais repetitivas e de associações aprendidas entre eventos significativos para o indivíduo.

### **1.3. CONSEQUÊNCIAS DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ADULTÍCIA**

O consumo de tabaco apresenta-se enquanto a segunda causa de morte a nível mundial (World Health Organization - WHO, 2006) contabilizando-se cinco milhões de mortes, por ano, associadas a este fenómeno, equivalente à perda anual de um em cada dez elementos de toda a humanidade. Estas estatísticas macabras, contudo, não têm dissuadido a iniciação, relutância em cessar ou o relapso no comportamento de fumar. Na verdade, são muitas vezes sobrepostas por razões tão prosaicas quanto as preocupações com o aumento de peso (Gritz & Crane, 1991; Perkins, Epstein, Fonte, Mitchell, & Grobe, 1995).

A dependência, intoxicação e síndrome de abstinência da nicotina é contemplada presentemente pelas classificações internacionais. Sabe-se que os mecanismos implícitos na iniciação e manutenção dos comportamentos de consumo de nicotina são de ordem tão diversa quanto neurobiológica, social e cultural (Jiménez et al., 2004).

A cessação tabágica traduz-se na redução evidente da morbidade e mortalidade coronária e cerebrovascular, bem como da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e do cancro do pulmão. Bastante convincente é também o benefício demonstrado para o feto da grávida fumadora, quando esta deixa de fumar antes do fim do primeiro trimestre de gestação (Pardell & Saltó, 2004).

Segundo Mello (2001), a WHO tem apresentado definições para os efeitos do álcool sobre indivíduo, nomeadamente que o alcoolismo é uma circunstância fortemente ligada não apenas ao adoecer físico e mental, mas também a perturbações na vida

familiar, profissional e social e com repercussões económicas, morais e legais. Assim, o alcoólico, não somente pelo abuso e dependência da substância que o faz sofrer individualmente, é doente e deve tratar-se, olhando também aos interesses da coletividade que o rodeia. De facto, as consequências nocivas do abuso de álcool afetam, não raras vezes, pessoas para além do bebedor, pelo que se tem tornado comum a utilização da sigla PLA – Problemas Ligados ao Álcool. Segundo o mesmo autor, trata-se de uma definição tão imprecisa quanto vantajosamente abrangente.

Salvaguardado o controlo estatístico de outros fatores explicatórios para o consumo de psicofármacos, Prévile, Hébert, Boyer, e Bravo (2001), observaram que adultos idosos com problemas de saúde usavam 2.21 vezes mais ansiolíticos, sedativos e hipnóticos que os sujeitos entre os 18 e 64 anos de idade em condições de saúde semelhantes e que adultos séniores gozando de boa saúde usavam estes medicamentos 7.49 vezes mais que adultos saudáveis com menos de 65 anos de idade. Os mesmos autores informam que os psicofármacos representam 20% da totalidade dos medicamentos utilizados e preveem que esta realidade se expanda no futuro com o envelhecimento da população e advertem para o seu impacto nas despesas na área da saúde. E não só. Sem negar a sua função terapêutica, estas substâncias podem ter efeitos iatrogénicos e secundários, afetando importantemente funções como a postura e a marcha ou a concentração e memória dos velhos, com frequentes problemas de dependência física e psicológica e hospitalizações.

Stein, Newcomb e Bentler, 1986; Macleod, Oakes, Copello, Crome, Egger, Hickman, Oppenkowski, Stokes-Lampard & Davey Smith, 2004) advertem que uso e abuso de canábis, cocaína e outras drogas constituem, presentemente, uma fonte de preocupação para a sociedade, especialmente no que concerne aos adultos jovens, pois tais comportamentos são reconhecidos enquanto potencialmente perturbadores do desenvolvimento das estratégias de coping necessárias ao seu sucesso enquanto seres humanos maduros.

Por outro lado, estes autores sublinham os indícios revelados nos seus estudos, que apontam no sentido da existência de um síndrome de abuso de múltiplas substâncias de certos sujeitos maduros que, não restrito a um contexto particular, pertence a um estilo de vida problemático. Sendo que esse não se caracteriza apenas por uso inapropriado em contextos como escola e trabalho, mas também por problemas na justiça e detenções policiais, infrações de trânsito e acidentes rodoviários.

Definição, modelos teóricos, aspetos clínicos e epidemiologia...

Com efeito, expõem a dúvida sobre o papel do consumo de psicotrópicos no desenvolvimento destas perturbações comportamentais generalizadas. Ou seja, será o abuso drogas uma causa ou uma consequência?

Não obstante, asseguram a diferença entre este uso problemático - que é acompanhado por histórico de delinquência precoce e o uso normativo não problemático - que é determinado por modelos adultos e os primeiros consumos ocorridos na menoridade.

Desde os anos setenta do século passado que ampliação do poder aquisitivo e a liberalização dos costumes contribuíram, na emergência da sociedade de consumo e da globalização, para um aumento exponencial do uso de substâncias psicoativas na população (Balsa, Vital, & Pascueiro, 2011).

A publicidade, cada vez mais rápida e intensa, associa valores de hedonismo e deseabilidade a produtos como bebidas alcoólicas e cigarros. O marketing é patrocinado por empresas industriais crescentemente agressivas, que encontram uma oposição quase insignificante por parte dos Estados. De facto, os governos mostram-se anémicos na defesa da saúde dos cidadãos, talvez pela ambivalência com que ponderam a diferença entre o “custo sanitário” evidente e o “lucro fiscal” resultante da atividade económica considerável que se gera em torno deste sector. Concretizando um exemplo direto das consequências desta conjuntura, desde 1968 registou-se um aumento do número de fumadores na ordem dos 73% a nível mundial (Pascual & Vicéns, 2004).

A estes processos juntam-se os efeitos sinérgicos do uso concomitante, no sentido em que indivíduos que bebem álcool são mais propensos a fumar que os abstémicos, tal como os sujeitos fumadores bebem mais que os não fumadores (Falk, Yi, & Hiller-Sturmhofel, 2006). Com efeito, o abuso de álcool aumenta a propensão para o consumo excessivo de tabaco e vice-versa (Shiffman & Balabanis, 1995).

No caso particular do nosso território, cerca de um quarto da população portuguesa entre os 15 e os 74 anos aparenta estar dependente do tabaco e 13% indicia um consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Dentro da população geral nacional, a percentagem consumidores de medicamentos, com ou sem prescrição médica, indagados que reportaram ter sentido alguma vez as consequências negativas associadas a estes produtos, é vestigial. No que concerne às drogas ilegais, constituem aproximadamente um quarto da amostra representativa os consumidores que declaram

alguma vez ter sentido pelo menos uma das consequências negativas associadas ao consumo de canábis como distúrbios comportamentais ou sentimento de dependência e tolerância da substância. Mas é à heroína que são imputadas mais consequências indesejáveis, sendo que 64,1 dos utilizadores denunciou um ou mais sintomas relacionados com a substância. Menos de metade dos inquiridos que experimentaram cocaína, estimulantes ou alucinogénios, queixa-se de efeitos indesejáveis (Balsa, Vital, & Urbano, 2013).

#### **1.4. PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM ADULTOS**

O álcool lidera o ranking das substâncias psicoativas mais consumidas, estimando-se que quase um terço da população mundial consuma bebidas alcoólicas (Balsa et al., 2011). Aliás, o álcool e o tabaco são, de longe, as drogas com maior número dependentes no mundo e que comportam mais danos para a saúde individual e social da humanidade. A legalidade que a sua produção e distribuição granjeiam é em muito responsável pela sua disseminação global (Nieva, Gual, Ortega, & Mondón, 2004).

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (United Nations on Drugs and Crime - UNODC, 2013), assiste-se a uma estabilização do uso de drogas a nível global. Neste documento, a elevação do número total de consumidores de substâncias ilícitas é desdramatizada, em virtude da interpretação deste indicador enquanto efeito do aumento constante da população mundial total e das estimativas que elucidam que o número de consumidores afetados pelas consequências da dependência e abuso de drogas tem-se também mantido estável.

O Relatório da WHO sobre o álcool na União Europeia para 2011 (WHO, 2012), refere que de todas as regiões do mundo, a Europa é a que possui o mais alto nível de consumo de álcool bem como o mais elevado número de doenças e mortes prematuras devido ao álcool. Após um ligeiro declínio no início dos anos 90, voltou a verificar-se um pequeno aumento do uso de álcool pelos cidadãos adultos europeus ( $\geq 15$  anos), situando-se em 2005 na ordem dos 9,5 litros *per capita*. Mais recentemente, em 2009, o nível de consumo anual era de 12,5 litros *per capita*, mais do dobro da média mundial. Na última década os dados indicam que o consumo médio de álcool manteve-se estável na maioria dos estados membros, mesmo nos países do mediterrâneo como a França, a

Definição, modelos teóricos, aspetos clínicos e epidemiologia...

Itália e a Espanha. Contrariando esta tendência, a Estónia, a Letónia e a Polónia apresentaram um acentuado aumento do consumo de bebidas alcoólicas, na ordem dos 40, 33 e 25% respetivamente. Por outro lado, o relatório salienta uma redução de ingestão de álcool de 9% em países como o Luxemburgo e Malta. Neste continente, em quase todas as regiões, a cerveja é a bebida alcoólica mais ingerida, com exceção das regiões do sul da Europa onde o vinho mantém-se como a bebida mais frequentemente consumida. Apesar disso, nesta região europeia assiste-se a uma tendência para a diminuição do consumo de vinho e um ligeiro aumento do consumo de cerveja. Os países do norte da Europa estão em tendência contrária, embora de forma mais ténue, com um aumento do consumo de vinho e decréscimo no consumo de cerveja.

A Região da Europa é a que possui níveis mais altos de consumo de tabaco, comparando com outras regiões do mundo e aqui observa-se que a diferença entre homens e mulheres que usam tabaco é agora muito pequena, havendo inclusive alguns países em que são as mulheres que mais fumam relativamente aos homens, como na Suíça e na Noruega (WHO, 2013).

Segundo o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA, 2013), calcula-se que cerca de um quarto da população adulta europeia, ou seja, pelo menos 85 milhões consumiram uma droga ilícita em algum momento da sua vida. Destes, a maioria experimentou cannabis (77 milhões), sendo que as estimativas do consumo ao longo da vida para as restantes drogas mostram-se muito mais modestas: 14,5 milhões para a cocaína, 12,7 milhões para as anfetaminas e 11,4 milhões para o ecstasy. Segundo esta fonte, é possível que 1,4 milhões de Europeus estivessem envolvidos no uso problemático de substâncias psicoativas, em 2011.

A caracterização mais recente da realidade nacional traduz-se nos resultados preliminares do Terceiro Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (homens e mulheres entre os 15 e os 74 anos de idade) de Portugal, em 2012, realizado pelo CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa para o SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (Balsa et al., 2013). Nesta publicação são apresentadas prevalências do consumo de tabaco e das bebidas alcoólicas significativamente mais elevadas que as verificadas para as restantes substâncias ilícitas. Os valores atingem os cerca de 73% ao longo da vida no caso das bebidas alcoólicas e de cerca de 44% no caso do tabaco. Já no

caso dos medicamentos a taxa de prevalência ao longo da vida, através de receita médica, é de 20,4%, e de 1,4% sem receita médica. A preeminência do género masculino quanto ao consumo declarado de tabaco e de bebidas alcoólicas destaca-se em todos os indicadores de análise, seja ao longo da vida, último ano ou último mês. No tocante à prevalência de embriaguez no último ano, observa-se que o número de eventos de *binge drinking* decai acentuadamente com o avançar da idade e é naturalmente menor nas mulheres que nos homens. O mesmo também se sucede relativamente à percentagem de consumo de medicamentos ao longo da vida. Excepcionalmente, o consumo de medicamentos com receita médica é bastante superior entre os inquiridos do género feminino. A canábis é, de longe, substância ilícita mais consumida, com uma taxa de prevalência ao longo da vida de 8.3% no conjunto da população. Os valores para os estupefacientes, opiáceos, anfetaminas e alucinogénios manifestam-se residuais (<1.1%).







## **CAPÍTULO 2**

### **PROCESSAMENTO SENSORIAL**



## 2.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO PROCESSAMENTO SENSORIAL

Experiências laboratoriais que implicam a submissão de cobaias humanas a privação sensorial demonstram que a estimulação dos sentidos é de incontornável importância para o funcionamento psíquico adequado, pois na sua ausência, resultam comportamento desadaptativos como apatia ou condutas orientadas para a autoestimulação (Edelson, 1984).

Para Dunn (2001), o conceito de processamento sensorial remete para os aspetos inerentes às múltiplas respostas que podem surgir num organismo inteligente face à presença de diferentes estímulos e implica a integração neuronal dos *inputs* sensoriais, a modulação da informação sensorial e as respostas emocionais e comportamentais resultantes.

São cada vez mais as publicações que apontam o processamento sensorial enquanto um fator primordial na explicação do comportamento humano.

A investigadora pioneira da teoria do processamento sensorial foi Jean Aïres que, desde os anos sessenta do século passado, estudou as relações entre este conceito e outras variáveis como aprendizagem, comportamento, temperamento e relações sócio-emocionais precoces. Para tal, desenvolveu duas subteorias.

Primeiramente, a Sub-teoria da Integração Sensorial foi definida por Ayres (1989) como o processo neurológico que organiza as sensações, corporais e provenientes do ambiente e que as confronta com as memórias e aprendizagens armazenadas previamente no cérebro, para depois as entregar prontas para serem utilizadas para produzir comportamentos adaptativos. Esta autora usou o termo Integração Sensorial não só como era tradicionalmente referenciado (conexões sinápticas intracerebrais), mas também alargou-o às respostas comportamentais emitidas pelo sujeito (sensoriomotoras ou emocionais), particularmente de âmbito funcional.

Desde então, outros autores igualmente o fizeram. Parham e Mailloux (1996) situam a Integração Sensorial como uma função cerebral em íntima relação com a atividade objetiva e adaptativa; Fisher, Murray, e Bundy (1991), que definem o mesmo constructo como o processo de relacionamento entre o cérebro e o comportamento.

A integração sensorial ocorre no SNC, pensa-se que principalmente em áreas filogeneticamente mais antigas e primitivas, nomeadamente ao nível do tronco cerebral e cerebelo, em permanente interação com as áreas cerebrais relacionadas com a

## Processamento sensorial

coordenação, atenção, níveis de excitabilidade, emoção memória e funções superiores. A noção de integração sensorial debruça-se especialmente na análise dos sentidos tátil, vestibular e proprioceptivo, que se desenvolvem ainda no período fetal e que estão intimamente ligados entre si, bem como com os restantes órgãos sensoriais e estruturas cerebrais.

Com efeito, as sensibilidades: tátil, vestibular e proprioceptiva são consideradas, do ponto de vista desta sub-teoria, as bases fundamentais da construção do edifício sensorial e adaptativo dos indivíduos. São as primeiras a desenvolverem-se, aproximadamente, por volta das cinco semanas de gestação, momento no qual ocorrem as primeiras respostas fetais aos estímulos tácteis (Short-DeGraff, 1988). Às nove semanas de gestação, o primeiro movimento da cabeça em direção ao tronco poderá ser interpretado como função da propriocepção, sendo também nesta data que se observam as primeiras respostas ao impulso vestibular (Parham & Mailloux, 1996). Estas três sensibilidades dominam, orientam e constituem-se como base primordial da construção das interações do Ser Humano. (Ayres, 1979).

Com efeito, Ayres (1972) situa a essência dos processos integrativo-sensoriais nos níveis encefálicos inferiores, particularmente no tálamo e tronco cerebral, estando o primeiro mais ligado ao processamento da informação tátil e proprioceptiva e o segundo à informação vestibular. Comparativamente aos superiores, os níveis cerebrais inferiores têm funções mais difusas e primitivas, menos especializadas e de influência potencialmente mais ampla que os primeiros. Uma das mais importantes atribuições dos níveis inferiores é filtrar e refinar a informação sensorial, antes de enviar as mensagens organizadas ao córtex cerebral. Ayres (1979) sugere que as estruturas cerebrais inferiores e mais primitivas, atingem o seu grau de maturação mais precocemente, servindo de base à estruturação das funções corticais superiores mais complexas.

A visão hierárquica do SNC foi comprovada através da utilização de técnicas de imagiologia cerebral, como a tomografia computadorizada por emissão de potróes, a partir das quais se verificou que o desenvolvimento do SNC procede-se dos níveis inferiores para os superiores (Parham & Mailloux, 1996). Por outro lado, os fatores extrínsecos têm efeitos na formação sináptica que ultrapassam o mero processamento sensorial. O meio ambiente tem uma influência determinante no cérebro, tanto a nível estrutural como funcional, observando-se no comportamento a sua expressão última. Um comportamento

adaptado é intencional e orientado para um objetivo (Fisher & Murray, 1991) e pressupõe o funcionamento íntegro do processamento sensorial.

Se, pelo contrário, o estímulo inicial não for processado e organizado de forma adequada o resultado é uma ança homeostática com produção de respostas motoras/comportamentais potencialmente inadaptadas. Como resultado deste processo estabelece-se um círculo vicioso em que o impulso sensorial se irá alterando progressivamente causando novos impulsos e processos de retroação exponencialmente desorganizados. As consequências de tais disfunções são visíveis em lacunas no desenvolvimento ou em problemas emocionais e de comportamento (Dejean, 1999).

Neste estudo, a definição de modulação sensorial, a segunda subteoria do processamento sensorial, é predominantemente pertinente. O conceito de modulação sensorial refere-se à forma como o cérebro modula e regula a informação sensorial e é popularmente associado ao termo (erroneamente simplista) *defensividade táctil*. Esta última, resume-se à noção generalizada (sobretudo na cultura Norte-Americana) de que a irritação táctil pode provocar comportamentos e emoções negativos. Baseada nos dados resultantes de uma investigação junto de mais de mil crianças com e sem deficiência, Dunn (1997) aventaram a hipótese de que existe uma relação entre as operações mais elementares do sistema nervoso humano e as estratégias de autorregulação, sendo que dessa ligação resultam quatro padrões básicos de processamento sensorial. Estes trabalhos permitiram avanços consideráveis na compreensão dos processos de modulação sensorial.

O *limiar neurológico* é o ponto em que existe suficiente *input* para ativar um sistema ou célula. Quando o estímulo é suficientemente forte para deflagrar o limiar, a ativação é provocada e o organismo reage cognitiva e/ou comportamentalmente (Kandel, Schwartz, & Jessell, 2000). No Ser humano, estes limiares nervosos dispõem-se num contínuo, pelo que quando os limiares são baixos, é espectável que a pessoa note e reaga aos estímulos frequentemente, porque o sistema nervoso facilmente se ativa face a eventos sensoriais. Se, por outro lado, os limiares forem altos, é suposto que a pessoa não se aperceba da ocorrência de estímulos que são evidentes para outras pessoas, isto porque o sistema necessita de estímulos mais fortes para se ativar.

Os limiares neurológicos podem ser diversos, conforme o tipo de *input* sensorial (auditivo, vestibular, visual, olfativo, táctil, proprioceptivo...) e têm uma implicação direta sobre a forma como cada sujeito interage com o meio que o rodeia no seu dia-a-dia (Dunn,

## Processamento sensorial

1997). A Autorregulação Sensorial é a resposta comportamental ao *input* sensorial e também se situa num contínuo. Num extremo do contínuo, as pessoas podem exibir estratégias passivas para reagir ao *input* sensorial. Por exemplo, podem deixar as coisas acontecer à sua volta e depois reagir, como um estudante que deixa-se ficar junto de outros para ler e escrever e que depois mostra-se irritado com os sons ambientais da sala. Isto é, segue um estilo passivo de autorregulação porque mantém-se num espaço ruidoso mesmo quando se sente incomodado com os barulhos. No extremo oposto do contínuo, as pessoas assumem estratégias ativas de autorregulação no sentido em que lutam para controlar a quantidade e o tipo de *input* que abrange os seus sentidos. Recorrendo novamente ao exemplo anterior, o referido estudante, sentindo-se assoberbado por trabalhar acompanhado, poderia deslocar-se para um sítio mais sossegado quando o som se apresentasse excessivo ou usar auscultadores com música relaxante. Assim ajustaria a sua posição para manejar o aporte sensorial.

Os dois contínuos, anteriormente descritos, podem ser cruzados para criar quadrantes que sistematizam quatro tipologias de processamento sensorial: limiares neurológicos altos e um estilo ativo de autorregulação sensorial traduzem-se em *Busca de Sensações*; o mesmo estilo ativo de autorregulação sensorial junto com limiares neurológicos baixos resulta em *Evitamento de Sensações*; se o estilo de autorregulação sensorial for passivo e associado a altos limiares neurológicos vai expressar-se em *Registo Pobre*; mas se esse estilo passivo de autorregulação sensorial intersectar-se com limiares neurológicos baixos, reverter-se-á em *Sensibilidade Sensorial*.

Operacionalizando as expressões citadas que, resumidamente, diferentes formas de homeostasia neuropsicológica: *Busca de Sensações* implica a prospeção criativa experiências sensoriais no quotidiano, como tocar noutras pessoas, usar perfume ou mascar pastilhas elásticas, para contrariar a tendência para falhar na deteção de estímulos sensoriais; O *Evitamento de Sensações* remete para o evitamento de experiências sensoriais demasiado massivas e com as quais o sistema nervoso não consegue lidar, como tapar os ouvidos, fechar as cortinas ou ir para outra divisão da casa; A *Sensibilidade Sensorial* endereça para uma reação passiva à estimulação, por muito intensa e desagradável que esta seja percecionada, o que se pode traduzir em instabilidade emocional, cognitiva, comportamental e mesmo relacional, como ataques de pânico. O *Registo Pobre* implica falhas recorrentes em detetar estímulos sensoriais, défice que se manifesta mais do que seria expectável face à norma, pelo que são frequentemente

ignorados sinais importantes para a participação nas atividades diárias, como desconhecer que alguém entrou no quarto ou não notar que as mãos estão sujas... (cf. Tabela 1).

**Tabela 1.**

*Relações entre Respostas Comportamentais e Limiares Neurológico. Adaptado do Modelo do Processamento Sensorial de Dunn (1997)*

Limiar neurológico	Respostas comportamentais	
	Estratégias passivas de acordo com o limiar	Estratégias ativas para contrariar o limiar
<b>Elevado</b>	<i>Registo pobre</i>	<i>Busca de sensações</i>
<b>Baixo</b>	<i>Sensibilidade sensorial</i>	<i>Evitamento de sensações</i>

A autora previne que ninguém tem somente um padrão de funcionamento sensorial e apela à necessidade de observar a multiplicidade de modos sensoriais dentro do mesmo indivíduo, pelo que, exemplificando, este poderá ter sensibilidade sensorial aos sons mas com registo pobre para o tacto. Finalmente, adverte para a importância, a bem da saúde pública, das necessidades sensoriais das pessoas serem correspondidas, na medida em que o funcionamento normal do Ser Humano no seu quotidiano implica, desde estádios precoces do desenvolvimento, o adequado processamento de informação sensorial.

## 2.2. PROCESSAMENTO SENSORIAL E OUTROS CONCEITOS PSICOLÓGICOS

As qualidades de cada sistema sensorial têm sido investigadas, especialmente a forma como estas viabilizam a receção de informação para o uso da consciência humana (Kandel, Schwartz & Jessell, 2000). Sabe-se que cérebro inicialmente começa por armazenar o *input* sensorial, criando mapas do corpo e do meio que o rodeia a partir do ângulo de admissão de cada sistema sensorial (Dunn, 1997). Depois, à medida que estes mapas se vão constituindo, o cérebro começa a integrar a informação dessas múltiplas fontes, formando níveis crescentes de desempenho em vários contextos. Ao longo da vida, estes mapas vão sendo modificados no decorrer das atividades pessoais, formando a base para a aprendizagem e entendimento. Por outro lado, as pessoas têm diferentes limiares de sensibilidade, emoção e resposta condutal e estas diferenças de nível refletem-se na sua organização de vida (Baranek, 1999).

## Processamento sensorial

Para Kielhofner e Fisher (1991) o processo sequencial de intenção-ação-retroação que envolve a formação da intenção de agir, traduzida no cérebro pelo gerar de um comportamento adaptado, serve de base ao aparecimento de novas formas de homeostasia que são novamente processadas no cérebro, interpretadas na mente e assim facilitadoras do desenvolvimento neural. Assim, cada resposta adaptada é mais complexa que a anterior, proporcionando ao cérebro a obtenção de um nível de organização superior que aumenta as suas capacidades de integração sensorial.

Não obstante, no caso particular dos adultos, os fenómenos associados ao decurso da maturidade e senescência (ou senilidade) podem modificar estas sistematizações. Por exemplo, a hipótese do défice inibitório (Hasher & Zacks, 1988) propõe que a tarefa de filtragem de estímulos irrelevantes para a execução da tarefa diminui com a idade. Isto quer dizer que embora os adultos mais maduros processem os estímulos sensoriais de forma similar aos adultos jovens, a forma como o fazem e respondem aos estímulos pode ser muito diferente. Com efeito, os adultos mais idosos podem experienciar mais dificuldade em inibir estímulos distratores ou irrelevantes, exibir comportamentos de busca de sensações ou absorver informação sensorial relevante, em comparação com os seus congéneres mais jovens (Alain & Woods, 1999). Talvez isto aconteça devido a, por um lado, à senescência das funções cognitivas e, por outro, ao embotamento progressivo das funções sensoriais, nomeadamente a audição e a visão (Strawbridge, Walhagen, Schema, & Kaplan, 2000).

Contudo, não se registam diferenças entre adultos jovens e idosos no tocante a fatores de processamento sensorial ligados a limiares neurológicos elevados, como sensibilidade sensorial e evitamento de sensações (Pohl, Dunn, & Brown, 2001). Talvez isso aconteça porque o sistema nervoso continue em vigilância para desempenhar respostas adaptativas de preservação da integridade face a eventos potencialmente nocivos para a vida. Apenas se denotam diferenças significativas fatores de processamento sensorial ligados a limiares neurológicos elevados, sobretudo depois dos setenta anos, em que o registo e busca de sensações diminui substancialmente, ou seja, na velhice, torna-se muito mais difícil registar e procurar novos estímulos. Uma explicação alternativa à redução da acuidade sensorial, especialmente visual e auditiva, é que o acumular de experiências de vida nos adultos séniores implica a familiarização com um vasto espectro de estímulos, pelo que é natural que nestes os limiares neurológicos não sejam tão responsivos em comparação com os dos jovens (Dunn, 2001).

As metodologias de análise de dados psicofisiológicos têm permitido acumular dados científicos acerca do processamento informativo de eventos sensoriais, por parte do sistema nervoso humano. Com base nestes, é já possível acrescentar entendimento científico em torno de fenómenos como as condutas de busca de sensações (Sarmany-Schuller, 1999). Com efeito, confirmaram-se diferenças fisiológicas entre pessoas com diferentes propensões comportamentais para a busca de sensações (Zuckerman, 1994). Efetivamente, com a introdução de um estímulo novo, observa-se uma descida da frequência da pulsação cardíaca nos grandes buscadores de sensações, o que pode ser interpretado enquanto uma resposta vegetativa orientadora que facilita a preparação individual para a receção desse novo estímulo. Por outro lado, sujeitos pouco atreitos à busca de sensações experienciam uma aceleração do ritmo do cardíaco, provavelmente na sequência de uma resposta de medo face a potencial ameaça, o que resulta numa inibição da resposta exploratória.

Na mesma linha investigativa, relativamente à medição fisiológica da condutância da pele em resposta a sinais auditivos, os sujeitos com padrões de processamento sensorial diferentes apresentam modos de responsividade (amplitude da resposta ao primeiro estímulo sonoro) e habituação (número de estímulos sonoros apresentados até duas não respostas consecutivas) bastante distintos face à estimulação sensorial (Brown, Tollefson, Dunn, Cromwell, & Fillion, 2001). Desta feita, confirmou-se que sujeitos com limiares neurológicos baixos, como sensíveis sensorialmente e evitadores de sensações, apresentam maior responsividade que indivíduos com limiares mais elevados, como com registo pobre e buscadores de sensações. Também verificou-se que pessoas com tendência ao evitamento de sensações ou registo pobre mostram-se mais rápidas a se habituar aos estímulos que as pessoas mormente sensíveis sensorialmente ou buscadoras de sensações.

O paradigma do processamento sensorial tem vindo a ser testado em diversos grupos etários, normativos e nosológicos (Brown, Cromwell, Fillion, Dunn, & Tollefson, 2002; Dunn, Myles, & Orr, 2002), tendo sido constatado que não são apenas as pessoas portadoras de doenças neurológicas e psiquiátricas, incluindo autismo, perturbação de défice de atenção com e sem hiperatividade (PHDA), esquizofrenia e dificuldades de aprendizagem, que apresentam formas diferenciadas e mais intensas de processamento sensorial.

## Processamento sensorial

Com efeito, perturbações na capacidade de concentração, percepção e alterações na mobilidade e consciência corporal são classicamente identificadas enquanto ligados à instalação da esquizofrenia (McGhie & Chapman, 1961). Embora a sua suscetibilidade à dor seja normativa, os adultos com defensividade sensorial parecem ser mais ansiosos e deprimidos do que os congéneres que não têm essa característica (Kinnealey & Fuiiek, 1999). No que concerne à gestão do stress em indivíduos saudáveis, num estudo com praticantes de medicina geral, Rijk, Schreurs, e Bensing (1999) constataram que a fadiga era maior nos profissionais assoberbados de estimulação externa, mas que o cansaço diminuía quando estes encaravam essa mesma estimulação excessiva mais interessante.

A investigação sobre o processamento sensorial, em adultos, é escassa. No entanto, tem captado a atenção dos investigadores desde finais do século passado, especialmente os que se debruçam sobre as teorias psicológicas. Nesse sentido, as análises fatoriais implementadas têm permitido revelar a participação dos constructos afetos à componente sensorial na autorregulação, personalidade, temperamento e resposta comportamental (Bagnato & Neisworth, 1999; Costa & McCrae, 1987; Rothbart & Jones, 1999; Zuckerman, 1994).

### **2.3. PROCESSAMENTO SENSORIAL E COMPORTAMENTO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

O cérebro está organizado de uma forma inata com vista à criação de uma motivação intrínseca ao processo de integração sensorial. Segundo Ayres (1979) e Shaaf (1990), esta motivação poderá estar diminuída no sujeito com limitações na integração sensorial. Um processamento sensorial menos eficiente (ou seja, em que o aporte de sensações internas, de dentro do corpo, não está em equilíbrio com a sensações externas, provenientes do ambiente) traduz-se numa capacidade de processamento cognitivo mais limitada e daí resulta menos competência funcional (Gijsbers van Wijk & Kolk, 1997).

Van Dillen, Papiés e Hofmann (2013) aludem outras investigações que mostraram que a capacidade mental pode influenciar a competência na autorregulação comportamental, no sentido em que a sobrecarga de processos perceptivo-cognitivos em curso num determinado sujeito pode interferir na capacidade do mesmo conter os seus impulsos, assim que ativado por um estímulo hedónico. Efetivamente, um estímulo potencialmente tentador, como comida saborosa, um copo de cerveja fresca ou um cigarro,

pode deflagrar em quem o percebe associações de recompensa (Ferguson & Bargh, 2004; Hofmann, Rauch, & Gawronski, 2007). Um objeto desejado solicita atenção seletiva (Gable & Harmon-Jones, 2010), como é o caso de fumadores (Mogg, Bradley, Field, & De Houwer, 2003) e bebedores excessivos (Townshend & Duka, 2001). Aliás, há indícios que para estes sujeitos, um cigarro ou um copo de vinho pode parecer maior e destacar-se mais no ambiente, no seguimento de um viés perceptivo (Van Koningsbruggen, Stroebe, & Aarts, 2011). Efetivamente, Stols, Heerden, Van Jaarsveld e Nel (2013) consideram que os consumidores abusivos de substâncias psicoativas podem apresentar padrões de processamento sensoriais atípicos.







**CAPÍTULO 3**  
**AUTORREGULAÇÃO**



### 3.1. DEFINIÇÃO DE AUTORREGULAÇÃO

O conceito de autorregulação refere-se ao conjunto de processos complexos a partir do qual um sistema modula ou governa a sua própria reatividade (Derryberry & Reed, 1996). No caso particular da ciência psicológica, pode ser definida como a inter-relação entre processos mentais que habilita as pessoas para planear, endereçar e monitorizar respostas comportamentais flexíveis e apropriadas ao meio inconstante que as rodeia (Brown, 1998).

A autorregulação apresenta-se, presentemente, como uma competência humana tão intensamente investigada quanto especulada, possivelmente a mais fundamental (Zimmerman, 2000). Trata-se também de um termo generalista usado comumente para descrever os diversos processos psicológicos que possibilitam o estabelecimento de objetivos (Mischel, Cantor, & Feldman, 1996).

Existem numerosas conceptualizações dos processos implícitos à autorregulação, mas todas partilham a ideia fundamental que esta variável implica o estabelecimento de objetivos, o empenho em comportamentos orientados para os objetivos, a monitorização de processos de prossecução dos objetivos e o ajuste dos comportamentos quando os progressos relativamente aos objetivos não estão a decorrer (Baumeister & Heatherton, 1996; Cameron & Leventhal, 2003; Carver & Sheier, 1998).

Os objetivos são representações mentais de desenlaces desejados pelas pessoas que se comprometem com os mesmos (Fujita & MacGregor, 2012). Estabelecer um objetivo não se cinge apenas à intenção de alcançar um valor. Muitos obstáculos podem ser encontrados na transformação de uma vontade vaga em uma meta bem definida (Norcross, Ratzin, & Payne, 1989). Por exemplo, muitas pessoas gostariam de ser muito saudáveis, mas menos estão dispostas a comer fruta e vegetais com a frequência necessária para atingir esse resultado. Logo, o estabelecimento de objetivos implica um sentimento de comprometimento ou uma sensação de urgência que motiva os sujeitos a operacionalizarem esforços concretos no sentido de reduzir a discrepância entre o seu estado actual e o estado desejado (Carver & Scheier, 1982).

A teoria da Autodeterminação explica que uma motivação pessoal autónoma, focalizada na mudança o próprio comportamento, constitui um preditor importante para a adoção viável de um objetivo (Ryan & Deci, 2000). Se o ato de estabelecer objetivos implica a determinação das metas a atingir, o empenhamento na conquista desses

## Autorregulação

objetivos corresponde ao processo de planeamento e execução dos comportamentos necessários ao sucesso dessas iniciativas. Para tal, afigura-se necessário saber que o *que* se pode fazer para atingir os objetivos e *quando* o fazer.

Existem múltiplas formas de alcançar um objetivo e, felizmente, mais do que uma oportunidade para o fazer (Carver & Scheier, 1982). As pessoas possuem a capacidade extraordinária de pensar no futuro e antecipar os processos de prossecução dos objetivos (Trope & Liberman, 2003). Essa monitorização implica a observação atempada das diferenças entre o estado actual e objetivo almejado (Carver & Scheier, 1998). Dessa forma, conseguem perspectivar as ameaças que podem condicionar a efetivação dos seus propósitos. Por exemplo, o indivíduo que deseja manter-se em forma pode conceptualizar que a fadiga irá demovê-lo de se exercitar, ao final de um dia de trabalho. Este juízo revela-se potencialmente eficaz, porque permite reconfigurar os planos de ação de forma a contornar constrangimentos para o êxito das pretensões (Mann, De Ridder & Fujita, 2013). Segue-se, naturalmente, o comportamento reacertado, pelo que continuando o exemplo anterior, o exercitador cansado, sem grande hesitação, poderia optar por pôr-se em forma no início do dia, antes de ir trabalhar ou inscrever-se num ginásio mais perto de sua casa (Thaler & Sunstein, 2008).

Tomando uma perspectiva neuropsicológica, Lopes (2004) recorda o papel das funções executivas, segundo a teoria de Autorregulação de Barkley (1997), e a sua primazia na génese do autocontrolo. Existe um intenso debate em torno do relevante papel das Funções Executivas (FEs) nos processos de autorregulação, identificando-se, para já, duas perspectivas emergentes. Alguns autores consideram as FEs um constructo único, baseado numa estrutura executiva centralizada, responsável pela direção atencional e gestão das restantes funções do Eu, bem como da orientação do comportamento resultante (Baddeley, 2003; Norman & Shallice, 1986). Outros, debruçados em trabalhos de análise fatorial, observaram que as FEs são constituídas por componentes distintos mas inter-relacionados, como a alternância atencional entre tarefas, a inibição de respostas sobre-aprendidas e a monitorização da informação, sediada na memória de trabalho, necessária à manipulação mental ao serviço do cumprimento de determinada tarefa (Miyake et al., 2000).

Complementarmente, o autocontrolo é a aptidão para resistir aos impulsos, sendo muito importante no auxílio à orientação voluntária do comportamento (Baumeister,

Vohs, & Tice, 2007; Carver & Scheier, 1998) e parece constituir um componente de autorregulação importante no estudo do uso de substâncias (Neal & Carey, 2005).

Com efeito, o controlo condutal eficaz acarreta a resistência à tentação, pela modificação ou manutenção comportamental face às exigências dos contextos externos, em benefício da busca de uma meta desejada (Muraven & Baumeister, 2000).

### **3.2. AUTORREGULAÇÃO E OUTRAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS**

Vohs e Baumeister (2004) compilaram evidências que demonstram que pessoas com grande competência de autorregulação têm menor suscetibilidade ao uso de álcool e outras substâncias. Por outro lado, as disfunções nas FEs têm sido associadas sistematicamente a problemas autorregulatórios, nomeadamente no que concerne ao consumo problemático de bebidas alcoólicas (Whitney, Hinson, & Jameson, 2006).

Outros fatores depauperadores dos recursos cognitivos, como estados transitórios potencialmente perturbadores das FEs, como a fadiga e a intoxicação alcoólica, também parecem impedir a prossecução de metas mais distantes (Harrison & Horne, 1998; Steele & Josephs, 1990).

Da mesma forma, a sobrecarga cognitiva parece impedir a manutenção do comportamento orientado para os objetivos a longo prazo, na medida em que quando se pede a um sujeito que divida a sua atenção entre várias tarefas ao mesmo tempo, este terá mais tendência a sobrealimentar-se e a dar preferência às comidas hipercalóricas (Ward & Mann, 2000; Shiv & Fedorikhin, 1999).

Também a idade avançada pode contribuir para a instalação de défices nas FEs e levar as pessoas a exibir comportamentos sociais inadequados, por não conseguirem suprimir os impulsos (von Hippel, & Dunlop, 2005).

Paradoxalmente, quando os esforços para controlar ou suprimir um pensamento ou conduta são exercidos em condições de fragilidade cognitiva, o efeito final pode ser um exacerbamento desse resultado indesejado (Macrae, Bodenhausen, Milne, & Jetten, 1994). Por exemplo, fumadores que foram instruídos a não pensarem sobre o fumo acabaram fumando mais, durante um período de mais de 3 semanas, do que outros a que lhes foi simplesmente sugerido que monitorizassem o seu consumo nicotínico (Erskine, Georgiou, & Kvavilashvili, 2010). Existem pródigas evidências em torno da ideia de que o

## Autorregulação

esgotamento do potencial cognitivo é seguido da depleção motivacional (Baumeister, Bratslavsky, Muraven, & Tice, 1998) Algumas diferenças individuais parecem influenciar a progressão desta depleção de recursos, em particular as sensoriais. Um caso típico é o da dor crônica. Investigações recentes com pacientes com fibromialgia sugerem que as pessoas que sentem dor crônica no seu cotidiano podem permanecer num estado constante de depleção autorregulatória, o que resulta em mais dificuldade em conter os impulsos hedônicos (Solberg Nes, Carlson, Crofford, de Leeuw, & Segerstrom, 2010).

Atualmente tem havido grande interesse em saber se as experiências relacionais têm influência no desenvolvimento neurocognitivo (em particular, das FEs) desde a infância à adultícia, tanto a nível funcional quanto estrutural (Nelson & Bloom, 1997). Os investigadores das teorias da vinculação têm sugerido que os cuidadores primários, enquanto suporte social primordial, atuam inicialmente como reguladores externos do afeto e tempo da criança e que depois vão fomentando a competência de autorregulação desta até à maioridade (Hofer, 1995; Spangler, Schieche, Ilg, Maier, & Ackermann, 1994). Estas hipóteses são corroboradas por estudos que correlacionam a qualidade dos cuidados parentais e regulação psicofisiológica em menores (Gunnar & Donzella, 2002).

Sem surpresa, uma competência autorregulatória de qualidade pode ser conotada com indicadores de resiliência, como relações interpessoais mais significativas e melhor autoestima por parte de jovens adultos (Busch & Hofer, 2012).

No caso dos adultos mais idosos, em que não raras vezes o potencial de vida continua a crescer, embora dramaticamente atrelado a um tempo de existência minguante, o estabelecimento de objetivos torna-se cada vez mais uma tarefa de precisão, exigindo mudanças na hierarquização e estruturação das metas (Hooker, 1999). A teoria do ciclo de vida dá enfoque particular aos aspetos que orientam o estabelecimento de objetivos, particularmente se estes atenuam a prioridade a dar à concretização daquilo que ainda não se tem para primar a manutenção daquilo que já se possui (Mejía & Hooker, 2013).

### **3.3. AUTORREGULAÇÃO E O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Como já foi afluado, as provas científicas encontradas têm inspirado cada vez mais a ideia de que a insuficiência autorregulatória pode induzir perturbações comportamentais, em particular as toxicodependências (Brown, 1998).

A influência das competências de autorregulação sobre os comportamentos de uso de substâncias tem sido constatada em variados grupos populacionais e culturas. No entanto, esta preponderância sobre os comportamentos de uso pode variar muito, na medida em que, se a autorregulação generalista pode ter um efeito muito amplo sobre os comportamentos, apenas uma medida específica de autogestão no consumo de psicotrópicos, como o autocontrole, poderá prover dados mais focalizados e precisos sobre os efeitos sobre a frequência, quantidade e consequências derivadas do uso de substâncias psicoativas (Neal & Carey, 2005). O uso de estratégias de autocontrole afetas ao uso de bebidas alcoólicas foi sondado por Werch e Gorman (1988) e estes investigadores constataram que níveis inferiores nestas medidas correlacionam-se com mais problemas ligados ao álcool (PLAs).

As investigações mais recentes parecem indicar a dificuldade no autocontrole enquanto um mecanismo intermédio entre a vulnerabilidade genética e a escalada no abuso de substâncias psicoativas (Glantz & Leshner, 2000).

No entanto, a maior tradição da autorregulação enquanto conceito na área da adição tem sido mais colada ao tratamento e relapso inerente à perda de controlo e ao uso compulsivo de substâncias em toxicodependentes e alcoólicos (Mitchell, 1992), deixando as considerações sobre o uso normal para segundo plano (Neal & Carey, 2005).

A investigação tem provado que os comportamentos de saúde baseiam-se em características individuais como a motivação, crenças e atitudes, mas também na capacidade de autorregulação. Em psicologia da saúde, a aptidão de um sujeito para regular o seu comportamento tem-se apresentado, num número apreciável de estudos, enquanto variável explicativa do funcionamento adaptativo e desadaptativo (García del Castillo, Dias, Díaz-Pérez & García del Castillo-López, 2012).

Sem surpresa, o papel da autorregulação tem vindo a ser crescentemente analisado na área do uso normativo de drogas. Neste âmbito, sabe-se que utilizadores habituais de álcool possuem níveis mais baixos de autorregulação. Com efeito, sujeitos com menores competências de adaptação do comportamento, atenção, emoções e estratégias cognitivas em resposta a estímulos internos e ambientais, tendem a consumir em maior quantidade e frequência e com consequências negativas mais gravosas. Por outro lado, alguns estudos não encontraram quaisquer relações significativas entre a autorregulação e uso drogas (García Del Castillo & Dias, 2009).

## Autorregulação

Tal deve-se, possivelmente, ao facto da flexibilidade de ativação, verificação e inibição ser uma aptidão relevante apenas na explicação de comportamentos de consumo abusivo (García del Castillo, Dias, Díaz-Pérez & García del Castillo-López, 2012).





**CAPÍTULO 4**  
**SUPORTE SOCIAL**



#### **4.1. COMPREENSÃO DO SUPORTE SOCIAL, AO LONGO DO CICLO DE VIDA**

O Suporte Social, definido genericamente enquanto o suporte percebido, assumido e tangível, recebido por um sujeito da sua rede social, é um constructo originário da sociologia e mais tarde importado para a psicologia (Vaux, 1988), por volta da década de setenta do século passado, primeiramente no estudo da componente social e posteriormente para os comportamentos de saúde (Taylor & Repetti, 1997).

Têm sido formuladas várias definições para este termo, que sendo mutuamente complementares, são passíveis de serem hermenêuticamente compiladas. Primordialmente, o termo contemplava somente o número de contactos sociais de um indivíduo, mas posteriormente passou-se a incluir também aspetos funcionais como o tipo de relação e a satisfação com essa relação (Ogden, 1999; Taylor, 1995).

O sujeito recorre ao apoio sócio-emocional ou ajuda material do seu mundo social para lidar com as exigências do dia-a-dia. Para tal, pode recorrer a relações sociais mais distais (especialistas, prestadores de serviços...) ou mais próximas, como o cônjuge, familiares, amigos e colegas de trabalho (Ornelas, 1994).

O apoio social percebido é vulgarmente concebido como o nível em que um indivíduo aprecia as suas relações sociais enquanto disponíveis para lhe prover ajuda em caso de necessidade (Sarason, Sarason, & Pierce, 1990). Uma característica fundamental da perceção do suporte social é que esta se concentra nas necessidades sociais básicas do indivíduo (de afeto, de identificação, de pertença, de segurança ou de aprovação) e até que ponto estas são satisfeitas através da interação com os outros (Thoits, 1986)

Sarason, Saranson, Shearin & Pierce (1987) evocam o preceituado por Bowlby, referindo que da mesma maneira que as necessidades de vinculação na criança não se resolvem no simples recebimento de cuidados, a demanda de afeição, segurança, aceitação não se esgota nos primeiros anos de vida. Os adultos dependem das relações sociais para continuarem se abastecer de amor, confiança e valorização e nesse sentido, o apoio social funciona, na maioridade, como uma extensão ou contrapartida das experiências de vinculação da infância.

A conceptualização do suporte social requer uma perspectiva aborde os aspetos que o sujeito encara nas suas relações interpessoais enquanto positivos para o seu funcionamento. Existem várias tipologias de apoio social, conceptualizadas

## Suporte social

tradicionalmente na perspectiva do tipo de ajuda fornecida e beneficiada (La Greca & Thompson, 1998; Cohen, 2004): Suporte Emocional – refere-se aos comportamentos percebidos enquanto promotores de sentimentos de bem-estar, envolve a expressão de empatia, cuidado e preocupação em relação à pessoa, fornecendo uma sensação de segurança, conforto e pertença num período de estresse (como o do diagnóstico de uma doença crónica); Suporte de Estima – ocorre através da sensação consistente de acolhimento, escuta ativa e expressão de aceitação positiva ou encorajamento relativamente a ideias ou sentimentos. Este tipo de suporte contribui para o estabelecimento de um sentimento de competência, de dignidade e de valor pessoal; Suporte Instrumental ou Material – Agrupa ações apreciadas enquanto úteis para resolver problemas concretos ou tarefas quotidianas e envolve a assistência direta, tal como fornecer dinheiro, bens materiais ou auxílio na realização de tarefas; Suporte Informativo – Perceção de disponibilidade, por parte de outrem, para prover informações com o objetivo de resolver problemas que surgem, mas também promover um melhor autoconhecimento ou do mundo e inclui dar conselhos, orientações, instruções ou feedback sobre a atuação da pessoa. Pode, por vezes, ser confundido com o suporte emocional.

De uma forma geral, os relacionamentos interpessoais podem ser percebidos pelos indivíduos e influenciar as suas cognições, emoções, comportamentos e até a fisiologia (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Efetivamente, o suporte percebido pelo sujeito por parte da família e amigos, tem sido cientificamente associado à saúde física e psíquica (Uchino, 2009). Por outro lado, a perceção do suporte social tem-se revelado um fator mediador do impacto das situações perturbadoras ou adversas no bem-estar físico e emocional (Baldwin, 1992).

O efeito protetor do suporte social face a condições adversas ou ao estresse foi explicado na Hipótese de Amortecimento do estresse de Cohen e Wills (1985), que avança que o suporte social percebido atinge o seu efeito máximo em situações que provocam algum estresse, como é o caso dos acontecimentos de vida significativos, em que são exigidas, entre outras tarefas, acomodações emocionais.

Outra abordagem, a do Modelo do Efeito Geral do suporte social, concebe que os recursos sociais têm um efeito benéfico independentemente do facto de as pessoas estarem sob stress ou a vivenciarem situações adversas (Schwarzer & Leppin, 1989).

## 4.2. SUPORTE E OUTRAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS

Os efeitos favoráveis e desfavoráveis do suporte social no bem-estar de adultos maduros está bem documentada, em particular quanto à sua natureza, tendo-se observado que as relações mais de suporte e menos comprometedoras são benéficas para a saúde física e emocional dos sujeitos (Walen & Lachman, 2000) e daí, potencialmente explicativas dos fenómenos de resiliência.

Os resultados mostram-se mais ambíguos no tocante à quantidade suporte recebido, que pode ser experienciado enquanto útil e facilitador, mas também saturante e indesejado (Gleason, Iida, Shrout, & Bolger, 2008). De forma semelhante, aqueles que percebem mais interações sociais negativas reportam menos bem-estar emocional, mas essas relações, apesar de conflituosas, são muito próximas e robustas (Fung, Yeung, Li, & Lang, 2009).

Tomando o género como critério de análise, os homens parecem estabelecer conexões mais distantes com a sua rede social de suporte e são menos afetados pelo compromisso mas também recebem menos apoio (Walen & Lachman, 2000). As mulheres tendem a construir relações sociais sentimentalmente mais fortes e a reagir mais intensamente aos problemas pessoais (Birditt & Fingerman, 2003).

A regulação interpessoal é um componente fundamental da vida psíquica: As pessoas conseguem angariar o apoio de outras para servir de recurso para amortecer o estresse (Lazarus & Folkman, 1984) e fomentar a afetividade positiva (Gable & Reis, 2010) e até beneficiar do simples sentimento de se sentirem acompanhadas (Schachter, 1959). Também são capazes de regular as emoções dos outros através de comportamentos de empatia e altruísmo (Batson, 2011).

As relações interpessoais são preponderantes no escoramento emocional ao longo da vida, por exemplo, nos processos de co-regulação existe partilha de padrões de oscilação emocional entre sujeitos (Butler & Randall, 2013), a começar na vinculação que emerge da interação entre o cuidador primário e a criança (Bowlby, 1980). Esta forma primordial de suporte social (incessantemente percebido e reconhecido) deve ser a mais intensamente operante numa perspectiva de regulação interpessoal de todo o ciclo de vida do Homem (Fogel, 1993). Na adultícia é esperada mais autonomia regulatória, mas não totalmente, porque enquanto criatura eussocial (Wilson, 1975), o Ser Humano maduro solicita sempre ajuda, partilha, motivação e apoio emocional das relações interpessoais

## Suporte social

chegadas que tem ao seu dispor (Bolger & Eckenrode, 1991; Goetz, Keltner, & Simon-Thomas, 2010).

As relações sociais têm de ser muito próximas para mostrarem-se úteis na providência de conforto e mitigar os efeitos negativos dos eventos stressantes (Antonucci, Birditt, & Akiyama, 2009). A análise da vinculação na adultícia, embora menos conhecida, já foi estudada e distingue os sujeitos que na sua maturação desenvolveram plenamente um estilo de vinculação seguro daqueles que apresentam formas de vinculação insegura. Nesta perspectiva, inspirada nos trabalhos de Bowlby (1973) sobre o funcionamento interno, os indivíduos com um estilo de vinculação seguro baseiam as suas relações numa visão positiva de si e dos outros, enquanto aqueles com estilos de vinculação insegura lidam de forma temerosa, preocupada ou evitante com o seu semelhante (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Numa abordagem inversa, a Teoria da Combinação Ótima (Cutrona, 1990) segue a óptica no desempenho do prestador do apoio social. Segundo esta leitura, o tipo de apoio social define-se na qualidade da resposta às necessidades do beneficiário, enquanto este último luta por controlar os eventos stressores. Por exemplo, o suporte informativo e instrumental é mais benéfico para um indivíduo que está a lidar com um stressor controlável (exemplo: a encarar mudanças no local de trabalho), enquanto o suporte emocional é considerado mais adequado para um sujeito que está a lidar com um stressor incontrolável (exemplo: desemprego).

A Sensibilidade ao Suporte Social consiste na força da ligação entre o suporte social recebido quotidianamente no apoio à persecução de um objetivo e o progresso efetivamente realizado na direção desse objetivo. Naturalmente, pessoas com alta sensibilidade ao suporte social apresentam maior dificuldade em progredir para as suas metas na ausência de suporte, enquanto aquelas com baixa sensibilidade ao suporte social mantêm-se invulneráveis à falta de apoios na persecução dos seus objetivos (Ruehlman & Wolchik, 1988).

Contrário à noção de suporte, o impedimento social pode ser provocado por experiências diárias de fadiga e dor (Affleck et al., 1998). Um suporte social débil associado a acontecimentos de vida muito negativos e stressantes, parece contribuir para um estreitamento da visão periférica e resultar, por exemplo, no aumento de lesões

secundárias a défices sensoriais, em atletas de alta competição (Andersen & Williams, 1999).

Os teóricos da seletividade social aventam que as pessoas recorrem significativamente ao estabelecimento de objetivos sociais para se autorregular. Na idade adulta, a seleção crescentemente criteriosa de parceiros sociais e a busca de interações comunitárias desejadas permitem que os sujeitos dilatem a sua sensação de controlo sobre o meio de suporte (Lang & Carstensen, 2002) e assim incrementar a sua saúde e bem-estar e o sentido da vida (Krause, 2007), apresentando melhor funcionamento cognitivo (Blanchard-Fields, Horhota, & Mienaltowski, 2008).

No sentido inverso, relações sociais ambivalentes ou conflituosas são conotadas com pior estado de saúde (Seeman, 2000). Ademais, a progressão da idade implica a perda de figuras significativas (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006) o que remete para a necessidade de um manejo social eficaz para reagir adequadamente às faltas de amparo na satisfação das necessidades pessoais e abarcar a mudança com flexibilidade (Charles & Carstensen, 2010).

À medida que vão escalando na idade, os adultos vão reduzindo o número de parceiros sociais com os quais se relacionam (Lang & Carstensen, 2002), mas tal não significa um declínio na satisfação social, bem como da sensação de bem-estar (Charles & Carstensen, 2010), ao contrário do que é vulgarmente conhecido (Cohen & Wills, 1985). Com efeito, foi verificado que o bem-estar subjetivo é relativamente bem mantido no decorrer da senescência se os sujeitos enveredarem na busca de relações emocionalmente consolidadas e significativas (Charles & Carstensen, 2010).

Contudo, existe muita variabilidade na evolução do bem-estar subjetivo com a idade e que é provável que este decline com a velhice (Rothermund & Brandtstädter, 2003) devido a eventos incontrolláveis, como o isolamento provocado pelas limitações físicas, doenças crónicas e perda de recursos emocionais (Mobily, Rubenstein, Lemke, O'Hara, & Wallace, 1996). Esta conjuntura introduz a ideia que o desmantelamento das redes sociais pode não ser uma iniciativa voluntária proactiva dos adultos (pelo menos no caso dos seniores) de encontro a um apuramento na qualidade emocional das relações, mas antes algo que ocorre acidentalmente, secundariamente à erosão externa das capacidades pessoais e outros eventos que operam fora do controlo da pessoa (Wrosch,

Suporte social

Rueggeberg, & Hoppmann, 2013). Consequentemente, é natural que a redução das redes sociais implique uma redução da satisfação social (Seeman & Berkman, 1988).

### **4.3. SUPORTE SOCIAL E CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS**

Na literatura, suporte social é conotado com uma plethora de influências positivas, na forma do efeito promotor da saúde e desenvolvimento, mas também enquanto amortecedor face a eventos de vida stressantes (Cohen & Wills, 1985). Assim, a proximidade de pessoas apoiantes deve reduzir as consequências do uso de drogas (Newcomb, Maddahian, & Bentler, 1986).

Por outro lado, as relações intergeracionais podem ser associadas à aceitação de valores tradicionais e à rejeição de comportamentos sancionáveis, como o abuso de substâncias psicoativas. De facto, o uso de drogas sempre foi associado à marginalidade, delinquência e rebeldia (Donovan & Jessor, 1985).

No âmbito estrito da psicologia da saúde, o apoio social percebido por parte da família e amigos aparenta ser uma influência favorável a estilos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, atividade física regular, entre outros), tentativas de cessação tabágica e redução no consumo de bebidas alcoólicas (Debnam, Holt, Clark, Roth, & Southward, 2012). Estudantes universitários, com grande percentagem de familiares integrados nas suas redes sociais, assinalaram níveis mais baixos de ingestão de bebidas alcoólicas (Reifman, Watson, & McCourt, 2006).

Existem indícios que, desde que positivo, o apoio social pode fomentar sentimentos de bem-estar e reduzir os comportamentos de consumo de outras substâncias psicoativas em grupos específicos, por exemplo, adultos infectados com o VIH (Rothman, Anderson, & Stein, 2008).

A bibliografia mostra-se, no geral, consensual quanto ao efeito preponderante do apoio social na conduta tabágica, em especial da família e amigos (Wagner, Burg, & Sirois, 2004). Várias explicações foram avançadas para explicar este fenómeno, designadamente: o papel dos comentários positivos de outros significativos, bem como o olhar pela saúde dos entes queridos, pode motivar para a prática de condutas de autocuidado. Estas relações positivas contribuem para diminuição do estresse e do humor

depressivo, favorecem a autoestima e também estimulam a autoeficácia para a prática de comportamentos saudáveis (Holahan et al., 2013).

No caso de uma substância tão socializada (e socializadora) como o álcool, pelo menos nos jovens adultos integrados na cultura ocidental, o papel do apoio social nos comportamentos de consumo afigura-se bem mais ambíguo (Cullum, O'Grady, Sandoval, Armeli, & Tennen, 2013). O ato de beber está frequentemente integrado em rituais afiliativos, em especial em grupos de grandes consumidores de álcool (Mohr, Averno, Kenny, & Del Boca, 2001). Com efeito, altos níveis de apoio social podem conotar-se com elevados níveis de consumo etílico. Neste âmbito, as atitudes do grupo social relativamente ao consumo de álcool sobrepõem-se largamente ao juízo individual, especialmente se houver uma identificação do sujeito muito forte com a coletividade (Reed, Lange, Ketchie, & Clapp, 2007).

Ademais, as pessoas ansiosas do ponto de vista social, isto é, que temem a desaprovação de outros, ou mais motivadas a usar o álcool como lubrificante social, são mais influenciadas a assumir as normas de consumo de álcool dos seus pares (Lee, Geisner, Lewis, Neighbors, & Larimer, 2007).

A influência grupal pode ser ainda mais pervasiva sobre a vontade individual, na medida em que as necessidades de afiliação podem motivar os sujeitos a mimetizar o comportamento dos congêneres, mesmo quando informados dessas tendências (Cheng & Chartrand, 2003). Este funcionamento de permeabilidade à influência social pode agravar-se na presença de ameaças de exclusão (Carter-Sowell, Chen, & Williams, 2008).

Contrariamente ao atrás descrito, a necessidade de afiliação é usada frequentemente por grupos de autoajuda de alcoólicos tratados, com benefícios comprovados no incremento da motivação para a abstinência e prevenção da recaída etilista (Subbaraman & Kaskutas, 2012).

Na perspectiva dos prestadores de suporte social, a forma como estes agem e reagem face ao beneficiário, pode influenciar determinantemente os comportamentos de uso e abuso de substâncias psicoativas do mesmo. Por exemplo, familiares próximos podem tentar alterar, controlar ou ignorar as condutas do consumidor, prestar-lhe apoio ou retirar-se / excluí-lo (Tiburcio & Natera, 2003).

Nesse sentido, redes consolidadas de apoio social, como as famílias, podem constituir-se enquanto um fator de risco ou de proteção para o abuso de drogas. Atitudes

## Suporte social

de negligência, permissividade e laconismo são tomadas como fatores de risco. Contrariamente, relações interpessoais de qualidade, presença de regras e limites, supervisão e monitorização adequadas, negociação e comunicação fluentes, bem como bons recursos financeiros, são tidos como fatores preventivos do abuso de drogas. Em sujeitos adictos, a família pode exercer uma influencia crítica, tanto na adesão ao tratamento de cessação, quanto no exacerbamento dos consumos. Quanto a diferenças de género, os homens aparentam ser mais sensíveis ao suporte social / familiar do que as mulheres (Baptista, Lemos, Carneiro & Morais, 2013).

Estudos demonstram que pessoas em condição de risco, que beneficiam de apoio de qualidade por parte dos seus familiares e amigos, apresentam maior ajustamento físico e mental. O conjunto destas interações interpessoais positivas parece promover a construção de um sistema coerente de crenças, valores, atitudes e comportamentos próprios e em conformidade com o meio social envolvente. No seguimento do que já foi referido, é possível que esta conformidade, em oposição a processos de rebeldia e alienação (Sussman & Ames, 2008), possa prevenir o desenvolvimento de comportamentos problemáticos, inclusive o abuso de drogas (Orcasita Pineda & Uribe Rodríguez, 2010).







**CAPÍTULO 5**  
**ATITUDES**



## 5.1. REVISÃO COMPREENSIVA DO CONCEITO DE ATITUDE

Inicialmente utilizada para denotar uma postura ou inclinação corporal num contexto de linguagem não-verbal, a palavra “atitude” deriva do latim “aptitudo” e designa geralmente um estado da mente relacionado com um comportamento ou uma forma de pensar e sentir face a uma determinada situação. O significado deste termo tem evoluído com os avanços técnicos ao nível da psicologia social e do seu campo de aplicação, sendo na atualidade mormente definida enquanto a avaliação genérica que as pessoas tecem sobre os objetos (Huertas & Urdan, 2006).

A definição psicológica tradicional de atitude é dada por Allport (1935) enquanto a predisposição de uma pessoa para responder de forma consistentemente favorável ou desfavorável a um ou mais objetos.

As atitudes têm uma série de características básicas, como: serem aprendidas a partir de uma experiência com um objeto ou informação sobre o mesmo; serem moderadamente duradouras, permanecendo o tempo suficiente para que surja uma boa razão para mudá-las; e têm uma forte influência sobre o comportamento, na medida em que o antecipam e ensaiam. Contemporaneamente, a maioria dos investigadores delimita, de grosso modo, as atitudes como avaliações pessoais e julgamentos, favoráveis ou desfavoráveis, de determinadas entidades, como coisas, pessoas, grupos ou ideias (Bohner & Dickel, 2011).

Não obstante, existem divergências conceptuais entre os estudiosos e estas ocorrem presentemente em torno de questões tais como se as atitudes serão entidades estáveis armazenadas na memória ou, pelo contrário, julgamentos temporários, construídos em cima do momento a partir da informação disponível (Gawronski, 2007).

Numa posição intermédia, os modelos interativos de reprocessamento recorrem a descrições genéricas de atitude, incluindo termos-chave como “tendência”, “entidade” e “avaliação”, para estabelecer que os julgamentos são construídos com base em representações atitudinais relativamente estáveis (Eagly & Chaiken, 2007).

As evidências têm demonstrado que os julgamentos afiguram-se mais acessíveis depois de terem sido tecidos repetidamente, em situações semelhantes e com o mesmo resultado (Higgins, 1996). Os efeitos da componente situacional podem influenciar a estabilidade das atitudes. Neste âmbito, a consolidação é ditada pelo conceito de “força da atitude” que é descrita como a dimensão da invulnerabilidade e durabilidade das atitudes

## Atitudes

(Bassili, 1996). Logo, as atitudes mais fortes são aquelas que se mantêm inalteradas ao longo do tempo, podendo ser facilmente lembradas, enquanto as atitudes mais débeis são menos acessíveis mnésicamente e mais vulneráveis às interferências contextuais.

Outra forma de compreender melhor os efeitos contextuais, passa por considerar que as representações mnésicas de um objeto podem conter duas ou mais avaliações e que cada uma destas pode ser sujeita a uma validação consciente. Por exemplo, um grande fumador abstinente pode ter adquirido inicialmente uma forte associação entre a representação ato de fumar e uma apreciação positiva do mesmo. Mas com a aquisição recente de informação sobre saúde, esta pessoa poderá formar uma nova representação negativa da conduta de fumar, que será cotada como válida. A representação antiga continuará a persistir na memória, mas desta feita, cotada como inválida. Esta sistematização poderá explicar melhor a presença de atitudes ambivalentes, na medida em que quando existem avaliações antagônicas associadas ao mesmo objeto, é natural que haja também flutuações dos julgamentos subsequentes, ao sabor das variações contextuais (Petty, Briñol, & DeMarree; 2007).

Com efeito, à que diferenciar que as avaliações favoráveis à prática de uma conduta específica, são genericamente conhecidas com atitudes disposicionais, e detém reconhecido potencial preditor dos comportamentos, rentabilizados por modelos proeminentes da psicologia da saúde (Ajzen, 1991).

## **5.2. RELAÇÃO ENTRE ATITUDE E OUTRAS VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS**

Fatores tão abrangentes como a personalidade, a cognição e a cultura, produzem uma forte interferência nas tendências individuais para nutrir afetos positivos (gostar) ou negativos (desgostar) de um determinado estímulo.

No que ao temperamento diz respeito, se um afeto surgir com mais fluência que outro para um sujeito, aumenta também a probabilidade dessa emoção mais acessível se associar com qualquer estímulo, produzindo facilmente um viés atitudinal.

Numa perspectiva cognitiva, as pessoas podem basear-se em expectativas, positivas ou negativas e utilizá-las como âncoras avaliativas, mesmo antes de confrontar-se com o estímulo. É a partir destas ideias pré-concebidas que irão formar as atitudes respondentes.

A componente social, a cultura comunitária e a pressão grupal exercem importantes pressões normativas nos sujeitos para que estes favoreçam a expressão de determinadas atitudes e detrimento de outras. Com efeito, os mecanismos usualmente contemplados no estudo da influência social assumem que é o desejo de assumir uma posição informada e de estar em conformidade que leva as pessoas a processarem as mensagens apelativas na produção de julgamentos menos dependentes do contexto, mais privados e estáveis (Wood, 2000). Visão oposta é instruída pelo modelo de duplo modo de processamento da persuasão, segundo o qual a motivação para a busca de precisão e elucidação pode orientar os indivíduos tanto para mudanças atitudinais mais fundamentadas e duráveis, quanto para modificações superficiais e temporárias (Petty & Wegener, 1998). Exemplos de mensagens preliminares dadas pelo coletivo, com vista a mudar o processamento individual da informação sobre uma determinada situação, são os provérbios e ditados populares, parábolas filosóficas ou religiosas ou frases de sensibilização sanitária, ecológica ou cívica, que constituem importantes expressões operacionais da persuasão (Hepler & Albarracín, 2013).

A literatura mostra-se cada vez mais consolidada na referência de que as metáforas inspiradas em sensações físicas para indicar atitudes não são simples adereços destinados ao embelezamento do discurso. É possível que expressões como: «calor humano»; «pessoa fria»; «mostrou claramente as suas intenções»; «um cenário negro» e outras, tenham uma origem neural que liga as intenções aos fenómenos sensorio-preceptivos (Bohner & Dickel, 2011). Estudos experimentais confirmam esta hipótese, visto que foi observado que os voluntários convidados a aceitar um copo de bebida quente, a caminho do laboratório, julgaram posteriormente uma personagem-alvo ambígua e cotaram-na com pontuações mais elevadas em traços como «generosa» e «carinhosa» que os sujeitos convidados a segurar um copo de bebida fria (Williams & Bargh, 2008). As experiências sensoriais podem, assim, desempenhar um importante papel no julgamento social, sem que quem o faz se aperceba dessa influência. Numa perspectiva reversa, as cognições avaliativas acarretam demonstrações somato-sensoriais, por exemplo, sujeitos ostracizados de atividades sociais podem considerar a temperatura ambiente como mais reduzida ou sentir um desejo aumentado de ingerir comidas e bebidas quentes (Zhong & Leonardelli, 2008). Estes achados resultantes de avaliações condutais são corroborados por estudos em neurociências. As dimensões somáticas e psicológicas são processadas

Atitudes

nas mesmas regiões cerebrais. Por exemplo, o calor social e o calor físico são processados, ambos, no córtex insular (Bohner & Dickel, 2011).

### **5.3. ATITUDES FACE AO COMPORTAMENTO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS**

Há muito tempo que as atitudes são estudadas com o intuito de prever comportamentos observáveis, no entanto, essas relações causais nem sempre se confirmaram. As disposições atitudinais mais relevantes e estáveis parecem relacionar-se de forma mais consolidada com as ações e verbalizações dos sujeitos. Por outro lado, as atitudes podem não preceder os comportamentos do ponto de vista causal. Por vezes, as condutas ocorrem e as atitudes produzem-se posteriormente, primando a motivação de manter ou restaurar a congruência psicológica e de salvaguardar a lógica subjetiva do sujeito. As teorias cognitivas da consistência cognitiva descrevem este esforço individual no sentido de resolver a dissonância e manter o equilíbrio intelectual (de la Villa, Ovejero, Sirvent, Rodríguez, & Pastor, 2009).

As atitudes inerentes ao uso de drogas têm sido utilizadas na previsão de comportamentos de consumo de psicotrópicos (Petraits, Flay, & Miller, 1995). Alguns modelos teóricos, como a teoria da Ação racional - TAR (Ajzen & Fishbein, 1980), clamam que as atitudes face ao uso de drogas podem prever os comportamentos de uso com alguma precisão (Ajzen, Timko, & White, 1982). Se tal fosse confirmado satisfatoriamente, poderiam surgir daí aplicações úteis nos cuidados de saúde, nas suas vertentes: terapêutica e preventiva. Por exemplo, as diferenças individuais no tocante à dependência de substâncias parecem ser melhor explicadas por uma sobrevalorização dos efeitos das drogas, em resultado da busca das mesmas, por parte dos sujeitos. Esta influência indicia sobrepor-se à atuação dos estímulos ambientais. É provável, então, que as pessoas que exibem atitudes favoráveis à contemplação das drogas enquanto objetivos instrumentais, sejam as mais vulneráveis a tornar-se dependentes (Hogarth & Chase, 2011).

As atitudes constituem-se de fatores diversos, como a informação intrínseca, as representações e aspetos emocionais e contextuais associados à experiência de um determinado objecto social. Portanto, a experimentação direta (do próprio) e indireta (através dos outros) de substâncias psicoativas origina sensações, recomendações e relatos que estão na base da formação de atitudes e estas, conseqüentemente, podem

conotar-se com a intenção de agir e com comportamentos de consumo efetivos (López, 2013).

No caso particular do consumo de drogas, a relação de influência mútua entre o sujeito e o grupo social que o acolhe parece ser determinante na constituição das atitudes, na medida em que este processo decorre no seguimento da adaptação individual aos valores, julgamentos e condutas aceites pelo grupo (López, Medina-Mora, Ortiz, 1984).







**CAPÍTULO 6**  
**RESILIÊNCIA**



## **6.1. EVOLUÇÃO DO ENTENDIMENTO SOBRE O FENÓMENO DE RESILIÊNCIA**

A palavra resiliência deriva do verbo latino “resilire” que significa “saltar de volta” e refere-se à capacidade de recuperar rapidamente (Ng Deep & Leal, 2013). Primariamente utilizado na física para descrever a capacidade de um corpo recuperar a sua forma e tamanho após ser sujeito a uma pressão deformadora, foi rapidamente transposto para a psicologia e mencionado em múltiplas caracterizações do Ser Humano (Fletcher & Sarkar, 2013).

As pessoas deparam-se com numerosos e variados eventos de vida ao longo do seu ciclo de vida, alguns deles potencialmente traumáticos (Mancini & Bonano, 2008), no entanto, a susceptibilidade ao trauma revela-se maior ou menor consoante a natureza da reação individual (DeLongis, Coyne, Dakof, Folkman, & Lazarus, 1982). Este constitui o estudo da Resiliência Humana, que se debruça sobre o porquê que alguns sujeitos prevalecem (e até prosperam) sobre a pressão que vivenciam no seu quotidiano (Fletcher & Sarkar, 2013).

O despertar da investigação psicológica para os fenómenos da resiliência começou na observação de crianças e jovens, que lutando contra circunstâncias de vida demolidoras e sujeitos a fatores de risco como pobreza ou pais doentes mentais, não esmoreciam e até demonstravam qualidades de vigor psíquico, como temperamento fácil, boa autoestima, competências de planeamento e angariação de suporte social (Werner & Smith, 1992).

Com efeito, nas últimas décadas, o estudo do funcionamento individual em situações rigorosas tem sido caracterizado pela valorização das características de robustez pessoal, em detrimento dos fatores contextuais (Richardson, 2002). Esta tendência investigativa tem gozado de grande difusão na comunidade científica, pelo que a resiliência tem sido conceptualizada e examinada em múltiplos âmbitos, dentro e fora psicologia (Herrman et al., 2011). Daqui resulta a evolução de um constructo eclético, mas por vezes inconsistente. A resiliência já foi definida enquanto um traço, estado, processo ou resultado, pelo que segundo Davydov, Stewart, Ritchie e Chaudieu (2010), tal dificulta o avanço da pesquisa sobre esta variável na medida em que não é possível mensura-la e analisa-la sem um referencial nocional unificado.

## Resiliência

A resiliência implica uma série de influências internas e externas, que se conjugam para modificar e melhorar a resposta psicológica de uma pessoa face a eventos potencialmente perturbadores, atuando como fatores de proteção. No que diz respeito à conceptualização da resiliência enquanto traço, esta representa uma pletera de características (exemplo: curiosidade, otimismo, entre outros) que permitem aos sujeitos adaptarem-se às circunstâncias, que implicam força de carácter, flexibilidade de funcionamento e engenhosidade (Block & Block, 1980).

Adicionalmente, a resiliência também pode ser olhada como um alinhamento de capacidades individuais que se desenvolvem na relação com o ambiente, como a Perseverança (persistência na adversidade), Autoconfiança (crença em si e nas suas capacidades), Serenidade (perspectiva equilibrada de vida), Sentido de Vida (noção de que se tem algo para viver) e Autossuficiência ou autoconfiança (Wagnild & Young, 1993). Tal significa que a resiliência não é sempre igual, está em constante mutação (Luthar & Zelazo, 2003).

Enquanto processo, a resiliência é passível ser delineada enquanto uma relação dinâmica entre a adaptação positiva e a adversidade sob a influência de contextos específicos. Assim, os efeitos dos fatores protetores variam ao sabor do tempo e das situações, pelo que o facto de um sujeito se mostrar resiliente face aos stressores de um cenário ou episódio da sua vida, não quer dizer que este irá necessariamente reagir positivamente à adversidade em todas as situações (Rutter, 2006).

Finalmente, quando a resiliência é encarada pelos autores enquanto um resultado, esta é equiparada a outros desfechos positivos ou desejáveis, como o coping ótimo (Agaibi & Wilson, 2005).

Na acumulação de variadas definições de resiliência, apenas é inequívoca a junção de duas condições: a presença de adversidade e a adaptação positiva ou competência. No entanto, a forma de conceber estas situações matriciais parece ser profundamente influenciada por fatores históricos e socioculturais inerentes às características da população estudada e até mesmo, aos antecedentes pessoais do investigador (Bodin & Winman, 2004). Com efeito, o viés da adaptação positiva enquanto um fenómeno estático, observado somente numa minoria de pessoas em circunstâncias selecionadas, só será erradicado da examinação de competência se tomadas em conta as condições socioculturais em que as pessoas funcionam (Mahoney & Bergman, 2002).

A adversidade foi definida por Luthar e Cicchetti (2000) como o âmbito dos eventos de vida negativos que são reconhecidos por estar estatisticamente associados a desajustamento psicológico. No entanto, outros autores aventaram significações mais latas de adversidade, conotando-a com as contrariedades e dissabores associadas a todas as dificuldades, azares e traumas do quotidiano (Jackson, Firtko & Edenborough, 2007).

Numa lógica intuitiva, está implícita a este termo a relação entre circunstâncias negativas e consequências negativas. No entanto, colocando a tónica na noção de risco, eventos de vida positivos, como por exemplo - uma promoção laboral - requerem também características de resiliência por parte do trabalhador, para lidar adequadamente com as novas exigências da função (Fletcher & Sarkar, 2013).

Por outro lado, sabe-se que ao contrário da perspectiva tipicamente negativa, frequentemente assumida acerca dos efeitos do stress sobre o desenvolvimento humano, o contacto com adversidades menores poderá incrementar o sentido de mestria e fomentar a resiliência face a futuros desafios. Percebeu-se, recentemente, que as pessoas histórias de vida pontuadas de adversidades reportavam melhores indicadores de saúde mental e bem-estar (Seery, Holman & Silver, 2010). Esta evidência recupera a teoria comportamentalista da inoculação do stress, segundo a qual, a exposição a eventos stressores moderados pode mobilizar recursos por estrear, ajudar a integração social e reforçar o sentido de autoeficácia (Meichenbaum, 1985).

A adaptação positiva é concebida enquanto a expressão comportamental de competência social ou de sucesso no cumprimento das tarefas desenvolvimentais (Luthar & Cicchetti, 2000). Os indicadores usados para operacionalizar este conceito devem ser apropriados aos critérios, contexto e natureza da adversidade estudada. Por exemplo: em indivíduos expostos a eventos potencialmente letais para a vida, como ataques terroristas, é mais apropriado definir a competência em termos de ausência de sintomatologia psicopatológica do que procurar indícios de excelência de funcionamento psicológico.

Introduzindo uma abordagem ecológica inovadora, Ungar (2008) sugere que a resiliência pode ser, de forma cumulativa, a capacidade dos indivíduos se auto-orientarem de encontro aos recursos de saúde e de experienciarem sentimentos de bem-estar, bem como as condições ambientais circundantes, ao nível da família, comunidade e sociedade, de providenciar estes recursos salutogénicos de forma culturalmente significativa.

## Resiliência

Nos últimos trinta anos, não obstante o intenso trabalho teórico, tem sido muito difícil aventar uma teoria genérica sobre a variável Resiliência que seja aplicável em diferentes grupos populacionais e em diversas situações stressoras (Richardson, 2002), pelo que as tentativas recentemente feitas nesta área carecem ainda de consistência teórica e de substrato empírico (Fletcher & Sarkar, 2013).

### **6.2. PROCESSAMENTO SENSORIAL E RESILIÊNCIA**

Para Kranowitz (2005) se se distribuísse a humanidade gráficamente quanto ao desempenho de processamento sensorial, obter-se-ia uma curva sinusal. No extremo superior localizar-se-ia um grupo vestigial de sujeitos, desde a ginasta olímpica ao piloto de aviação militar. A eficiência de processamento sensorial dessas pessoas estaria relacionada com capacidades perceptivo-cognitivas excepcionais e uma sincronização e ajustamento ideais com o ambiente. Certamente, que a interação entre o Ser Humano e a sua envolvente constitui um componente fundamental, a ter em conta, na conceptualização da Resiliência (Waller, 2001).

Para Richardson (2002) a resiliência é o processo que sustenta a motivação individual e grupal para a auto-atualização. Este autor apresentou um modelo de resiliência em que a mesma se inicia com um processo de homeostase biopsicoespiritual, ou zona de conforto, onde a pessoa se encontra em equilíbrio físico, mental e espiritual. A perturbação deste estado de homeostasia ocorre quando o sujeito não dispõe dos recursos ou fatores de proteção necessárias para amortecer o stress resultante dos eventos quotidianos. O sujeito que experienciasse esta perturbação recuperaria, posteriormente, o seu equilíbrio e reintegrar-se-ia através de quatro vias distintas: a reintegração resiliente permite a obtenção de mais fatores de proteção e a conquista de um nível homeostático superior; a reintegração homeostática baseia-se no abrigo do sujeito na zona de conforto e “espera pela passagem” da perturbação; reintegração com perda implica a perda de fatores de proteção e a descida de nível homeostático; finalmente, na reintegração disfuncional, a perturbação leva ao recurso de comportamentos desadaptativos, como o consumo de drogas.

Reassumindo a importância do processamento sensorial na preparação da informação para adaptação adequada dos sujeitos ao meio que os rodeia, parece que este modelo de autorregulação resiliente aparenta grande correspondência com o modelo de

modulação sensorial de Dunn (1997), já descrito neste trabalho. Seguindo uma lógica mais indireta e inversa, como já foi abordado, um processamento sensorial desajustado conota-se com um funcionamento cognitivo diminuído e tal constitui um entrave para a resiliência.

### **6.3. AUTO-REGULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E RESILIÊNCIA**

Malgrado a investigação prolífica em evidências que sublinham o efeito protetor da resiliência face às experiências potencialmente nocivas para o equilíbrio do organismo humano, poucos trabalhos se têm ocupado em descrever os mecanismos subjacentes a esta variável. Os poucos que o fazem, mencionam o papel das emoções e dos comportamentos positivos e adaptativos, mas quase nenhum explica como estes surgem e são cultivados. Perante este panorama, foi proposto recentemente que o modelo cognitivo da Depressão de Beck (1987) poderia ser invertido para explicar o funcionamento resiliente. Posteriormente, foi demonstrado empiricamente que indivíduos resilientes exercitam uma visão positiva (e realista) de si mesmos, do mundo e do futuro, que os conduz a estados crescentes de bem-estar e de redução do stress (Mak, Ng & Wong, 2011).

Efetivamente, as pessoas com fortes traços de resiliência têm elevada autoapreciação e esta característica ajuda-as a persistir em tarefas de grande exigência (Smokowski, Reynolds, & Bezruczko, 1999). É possível que estes sujeitos sejam mais bem-sucedidos porque investem mais tempo e esforço a resolver problemas (Brooks, 1994). Ademais, a autoestima constitui um importante componente de saúde mental e um fator protetor contra problemas comportamentais, como o uso de substâncias (Lillehoj, Trudeau, Spoth, & Wickrama, 2004). Por outro lado, uma visão positiva do mundo ajuda o seu detentor a identificar oportunidades em situações adversas e a encontrar soluções para resolver problemas.

A investigação remete para a possibilidade de os sujeitos resilientes serem mais seguros no seu otimismo face ao futuro (Klohn, 1996). Esta postura, parece facilitar a tolerância ao stress gerado pelos problemas (Ong, Edwards, & Bergeman, 2006). Complementarmente, Wills e Bantum (2012) propõem que o autocontrole pode constituir um fator promotor da resiliência e reduzir o impacto dos eventos stressores, enquanto a ausência deste aumenta a vulnerabilidade para os problemas comportamentais. Os mesmos autores hipotetizam que a qualidade do autocontrole que sustenta a resiliência

## Resiliência

pode, por sua vez, ser suportada ou ameaçada pela rede social circundante, conforme esta última se mostre mais acolhedora ou conflituosa.

### **6.4. SUPORTE SOCIAL E RESILIÊNCIA**

Como já foi referido, a definição ecológica de Ungar (2008) estabelece que a resiliência não se esgota na componente individual, mas também reside nas estruturas protetoras que o circundam, como a família, a comunidade e, no limite, a conjuntura civilizacional. Com efeito, o aperfeiçoamento do paradigma da resiliência psicológica implica a consideração do indivíduo e dos seus recursos, mas também dos recursos disponibilizados pela comunidade que o contém (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). O apoio social é um recurso primordial e constitui-se como uma rede de suporte que o sujeito entende como disponível e acessível. Para tal, é necessário que o indivíduo assuma a crença de que existem laços de afeição e de apreciação mútuos entre ele e o grupo (Cobb, 1976).

Olhando à ontogénese da relação entre apoio social e resiliência, logo sobressai a evidência que as experiências precoces são estruturais para os processos de regulação do comportamento, (Siegel, 1998). As figuras cuidadoras primárias gerem as interações, de forma ativa e interativa, em termos de quantidade, variação e duração, ajustando-a às capacidades do bebé para integrar os estímulos, para que não se estabeleçam situações de híper ou hipo-estimulação. Desta forma, não só influenciam preponderantemente o estado afetivo da criança, mas também, regulam a produção de neuro-hormonas influentes no sistema de genes que programam desenvolvimento mental da criança (Schore, 1996).

Greenspan (1981), por seu lado, menciona a influência negativa de ambientes desfavoráveis no funcionamento dos sistemas de vinculação, homeostáticos e autorregulatórios. Mas a atuação modeladora dos cuidadores primários na mente da criança assegura a formação circuitos neurais que permitem a autorregulação cerebral, num crescendo de sofisticação, à medida que decorre o seu processo de maturação. Em suma, a vinculação segura tem sido frequentemente mencionada enquanto fator de resiliência na criança sujeita a situações de risco e como um fator de ajustamento ótimo naquela onde não existem quaisquer tipos de vulnerabilidades.

Tal como diversas vezes aludido neste documento, o apoio social é um fator de proteção amplamente reconhecido e estudado do ponto de vista científico,

particularmente no que concerne à saúde do adulto (Uchino, 2009). De facto, estudos empíricos demonstram que a presença de apoio emocional e instrumental atenua o impacto stressor dos acontecimentos negativos sobre o equilíbrio físico e mental das pessoas, embora ainda haja dúvidas sobre como tal processo se sucede (Wills & Ainette, 2011).

### **6.5. RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA, ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

Fergus e Zimmerman (2005) investigaram os fatores de proteção implícitos na resiliência face ao consumo de diversas substâncias psicoativas. Estes estudos são de portentosa importância, pois a replicação dos componentes deste tipo específico de resiliência auspiciaria amplas oportunidades de criar ações preventivas tão eficazes ao ponto de prover uma autêntica imunização contra o abuso de drogas. Daí que esta seja a faceta da resiliência mais promissora, na medida em que a mesma se centra nos sujeitos que, estando em risco (convivendo com familiares e amigos consumidores de substâncias psicoativas, residindo em bairros sociais colonizados por redes de tráfico de drogas, entre outros) apresentam-se invulneráveis às pressões ambientais e determinados em evitar comportamentos problemáticos, nomeadamente aditivos. É possível que características pessoais, constitucionais ou de conjuntura de desenvolvimento, estejam na base de tais fenómenos de tenacidade psicológica (Becoña, 2006).

Os sujeitos resilientes destacam-se pela sua motivação no estabelecimento de objetivos focados na construção de um projeto de vida. Isso parece facilitar o autocontrolo, pois dado que observam os comportamentos de consumo de substâncias como um risco potencial para o seu sucesso pessoal, inibem-se prontamente de os praticar e focalizam-se no fomento da autoeficácia para a tomada de decisões adaptativas (Dillon et al., 2007).

Após rever diversos estudos que confirmam a resiliência enquanto importante fator de proteção para a abstinência de álcool e drogas, Becoña (2006) concluiu que, atualmente, encontra-se disponível um acervo consistente de indicadores conclusivos relativamente à utilidade explicativa da Resiliência. Tratando-se de um processo individual de aprendizagem ou uma aculturação coletiva, a resiliência reside na continuidade do funcionamento providente do grupo em torno do sujeito (Masten, 2001).

## Resiliência

Figurando-se enquanto capital de bem-estar, a resiliência pode ser um importante amortecedor do distresse intenso, que constitui o motivo mais frequente para o abuso de substâncias (Braverman, 1999). Numa perspectiva preventiva, o treino de competências, especialmente de habilidades sociais e de estratégias de autorregulação e o fomento do apoio social, apresentam-se enquanto meios muito eficientes de entregar resiliência, especialmente aos jovens (Catalano & Hawkins, 1996).

A teoria da resiliência aplicada à exposição aos riscos comportamentais centra-se na compreensão dos fenómenos salutogénicos que contrastam com a exposição a eventos de vida potencialmente desviantes. Nesse sentido, alguns investigadores sugerem que os resilientes indiciam maior autoestima e menor propensão para se implicarem em condutas de risco. Com efeito, os abstémios tendem a pontuar maiores níveis de resiliência que os consumidores de álcool. Concludentemente, o estudo da resiliência pode constituir uma forma eficaz de promoção de comportamentos adaptativos face ao consumo de drogas (Gutiérrez & Romero, 2014).









**PARTE II**

**INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA SOBRE A  
RESILIÊNCIA E OUTROS ASPECTOS  
PSICOLÓGICOS RELEVANTES NO CONSUMO DE  
ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS, NA  
ADULTÍCIA SAUDÁVEL**





**CAPÍTULO 7**  
**METODOLOGIA**



## 7.1. O PROBLEMA

Tal como abordado na parte teórica deste trabalho, seja um traço, estado, processo ou resultado, a resiliência é um fenómeno que tem sido exaustivamente associado à proteção face a fatores de risco, designadamente, comportamentos de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Tal constata-se em investigações de âmbito mais teórico ou empírico, pelo que Fergus e Zimmerman (2005) sugerem que este deveria ser o foco mais eficiente de estudo, em benefício do desenvolvimento de programas de prevenção de abuso de substâncias e ações de promoção do desenvolvimento saudável, junto das populações.

Olhando outras fontes insondadas de resiliência, o processamento sensorial constitui uma componente neuropsicológica primordial do temperamento humano (Thomas & Chess, 1977).

Stols, Van Heerden, Van Jaarsveld, e Nel (2013) são os únicos autores conhecidos, até à data, a publicar um estudo que relaciona empiricamente o consumo de substâncias com o Perfil Sensorial. Estes mesmos autores comentam que, no que à investigação dos comportamentos aditivos diz respeito, injustificadamente, existe um fosso que subsiste entre os estudos com uma ótica biológica e os de cariz psicossocial.

A análise da literatura sobre condutas de consumo de drogas, nomeadamente relatórios estatísticos oficiais nacionais e internacionais, permitem constatar facilmente que a frequência, intensidade e toxicidade das substâncias consumidas reduz-se significativamente à medida que a idade avança, na população geral. Essa redução assiste-se, sobretudo, durante e depois da adultícia jovem. É possível que tal se deva ao desenvolvimento do autocontrole, ligado ao apuramento da qualidade do suporte social (Wills & Bantum, 2012). Estes seriam sinais de maturidade favoráveis a atitudes moderadas e a comportamentos ponderados de consumo de substâncias psicoativas.

Sussman e Ames (2008) apontam que os modelos biopsicossociais, por permitirem o relacionamento inteligente de diversos fatores, são potencialmente providentes de hipóteses úteis para a predição de comportamentos de uso e abuso de substâncias. Acrescentam que a investigação científica atual reconhece a complexidade dos eventos de consumo de drogas, assumindo-os tendencialmente como dinâmicos, não lineares, intrincados e multifásicos. Isto é, são consideradas cada vez mais as relações recíprocas de múltiplos sistemas e subsistemas, no tempo e no espaço e não apenas relações simples de causa e efeito. Por exemplo, considera-se que o funcionamento das

## Metodologia

estruturas cerebrais é de âmbito biológico mas também sustenta os processos psicológicos que ocorrem a nível individual. O sujeito, por sua vez, é influenciado pelo ambiente em que se situa, quer a nível físico quanto social.

É nesta linha metodológica integrativa que se inspira este estudo, que em última análise, é dedicado à explicação dos comportamentos de consumo de substâncias psicoativas.

## 7.2. OBJETIVOS E HIPÓTESES

### 7.2.1. Objetivos

Os objetivos inscrevem-se na exploração das relações entre suporte social percebido, autorregulação cognitivo-comportamental, perfil sensorial, resiliência, atitudes e comportamentos face ao álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas.

Objetivo 1: Analisar como o Suporte Social, Perfil sensorial, Autorregulação e Atitudes relacionam-se entre si;

Objetivo 2: Investigar as relações entre a resiliência e escalas de Suporte Social, Perfil Sensorial, Auto-regulação e Atitudes;

Objetivo 3: Observar coeficientes de correlação entre a autoavaliação percebida da quantidade consumida de tabaco, álcool ou drogas com as escalas Suporte Social, Perfil Sensorial, Auto-regulação, Resiliência e Atitudes;

Objetivo 4: Comparar as frequências de consumo de substâncias psicoativas relativamente às medidas psicológicas analisadas.

### 7.2.2. Hipóteses

As hipóteses, que levantamos de seguida, assumem um carácter exploratório, uma vez que, como se refere anteriormente, são muito raros os estudos que relacionam de forma completa e concreta as variáveis que nos propusemos a estudar. Seguindo o indicado na fundamentação teórica, propomos as seguintes hipóteses de investigação:

1. Existem correlações significativas entre Suporte Social Percebido e Perfil Sensorial.

2. Existem correlações significativas entre o Suporte Social Percebido e a Autorregulação Cognitivo-Comportamental.
3. Existem correlações significativas entre o Suporte Social Percebido e as Atitudes.
4. Existem correlações significativas entre o Perfil Sensorial e a Autorregulação Cognitivo-Comportamental.
5. Existem correlações significativas entre Perfil Sensorial e as Atitudes.
6. Existem correlações significativas entre a Autorregulação Cognitivo-Comportamental e as Atitudes.
7. Existem correlações significativas entre o Suporte Social Percebido e a Resiliência.
8. Existem correlações significativa entre o Perfil Sensorial e a Resiliência.
9. Existem correlações significativas entre a Autorregulação Cognitivo-Comportamental e a Resiliência.
10. Existem correlações significativas entre as Atitudes e a Resiliência.
11. Existem variação significativa no Suporte Social Percebido conforme o Consumo de tabaco, álcool e outras drogas.
12. Existem variações significativas nos níveis do Perfil Sensorial conforme o Consumo de tabaco, álcool e outras drogas.
13. Existem variações significativas na Autorregulação Cognitivo-Comportamental conforme o Consumo de tabaco, álcool e outras drogas.
14. Existem variações significativas nas Atitudes conforme o Consumo de Tabaco, álcool e outras drogas.
15. Existem variações significativas na Resiliência conforme o Consumo de tabaco, álcool e outras drogas.

### **7.3. MÉTODO**

O desenho deste estudo é transversal, correlacional e comparativo, exploratório e baseia-se nos seguintes passos:

- Preparação dos instrumentos de pesquisa;
- Colheita da amostra;
- Momento único de avaliação, mediante aplicação de questionários a um único grupo;
- Codificação dos dados para posterior tratamento estatístico;

## Metodologia

- Análise estatística descritiva e inferencial dos dados recolhidos;
- Interpretação dos resultados.

### 7.3.1. Participantes

Trata-se de uma população de sujeitos com mais de 18 anos de idade, saudáveis. Cerca de 450 pessoas foram convidadas a dar o seu consentimento para participar neste estudo, de entre os utentes que tiveram alta das consultas de psicologia do Serviço Regional De Saúde Da Região Autónoma Da Madeira - SESARAM (E.P.E.). Os utentes não podiam apresentar transtornos mentais ou de comportamento, para além dos problemas foco de atenção clínica, segundo o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) que os motivaram a procurar a consulta [exemplo: Luto (V62.82), Problema de relação não especificado (V62.81), Problema de fase de vida / biográfico (V62.89)...]. Julga-se que estes pacientes, aparentemente bem e ajustados perante a adversidade, são os que mais reconhecem o potencial promotor dos recursos de saúde e não hesitam em usá-los proactivamente em favor do seu bem-estar. Consequentemente, este contexto controlado reuniria as condições favoráveis à sondagem minimamente depurada de sujeitos potencialmente resilientes.

**Tabela 2.**

*Caracterização da amostra em função do género, idade, situação laboral e nível de formação*

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	79	23.2
	Feminino	261	76.8
	Total	340	100.0
<b>Idade</b>	18-24	25	7.4
	25-64	309	90.9
	+65	6	1.8
	Total	340	100.0
<b>Situação perante o emprego</b>	Empregado	278	81.8
	Desempregado	33	9.7
	Reformado	20	5.9
	Trab. em casa	7	2.1
	De baixa	2	0.6
	Total	340	100.0
<b>Nível de formação</b>	Menos de 4 anos	5	1.5
	De 4 a 9 anos	55	16.2
	De 10 a 12 anos	105	30.9
	Bacharelato	11	3.2
	Licenciatura	119	35.0
	Pós-graduação	28	8.2
	Mestrado	15	4.4
	Doutoramento	2	0.6
	Total	340	100.0

A taxa de aceitação desta iniciativa foi de 80%, pelo que obteve-se, sequencialmente, uma amostra selecionada de 368 voluntários anónimos. Presentemente, este foi o formato de recolha de dados que se julgou mais acessível, de acordo com o contexto institucional e mais consentâneo com os objetivos do estudo. Cerca de 5 sujeitos foram excluídos devido a não terem preenchido adequadamente os questionários. Por não assinalarem o consumo de qualquer substância, 23 inquéritos foram descartados. Desta feita, a amostra final corresponde a 340 adultos, dos quais 261 (76.8%) são mulheres e 79 (23.2%) são homens. Quanto à idade cronológica, o indivíduo mais novo tem 18 anos e o mais velho tem 76 anos ( $M=39$ ;  $DP=11$ ). Ainda no que concerne a esta variável, os sujeitos foram divididos em três grupos etários que traduzem três fases distintas do desenvolvimento humano, do ponto de vista biopsicossocial: adultícia jovem, madura e sénior.

Dos respondentes ( $n=340$ ), a maioria é do género feminino, está em idade adulta intermédia, pertence à população ativa e frequentou o ensino superior (cf. Tabela 2).

### **7.3.2. Procedimento**

Primeiramente, submetemos o projeto de investigação e exemplares dos questionários a aplicar à consideração do Concelho de Ética do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – SESARAM (E.P.E.). Após a pretendida aprovação, iniciamos o processo investigativo. Neste, as pessoas que não tivessem critérios de exclusão da amostra eram convidadas a participar no estudo e caso manifestassem interesse, tal seria correspondido com disponibilidade para prosseguir informalmente os esclarecimentos, assegurando local que oferecesse condições de privacidade e conforto. Se os voluntários declarassem verbalmente o seu desejo em cooperar, era apresentada a Declaração de Consentimento Informado. Se após o tempo de reflexão, os voluntários apresentassem a declaração rubricada, o investigador iniciava a avaliação, oferecendo o questionário e instruindo sobre o preenchimento. Terminada a avaliação, o voluntário colocava o questionário dentro de um envelope fechado e devolvia-o ao investigador. Este procedimento reforçava o garante de anonimato.

As variáveis consideradas neste estudo apresentam-se na tabela 3: Para operacionalizar as variáveis, angariamos instrumentos que serão apresentados de forma mais aprofundada na rubrica seguinte.

## Metodologia

**Tabela 3.** *Variáveis do estudo e seus fatores*

<b>Variáveis</b>	<b>Fatores</b>
<b>Suporte social</b>	Número de figuras de suporte Satisfação com o suporte
<b>Perfil sensorial</b>	Registo pobre Busca de sensações Sensibilidade sensorial Evitamento de sensações
<b>Auto-regulação</b>	Autorregulação total Estabelecimento de objetivos Controlo de impulsos
<b>Resiliência</b>	Perseverança Sentido de vida Serenidade Autosuficiência Resiliência total
<b>Atitudes</b>	Face ao consumo de tabaco Disposição para o uso e consumo de tabaco Índice de desagrado ao tabaco Perceção da satisfação do tabaco
	Face ao consumo de álcool Disposição para o uso e consumo de álcool Índice de desagrado ao álcool Predisposição para a ação contra o consumo de álcool
	Face ao consumo de drogas Atitude de predisposição para o consumo de drogas Perceção de satisfação das drogas Perceção do risco do consumo de drogas
<b>Consumo</b>	Autoavaliação do nível da quantidade de consumo Frequência de consumo

### 7.3.3. Instrumentos

O questionário representa provavelmente a mais comum de todas as ferramentas de investigação utilizadas em ciências sociais. As principais vantagens deste instrumento de pesquisa são a sua aparente simplicidade, versatilidade e economia enquanto método de admissão de informação (Five-Schaw, 2000).

Os questionários utilizados, na sua maior parte, estavam já a ser regularmente usados em trabalhos nacionais publicados. Requisitamos autorização aos autores das respetivas escalas para a sua utilização neste estudo, tendo-se logrado respostas favoráveis por parte de todos, para fazê-lo. O Perfil Sensorial para Adolescentes e Adultos carecia de tradução para a população portuguesa e do aval da editora para a sua utilização. Assim, optamos por fazer a tradução cuidada e adaptação cultural do instrumento para a população portuguesa. Este trabalho foi realizado por dois entendidos

em teoria dos testes psicológicos, teoria do processamento sensorial e proficientes na língua inglesa e portuguesa. Em seguida, requeremos a uma tradutora profissional de português-inglês que realizasse a retroversão do instrumento. Submetemos este documento ao editor científico, que depois de pedir as justificações linguísticas e culturais na base das divergências face ao original, considerou as alterações pertinentes e aprovou a versão portuguesa do instrumento. Este questionário não foi validado, uma vez a amostra figura-se pequena, heterogénea e pouco representativa.

Tratando-se de um conjunto extenso de questionários, na tentativa de prevenir a eventualidade de preenchimentos incompletos ou incorretos, realizamos um pré-teste a uma amostra de 10 pessoas. Na sequência desta verificação, foi acatada a sugestão de que os questionários estavam impressos num formato que dificultava a leitura e promovia a fadiga, pelo que optamos por mudar para um formato de impressão mais amplo e acessível. Esta iniciativa destinou-se também a verificar a necessidade de adaptação dos questionários de autorregulação, resiliência e atitudes para a população adulta portuguesa, já que os existentes apenas se dedicavam ao inquérito de adolescentes. No entanto, os respondentes desta sondagem preliminar não apresentaram dificuldades na interpretação e preenchimento.

Utilizamos no estudo os seguintes instrumentos:

***Versão reduzida do questionário de Suporte Social – SSQ6 (Sarason; Sarason, Shearin & Pierce, 1987).***

Sucedâneo da versão primitiva de 27 itens, construída pelos mesmos autores em 1983, o SSQ6 apresenta um formato reduzido, que permite:

*«(...) 1) ultrapassar as barreiras do cansaço e da lentidão que a maioria das medidas que pretendem avaliar as relações sociais implicam, e que apesar de recolherem informações relevantes, comprometem a sua autenticidade; 2) avaliar de uma forma global o carácter multifacetado do constructo de suporte social, em vez de enfatizar um ou outro aspeto, que é exatamente o que tem conduzido à proliferação de medidas, nem sempre muito relacionadas umas com as outras.»*  
(Pinheiro & Ferreira, 2002, p.317).

Trata-se de um questionário de seis itens, que avalia dois elementos básicos da perceção do suporte social: O número de pessoas que cada indivíduo percebe como estando disponíveis para o apoiarem e ajudarem numa determinada situação é avaliado de

## Metodologia

forma interrogativa e apresentado na primeira parte do item. Os indivíduos podem referir um número máximo de 9 pessoas, sendo também possível responder “ninguém”. O grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido nessa mesma situação surge na segunda parte de cada item. Nesse sector, utiliza-se uma escala de tipo Likert, de seis pontos: desde muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (6). Este dispositivo permite obter um índice de percepção de número de suporte disponível (SSQ6N) e um índice de percepção da satisfação com o suporte social disponível (SSQ6S). Os trabalhos efetuados de tradução, adaptação e sobre as características métricas da versão portuguesa do SSQ6 (Pinheiro, 2003; Pinheiro & Ferreira, 2001, 2002) revelaram índices de consistência interna elevados ( $\alpha \approx .90$ ) para o instrumento, quer para a dimensão número (SSQ6N) quer para a dimensão satisfação (SSQ6S). Outros resultados destes estudos detalhados enfatizam a utilidade da conceção bidimensional da percepção de suporte social, na medida em que permite diferenciar os apoios esperados dos diferentes subsistemas sociais que rodeiam o indivíduo (por exemplo, família e amigos). Desta forma, poderá ser entendido como um indicador das relações positivas com os outros e da integração social *versus* isolamento social. Foram também encontradas correlações positivas entre as duas dimensões do SSQ6 com outras variáveis de bem-estar psicológico, em especial com o desenvolvimento pessoal e a aceitação de si próprio.

Neste estudo, seguiu-se a sugestão de Seco, Casimiro, Pereira, Dias e Custódio (2005) que consiste em pré-definir 9 entidades de suporte que registaram maior frequência de escolha no estudo de Pinheiro (2003), a fim de facilitar e garantir o preenchimento correto por parte dos respondentes. Este questionário encontra-se no anexo C.

### ***Perfil Sensorial para Adolescentes e Adultos - PSA (Brown & Dunn, 2002).***

O *Adolescent/Adult Sensory Profile* permite avaliar as respostas comportamentais a estímulos sensoriais de pessoas com idades compreendidas entre os onze e os sessenta e cinco anos de idade.

Este instrumento permite a mesuração estandardizada e a traçagem do perfil do efeito do processamento sensorial sobre a performance funcional dos sujeitos. Os seus resultados permitem aprofundar o entendimento sobre porque é que as pessoas engrenam em determinados comportamentos e porque é que estas preferem determinados ambientes e experiências.

Este é baseado no Perfil Sensorial, originalmente construído por Dunn (1999) para analisar, através do testemunho dos cuidadores, o funcionamento de crianças pequenas (desde os três anos de idade).

O PSA foi criado enquanto medida de avaliação do traço de processamento sensorial. O sujeito responde a perguntas relativas ao como ele/ela responde às sensações na sua generalidade e não em momentos específicos. Apresenta-se na forma de um questionário de autopreenchimento, cujos itens descrevem respostas para todas as experiências sensoriais quotidianas. O sujeito preenche o formulário selecionando a frequência de resposta (quase nunca, raramente, ocasionalmente, frequentemente e quase sempre).

O questionário é constituído por sessenta itens, divididos em quatro quadrantes – Registo Pobre, Procura de Sensações, Sensibilidade Sensorial e Evitamento de Sensações, o que resulta em quinze questões dedicadas a cada tipologia de processamento sensorial. Estas também cobrem diversas secções funcionais do funcionamento: visual, auditivo, táctil, gosto/cheiro, movimento e nível de atividade. Os itens relacionados com o Registo Pobre identificam comportamentos que implicam a não deteção de estímulos ou lentidão nas respostas (“Eu não apanho as piadas tão depressa quanto os outros”). Os itens afetos à procura de sensações marcam respostas e características como contentamento, criatividade e prossecução de estimulação (“Eu adiciono picante à minha comida”). A sensibilidade sensorial tem itens dedicados que apontam respostas como ativação, distratibilidade e desconforto perante estímulos sensoriais (exemplo: “Eu tenho medo de alturas”). O evitamento de sensações circunscreve comportamentos destinados a reduzir ou prevenir a exposição a estímulos sensoriais ou a tentativas de tornar essa exposição mais previsível (“Eu só como comidas que me são familiares”).

Os estudos de fidelidade do PSA remetem para uma consistência interna aceitável, com os valores de alfa, de cada quadrante, a estenderem-se entre .639 e .775. A validade de conteúdo foi assegurada por um painel de especialistas, que através de estudos piloto cuidou que o instrumento refletia junto da amostra, com precisão, o enquadramento teórico delineado por Dunn (1997). Adicionalmente, foram conduzidos outros estudos de validade de constructo. Por exemplo, foram encontradas correlações moderadas (0.30 e acima, para  $p < 0.001$ .) entre os itens do PSA e os itens do Questionário de Temperamento do Adulto de Chess e Thomas (1998). Também foi observada em testes de medição de condutância da pele, em que foram identificados padrões distintos de resposta

## Metodologia

psicofisiológica que correspondiam a diferentes padrões de processamento sensorial (Brown et al., 2001), e corroborada por padrões contrastados de processamento sensorial na juventude, meia-idade e velhice (Alain & Woods, 1999). Para habilitar a sua utilização neste estudo, como já foi anteriormente referido, o PSA foi traduzido e adaptado para a língua e cultura portuguesa. Este questionário encontra-se no anexo D.

***Questionário Reduzido de Auto-regulação - SSRQ (Carey, Neal, & Collins, 2004).***

O *Questionário Reduzido de Auto-regulação* é um instrumento constituído por 31 itens concebido para a obtenção de um índice total de autorregulação, embora estudos posteriores (Neal & Carey, 2005) sugiram uma estrutura de dois fatores: *Controlo de impulsos e Estabelecimento de objetivos*. Os sujeitos respondem aos itens assinalando o seu nível de concordância com as afirmações dos itens. Foi adaptado por García Del Castillo e Dias (2009) para conduzir os seus estudos junto da população portuguesa. Estes investigadores encontraram, na aplicação SSRQ a indivíduos com idades até aos 19 anos, uma boa estrutura factorial, com a maioria dos itens a apresentar saturações elevadas (genericamente superiores a .40) nos fatores a que pertencem. Também analisaram a consistência interna e encontraram um valor elevado de alfa total de .89, variando entre os .82 na subescala *Controlo de Impulsos* e .85 na subescala *Estabelecimento de Objetivos*. Este questionário encontra-se no anexo E.

***Escala de resiliência – ER (Wagnild & Young, 1993).***

A ER foi desenvolvida para avaliar a capacidade de resistir aos acontecimentos de vida stressores e de prosperar e criar sentido nos desafios. Consiste num questionário de vinte e cinco itens, apresentados na forma de afirmações, que as pessoas respondem assinalando uma escala de likert de sete pontos, desde 1, “discordo”, a 7, “concordo”. A validade de conteúdo foi assegurada desde o momento inicial da construção da escala, tendo os autores primeiro estabelecido, após exaustiva revisão teórica, as características nucleares da resiliência e elegeram-nas para figurar enquanto fatores. Depois, citações verbatim de declarações de entrevistados adultos (Wagnild & Young, 1990) consensualmente resilientes (cuidadores de doentes de Alzheimer, por exemplo) foram usadas para adotar os itens do questionário.

Os trabalhos iniciais de tradução e adaptação cultural para a população portuguesa foram conduzidos por Vara e Sani (2006) e Felgueiras, Festas e Vieira (2008). A

validação psicométrica para a população adulta portuguesa só foi efetuada mais recentemente, por Ng Deep e Leal (2012) com alfa de Cronbach .87 para 23 itens, sugerindo consistência interna. Note-se a sua proximidade do valor apresentado pela escala original (.91) e acima do valor apresentado pela escala aferida para adolescentes portugueses (Felgueiras, 2008), igual a .82. A análise fatorial agrupou 23 variáveis em 4 fatores: I – Perseverança; II – Sentido de vida; III – Serenidade; IV – Autossuficiência e autoconfiança, com valores alfa de Cronbach satisfatórios para cada fator. Este questionário encontra-se no anexo F.

***Escalas de atitudes face ao tabaco, álcool e drogas - ESACTA-ESACAL-ESACDRO (García del Castillo, López-Sánchez, Segura & García del Castillo López, 2012).***

As escalas de atitudes face ao tabaco – ESACTA, álcool – ESACAL e drogas – ESACDRO foram reunidas pelos seus autores para criar um questionário único. São três escalas, cada uma com treze itens, de resposta tipo likert com cinco opções de resposta, de “muito de acordo” até “muito em desacordo”, que diferencia três subescalas que versam questões diversas face ao tabaco, álcool e outras drogas. Estes investigadores analisaram as características psicométricas desta escala, concluindo que as medidas mostraram-se satisfatórias.

Os estudos e consistência interna da ESACTA apontam para  $\alpha=.76$  na subescala de perceção de satisfação,  $\alpha = .82$  no índice de desagrado e  $\alpha = .91$  na disposição atitudinal. No que á fiabilidade da ESACAL diz respeito,  $\alpha = .60$  na subescala de predisposição para a ação contra o consumo de álcool,  $\alpha=.82$  na disposição para o uso e  $\alpha = .91$  no índice de desagrado. Na ESACDRO, o  $\alpha = .67$  na subescala de perceção de satisfação,  $\alpha = .74$  na perceção de risco e  $\alpha = .94$  na atitude de predisposição para o consumo de drogas. Este questionário encontra-se no anexo G.

***Escala de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas - ESCON (García del Castillo, López-Sánchez, Gázquez & García del Castillo-López cit. por García del Castillo, 2011).***

Trata-se de um formulário de autoaplicação que parte do princípio de que a comparação entre estudos sobre os comportamentos de consumo de substâncias apresenta-se uma tarefa difícil, visto ainda não se ter atingido consenso, entre os pesquisadores, sobre as medidas a utilizar. Nesse sentido, este instrumento pretende

## Metodologia

constituir um dispositivo exploratório fácil de aplicar, que abarque todo o espectro de consumo e produtor de dados objetivos e suficientemente fiáveis para a avaliação do consumo de psicotrópicos. Este questionário encontra-se no anexo H.

Analizamos a estabilidade das escalas neste estudo achando os alfas de Cronbach e comparando-os com os dos estudos originais (cf. Tabela 4).

**Tabela 4.** Coeficientes alfa de Cronbach de fiabilidade das escalas utilizadas

Escalas	Subescalas	Média	Variancia	Alpha de Cronbach	$\alpha$ Estudos originais
<b>Suporte Social (SSQ6)</b>	SSQ6_N	2.20	1.22	.909	$\alpha \approx .90$
	SSQ6_S	5.16	0.69	.942	
<b>Perfil Sensorial (PSA)</b>	Registo pobre (excluído item 3)	25.84	41.66	.710	$\alpha \approx .64$ a $.78$
	Busca de sensações	44.39	57.09	.631	
	Sensibilidade sensorial	36.19	64.53	.713	
	Evitamento de sensações	35.18	66.14	.754	
<b>Autorregulação (SSRQ)</b>	Autorregulação total	111.12	234.07	.915	$\alpha = .89$
	Estabelecimento de objetivos	59.16	58.07	.860	$\alpha = .85$
	Controlo de impulsos	51.96	84.16	.887	$\alpha = .82$
<b>Resiliência (ER)</b>	Perseverança	5.52	0.76	.850	$\alpha \approx .87$
	Sentido de vida	5.77	0.62	.800	
	Serenidade	4.96	0.98	.619	
	Autosuficiência	5.29	0.78	.624	
	Resiliência total	5.43	0.53	.917	
<b>Atitudes: Escala do consumo de tabaco (ESACTA)</b>	Disposição para o uso e consumo de tabaco	8.10	19.97	.910	$\alpha = .91$
	Índice de desagrado ao tabaco	15.54	13.40	.774	$\alpha = .82$
	Perceção da satisfação do tabaco	6.76	9.92	.821	$\alpha = .76$
<b>Atitudes: Escala do consumo de álcool (ESACAL)</b>	Disposição para o uso e consumo de álcool	11.41	18.61	.914	$\alpha = .82$
	Índice de desagrado ao álcool	11.41	18.61	.736	$\alpha = .91$
	Predisposição para a ação contra o consumo de álcool	7.25	2.94	.518	$\alpha = .60$
<b>Atitudes: Escala do consumo de drogas (ESACDRO)</b>	Atitude de predisposição para o consumo de drogas	28.59	7.65	.868	$\alpha = .94$
	Perceção de satisfação com as drogas	15.50	10.56	.473	$\alpha = .67$
	Perceção do risco do consumo de drogas	13.57	4.80	.794	$\alpha = .74$

As medidas de consistência interna das escalas, na testagem desta amostra, revelaram-se adequadas, por vezes ultrapassando os valores dos estudos originais (cf. Tabela 4). Não obstante, excluímos o quadrante busca de sensações do perfil sensorial, bem como os fatores serenidade e autossuficiência da escala de resiliência, por

patentarem valores de alfa menor que .70. Pela mesma razão também rejeitamos as subescalas de predisposição para a ação contra o consumo de álcool e percepção de satisfação com as drogas.

#### **7.3.4. Análise de dados**

Recolhidos todos os questionários, eliminamos aqueles que não estavam bem preenchidos. Posto isto, criamos uma base de dados no *software* estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 15.0) com o objetivo de realizar análises estatísticas diversas, em fases consecutivas. A análise de dados realizada obedeceu às hipóteses propostas assim como à natureza das variáveis.

Procuramos cruzar as variáveis suporte social (SSQ), perfil sensorial (PS), autorregulação (SSRQ), atitudes (ESAC) e resiliência (ER) entre si e com o consumo de substâncias como o tabaco, álcool e drogas.

Destacamos dois tipos de tratamento de dados: as correlações para averiguar se existe associação entre duas variáveis numéricas e testes de igualdade de distribuição, para averiguar se existem diferenças entre grupos independentes.

Considerando que as escalas utilizadas resultam de somas de itens tipo Likert, que são variáveis numéricas e ordinais, utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman e pelo mesmo motivo foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis na comparação de medidas de localização de mais de duas amostras independentes.

### **7.4. RESULTADOS**

Ao longo desta análise, utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman, pois as escalas utilizadas não seguem distribuições normais e são do tipo ordinal. O coeficiente de correlação de Spearman varia entre -1 e 1 e quanto mais próximos dos extremos se situar, mais correlacionadas estão as variáveis. Se o coeficiente estiver próximo de -1 informa que valores elevados de uma das variáveis correspondem a valores reduzidos da outra e vice-versa. Por outro lado, se o coeficiente for próximo de 1 indica que os valores podem ser interpretados como indicativos de associação causal entre as variáveis. Ainda nas tabelas surge o valor de prova, que mede o quanto valores elevados numa variável estão associados a valores elevados ou diminutos na outra e vice-versa. Esta associação

## Metodologia

implica mais ou menos a probabilidade de rejeitar-se incorrectamente a hipótese de que não existe correlação entre as variáveis. Assim, observando-se um coeficiente com valor de prova inferior a .050 pode-se inferir que existe correlação significativamente diferente de zero entre as duas variáveis.

### **OBJECTIVO 1: Analisar como o suporte social, perfil sensorial, autorregulação e atitudes se relacionam entre si.**

Em geral, podemos afirmar que as correlações entre o suporte social e o perfil sensorial são fracas. (cf. Tabela 5).

**Tabela 5.**

*Coefficientes de correlação de Spearman entre o suporte social, o perfil sensorial, a autorregulação e as atitudes*

			Suporte Social (SSQ6)	
			SSQ6_N	SSQ6_S
<b>Perfil sensorial (PSA)</b>		Registo pobre	-.12*	-.02
		Sensibilidade sensorial	-.19**	-.12*
		Evitamento de sensações	-.18**	-.19**
<b>Autorregulação (SSRQ)</b>		Autorregulação total	.13*	.28**
		Estabelecimento de objetivos	.11	.27**
		Controlo de impulsos	.11	.24**
<b>Atitudes (ESAC)</b>	Escala do consumo de tabaco (ESACTA)	Disposição para o uso e consumo de tabaco	.07	.00
		Índice de desagrado ao tabaco	.05	.10
		Perceção da satisfação do tabaco	-.04	-.06
	Escala do consumo de álcool (ESACAL)	Disposição para o uso e consumo de álcool	.08	-.02
		Índice de desagrado ao álcool	-.13*	.01
	Escala do consumo de drogas (ESACDRO)	Atitude de predisposição para o consumo de drogas	.01	.06
	Perceção do risco do consumo de drogas	.02	.09	

\*  $p < .050$ ; \*\*  $p < .010$ .

Existem correlações negativas fracas entre o suporte social percebido com o registo pobre, sensibilidade sensorial e evitamento de sensações. Estes coeficientes embora bastante reduzidos são significativos, o que mostra que existe uma tendência para os sujeitos com perceção baixa do suporte social disponível apresentarem valores superiores nestas escalas

Também observamos ligações positivas débeis mas significativas entre a satisfação com o suporte social e todas as subescalas de autorregulação.

Existem correlações negativas, fracas, mas significativas entre os níveis no quadrante registo pobre e a escala de autorregulação (cf. Tabela 6).

**Tabela 6.**

*Coefficientes de correlação de Spearman entre o perfil sensorial, a autorregulação e atitudes*

		Perfil Sensorial (PSA)			
		Registo pobre	Sens-Senso	Evita-Sense	
<b>Autorregulação (SSRQ)</b>	Autorregulação total	-.35**	-.27**	-.21**	
	Estabelecimento de objetivos	-.19**	-.11*	-.09	
	Controlo de impulsos	-.39**	-.32**	-.24**	
<b>Atitudes (ESAC)</b>	<b>Escala do consumo de tabaco (ESACTA)</b>	Disposição para o uso e consumo de tabaco	.11*	.01	.06
		Índice de desagrado ao tabaco	-.12*	.08	.04
		Perceção da satisfação do tabaco	.15**	.03	.16**
	<b>Escala do consumo de álcool (ESACAL)</b>	Disposição para o uso e consumo de álcool	.02	.01	-.02
		Índice de desagrado ao álcool	.10	.14*	.15**
		<b>Escala do consume de drogas (ESACDRO)</b>	Atitude de predisposição para o consumo de drogas	-.02	-.04
		Perceção do risco do consumo de drogas	-.02	.03	-.11

*Nota.* Sens-Senso = Sensibilidade sensorial; Evita-Sense = Evitamento de sensações.

\*  $p < .050$ ; \*\*  $p < .010$ .

O coeficiente de correlação entre Autorregulação e Registo pobre é de  $-.346$ , sendo que este valor é muito influenciado pela correlação existente entre o registo pobre e o controlo de impulsos com  $r_s = -.39$ . Também são negativos os coeficientes de correlação entre as escalas de autorregulação e o quadrante sensibilidade sensorial. Tal como nos coeficientes com o registo pobre, estes coeficientes rodeiam  $-.3$  com exceção do coeficiente com a escala estabelecimento de objetivos, em que o coeficiente é de  $-.11$ . Os coeficientes de correlação das escalas do perfil sensorial com a autorregulação são baixos, todos são superiores a  $-.3$  denotando associações muito fracas, embora significativas

Dos resultados anteriores podemos afirmar que existe uma correlação fraca, negativa mas significativa entre a autorregulação e o registo pobre, a sensibilidade sensorial e o evitamento de sensações. Isto é, sujeitos com níveis de autorregulação mais elevados tendem a apresentar valores baixos nestes quadrantes do perfil sensorial e vice-versa.

## Metodologia

As pontuações observadas na escala de atitudes face ao consumo de tabaco revelam estar fracamente correlacionadas com o registo pobre. Não existem correlações significativas com as restantes escalas do perfil sensorial, com exceção da correlação muito fraca e positiva entre o evitamento de sensações e a perceção de satisfação com o tabaco (cf. Tabela 6).

Existe uma correlação muito fraca e positiva entre o registo pobre e a disposição para o uso e consumo de tabaco, assim como com a perceção da satisfação com o tabaco. Inversamente, constatamos uma ligação negativa ligeira entre o registo pobre e o índice de desagrado face ao tabaco.

As correlações entre as escalas de atitudes face ao consumo de álcool e de drogas e o perfil sensorial, em geral, não são significativas e as correlações significativas são muito pequenas (cf. Tabela 6).

**Tabela 7.**

*Coefficientes de correlação de Spearman entre a autorregulação e as atitudes*

Atitudes (ESAC)		Autorregulação (SSRQ)		
		Autorregulação total	Estabelecimento objetivos	Controlo impulsos
Escala do consumo de tabaco (ESACTA)	Disposição para o uso e consumo de tabaco	-.20**	-.13*	-.19**
	Índice de desagrado ao tabaco	.18**	.19**	.14*
	Perceção da satisfação do tabaco	-.15**	-.17*	-.13*
Escala do consumo de álcool (ESACAL)	Disposição para o uso e consumo de álcool	-.19**	-.15**	-.17**
	Índice de desagrado ao álcool	.11	.16**	.07
Escala do consumo de drogas (ESACDRO)	Atitude de predisposição para o consumo de drogas	.13*	.11	.11*
	Perceção do risco do consumo de drogas	.08	.10	.04

\*  $p < .050$ ; \*\*  $p < .010$ .

A autorregulação está correlacionada de forma muito fraca e negativa com a disposição para o uso e consumo de tabaco e com a perceção da satisfação do tabaco e positivamente com o índice de desagrado ao tabaco. Observamos esta relação também com as subescalas do questionário de autorregulação (SSRQ): Estabelecimento de objetivos e controlo de impulsos. Assim, podemos afirmar que entre os sujeitos com maior autorregulação observamos menor disposição para o uso e consumo de tabaco e

menor percepção da satisfação do tabaco, bem como um maior índice de desagrado face ao tabaco e vice-versa (cf. Tabela 7).

Relativamente às atitudes face ao consumo de álcool e drogas as correlações com a autorregulação são muito fracas, inferiores a .2 ou superiores a -.2.

## **OBJECTIVO 2: Investigar as relações entre a resiliência e escalas de suporte social, perfil sensorial, autorregulação e atitudes.**

A tabela 8 mostra que existem correlações positivas fracas entre toda a escala de resiliência (e os seus fatores apurados) e apenas a satisfação com o suporte social. Os coeficientes de correlação rondam os .26. Assim, podemos dizer que a resiliência está relacionada com o suporte social, não tanto com o número de figuras de suporte social disponíveis mas sim com a satisfação com o suporte social disponível.

**Tabela 8.**

*Coefficientes de correlação de Spearman entre a resiliência, o suporte social, o perfil sensorial, a autorregulação e as atitudes*

			Resiliência (ER)		
			Perse	Autos	Res-tot
<b>Suporte Social (SSQ6)</b>		SSQ6_N	.03	-.01	.12
		SSQ6_S	.26**	.23**	.30**
<b>Perfil Sensorial (PSA)</b>		Registo pobre	-.18**	-.06	-.15**
		Sensibilidade sensorial	-.16**	-.06	-.15**
		Evitamento de sensações	-.17**	-.04	-.14**
<b>Autorregulação (SSRQ)</b>		Autorregulação total	.59**	.42**	.52**
		Estabelecimento de objectivos	.62**	.49**	.60**
		Controlo do impulsos	.48**	.32**	.40**
<b>Atitudes (ESAC)</b>	Escala do consumo de tabaco (ESACTA)	Disposição para o uso e consumo de tabaco	-.13*	-.08	-.16**
		Índice de desagrado ao tabaco	.12*	.13*	.19**
		Percepção da satisfação do tabaco	-.15**	-.02	-.15**
	Escala do consumo de álcool (ESACAL)	Disposição para o uso e consumo de álcool	-.11*	-.15**	-.17**
		Índice de desagrado ao álcool	.13*	.08	.19**
	Escala do consumo de drogas (ESACDRO)	Atitude de predisposição para o consumo de drogas	.13*	.14**	.17**
	Percepção do risco do consumo de drogas	.10	.12*	.18**	

*Nota.* Perse = Preseverança; Autos = Autosuficiencia; Res-tot = Resiliência total.

\*  $p < .050$ ; \*\*  $p < .010$ .

## Metodologia

Existem correlações negativas significativas mas muito fracas entre a resiliência total e o perfil sensorial, pois os coeficientes oscilam entre  $-0.15$  e  $-0.14$ . O mesmo se sucede relativamente ao facto perseverança (entre  $-0.18$  e  $-0.16$ ).

Há correlações significativas entre a resiliência e a autorregulação. Do conjunto de correlações destacam-se os valores observados entre a autorregulação e a resiliência total ( $r_s = .52$ ), entre a autorregulação e a perseverança ( $r_s = .59$ ) e entre a autorregulação e a autossuficiência ( $r_s = .41$ ). Estes valores são o resultado de correlações ainda maiores entre o estabelecimento de objetivos e as escalas de resiliência, cujos valores rondam os  $|0.6|$ . Tal significa que valores elevados de autorregulação estão associados valores também altos de resiliência e vice-versa.

Constatamos correlações muito fracas entre a resiliência e as atitudes face ao consumo de tabaco, álcool e drogas. (cf. Tabela 8).

### **OBJECTIVO 3: Observar coeficientes de correlação entre a autoavaliação do nível de quantidade consumida de tabaco, álcool ou drogas com as escalas Suporte Social, Perfil Sensorial, Auto-regulação, Resiliência e Atitudes.**

A tabela 9 exhibe os coeficientes de correlação entre autoavaliação do nível de quantidade de consumo de tabaco, álcool ou drogas com as escalas suporte social (SSQ6), Perfil Sensorial (PSA), Autorregulação (SSRQ), Resiliência (ER) e Atitudes (ESAC).

Não notamos coeficientes de correlação significativos entre a autoavaliação do nível de quantidade do consumo e o perfil sensorial, a autorregulação ou a resiliência.

Relativamente à escala do consumo de tabaco, as correlações com a autoavaliação do nível de quantidade do consumo de substâncias são ténues mas significativas. O que quer dizer que entre os sujeitos que se avaliam a consumir mais, observa-se maior disposição para o uso e consumo de tabaco e maior percepção da satisfação do tabaco e vice-versa. Por outro lado, existe uma correlação fraca significativa e negativa entre a autoavaliação do nível de quantidade do consumo e o índice de desagrado face ao tabaco.

A correlação entre a autoavaliação do nível de quantidade do consumo de substâncias e a disposição para o consumo de álcool é positiva e significativa, isto é, entre os que apresentam auto-percepções de consumo superiores, a disposição para o consumo de álcool é tanto maior.

**Tabela 9.**

*Coefficientes de correlação de Spearman entre a autoavaliação do nível de quantidade de consumo actual de tabaco, álcool e outras drogas e demais variáveis observadas*

			<b>Consumo actual (0-10)</b>
<b>Suporte Social (SSQ6)</b>		SSQ6_N	.10
		SSQ6_S	.08
<b>Perfil Sensorial (PSA)</b>		Registo pobre	-.04
		Sensibilidade sensorial	-.06
		Evitamento de sensações	-.02
<b>Autorregulação (SSRQ)</b>		Autorregulação total	-.04
		Estabelecimento de objectivos	-.03
		Controlo de impulsos	-.04
<b>Resiliência(ER)</b>		Perseverança	-.01
		Sentido de vida	.01
		Resiliência Total	-.05
<b>Atitudes (ESAC)</b>	Escala do consumo de tabaco (ESACTA)	Disposição para o uso e consumo de tabaco	.39**
		Índice de desagrado ao tabaco	-.28**
		Percepção da satisfação do tabaco	.21**
	Escala do consumo de álcool (ESACAL)	Disposição para o uso e consumo de álcool	.47**
		Índice de desagrado ao álcool	-.41**
	Escala do consumo de drogas (ESADRO)	Atitude de predisposição para o consumo de drogas	-.24**
		Percepção do risco do consumo de drogas	-.15*

\*  $p < .050$ ; \*\*  $p < .010$ .

Por outro lado, as correlações entre a autoavaliação do nível de quantidade do consumo de substâncias e o índice de desagrado ao álcool são negativas. Por isto, denotamos que entre os sujeitos que se apreciam a consumir mais psicotrópicos, o índice de desagrado face ao álcool é menor.

Quanto à correlação entre autoavaliação do nível de quantidade do consumo de substâncias e a escala de atitudes face ao consumo de drogas, a predisposição para o consumo de drogas é tanto menor, quanto mais o sujeito considera a quantidade de consumo (cf. Tabela 9).

#### **OBJETIVO 4: Comparar as frequências de consumo de substâncias psicoativas relativamente às medidas psicológicas analisadas.**

A tabela 10 mostra a frequência com que os sujeitos da amostra consomem diversas substâncias. Dos participantes neste estudo, nenhum consome cocaína ou heroína

## Metodologia

e 0.3% afirmam que raramente consomem drogas sintéticas, dada a reduzida expressão na amostra estas substâncias não serão relacionadas com as escalas em estudo.

A frequência com que os sujeitos da amostra consomem substâncias é uma medida ordinal que assume três níveis: “Sim”, “Raramente” e “Nunca”.

Identificamos se existem diferenças significativas nas escalas entre os sujeitos que respondem a cada um dos níveis de consumo de substâncias específicas.

**Tabela 10.**

*Frequência do consumo de substâncias*

	Sim		Raramente		Não	
	n	%	n	%	n	%
<b>Fuma</b>	42	12.4	33	9.7	265	77.9
<b>Bebe álcool</b>	70	20.6	205	60.3	65	19.1
<b>Toma estimulantes</b>	2	0.6	11	3.2	327	96.2
<b>Toma tranquilizantes</b>	23	6.8	49	14.4	268	78.8
<b>Toma analgésicos</b>	31	9.1	152	44.7	157	46.2
<b>Toma marijuana</b>	1	0.3	6	1.8	333	97.9
<b>Toma cocaína</b>	0	0.0	0	0.0	340	100.0
<b>Toma heroína</b>	0	0.0	0	0.0	340	100.0
<b>Toma drogas sintéticas</b>	0	0.0	11	3.2	329	96.8

Utilizamos o teste de Kruskal-Wallis porque pretendemos comparar três grupos independentes e as variáveis são ordinais.

A mediana apresenta-se enquanto uma estatística apropriada para ser utilizada na análise de variáveis ordinais. Acresce que dadas variáveis do estudo resultarem de somas de itens tipo Likert, que são variáveis numéricas e ordinais, os valores apresentam-se com grande dispersão. Logo, na presença de desvios padrões muito grandes, é recomendável analisar a mediana, visto esta apresentar-se um indicador mais estável nestas condições particulares. Com efeito, a estatística mais adequada para a descrição da tendência central dos valores numa escala ordinal é a mediana, pois ela não é afetada por modificações de quaisquer valores acima ou abaixo dela (Siegel, 1957).

Entre os sujeitos da amostra que não fumam, a mediana da percepção do suporte social é de 2.0 contra 2.3 e 2.7 entre os que fumam ou fumam raramente, pelo que estas diferenças têm significado estatístico ( $X = 6.16$ ;  $p = .046$ ). Deprendemos que entre os sujeitos que não fumam a percepção do suporte social é inferior. Os dados não permitem inferir diferenças significativas na escala SSQ6-N segundo tomam álcool, estimulantes,

tranquilizantes ou analgésicos, pois os valores de prova foram superiores a .050. Não verificamos qualquer associação entre a satisfação com o suporte social e a frequência do consumo das substâncias mais comuns, uma vez que os valores de prova do teste de Kruskal-Wallis foram superiores a .050 (cf. Tabela 11).

Existem diferenças significativas na escala registro pobre segundo a frequência do consumo de tranquilizantes ( $X = 6.08$ ;  $p = .048$ ). Os sujeitos que não tomam tranquilizantes apresentam mediana no registro pobre igual a 25, contra 28 entre os sujeitos que consomem tranquilizantes. A sensibilidade sensorial apresenta diferenças significativas entre os sujeitos segundo a frequência com que tomam tranquilizantes ( $X = 21.32$ ;  $p < .01$ ) e segundo a frequência com que tomam analgésicos ( $X = 16.58$ ;  $p < .01$ ). Em ambos os casos os sujeitos que consomem surgem com mediana superior aos que consomem raramente, que por sua vez surgem com mediana superior aos que não consomem. No quadrante evitamento de sensações foram observadas diferenças significativas consoante os sujeitos consomem mais ou menos estimulantes, tranquilizantes ou analgésicos. Notamos que nas comparações referentes a estas substâncias o valor de prova foi inferior a .050. Em comum, resultam medianas superiores entre os que consomem estas substâncias e medianas inferiores entre os que não as consomem.

Detetaram-se diferenças significativas na escala de autorregulação total e na subescala controlo de impulsos relativamente ao consumo de tranquilizantes. A mediana da autorregulação entre sujeitos que não tomam tranquilizantes é de 114, entre os que o fazem raramente a mediana da autorregulação é inferior (112) e ainda menor (101) entre os que, sim, tomam tranquilizantes. Deduzimos que o consumo de tranquilizantes conota-se com uma redução da autorregulação dos sujeitos. Especificamente, este resultado pode ser explicável pela variação achada no controlo de impulsos relativamente ao consumo de tranquilizantes. Entre os sujeitos que tomam tranquilizantes, o controlo de impulsos mediano é de 44, que aumenta para 53 entre os sujeitos que raramente tomam tranquilizantes e é de 54 entre os que não tomam tranquilizantes. (cf. Tabela 11).

**Tabela 11.**

*Comparação da mediana das escalas de suporte social, perfil sensorial, e autorregulação segundo a frequência de consumo de substâncias mais comuns*

Mediana	Fuma?			Bebe álcool			Toma estimulantes			Toma tranquilizantes			Toma analgésicos		
	Sim (n=42)	Raramente (n=33)	Não (n=265)	Sim (n=70)	Raramente (n=205)	Não (n=65)	Sim (n=2)	Raramente (n=11)	Não (n=327)	Sim (n=23)	Raramente (n=49)	Não (n=268)	Sim (n=31)	Raramente (n=152)	Não (n=157)
<b>SSQ6_N</b>	<b>2.3</b>	<b>2.7</b>	<b>2.0</b>	2.5	2.0	2.0	0.8	2.0	2.0	1.7	2.2	2.1	2.0	2.2	2.0
	<b>X = 6.16; p = .046</b>			X = 5.58; p = .061			X = 5.18; p = .075			X = 2.25; p = .325			X = 0.48; p = .789		
<b>SSQ6_S</b>	5.3	5.2	5.2	5.2	5.2	5.1	3.8	5.2	5.2	5.0	5.3	5.2	5.2	5.2	5.2
	X = 1.58; p = .455			X = 0.12; p = .943			X = 2.99; p = .224			X = 1.41; p = .495			X = 1.12; p = .57		
<b>Registo pobre (PSA)</b>	24.5	26.0	25.0	24.5	25.0	26.0	37.0	28.0	25.0	<b>28.0</b>	<b>26.0</b>	<b>25.0</b>	28.0	25.0	25.0
	X = 0.93; p = .629			X = 3.41; p = .182			X = 3.87; p = .144			<b>X = 6.08; p = .048</b>			X = 4.04; p = .133		
<b>Sensibilida sensorial (PS)</b>	36.0	36.0	36.0	35.5	36.0	34.0	47.5	38.0	36.0	<b>39.0</b>	<b>38.0</b>	<b>35.0</b>	<b>41.0</b>	<b>36.0</b>	<b>35.0</b>
	X = 0.07; p = .963			X = 0.50; p = .778			X = 3.83; p = .148			<b>X = 21.32; p &lt; .01</b>			<b>X = 16.58; p &lt; .01</b>		
<b>Evitamento de sensações (PSA)</b>	36.0	37.0	34.0	34.0	35.0	35.0	48.0	39.0	34.0	<b>39.0</b>	<b>35.0</b>	<b>34.0</b>	<b>37.0</b>	<b>34.0</b>	<b>34.0</b>
	X = 0.39; p = .825			X = 2.42; p = .299			X = 3.71; p = .156			<b>X = 6.85; p = .032</b>			<b>X = 6.55; p = .038</b>		
<b>Autorregulação total (SSRQ)</b>	112.5	110.0	114	111.5	113.5	116.0	82.0	108.5	114	<b>101.0</b>	<b>112.0</b>	<b>114.0</b>	113.0	114.0	112.0
	X = 4.80; p = .091			X = 2.78; p = .249			X = 4.38; p = .112			<b>X = 6.32; p = .043</b>			X = 4.87; p = .088		
<b>Estabelecimento de objetivos (SSRQ)</b>	61.5	59.0	60.0	58.0	60.0	60.0	47.0	59	60.0	58	58.5	60.0	58.0	60.0	59.0
	X = 2.00; p = .368			X = 2.07.; p = .354			X = 2.33; p = .312			X = 3.49; p = .175			X = 3.30; p = .192		
<b>Controlo de impulsos (SSRQ)</b>	53.0	52.0	54.0	53.0	54.0	54.0	35.0	53.0	54.0	<b>44.0</b>	<b>53.0</b>	<b>54.0</b>	51.0	54.0	53.0
	X = 5.53; p = .063			X = 2.24; p = .326			X = 4.39; p = .111			<b>X = 7.79; p = .02</b>			X = 5.77; p = .056		

Do conjunto de substâncias comumente consumidas, a perseverança ( $X = 7.16$ ;  $p = .021$ ) e o sentido de vida ( $X = 5.88$ ;  $p = .053$ ) são afetados significativamente pelos estimulantes. Entre os sujeitos que não consomem estimulantes, a mediana da perseverança é de 5.7, que reduz para 5.1 entre os que tomam estimulantes raramente e para 3.6 entre os que tomam estimulantes com mais frequência. O sentido de vida é de 5.8 entre os sujeitos que não consomem estimulantes, que reduz para 5.5 entre os que tomam estimulantes raramente e para 4.4 entre os que tomam estimulantes com mais frequência. Infere-se que o consumo de estimulantes está relacionado com uma baixa perseverança e sentido de vida (cf. Tabela 12).

**Tabela 12.**

*Mediana da escala de resiliência segundo a frequência de consumo de substâncias mais comuns*

Mediana Resiliência (ER)	Fuma?			Bebe álcool			Toma estimulantes			Toma tranquilizantes			Toma analgésicos		
	Sim (n=42)	Raramente (n=33)	Não (n=265)	Sim (n=70)	Raramente (n=205)	Não (n=65)	Sim (n=2)	Raramente (n=11)	Não (n=327)	Sim (n=23)	Raramente (n=49)	Não (n=268)	Sim (n=31)	Raramente (n=152)	Não (n=157)
<b>Perseverança</b>	5.6	5.4	5.7	5.6	5.6	5.7	<b>3.6</b>	<b>5.1</b>	<b>5.7</b>	5.3	5.5	5.7	5.7	5.7	5.4
	$X = 3.71$ ; $p = .156$			$X = 0.52$ ; $p = .773$			$X = 7.72$ ; $p = .021$			$X = 2.67$ ; $p = .263$			$X = 2.30$ ; $p = .317$		
<b>Sentido de vida</b>	5.8	5.8	5.8	5.9	5.8	5.8	<b>4.4</b>	<b>5.5</b>	<b>5.8</b>	5.8	5.8	5.8	5.9	5.8	5.8
	$X = 0.49$ ; $p = .784$			$X = 0.03$ ; $p = .984$			$X = 5.88$ ; $p = .053$			$X = 0.91$ ; $p = .635$			$X = 1.76$ ; $p = 0.42$		
<b>Resiliência total</b>	5.4	5.4	5.6	5.5	5.5	5.6	4.1	5.2	5.6	5.3	5.5	5.6	5.6	5.6	5.4
	$X = 2.75$ ; $p = .253$			$X = 0.80$ ; $p = .669$			$X = 5.17$ ; $p = .075$			$X = 1.33$ ; $p = .514$			$X = 3.17$ ; $p = .205$		

A disposição para o uso e consumo de tabaco apresenta diferenças significativas segundo a frequência de uso do tabaco, álcool e analgésicos, mas o mesmo não se verifica relativamente ao uso de tranquilizantes e estimulantes (cf. Tabela 13).

A disposição para o uso e consumo de tabaco diminui com a redução do consumo de tabaco, álcool, estimulantes e analgésicos.

O índice de desagrado face ao tabaco também surge com distribuições significativamente diferentes consoante a frequência com que os sujeitos consomem tabaco, álcool e analgésicos. Neste caso, o índice de desagrado face ao tabaco aumenta entre os que menos consomem (ou não consomem) tabaco ou álcool, e apresenta um

## Metodologia

padrão indefinido no que diz respeito ao consumo de analgésicos, pois a mediana é de 17 entre os que raramente consomem analgésicos, de 16 entre os que, sim, consomem analgésicos e de 15 entre os que não consomem analgésicos.

A percepção da satisfação do tabaco é significativamente diferente entre os sujeitos consoante a frequência com que fumam ( $X = 64.89$ ;  $p < .01$ ) ou bebem ( $X = 9.84$ ;  $p = .007$ ). As medianas ilustram que entre os que afirmam fumar tabaco ou beber álcool a percepção da satisfação com o tabaco é superior, no grupo dos que afirmam fumar tabaco ou usar álcool raramente a mediana da percepção é inferior e é muito menor entre os que declaram-se abstinentes (4) (cf. Tabela 13).

Relativamente à escala do consumo do álcool, foram observadas diferenças significativas consoante a frequência com que os sujeitos declaram fumar tabaco ou consumir álcool. A disposição para o uso e consumo do álcool, é significativamente superior entre os que assinalam fumar tabaco, mesmo quando raramente ( $X = 27.37$ ;  $p < .01$ ) ou beber álcool ( $X = 84.36$ ;  $p < .01$ ). Relativamente ao índice de desagrado ao álcool, constatamos medianas superiores entre os que não fumam ( $X = 13.39$ ;  $p < .001$ ).

Vemos diferenças significativas na escala de atitude para o consumo de drogas segundo a frequência de consumo de álcool ( $X = 24.43$ ;  $p < .01$ ), mas estas diferenças não são explicadas pela mediana (cf. Tabela 13).

**Tabela 13.** Mediana da escala de atitudes segundo a frequência de consumo de substâncias mais comuns

Mediana Atitudes (ESAC)		Fuma?			Bebe álcool			Toma estimulantes			Toma tranquilizantes			Toma analgésicos		
		Sim (n=42)	Raramente (n=33)	Não (n=285)	Sim (n=70)	Raramente (n=203)	Não (n=85)	Sim (n=2)	Raramente (n=11)	Não (n=346)	Sim (n=23)	Raramente (n=49)	Não (n=286)	Sim (n=31)	Raramente (n=152)	Não (n=171)
Escala do consumo de tabaco (ESACTA)	Disposição para o uso e consumo de tabaco	16.0	12.0	5.0	8.0	5.0	5.0	15.5	9.0	5.0	5.0	5.0	5.0	8.0	5.0	6.0
		$X = 157.45; p < .01$			$X = 19.44; p < .01$			$X = 5.49; p = .064$			$X = 0.44; p = .803$			$X = 9.36; p = .009$		
	Índice de desagrado ao tabaco	12.0	13.0	17.0	14.0	16.0	17.0	14.5	18.0	16.0	16.0	18.0	16.0	16.0	17.0	15.0
	$X = 62.81; p < .01$			$X = 9.12; p = .01$			$X = 1.50; p = .473$			$X = 4.49; p = .106$			$X = 9.04; p = .011$			
	Perceção da satisfação do tabaco	10.0	8.0	4.0	8.0	6.0	4.0	11.0	7.0	6.0	7.0	4.5	6.0	7.0	4.0	7.0
		$X = 64.89; p < .01$			$X = 9.84; p = .007$			$X = 2.21; p = .332$			$X = 4.88; p = .087$			$X = 7.77; p = .021$		
Escala do consumo de álcool (ESACAL)	Disposição para o uso e consumo de álcool	13.0	13.0	10.0	14.0	11.0	6.0	14.0	12.0	11.0	10.0	10.0	11.0	10.0	10.0	12.0
		$X = 27.37; p < .01$			$X = 84.36; p < .01$			$X = 1.96; p = .376$			$X = 5.04; p = .081$			$X = 7.97; p = .019$		
	Índice de desagrado ao álcool	10.0	9.0	11.0	8.0	11.0	16.0	17.0	10.0	11.0	12.0	12.0	11.0	12.0	11.0	10.0
		$X = 13.39; p = .001$			$X = 71.13; p < .01$			$X = 3.76; p = .153$			$X = 4.72; p = .094$			$X = 4.16; p = .125$		
Escala do consumo de drogas (ESACDRO)	Atitude de predisposição para o consumo de drogas	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0	28.5	28.0	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0	30.0
		$X = 5.72; p = .057$			$X = 24.43; p < .01$			$X = 6.75; p = .034$			$X = 3.19; p = .203$			$X = 8.44; p = .015$		
	Perceção do risco do consumo de drogas	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	14.5	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0
		$X = 0.93; p = .627$			$X = 1.21; p = .546$			$X = 1.83; p = .401$			$X = 5.07; p = .079$			$X = 7.14; p = .028$		





**CAPÍTULO 8**  
**DISCUSSÃO**



Os adolescentes são tradicionalmente o foco principal de investigação na área de prevenção das adições, mormente por serem uma audiência cativa (Sussman & Ames, 2008). No entanto, a sua inexperiência e o seu nível incompleto de desenvolvimento psicobiológico limita-os na tomada de consciência realista dos aspetos que intervêm nos seus comportamentos e ajustamento ao meio. Espera-se que a população adulta normal, dotada de uma narrativa mais amadurecida sobre a vida, possa acrescentar outros conteúdos úteis para o estudo da resiliência e daí, para a prevenção do abuso de psicotrópicos.

Nesta investigação, seguindo o descrito na parte teórica, o comportamento dos seres humanos adultos é encarado como a reverberação de um processo intensivo de desenvolvimento psíquico desde o nascimento, infância e juventude. Prevê-se que, quotidianamente, os sujeitos maduros continuam a estabelecer relações com os pares da mesma forma que as suas relações ocorreram, primeiramente, com os seus cuidadores primários. Consequentemente, esses sujeitos também continuam a autorregular-se tal como aprenderam inicialmente, em co-regulação, a partir das interações entre as suas reações comportamentais (ditadas por aspectos constitucionais, como o processamento sensorial) e as contra-reações comportamentais de outrem. Julga-se provável, que se esses mesmos sujeitos conseguiram aprender a governar satisfatoriamente funções importantes da sua individualidade (como o autocontrolo e a capacidade delinear metas realistas) e simultaneamente, as suas relações com os outros, é porque consolidaram caracteres importantes para a sua adaptação à adversidade e daí, tornaram-se resilientes.

No caso particular das situações de passibilidade de uso de drogas, tratam-se de ocorrências documentadas como potencialmente adversas. Nestes contextos, espera-se que sujeitos resilientes apresentem padrões de consumo moderados.

Com efeito, a capacidade de construir e manter uma rede social de suporte satisfatória pode libertar da necessidade de usar substâncias psicoactivas, enquanto artefactos de co-regulação, para partilhar os mesmos estados mentais e sócio-culturais com o coletivo;

Espera-se que quanto maior o equilíbrio regulatório, menor apresenta-se o interesse pelos efeitos neuropsicológicos das substâncias psicoactivas, nomeadamente ao nível da admissão da informação (sensorial) e tratamento da informação (autorregulação cognitivo-comportamental);

## Discussão

Consequentemente, é provável consolidarem-se disposições atitudinais no balanço entre os comportamentos exercidos adaptativamente na experiência real e as representações cognitivas fundadas na análise realista dos efeitos das substâncias psicoactivas.

Os constituintes desta amostra são mormente empregados, com níveis de formação secundário e superior e pertencentes ao género feminino. Tal parece estar em linha com as investigações exploratórias de Wagnild e Young (1990) junto de adultos resilientes. Dos respondentes, a grande maioria não fuma (77.9%), pouco mais de metade bebe álcool raramente (60.3%), apenas 21.2% toma tranquilizantes (dos quais 14.4% fazem-no raramente), pouco menos de metade (46.2%) não toma analgésicos ou fá-lo raramente (44.7%) e apenas uma percentagem vestigial (6.2%) da amostra assinala o consumo de outras drogas. Ninguém (0%) aponta o consumo de heroína ou cocaína. Tratam-se mormente de pequenos consumidores, portanto.

Tal configuração, em última análise, vai de encontro à realização dos objetivos desta investigação, que consistem em cruzar as variáveis apoio social, autorregulação e atitudes e examinar as relações com a resiliência, para depois processar junto com medidas de avaliação de condutas de consumo de tabaco, álcool e drogas.

A **primeira hipótese** sugere uma ligação significativa entre o suporte social percebido e o perfil sensorial. Com efeito, esta confirma-se em pequenas mas significativas correlações negativas, nomeadamente entre o suporte social percebido e o registo pobre, sensibilidade sensorial e evitamento de sensações. Tal é explicável à luz da teoria de Dunn (1997), segundo a qual, o registo pobre é um modo de funcionamento caracterizado por falhas na deteção de estímulos ambientais. Estas lacunas podem incluir pistas provenientes da rede social, não detectadas pelo sujeito, pelo que este pode falhar em detectar figuras de apoio socio-emocional disponíveis. Como essa omissão decorre eventualmente de um embotamento sensorial, o sujeito dificilmente apercebe-se a ponto de sentir-se marcadamente insatisfeito pela mesma.

Por outro lado, pessoas sensíveis sensorialmente ou que evitam estímulos sensoriais podem, ao forçar o meio social envolvente a tornar-se mais previsível, mostrando-se mais isoladas ou relacionalmente rígidas, falhando oportunidades de convívio e demonstrando menor satisfação social (Kinnealey & Fuiiek, 1999). Por outro lado, também é plausível pensar que o baixo Suporte Social (em número e satisfação) pode conduzir a alterações sensoriais (Zhong & Leonardelli, 2008), especialmente se as

pessoas estiverem sob distress. São bem conhecidos os fenômenos de hipoestesia (perda de sensibilidade) em indivíduos deprimidos e de hiperestesia (aumento exacerbado da sensibilidade) em sujeitos ansiosos. No sentido contrário, também foi achada uma relação discreta mas significativa e positiva entre os valores no quadrante busca de sensações e o número e satisfação com o suporte social.

A **segunda hipótese** considera uma relação entre o suporte social percebido e a autorregulação. Efetivamente, esta é mantida por ligações positivas, débeis, mas significativas entre o suporte social e todas as subescalas de autorregulação. A autorregulação parece estar mais vinculada à satisfação com o suporte social, comparativamente com o número de figuras provedoras de suporte social. Tal pode ajudar a reforçar a ideia que, mais do que a quantidade de pessoas na rede social, é a satisfação com a qualidade do apoio instrumental e emocional que se mostra mais em linha com a sustentabilidade individual.

Todos estes achados podem corroborar as teorias de correção social e de vinculação mencionadas na parte teórica deste trabalho. Por um lado, a rede de suporte social pode atuar com a continuação compensatória, na idade adulta, dos fenômenos de vinculação fundamentais para a saudável maturação cerebral e desenvolvimento mental ocorridos (ou não) na primeira infância. Assim, os sujeitos que beneficiam de uma rede social de suporte robusta, gratificante e contentora, que satisfaz as suas necessidades de segurança, afeição e valorização mostram-se mais competentes para se autorregular.

Numa perspectiva mais imediata, também se pode especular se o grupo social pressiona a motivação do sujeito para adquirir estratégias de autorregulação sob pena de, se não o fizer, ser ostracizado. Assim, propõe-se uma perspectiva Darwiniana de seleção pelo grupo, em que os sujeitos que mais sabem autorregular-se mostram-se mais cooperantes, asseguram a sua afiliação no grupo e beneficiam e gratificam-se com o seu apoio. Por outro lado, os sujeitos menos aptos para se autorregular, sobrecarregam o grupo até serem progressivamente rejeitados pelo mesmo, o que repercute-se em menor número de figuras significativas e satisfação mais reduzida com o suporte social.

A **terceira hipótese** contempla a correlação entre o suporte social percebido e as atitudes face ao tabaco, álcool e outras drogas. Permanece dúvida a sua validação através de uma correlação negativa entre o número de figuras assinaladas provedoras de suporte social e o índice de desagrado ao álcool, que embora com p-value menor que .050, mostra-se isolada e apresenta um coeficiente fraco.

## Discussão

Sobre a ausência de ligações explícitas entre o suporte social percebido e as atitudes face ao álcool, tabaco e drogas, pode-se conjecturar que as pessoas, por uma questão de diferenciação do grupo e de autoafirmação da personalidade, tendem a dissociar os interesses e julgamentos pessoais do funcionamento da rede social e mais ainda, relativamente às substâncias que se dispõem a consumir para modificar os seus estados de consciência. Em suma, é possível que seja mais fácil para os sujeitos diferenciar-se do grupo pelas atitudes (enquanto julgamentos pessoais), já que nem sempre o podem fazer pela via dos comportamentos, especialmente os de consumo de substâncias.

Por outro lado, os efeitos protetores do apoio social mostram-se dúbios relativamente ao caso particular do álcool (Cullum et al., 2013). Não seria totalmente improvável que indivíduos que assinalam redes sociais mais numerosas apresentem menor desagrado ao álcool, na medida em que o seu efeito de lubrificante social dificilmente pode ser descartado dos rituais afiliativos (Cheng & Chartrand, 2003). Com efeito, nas cerimónias necessárias à manutenção das relações sociais, quanto mais integrado o indivíduo está, mais as atitudes coletivas se sobrepõem às individuais (Reed et al., 2007).

A **quarta hipótese** aponta para uma conexão entre o perfil sensorial e a autorregulação. Esta é atestada por correlações discretas, negativas mas significativas entre (quase) todas as subescalas de autorregulação e os quadrantes registo pobre, sensibilidade sensorial e evitamento de sensações do perfil sensorial. Pode-se explicar esta disposição estatística sugerindo que o quadrante registo pobre implica a perda, por embotamento sensitivo e baixa responsividade, de estímulos sensoriais importantes para o desempenho adaptativo dos sujeitos.

Não obstante, o excesso de estimulação sensorial também pode interferir no funcionamento dos sujeitos, tanto porque, ao suscitar uma ativação psicofisiológica exagerada, os obriga à defensividade sensorial ou porque perturba-lhes diretamente a regulação dos seus sistemas sócio-emocionais, perceptivo-cognitivos e sensoriomotores. À luz desta visão, é expectável que os indivíduos que mais pontuam nos quadrantes evitamento de sensações e sensibilidade sensorial do perfil sensorial apresentem também menor aptidão para a autorregulação.

Um dado curioso é que o quadrante evitamento de sensações demonstra correlações negativas ligeiramente mais ténues com a autorregulação, chegando

inclusivamente a não apresentar ligação significativa com a subescala de estabelecimento de objetivos. Este desagravamento parece compreensível, pois o evitamento de sensações é o único destes quadrantes que implica a utilização de estratégias ativas de modulação sensorial e que está conotado teórica e empiricamente com fenómenos de habituação (Brown et al., 2001). Noutras palavras, o evitamento de sensações implica algum planeamento, por parte do sujeito, para produzir comportamentos que ajudem a lidar com desequilíbrio sensorial (tapar os ouvidos, fechar as cortinas ou sair do quarto, por exemplo) e daí, espera-se a presença de habilidades aditadas de autorregulação.

Finalmente, não se pode pôr de parte a possibilidade da insuficiência de autorregulação implicar alterações no processamento sensorial, especialmente se a primeira se apresentar tão aguda ao ponto de interferir no ciclo circadiano.

A **quinta hipótese** compreende a ligação entre o perfil sensorial e as atitudes. A mesma é confirmada por correlações significativas ténues entre o registo pobre e a perceção de satisfação e disposição para o uso de tabaco e, inversamente, uma correlação negativa com índice de desagrado face ao tabaco. É possível que, enquanto estimulante, a nicotina aumente a condução neuronal e facilite o aporte de informação sensorial, o que promete aos indivíduos alheados sensorialmente a recuperação momentânea do seu equilíbrio neuropsicológico. Não é de estranhar, pois, que aqueles que apresentam mormente registo pobre de processamento sensorial manifestem julgamentos mais favoráveis ao uso e fruição do tabaco e menor susceptibilidade aos seus efeitos adversos.

Ligação semelhante estabelece-se entre o evitamento de sensações e a perceção da satisfação do tabaco, o que sugere que o pretexto de fumar pode ser utilizado por sujeitos mais evitantes para escapar de ambientes que os assoberbam.

Também se acham ligações significativas positivas ligeiras entre a sensibilidade sensorial ou evitamento de sensações e o índice de desagrado ao álcool. O efeito inibidor do álcool sobre o sistema nervoso central, pela redução que esta substância provoca na condução neuronal, resulta numa perturbação sensorial generalizada. Desta, podem resultar numerosos sintomas, como ataxia da marcha, vertigens, náuseas e vómitos, entre outros. Não é surpreendente, portanto, que esse efeito se figure aversivo para os indivíduos que frequentemente se assoberbam com estimulação sensorial.

## Discussão

Não se encontram quaisquer relações entre os componentes da escala de atitudes face ao consumo de drogas – ESACDRO e o perfil sensorial. Como já foi abordado, o número de consumidores de drogas ilícitas é residual nesta amostra, pelo que é plausível que a maioria dos sujeitos tenha assinalado as respostas seguindo disposições atitudinais mais conceptuais e hipotéticas e menos coladas à ponderação das vivências sensoriais reais providas pelas substâncias psicoativas.

Todos estes achados permitem especular sobre a hegemonia da componente sensorial sobre as atitudes, em linha com os estudos de Williams e Bargh (2008), mas no caso do consumo de substâncias, esta tendência pode somente verificar-se relativamente a situações previamente experienciadas pelo sujeito.

A **sexta hipótese** sustenta uma concordância entre a autorregulação e as atitudes face ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas. Esta é confirmada nas correlações muito fracas, significativas, entre praticamente todas as subescalas de autorregulação e a disposição para o uso de tabaco e satisfação com o mesmo (de forma negativa) e o índice de desagrado relativo a esta substância (de forma positiva). Com efeito, é expectável que uma substância cada vez mais sancionada pelas comunidades, pelos efeitos nefastos que acarreta para a esperança de vida, saúde, qualidade ambiental e coesão social, produza aversão nos respondentes que assinalam maiores níveis de autorregulação, estabelecimento de objetivos e controlo de impulsos.

Por outro lado, a boa intuição defende que o “*vício de fumar*” pressupõe uma menor capacidade, por parte do sujeito, em gerir as suas motivações e comportamentos. À luz deste preconceito, comum na cultura dos respondentes, é imaginável que aqueles que mais cotam na escala de autorregulação assinalassem menos apetência pela substância na escala de atitudes face ao consumo de tabaco – ESACTA e vice-versa.

Tendência semelhante, também muito fraca e significativa, observa-se entre a autorregulação e os níveis na escala de atitudes face ao consumo de álcool - ESACAL. Pelo seu impacto fortemente oneroso para tecido social, é compreensível que o álcool seja cada vez mais atitudinalmente rejeitado pelas pessoas.

Também notam-se correlações dispersas, débeis, embora significativas entre os níveis da escala de autorregulação e a subescala de atitude de predisposição para o consumo de drogas. Estas ligações indiciam a probabilidade dos sujeitos que responderam à SSRQ de forma mais imponderada e aquiescente face à desejabilidade

social (que resulta na inflação dos valores de autorregulação) possam também ter respondido de forma impulsiva à ESACDRO. Nesta lógica, tal tendência irrefletida consubstanciar-se-ia numa marcada preferência por respostas “N – Nem concordo, nem discordo” em muitos itens, o que também resultaria numa elevação artificial (ainda que moderada) dos valores.

A **sétima hipótese** estipula uma conotação significativa entre o suporte social percebido e a resiliência. Esta é corroborada por ligações ligeiras mas significativas entre a satisfação com o suporte social e a resiliência e os seus fatores. Com efeito, é lícito pensar que a satisfação com o suporte social constitui uma garantia acrescida da apresentação desta variável enquanto uma condição em linha com a resiliência, pois esta componente exclui as preocupações individuais com a manutenção da filiação no grupo ou a ameaça de ostracismo e conota-se com uma vinculação mais segura (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Noutro prisma, estabelecendo a resiliência enquanto traço de personalidade, este manifesta-se favorável à exteriorização de capacidades de angariação do apoio fornecido pela rede social e de gratificação com o mesmo (Gable & Reis, 2010). Complementarmente, Pinheiro (2003) e Pinheiro e Ferreira (2001, 2002), nos seus estudos, apontam que as evidências sustentam a possibilidade do apoio social ser um traço caracterial ao invés de uma simples disposição contextual.

A **oitava hipótese** circunscreve uma correspondência significativa entre o perfil sensorial e a resiliência. Esta é certificada, pois o registo pobre, a sensibilidade sensorial e o evitamento de sensações estendem ligações negativas, fracas, mas significativas com os fatores perseverança e a resiliência total. Este achado remete para a participação de erros de omissão ou excesso de informação sensorial na obstrução da correta interpretação da realidade e consequente adaptação positiva à adversidade.

O fator de resiliência restante – a autossuficiência, também parece ser afetado por estas anomalias de modulação sensorial embora de forma não significativa. Tal justifica-se, levantando a possibilidade de este fator não estar tão dependente da interpretação precisa da realidade, na medida em que se trata de um sentido de unicidade pessoal e que preconiza a aceitação tranquila de que alguns desafios da vida têm de ser ultrapassados em estado de solidão (Wagnild & Young, 1993).

A **nona hipótese** aprecia uma ligação significativa entre a autorregulação cognitivo-comportamental e a resiliência. Esta sai corroborada por correlações positivas consolidadas e significativas entre todas as subescalas da autorregulação e a resiliência.

É possível que a autorregulação seja o corpo de competências fundamental para habilitar a ocorrência do fenómeno resiliência, na medida em que é necessário uma capacidade eficaz de autocontrolo (Wills & Bantum, 2012) e de planeamento para operacionalizar uma adaptação bem-sucedida à adversidade.

Especial destaque deve ser dado à maior correlação significativa encontrada entre a escala de estabelecimento de objetivos da autorregulação e o fator de resiliência perseverança. Presumivelmente, não é possível persistir na adversidade (Wagnild & Young, 1993) sem deter a capacidade de definir corretamente as missões que constituem o enredo da vida. Parece que os sujeitos que assumem um papel de protagonismo que lhes permita canalizar os seus recursos cognitivos, emocionais e de controlo comportamental em prol da persecução do seu destino apresentam maior probabilidade de atingir, eficazmente, os seus objetivos.

Estes resultados estão em linha com as evidências científicas encontradas dentro e fora do contexto português (Garcia Del Castillo & Dias, 2009).

A **décima hipótese** propõe uma conjugação significativa entre as atitudes e a resiliência. Esta é validada por correlações negativas fracas e significativas entre a resiliência (excluindo o fator autossuficiência) com a disposição para o consumo de tabaco e a perceção da satisfação do tabaco.

Sem surpresa, os sujeitos que mais pontuam na resiliência apresentam menor predisposição para o uso de tabaco. Eventualmente, os que mais pontuam no fator autossuficiência podem excluir de forma um pouco menos marcada o efeito estimulante da nicotina, talvez pela força psíquica que esta serve em auxílio de um estilo de vida independente (também fruto da aprendizagem social do fumar enquanto símbolo de emancipação), mas é bem possível que se desmotivem ainda mais de consumir ao ponderar os efeitos nocivos do tabaco. Com efeito, observam-se relações negativas débeis, mas significativas, entre a resiliência e todos os seus fatores e o índice de desagrado face ao tabaco.

Por outro lado, o “*vício de fumar*”, pela sua conotação culturalmente desfavorável, pode reduzir a noção que o sujeito tem de si mesmo enquanto detentor de características de resiliência.

No âmbito das atitudes face ao álcool, detetam-se relações negativas ténues mas significativas entre a resiliência e a disposição para o consumo de álcool. Considerando a carga de indesejabilidade associada ao álcool, provavelmente equiparável à do tabaco, é expectável que valores crescentes de resiliência associem-se a valores decrescentes de predisposição para o consumo de álcool. Nota-se uma relação positiva ligeira e significativa entre a resiliência e o índice de desagrado face ao álcool. Uma maior pontuação na resiliência conota-se, assim, com uma maior responsividade aos possíveis efeitos aversivos do álcool. Eventualmente, tal justifica-se porque os sujeitos que mais pontuam na resiliência são os que mais mostram-se sensibilizados face ao risco inerente ao uso de álcool.

No que concerne às atitudes face ao consumo de drogas, encontram-se relações positivas débeis entre a resiliência e a predisposição para o consumo de drogas. Sem descartar a possibilidade de ocorrência de fenómenos de aquiescência com a desejabilidade social, já mencionados, estes achados sugerem a eventualidade das pessoas que mais pontuam na resiliência cultivarem a mentalização preventiva da vulnerabilidade perante um futuro incerto. Desta forma, ao conceptualizar que as drogas dão prazer e que ninguém é hipoteticamente invulnerável face à atração que estas substâncias psicoativas podem gerar, os sujeitos dilatam a sua perceção de risco e evitam o seu consumo. Tal pode-se consubstanciar numa preferência de respostas “N – Nem concordo, nem discordo” a muitos itens da ECSADRO. Note-se, que na resposta à hipótese anterior, constatou-se que a resiliência conota-se de forma consistente e significativa com a autorregulação e em particular, com o autocontrolo. Este panorama confirma a opinião de Wills e Bantum (2012) que apontam o autocontrolo enquanto sustentáculo da resiliência. Não obstante, também pode relativizar a ideia de que os resilientes são massivamente otimistas (Klohn, 1996). Se é verdade que uma visão positiva do mundo ajuda o seu detentor a identificar oportunidades em situações adversas e a encontrar soluções para resolver problemas (Block & Block, 1980), também é certo que a perceção de vulnerabilidade face a ameaças futuras pode fomentar a adequada monitorização e prevenção de problemas.

Finalmente, são identificáveis correlações positivas fracas e significativas entre a resiliência (excluindo os fatores perseverança) e a percepção do risco do consumo de drogas que, de alguma forma, podem corroborar as considerações anteriores.

A **décima primeira hipótese** propõe uma variação significativa do suporte social percebido em função do consumo de tabaco, álcool e drogas. Esta é legitimada por diferenças significativas na mediana do número de figuras providentes de suporte social relativamente ao consumo de tabaco. Constata-se tendência semelhante, embora não significativa, relativamente ao álcool.

Os sujeitos que fumam tabaco raramente, parecem assinalar maior número de figuras de suporte social que os que fumam mais regularmente e ainda mais do que os que não fumam. Estes resultados contrariam o efeito protetor do suporte social relativamente ao consumo de nicotina (Carter-Sowell et al., 2008). É possível que isso se suceda porque os fumadores (em particular os ocasionais) andam mais envolvidos em rituais afiliativos, o que resulta numa rede social mais numerosa. Nestas cerimónias, é expectável que exista uma sinergia consolidada entre o uso de tabaco e o uso de álcool (Falk et al., 2006). Tal não implica maior satisfação relativamente ao apoio providenciado pela rede social, pois sobre esta variável, não se observam quaisquer influências dignas de registo provenientes do consumo de álcool, tabaco e drogas. Isso é indicativo de que o uso de substâncias psicoativas pode permitir uma expansão da rede social, mas não contribui para que as relações se tornem menos superficiais.

Além disso, o medo de ostracismo pode incrementar os consumos que, por sua vez, retroalimentam as relações sociais mas não necessariamente geradoras de suporte social de qualidade (Wagner et al., 2004).

A **décima segunda hipótese** prevê uma alteração significativa do perfil sensorial face ao consumo de álcool, tabaco e drogas. Esta é comprovada por diferenças significativas nas medianas dos níveis nos quadrantes do perfil sensorial face à frequência de consumo de substâncias psicoativas.

O registo pobre é maior entre os que consomem tranquilizantes em comparação com os que não consomem. Isto pode ser explicado aventando que uma falta de sensibilidade face aos eventos externos pode originar um aumento compensatório da sensibilidade face a eventos internos (Rijk et al., 1999), como batimento cardíaco, peristaltismo e outros fenómenos neurovegetativos. Daqui pode advir um

exacerbamento da consciência corporal bem como interpretações ansiogénicas das sensações somáticas (Engel-Yeger & Dunn, 2011a), o que pode resultar num aumento do consumo de medicação para controlo de sintomas.

Por outro lado, os tranquilizantes intervêm na inibição da atividade neuronal, reduzindo a condução de informação sensorial, podendo assim aumentar falhas de registo sensorial e elevação dos níveis no quadrante registo pobre.

A sensibilidade sensorial é tanto maior quanto maior é frequência de uso tranquilizantes e de analgésicos. É lícito propor que indivíduos mais assoberbados com estimulação sensorial apresentem maior ativação psicofisiológica e se mostrem mais suscetíveis à ansiedade (Kinnealey & Fuiek, 1999) e equivalentes somáticos (queixas álgicas inespecíficas). A consequência lógica deste quadro é uma probabilidade aumentada de prescrição de ansiolíticos e de analgésicos pelo médico assistente.

Noutra perspectiva, algumas pessoas podem sofrer os efeitos paradoxais dos ansiolíticos, em que os efeitos inibitórios destes medicamentos desativam áreas cerebrais importantes para a modulação sensorial e autorregulação, o que resulta em sintomas como hipervigília, excitação, agressividade e hipersensibilidade.

A mesma tendência verifica-se relativamente ao evitamento de sensações, mas de forma um pouco menos pronunciada. Portanto, é natural que sujeitos mais propensos a mitigar ativamente a estimulação sensorial excessiva, recorram um pouco menos aos ansiolíticos e analgésicos enquanto medidas defensivas eficazes para esse efeito.

Noutro prisma, determinada estimulação sensorial como a dor crónica, mesmo que devidamente abordada com farmacoterapia (prescrição de analgésicos e ansiolíticos em doses terapêuticas), pode condicionar o processamento sensorial da pessoa e pendê-lo para um modo de funcionamento eminentemente evitante.

Estes resultados correspondem precisamente a um estudo recente na área do processamento sensorial (Engel-Yeger & Dunn, 2011b), que estabelece uma relação significativa entre níveis aumentados de ansiedade traço e estado em indivíduos que pontuam mais no evitamento sensorial, sensibilidade sensorial e registo pobre, respetivamente.

A **décima terceira hipótese** reconhece uma modificação significativa da autorregulação conforme o consumo de tabaco, álcool e outras drogas. Esta é ratificada pelas diferenças significativas nas medianas das subescalas de autorregulação e do

## Discussão

controle de impulsos, que são tanto maiores quanto menor se apresenta a frequência de uso de tranquilizantes.

Mais uma vez, evoca-se a possibilidade da ocorrência dos efeitos paradoxais dos ansiolíticos. No entanto, as complicações decorrentes da toma de tais medicamentos apresentam-se relativamente raras.

Identificando outra possibilidade, “nervosismo” é um termo ambíguo frequentemente usado em queixas dos doentes ao seu médico assistente. Com efeito, esta expressão desdobra-se em significações eufemísticas que vão para além do sinónimo “ansiedade”, como: “agitação”; “impulsividade”; “irritação”; “instabilidade” ou mesmo “leviandade”. Logo, não é de estranhar que possam ocorrer erros diagnósticos e prescrições indevidas de ansiolíticos a sujeitos mais extrovertidos, desinibidos e impulsivos – portanto, com menores níveis de autorregulação.

A escassez de diferenças significativas nos níveis de autorregulação quanto à frequência de uso de substâncias poder-se-á dever às taxas de consumo muito baixas entre os respondentes, o que segundo García Del Castillo e Dias (2009), pode intervir na definição última dos resultados.

A **décima quarta hipótese** considera uma oscilação significativa da resiliência relativamente ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas. Esta não se confirma. No entanto, é indiretamente mantida por diferenças significativas entre as medianas dos fatores perseverança e sentido de vida face à frequência de consumo de estimulantes.

A perseverança e o sentido de vida são tanto maiores quanto menor se figura a frequência de consumo de estimulantes. Os sujeitos detentores de menor atenção concentrada apresentam também menor capacidade de perseverar nas tarefas mais exigentes a que se possam propor, muito por causa das suas dificuldades em inibir estímulos irrelevantes e em adiar respostas comportamentais. É previsível que recorram mais frequentemente a estimulantes como a cafeína, a teína ou mesmo as anfetaminas, para tentar prevenir a depleção cognitiva e assim dilatarem a sua capacidade de insistir na adversidade.

A falta de diferenças significativas nos níveis de resiliência quanto à frequência de uso de substâncias poder-se-á dever ao fenómeno já documentado na justificação da hipótese anterior.

A **décima quinta hipótese** propõe uma flutuação significativa das atitudes face ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas. Esta é sustentada por diferenças significativas nas medianas das atitudes em função da frequência de consumo.

As atitudes aferidas pela ESACTA mostram-se consistentemente mais favoráveis ao uso de tabaco entre os sujeitos que consomem tabaco, álcool ou analgésicos mais frequentemente. Aqui constata-se o poder preditivo das atitudes relativamente aos comportamentos de consumo (Ajzen et al., 1982). O tabaco é uma droga legal, desejável, com poucos efeitos aversivos imediatos, mas com enormes custos para a saúde (Pascual & Vicéns, 2004). É de supor que os tabagistas e policonsumidores tenham urgência em resolver a sua dissonância cognitiva tomando uma postura argumentativa em favor desta substância altamente aditiva, (de la Villa et al., 2009). Seguindo este prisma, é natural que os sujeitos que mais valorizam os efeitos positivos do tabaco se mostrem mais atreitos a consumi-lo (Hogarth & Chase, 2011).

A relação transversal entre atitudes favoráveis ao tabaco enquanto substância psicoativa, o consumo de tabaco e o consumo de analgésicos vai de encontro ao achado noutras investigações: a dor, por ser um estímulo sensorial depletor dos recursos cognitivos necessários ao autocontrolo, parece potenciar o tabagismo (Solberg Nes et al., 2010).

As atitudes aferidas pela ESACAL parecem ser mais favoráveis ao consumo de álcool entre as pessoas que apresentam maior frequência de consumo de álcool ou tabaco face às que não fumam e não bebem. Certamente que álcool representa um impacto prejudicial em mortalidade e morbidade, com custos comunitários muito elevados Mello (2001). Adicionalmente, induz efeitos aversivos imediatos em quem o consome, especialmente se costuma fazê-lo de forma abusiva. Mas trata-se de uma substância cada vez mais metabolizada pela cultura da sociedade global e daí, crescentemente permitida (Nieva, Gual, Ortega, & Mondón, 2004). Pelo que é previsível que os que mais bebem e fumam se mostrem mais favoráveis e dispostos a consumir e a estar satisfeitos com os seus efeitos.

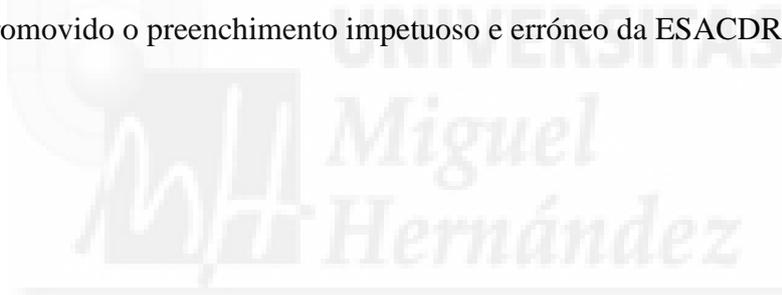
Tais indicadores reforçam a possibilidade de ocorrência de efeitos sinérgicos do uso concomitante, no sentido em que indivíduos que bebem álcool são mais propensos a fumar que os abstémicos, tal como os sujeitos fumadores bebem mais que os não fumadores (Falk et al., 2006).

## Discussão

Resta salientar que todos os resultados atrás descritos são confirmados por correlações significativas entre as atitudes e a autoavaliação do nível da quantidade de consumo. Esta convergência de análises paralelas parece conferir maior consistência ao estudo.

Relativamente às atitudes aferidas pela ESACDRO, detetam-se apenas ligações negativas significativas (incongruentes) com a autoavaliação do nível de quantidade de consumo de substâncias psicoativas. Talvez os sujeitos mais consumidores mostrem-se mormente dissonantes cognitivamente (de la Villa et al., 2009), visto estarem mais sensibilizados para os efeitos prejudiciais das substâncias, dado que contactam mais frequentemente com as mesmas e daí mostrarem menor predisposição para as consumir. Mas tal não parece repercutir-se na perceção do risco do consumo de drogas, o que reforça a menor consistência atitudinal.

Explicando de outra forma, a depleção cognitiva e a impulsividade (Harrison & Horne, 1998) que fomentam um consumo percebido de maior quantidade de substâncias podem ter promovido o preenchimento impetuoso e erróneo da ESACDRO.









**CAPÍTULO 9**  
**LIMITAÇÕES**



A amostra deste estudo apresenta-se demasiado pequena, selecionada e heterogénea para figurar-se representativa da população. Ademais, esta foi colhida numa região ultraperiférica do ponto de vista geográfico e com fatores históricos e culturais específicos pesando sobre as variáveis em análise. A resiliência, em particular, é particularmente influenciável por estes aspetos conjunturais (Bodin & Winman, 2004). Tais restrições impedem, cumulativamente, a generalização dos resultados. Acresce que as taxas de consumo entre os respondentes figuraram-se muito baixas (por exemplo, apenas 2 assinalaram consumir estimulantes regularmente e somente 11 o fazem raramente), o que segundo García Del Castillo e Dias (2009), pode condicionar questionavelmente a apresentação dos achados.

As relações estatisticamente significativas encontradas entre as variáveis mostraram-se demasiado fracas para permitir o uso de equações estruturais, o que constrangi a averiguação de causalidades.

Finalmente, a análise dos resultados ficou limitada por alguns constrangimentos:

- O questionário de consumo ESCON careceu dos melhoramentos necessários para prover mais informações fidedignas, por exemplo, sobre as quantidades de consumo das substâncias. Tal poderia ter sido colmatado com um estudo-piloto mais extenso e incisivo;
- A ESADRO (à semelhança de outras escalas, como a ESACTA e a ESACAL) beneficiaria de uma readaptação cuidada e específica à população adulta, que pode prevenir erros interpretativos por parte dos respondentes, o que certamente melhoraria a sua qualidade métrica;
- O Perfil Sensorial não foi aferido para a população adolescente e adulta portuguesa. Como este instrumento foi somente adaptado, faltaram, por exemplo, pontos de corte fiáveis para fazer uma análise específica plenamente válida da variação da quantidade de consumo em função dos níveis nos quadrantes de processamento sensorial.





**CAPÍTULO 10**  
**CONCLUSÕES E FUTURAS LINHAS DE**  
**INVESTIGAÇÃO**



## CONCLUSÕES

Um desfecho essencial desta investigação, que reproduz os resultados teóricos e práticos de outros estudos nacionais e internacionais, é de que a resiliência e a autorregulação mostraram-se expressivamente associadas. Isto remete para a possibilidade da autorregulação constituir o corpo de competências, de planeamento e autocontrolo, necessário para habilitar a adaptação positiva à adversidade, que caracteriza a resiliência.

O suporte social relacionou-se favoravelmente com a autorregulação e a resiliência, mas foi somente na vertente de satisfação é que se observou esta tendência. Tal põe em evidência as implicações dos processos de correção, que emergem na vinculação segura com figuras de suporte significativas, para a estimulação da sustentabilidade homeostática e tenacidade psíquica dos sujeitos.

Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas no geral, as variações relativamente à autorregulação e resiliência figuraram-se anémicas. Tal significa, pelo menos nesta análise, que a autorregulação e a resiliência podem estar associadas aos comportamentos de consumo de psicotrópicos de forma direta mas limitada e que podem relacionar-se indiretamente com estas ocorrências de forma mais ampla, através do seu envolvimento com as atitudes face ao consumo.

Situação contrária sucedeu-se relativamente ao suporte social, que não parecendo estabelecer uma ligação evidente com as atitudes sobre o consumo de drogas legais e ilegais, mostrou-se conectado com condutas de consumo de tabaco. Confirmam-se as alegações de alguns estudos, que sugerem que a manutenção da rede social pode implicar que os sujeitos submetam-se mais à influência social a favor do consumo, especialmente nas celebrações afiliativas. Ressalva-se, mais uma vez, a diferenciação entre o factor número de figuras de suporte mencionadas e a satisfação com o apoio emocional e instrumental recebido, defendida por alguns autores, pois se a primeira manifestou-se exclusivamente ligada ao incremento de comportamentos de consumo, a segunda apresenta-se enquanto um fato em linha com a resiliência e a autorregulação.

O processamento sensorial e o suporte social aparentaram influenciar-se mutuamente, talvez porque o primeiro pode mediar informativamente a adaptação ao meio social e o segundo, por co-regulação, equilibra o primeiro.

## Conclusões e futuras linhas de investigação

Fenómenos de assoberbamento ou défice de informação sensorial no SNC podem estar na base de diferenças na capacidade cognitiva, que repercutem-se em modos de robustez ou de depleção do Eu. Consequentemente, é natural que as capacidades de planeamento, de autocontrolo, de adaptação ao meio e de relação de conforto com a realidade manifestem-se condicionadas por estes fatores.

O processamento sensorial apresentou-se conectado com condutas de consumo, em particular de tranquilizantes e analgésicos, na medida em que os efeitos destas substâncias podem estar envolvidos nas rotinas de modulação sensorial de adultos.

Em sujeitos que consomem com mais frequência e intensidade, denotou-se maior predisposição atitudinal face ao álcool e tabaco o que corrobora a literatura científica sobre esta matéria: as atitudes de consumo tendem a prever os comportamentos de consumo.

A aplicação deste conhecimento, em futuros programas de prevenção eficazes, segue a sugestão de outros autores de trabalhos recentes, de que se o uso de substâncias acarreta fatores homeostáticos (nas suas vertentes social, cognitiva, comportamental, sensorial...) então dever-se-á promover o treino das competências que lhe estão implícitas.

## **FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO**

Este trabalho pode abrir novas linhas de investigação relativamente aos fatores que reforçam a homeostasia psíquica e que parecem estar na base dos fenómenos de resiliência e a sua relação com o consumo não problemático de substâncias psicoativas. Em jeito de continuação, colocam-se as seguintes sugestões:

- Validar o PSA, as EFACTA-ESACAL-ESACDRO e o SSRQ para a população adulta portuguesa;
- Delinear proposta para o aperfeiçoamento da ESACAL, nomeadamente o seu encurtamento em benefício do fácil preenchimento e evitamento de respostas por assinalar. Por exemplo, a questão sobre a autoavaliação da quantidade de consumo poderia ficar para o final para dar oportunidade de autorreflexão ao respondente e evitar a perplexidade e a não resposta;
- Investigar as correlações relevantes encontradas de forma mais específica, discriminando normas e fatores das variáveis e recorrendo a metodologias

estatísticas sofisticadas, como equações estruturais ou redes neuronais, para achar nexos causais;

- Adicionar outras variáveis pertinentes à análise, como componentes sócio-demográficas importantes como género e idade, autorregulação emocional, entre outras;
- Utilizar teorias de aprendizagem social para produzir e avaliar programas de prevenção secundária de consumo abusivo e problemático de substâncias psicoativas. Estes seriam centrados no treino de competências promotoras do desenvolvimento da auto-regulação e de padrões de consumo moderado. Por estarem a iniciar o consumo de substâncias psicoativas, considera-se que os adolescentes tardios e os adultos jovens constituem grupos de risco e portanto, a população alvo preferencial (mas não exclusiva) para tais intervenções. Nestas, adultos resilientes da comunidade seriam treinados para agir como modelos vicários de aprendizagem de padrões de consumo moderados e pró-sociais e de competências de autorregulação cognitivo-comportamentais, sensoriais, emocionais, sociais, entre outras vertentes;
- Utilizar teorias de vinculação e comprometimento social para produzir e avaliar programas de prevenção secundária de consumo abusivo e problemático de substâncias psicoativas junto de adultos maduros. Estes poderiam ser introduzidos e suportados pelas organizações empresariais e profissionais, à semelhança do que já acontece com os projetos de gestão do stresse no trabalho promovidos pelos departamentos de saúde ocupacional (exemplo: EU-OSHA, CISM, entre outros). Apesar desta população se figurar menos cativa e tecnicamente tangível, não quer dizer que esteja livre de risco ou que não necessite de ações preventivas. Este trabalho poder-se-ia dirigir a grupos de risco específicos, por exemplo: membros de cooperativas agrícolas, bombeiros, forças armadas, pescadores, operários da construção civil, trabalhadores portuários, tripulações de navios mercantes e de cruzeiro, controladores de tráfego aéreo, profissionais de hotelaria, profissionais de saúde que lidam com medicamentos; sacerdotes cristãos, etc.

## CONCLUSIONES

Una de las conclusiones principales de esta investigación, que reproduce los resultados teóricos y prácticos de otros estudios nacionales e internacionales, es que la resiliencia y la auto-regulación se muestran claramente asociadas. Esto conlleva la posibilidad de que la auto-regulación se pueda plantear como un conjunto de competencias, de planificación y de autocontrol, necesarias para adaptarse positivamente a la adversidad, aspecto característico de la resiliencia.

El soporte social se relaciona favorablemente con la autorregulación y con la resiliencia, pero fue solamente en el factor de satisfacción donde se observó esta tendencia. Este hecho pone en evidencia las implicaciones de los procesos de co-regulación, los cuales surgen en la interacción con figuras de soporte significativas, contribuyendo así al equilibrio psicológico de los sujetos.

En relación al consumo de sustancias psicoactivas por lo general, las variaciones en la auto-regulación y a la resiliencia son muy débiles. Esto puede interpretarse, según estos resultados, como que la auto-regulación y la resiliencia pueden estar asociadas a los comportamientos de consumo de psicotrópicos de forma directa pero limitada y que pueden relacionarse indirectamente, provocando así un mayor consumo, a través de las actitudes hacia el consumo.

El soporte social encontró resultados opuestos. En este sentido no se confirmó una relación evidente de las actitudes sobre el consumo de drogas legales e ilegales, sin embargo sí presentó relación significativa con conductas de consumo de tabaco. Se confirman las conclusiones de algunos estudios, que sugieren que el deseo de mantenerse en la red social puede implicar que los sujetos se sometan más a la influencia social a favor del consumo, especialmente en las celebraciones afiliativas. Se confirma, una vez más, la diferenciación entre el factor “número de figuras de soporte mencionadas” y el factor “satisfacción con el apoyo emocional e instrumental recibido”, defendida por algunos autores. Ya que si el primero se manifestó exclusivamente relacionada con el incremento de comportamientos de consumo, el segundo se presentó como un factor relacionado con la resiliencia y la auto-regulación.

El procesamiento sensorial y el soporte social parecen influenciarse mutuamente, tal vez porque el primero puede mediar informativamente la adaptación al medio social y el segundo, por co-regulación, equilibra al primero.

Fenómenos de saturación o déficit de información sensorial en el SNC pueden estar en la base de las diferencias en la capacidad cognitiva, que repercuten en los modos de consolidación o pérdida del Yo. Consecuentemente, es normal que las capacidades de planificación, auto-control, adaptación al medio y la relación de comodidad con la realidad se manifiesten condicionadas por estos factores.

El procesamiento sensorial se presentó relacionado con conductas y actitudes de consumo, en particular de tranquilizantes y analgésicos, lo cual puede explicarse por el hecho de que los efectos de estas sustancias pueden alterar dicho procesamiento.

Los sujetos que consumen con más frecuencia e intensidad, mostraron una mayor predisposición actitudinal hacia el alcohol y el tabaco, lo que confirma la literatura científica sobre esta materia: las actitudes de consumo negativas tienden a prevenir los comportamientos de consumo.

La aplicación de este conocimiento en futuros programas de prevención eficaces, sigue las sugerencias de otros autores de trabajos recientes, los cuales afirman que si el uso de sustancias conlleva factores homeostáticos (en su vertiente social, cognitiva, comportamental, sensorial...), entonces, se deberá promover el entrenamiento en habilidades y competencias que tengan relación con dichos factores.

## CONCLUSIONS

A key outcome of this research, which reinforces the theoretical and practical results of other national and international studies, is that resilience and self-regulation show to be significantly associated. This refers to the possibility of self-regulation being part of the body of skills of planning and self control necessary to enable successful adaptation to adversity, which characterizes resilience.

The social support was related positively with self-regulation and resilience, but it was only in the satisfaction factor that we observed this trend. This highlights the implications of co-regulation processes that emerge in secure attachment with significant support figures, for stimulating homeostatic sustainability and individual mental toughness.

With regard to psychoactive substance use in general, variations related with self-regulation and resilience showed up anemic. This means, at least in this analysis, that the self-regulation and resilience may be associated with drug consumption behaviors in a direct but limited way and that may be indirectly related to these events more broadly outline, through their involvement with the attitudes towards consumption.

The opposite happened relatively to social support, which not appearing to establish a clear link with the attitudes about the use of legal and illegal drugs, proved to be connected with smoking behaviors. Some studies claims were confirmed, which suggest that the maintenance of social network may imply that the subjects undergo more to social influence towards consumption, especially in affiliative celebrations. It is emphasized once again, the difference between the number of mentioned support figures factor and the satisfaction with the emotional and instrumental support received, advocated by some authors, since as the first manifested itself exclusively linked to the increase of consumer behavior, the second is presented as a fact in line with resilience and self-regulation.

The sensory processing and social support appeared to influence each other, perhaps because the first can mediate informatively adaptation to the social environment and the second, by co-regulation, balances first.

Overwhelming or deficit phenomena of sensory information in the CNS may be the basis of differences in cognitive ability, which echo in the robustness or depletion of

Self. It is therefore natural that the planning , self-control, adaptation to environment and comfort relationship with reality skills manifest themselves conditioned by these factors.

The sensory processing showed up connected with intake behaviors, particularly of analgesics and tranquilizers, insofar as the effects of these substances may be involved in modulating adult sensory routines.

In subjects who consume more frequently and intensively, it is denoted a bigger attitudinal predisposition-face to alcohol and tobacco which supports the scientific literature on the subject: consuming attitudes tend to predict consuming behavior.

The application of this knowledge in future effective prevention programmes, follows the suggestion of other authors of recent works, that if the use of substances entails homeostatic factors (social, cognitive, behavioral, sensory...) then we should promote the training of the implied skills.







## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., Higgins, P., Abeles, M., Hall, C., Karoly, P., & Newton, C. (1998). Fibromyalgia and women's pursuit of personal goals: A daily process analysis. *Health Psychology, 17*(1), 40–47.
- Agaibi, C. E., & Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: A review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse, 6*(3), 195-216. doi: 10.1177/1524838005277438
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Psychology, 51*, 539-570.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., Timko, C., & White, J. B. (1982). Self monitoring and the Attitude-Behavior Relation. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 426-435.
- Alain, C., & Woods, D. L. (1999). Age-related changes in processing auditory stimuli during visual attention: Evidence for deficits in inhibitory control and sensory memory. *Psychology and Aging, 14*, 507–519. doi: 10.1037/0882-7974.14.3.507
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. M. Murchison (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 796-834). Winchester, MA: Clark University Press.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das Perturbações Mentais: DSM-V (5ª edição)*. Lisboa: Climepsi.
- Andersen, M. B., & Williams, J.M. (1999) Athletic injury, psychosocial factors, and perceptual changes during stress. *Journal of Sports Sciences, 117*, 735-741.
- Antonucci, T. C., Birditt, K. S., & Akiyama, H. (2009). Convoys of social relations: An interdisciplinary approach. In V. L. Bengtson, D. Gans, N. M. Pulney, & M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging*. (Vol. 2, pp. 247-260). New York, NY: Springer Publishing Co.
- Ayres, A. J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ayres, A. J. (1979). *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services.

## Referências

- Ayres, A. J. (1989). *Sensory integration and praxis tests*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Baddeley, A. D. (2003). Working memory: Looking back and looking forward. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 829–839. doi:10.1038/nrn1201
- Bagnato, S. J., & Neisworth, J. T. (1999). Collaboration and teamwork in assessment for early intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(2), 347-363.
- Baldwin M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112(3), 461–484.
- Balsa, C. Vital, C., & Pascueiro L. (2011). *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal, Prevalências e Padrões de Consumo (2001-2007)*. Lisboa: IDT, IP.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). *III Inquérito ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa 2012 (Relatório preliminar)*. Disponível em [http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar\\_06052013.pdf](http://www.idt.pt/PT/Noticias/Documents/2013/Relatorio%20Preliminar_06052013.pdf).
- Baltes, P., Lindenberger, U., & Staudinger, U. (2006). Life-span theory in developmental psychology. In R. Lerner (Ed.), *Handbook of Child Psychology. Vol.1: Theoretical Models of Human Development*. (6th ed., pp. 569-664). Hoboken, NJ: Wiley.
- Baranek, G. T. (1999). Autism during infancy: A retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9–12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 213–224. doi: 10.1023/A:1023080005650
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. New York: Guilford Press.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 226-244.
- Bassili J. N. (1996). Meta-judgmental vs. operative indexes of psychological attributes: the case of measures of attitude strength. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 637–53.

- Baptista, M. N., Lemos, V. A., Carneiro, A. M. & Morais, P. R. (2013). Perception of family support in dependents of alcohol and others drugs: relationship with mental disorders. *Adicciones*, 25(3) 220-22
- Batson, C. D. (2011). *Altruism in Humans*. New York, NY: Oxford University Press.
- Baumeister, R. F., & Heatherton, T. F. (1996). Self-regulation failure: An overview. *Psychological Inquiry*, 7(1), 1–15.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 351–355.
- Baumeister, R.F., Bratslavsky, E., Muraven, M., & Tice, D.M. (1998). Ego depletion: Is the active self a limited resource? *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1252-1265.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive Models of Depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1 (1), 5-37.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146.
- Birditt K. S., & Fingerman K. L. (2003). Age and gender differences in adults' descriptions of emotional reactions to interpersonal problems. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 58, 237–245.
- Blackman, S. (2004) "*Chilling Out*": the cultural politics of substance consumption, youth and drug policy. Maidenhead: McGrawHill-Open University Press.
- Blanchard-Fields, F., Horhota, M., & Mienaltowski, A. (2008). Social context and cognition. In S. Hofer & D. Alwin (Eds.), *Handbook on Cognitive Aging: Interdisciplinary Perspectives*. (Pp. 614-628). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations: The Minnesota symposia on child psychology*. (Vol.13). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

## Referências

- Bodin, P., & Wiman, B. (2004). Resilience and other stability concepts in ecology: Notes on their origin, validity, and usefulness. *ESS Bulletin*, 2, 33–43.
- Bohner, G., & Dickel, N. (2011). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 391–417. doi: 10.1146/annurev.psych.121208.131609.
- Bolger, N., & Eckenrode, J. (1991). Social relationships, personality, and anxiety during a major stressful event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 440–49.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation*. (Vol. 2). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss sadness and depression*. (Vol. 3). London: Penguin Book.
- Braverman, M.T. (1999). Research on resilience and its implications for tobacco prevention. *Nicotine and Tobacco Research*, 1, 67-72.
- Brooks, R.B. (1994). Children at risk: Fostering resilience and hope. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 545-553.
- Brown, C., & Dunn, W. (2002). *The adolescent/adult sensory profile: User's manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Brown, C., Cromwell, R.L., Filion, D., Dunn, W., & Tollefson, N. (2002). Sensory processing in schizophrenia: missing and avoiding information. *Schizophrenia Research*, 55(1), 187-195
- Brown, C., Tollefson, N., Dunn, W., Cromwell, R., & Filion, D. (2001). The Adult Sensory Profile: Measuring patterns of sensory processing. *American Journal of Occupational Therapy*, 55(1), 75–82. doi: 10.5014/ajot.55.1.75
- Brown, J. M. (1998). Self-regulation and the addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (Vol. 2, pp. 61–73). New York: Plenum Press.
- Busch, H., & Hofer, J. (2012). Self-regulation and milestones of adult development: Intimacy and generativity. *Developmental Psychology*, 48, 282-293. doi: 10.1037/a0025521.

- Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202–210. doi: 10.1177/1754073912451630
- Cameron, L. D., & Leventhal, H. (2003): Self-regulation, health and illness: An overview. In L. D. Cameron, and H. Leventhal (Eds), *The Self-regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 1-13). London: Routledge.
- Carey, K. B., Neal, D. J., & Collins, S. E. (2004). A psychometric analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Addictive Behaviors*, 29, 253–260.
- Carter-Sowell, A. R., Chen, Z., & Williams, K. D. (2008). Ostracism increases social susceptibility. *Social Influence*, 3, 143-153. doi: 10.1080/15534510802204868
- Carvalho, A. & Leal, I. (2006). Construção e validação de uma escala de representações sociais do consumo de álcool e drogas em adolescentes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 287-297.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1982). Control theory: A useful conceptual framework for personality— social, clinical, and health psychology. *Psychological Bulletin*, 92, 111–135.
- Catalano, R.F., & Hawkins, J.D. (1996). The social development model: a theory of antisocial behavior. In J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime: current theories* (pp. 149-197). Cambridge: Cambridge University Press.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409.
- Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health*, 85, 41–47.
- Cheng, C. M., & Chartrand, T. L. (2003). Self-monitoring without awareness: Using mimicry as a nonconscious affiliation strategy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 1170-1179. doi: 10.1037/0022-3514.85.6.1170

## Referências

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59, 676–684. doi: 10.1177/0022146510383501
- Cohen, S. E., & Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Cohen, S., Gottlieb, B., & Underwood, L. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. Underwood, & B. Gottlieb (Eds.), *Measuring and intervening in social support* (pp. 3–25). New York: Oxford University Press.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Personality assessment in psychosomatic medicine: Value of a trait taxonomy. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 71–82.
- Cullum, J., O’Grady, M., Sandoval, P., Armeli, S., & Tennen, H. (2013). Ignoring norms with a little help from my friends: Social support reduces normative influence on drinking behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 32(1), 17-33.
- Cutrona, C. E. (1990). Stress and social support—in search of optimal matching. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9(1), 3-14.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479 – 495.
- De la Villa, M., Ovejero, A., Sirvent, C., Rodríguez, F. J. & Pastor, J. (2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138.
- Debnam, K., Holt, C. L., Clark, E. M., Roth, D. L., & Southward, P. (2012). Relationship between religious social support and general social support with health behaviors in a national sample of African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(2), 179-189. doi: 10.1007/s10865-011-9338-4.

- Dejean, V. (1999). Sensory integration in motor planning [On-line]. Disponível em <http://motorplanning.com/>
- DeLongis, A., Coyne, J. C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1982). The relationship of hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology, 1*, 119-136.
- Derryberry, D., & Reed, M. A. (1996). Regulatory processes and the development of cognitive representations. *Development and Psychopathology, 8*, 215-234.
- Dillon, D., Chivite-Matthews, N., Grewal, I., Brown, R., Webster, S., Weddell, E., Brown, G. & Smith, N. (2007). *Risk, protective factors and resilience to drug use: identifying resilient young people and learning from their experiences*. London: Home Office.
- Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 890-904.
- Dunn, W. (1997). The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and families: A conceptual model. *Infants & Young Children, 9* (4), 23-35.
- Dunn, W. (1999). The Sensory Profile: The performance of a national sample of children without disabilities. *American Journal of Occupational Therapy, 51*, 25-34.
- Dunn, W. (2001). The sensations of everyday life: Empirical, theoretical, and pragmatic considerations. *American Journal of Occupational Therapy, 55*, 608–620. doi: 10.5014/ajot.55.6.608
- Dunn, W., Myles, B. S., & Orr, S. (2002). Sensory processing issues associated with Asperger Syndrome: A preliminary investigation. *American Journal of Occupational Therapy, 56*(1), 97–012. doi: 10.5014/ajot.56.1.97
- Eagly, A., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition, 25*, 582-602. doi: 10.1521/soco.2007.25.5.582
- Edelson, S. M. (1984). Implications of sensory stimulation in self-destructive behavior. *American Journal of Mental Deficiency, 89*, 140–145.

## Referências

- Engel-Yeger B. & Dunn W. (2011a). The relationship between sensory processing patterns and pain catastrophizing level in healthy adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(1), 44.
- Engel-Yeger B. & Dunn W. (2011b). The relationship between sensory processing difficulties and anxiety level of healthy adults. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 210-216.
- Erskine, J. A. K., Georgiou, G., & Kvavilashvili, L. (2010). I suppress therefore I smoke: The effects of thought suppression on smoking behavior. *Psychological Science*, 21, 1225-1230. doi: 10.1177/0956797610378687.
- Espada, P., Mendez, X., Griffin, K., & Botwin, G. (2003). Adolescência: Consumo de álcool y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 84, 21 – 29.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2013). *European Drug Report: Trends and Developments - 2013*. Lisbon: EMCDDA.
- Falk, D. E., Yi, H. Y., & Hiller-Sturmhofel, S. (2006). An epidemiologic analysis of co-occurring alcohol and tobacco use and disorders: findings from the National Epidemiologic Survey on alcohol and Related Conditions. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 162-71.
- Farrington, D.P. (2000). Explaining and preventing crime: The globalization of knowledge - The American Society of Criminology 1999 presidential address. *Criminology*, 38(1), 1–24.
- Felgueiras, M. (2008). *Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Felgueiras, M.C., Festas, C., & Vieira, M. (2008). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), 73-80.
- Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357

- Ferguson, M. J., & Bargh, J. A. (2004). Liking is for doing: Effects of goal-pursuit on automatic evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 557-572. doi: 10.1037/0022-3514.87.5.557
- Ferreira, A. (2004). Toxicodependência (s) e psicoterapia (s). *Toxicodependências*, 10(2), 65-74.
- Fisher, A. G., & Murray, E. A. (1991). Introduction to sensory integration theory. In A. G. Fisher, E. A. Murray, & A. C. Bundy (Eds.), *Sensory integration theory and practice* (pp. 3-26). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fisher, A.G., Murray, E.A., & Bundy, A.C. (1991). *Sensory integration theory and practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Five-Schaw, C. (2000). Questionnaire design. In G. Brookwell, S. Hammond, & C. Five-Schawn (Eds.), *Research methods in psychology* (pp.159 -174). London: Sage Publications.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts and theory. *European Psychologist*, 18, 12-23. doi: 10.1027/1016-9040/a000124
- Fogel, A. (1993). *Developing through relationships: Origins of communication, self, and culture*. London: Harvester-Wheatsheaf and Chicago.
- Fujita, K., & MacGregor, K. E. (2012). Basic goal distinctions. In H. Aarts, & A. J. Elliot (Eds.), *Goal-oriented behavior* (pp. 85-114). New York: Psychology Press/Taylor & Francis.
- Fung H. H., Yeung D. Y., Li K. K., & Lang F. R. (2009). Benefits of negative social exchanges for emotional closeness. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64, 612–621. doi: 10.1093/geronb/gbp065.
- Gable, P. A., & Harmon-Jones, E. (2010). Late positive potential to appetitive stimuli and local attentional bias. *Emotion*, 10, 441–446. doi: 10.1037/a0018425.
- Gable, S. L., & Reis, H. T. (2010). Good news! Capitalizing on positive events in an interpersonal context. In M. P. Zanna (Ed.), *Shorey and Lakey 1079 Advances in*

## Referências

- experimental social psychology* (Vol. 42, pp. 195-257). San Diego, CA: Elsevier.
- García del Castillo, J. A. (2011). La evaluación del consumo de drogas en perspectiva. *Salud y drogas, 11* (1), 7-15.
- García del Castillo, J. A., & Dias, P. C. (2009). Auto-regulação, resiliência e consumo de substâncias na adolescência: contributos da adaptação do questionário reduzido de auto-regulação. *Psicologia, Saúde e Doenças, 10*(2), 205-216.
- García del Castillo, J.A., López-Sánchez, C., Segura, M.C. y García del Castillo-López, A. (2012). Estilos de vida y salud: promoción y prevención. En M.C. Terol, Y. Quiles y V. Pérez (coords.). *Manual de evaluación psicosocial en contextos de salud*. Madrid: Pirámide.
- García del Castillo, J. A., Dias, P. C., Díaz-Pérez, J. & García del Castillo-López, A. (2012). The mediating role of self-regulation in cigarette smoking and alcohol use among young people. *Anales de psicología, 28*(1), 1-10.
- Gawronski, B. (2007). Attitudes can be measured! But what is an attitude? *Social Cognition, 25*, 573-581.
- Gijsbers van Wijk, C. M. T. & Kolk, A. M. M. (1997). Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Social Science and Medicine, 45*(2), 231-246.
- Glantz, M.D., & Leshner, A.I. (2000). Drug abuse and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 12*, 795-814.
- Gleason, M. E. J., Iida, M., Shrout, P. E., & Bolger, N. (2008). Receiving support as a mixed blessing: Evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 94*(5), 824-838. doi: 10.1037/0022-3514.94.5.824.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin, 136*, 351-374. doi: 10.1037/a0018807.

- Greenspan, S. I. (1981). *Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood*. New York: International University Press.
- Gritz, E. R. & Crane, L. A. (1991). Use of Diet Pills and Amphetamines to Lose Weight Among Smoking and Nonsmoking High School Seniors. *Health Psychology*, *10*(5), 330-335.
- Gunnar, M.R. & Donzella, B. (2002). Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*, *27*, 199–220. doi: 10.1016/S0306-4530(01)00045-2
- Gutiérrez, M. & Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, *30*(2) 608-619.
- Harrison, Y., & Horne, J.A. (1998). Sleep loss affects risk-taking. *Journal of Sleep Research*, *7*(Supl. 2), 113.
- Hasher, L., & Zacks, R. T. (1988). Working memory, comprehension and aging: A review and a new view. In G. G. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 22, pp. 193–225). San Diego, CA: Academic Press.
- Hawkins, J.D., & Catalano, R.F. (1992). *Communities that Care: Action for drug abuse prevention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Health Officers Council of BC. (2005). *A Public Health Approach to Drug Control in Canada*. Victoria: Health Officers Council of BC.
- Hepler, J., & Albarracín, D. (2013). Attitudes Without Objects: Evidence for a Dispositional Attitude, Its Measurement, and Its Consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, *104*(6), 1060-76. doi: 10.1037/a0032282.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What Is resilience? *Canadian Journal of Psychiatry-Revue: Canadienne de Psychiatrie*, *56*(5), 258-265.
- Higgins, E. T. (1996). Knowledge activation: Accessibility, applicability, and salience. In E. T. Higgins, & A. W. Kruglanski (Eds.), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles* (pp. 133–168). New York: The Guilford Press.

## Referências

- Hofer, M. A. (1995). Hidden regulators: Implication for a new understanding of attachment, separation, and loss. In S. Golberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 203-230). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Hofmann, W., Rauch, W., & Gawronski, B. (2007). And deplete us not into temptation: Automatic attitudes, dietary restraint, and self-regulatory resources as determinants of eating behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(3), 497-504. doi: 10.1016/j.jesp.2006.05.004
- Hogarth, L., & Chase, H.W. (2011). Parallel goal-directed and habitual control of human drug-seeking: implications for dependence vulnerability. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 37(3), 261-276. doi: 10.1037/a0022913.
- Holahan, C. K., Holahan, C. J., North, R. J., Hayes, R. B., Powers, D. A., & Ockene, J. K. (2013). Smoking status, physical health-related quality of life, and mortality in middle-aged and older women. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(3), 662-669. doi: 10.1093/ntr/nts182
- Hooker, K. (1999). Possible selves in adulthood: Incorporating teleonomic relevance into studies of self. In T. M. Hess, & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 97-122). San Diego, CA: Academic Press.
- Huertas, K. M. Z. & Urdan, A.T. (2006). Atitude do consumidor sobre medicamentos: cognitiva ou afetiva? *Revista de Administração FACES Journal*, 5(3), 11-26.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jiménez, L., Bascarán, M., García-Portilla, M., Sáiz, P., Bousoño, M., & Bobes, J. (2004). La nicotina como droga. *Adicciones, revista de sociodrogalcohol*, 16(2), 143-153.

- Kandel, D. B. (2002). Examining the gateway hypothesis: Stages and pathways of drug involvement. In D. B. Kandel (Ed.), *Stages and pathways of drug involvement: Examining the gateway hypothesis* (pp. 3–15). New York: Cambridge University Press.
- Kandel, E., Schwartz, J., & Jessell, T. (2000). *Principles of neural science*. New York: McGraw-Hill.
- Kielhomer, G., & Fisher, A. G. (1991). Mind-brain-body relationships. In A. G. Fisher, E. A. Murray, & A. C. Bundy (Eds.), *Sensory integration theory and practice* (pp. 27–45). Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Kinnealey, M., & Fuiek, M. (1999). The relationship between sensory defensiveness, anxiety, depression and perception of pain in adults. *Occupational Therapy International*, 6(3), 195–206.
- Klohnen, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 1067–1079.
- Kranowitz, C. S. (2005). *The out-of-sync child*. New York, NY: The Berkley Publishing Group.
- Krause N. (2007). A longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychology and Aging*, 22, 456–469. doi: 10.1037/0882-7974.22.3.456.
- La Greca, A. M., & Thompson, K. (1998). Family and friend support for adolescents with diabetes. *Análise Psicológica*, 1, 101-113.
- Lang, F.R. & Carstensen, L. L. (2002). Time counts: Future time perspective, goals and social relationships. *Psychology and Aging*, 17, 125-139. doi: 10.1037/0882-7974.17.1.125
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: NY Springer Publishing.
- Lee, C. M., Geisner, I., Lewis, M. A., Neighbors, C., & Larimer, M. E. (2007). Social motives and the interaction between descriptive and injunctive norms in college student drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(5), 714–721.

## Referências

- Lillehoj, C., Trudeau, L., Spoth, R., & Wickrama, K. A. S. (2004). Internalizing, social competence, and substance initiation: Influence of gender moderation and a preventive intervention. *Substance Use and Misuse*, 39, 963-991.
- López, S., Medina-Mora, M. E., Ortiz, A. (1984). Percepción y actitudes hacia el consumo de sustancias de abuso através de informantes. *Salud Mental*, 7(2), 69-79.
- Lopes, J. A. (2004). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto.
- López, M. B. (2013). Saber, valorar y actuar : relaciones entre información, actitudes y consumo de alcohol durante la gestación. *Salud y drogas*, 13(1) 35-46.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for intervention and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (2<sup>nd</sup> Ed., pp. 510-549). New York: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Macleod, J. A. A., Oakes, R., Copello, A., Crome, I., Egger, M. E., Hickman, M., Davey Smith, G. (2004). Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *The Lancet*, 363 (9421), 1579 - 1588.
- Macrae, C. N., Bodenhausen, G. V., Milne, A. B., & Jetten, J. (1994). Out of mind but back in sight: Stereotypes on the rebound. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 808-817.
- Mahoney, J. L., & Bergman, L.R. (2002). Conceptual and methodological considerations in a developmental approach to the study of positive adaptation. *Applied Developmental Psychology*, 23, 195-217.

- Mak, W. W. S., Ng, I. S. W., & Wong, C. C. Y. (2011). Resilience: Enhancing well-being through the positive cognitive triad. *Journal of Counseling Psychology*, 58, 610-617. doi: 10.1037/a0025195.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2008). Resilience. In G. Reyes, J. Elhai & J. Ford (Eds.), *Encyclopedia of psychological trauma* (pp. 584-585). New York: Wiley.
- Mann, T., De Ridder, D.T.D., & Fujita, K. (2013). Self-Regulation of health behavior: Social psychological approaches to goal setting and goal striving. *Health Psychology*, 32(5), 487-498. doi: 10.1037/a0028533.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Masten, A.S. (1999). Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research. In: M.D., Glantz, & J.L. (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 289-296). New York: Plenum Press.
- McGhie, A., & Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103–116.
- Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation procedures*. New York, NY: Pergamon.
- Mejía, S. T., & Hooker, K. (2013). Social regulatory processes in later life: A web-based microlongitudinal study. *Psychology and Aging*, 28(3), 864-874.
- Mello, M. L. (2001). *Álcool e Problemas ligados ao álcool, em Portugal*. Lisboa: DGS.
- Mischel, W., Cantos, N., & Feldman, S. (1996). Principles of self-regulation: the nature of willpower and self-control. In E.T. Higgins, & A.W. Kruglanski (Eds.), *Social Psychology: Handbook of basic principles* (pp.329-360). New York: Guilford Press.
- Mitchell, J. (1992). Self-regulation and “addictive behaviour”: Some theoretical remarks. *International Journal of the Addictions*, 27, 743–748.
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M.J., Witzki, A. H., Howerter, A. & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49–100. doi: 10.1006/cogp.1999.0734

## Referências

- Mobily, K. E., Rubenstein, L. M., Lemke, J. H., O'Hara, M. W., & Wallace, R. B. (1996). Walking and depression in a cohort of older adults: The Iowa 65+ rural health study. *Journal of Aging and Physical Activity, 4*, 119-135.
- Mogg, K., Bradley, B. P., Field, M., & De Houwer, J. (2003). Eye movements to smoking-related pictures in smokers: Relationship between attentional biases and implicit and explicit measures of stimulus valence. *Addiction, 98*, 825-836. doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00392.x
- Mohr, C. D., Avera, S., Kenny, D. A., & Del Boca, F. K. (2001). Getting by (or Getting High) with a little help from my friends: An examination of adult alcoholics' friendships. *Journal of Studies on Alcohol, 62*, 637-646.
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin, 126*, 247-259. doi: 10.1037//0033-2909.126.2.247
- Myers, M. G. Wagner, E. F., & Brown, S.A. (1998). Adolescent substance abuse treatment protocol. In V. Hasset & Hersen (Eds), *Handbook of Psychological Treatment Protocols for Children & Adolescents* (pp. 381-411). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Neal, D. J., & Carey, K. B. (2005). A Follow-Up Psychometric Analysis of the Self-Regulation Questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors, 19* (4), 414-422.
- Nelson, C. A., & Bloom, F. E. (1997). Child development and neuroscience. *Child Development, 68*, 970-987.
- Newcomb, M. D., Maddahian, E., & Bentler, P. M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health, 76*, 525- 531.
- Ng Deep, C. C. & Leal, I. (2012). Adaptação da “The Resilience Scale” para a população adulta portuguesa. *Revista Psicologia USP, 23*(2), 417-433.
- Nieva, G., Gual, A., Ortega, L.L., & Mondón, S. (2004). Alcohol y tabaco. *Adicciones, 16*(2), 191-199.

- Norcross, J. C., Ratzin, A. C., & Payne, D. (1989). Ringing in the New Year: The change processes and reported outcomes of resolutions. *Addictive Behaviors, 14*, 205–212.
- Norman, D., & Shallice, T. (1986). Attention to action: Willed and automatic control of behavior. In R. Davidson, R. G. Schwartz, & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation: Advances in research and theory* (pp. 1–18). New York: Plenum Press.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Olds, S., Papalia, D. & Feldman, R. (1999). *A child's world* (8th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Ong, A.D., Edwards, L., & Bergeman, C.S. (2006). Hope as a source of resilience in later adulthood. Orcasita Pineda, L. T. & Uribe Rodríguez, A. F. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la disciplina, 4* (2) 69-82.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica, 14*, 263-268.
- Pardell, H., & Saltó, E. (2004). Beneficios de dejar de fumar. *Addiciones, 16*(Supl. 2), 131-142.
- Parham, L.D., & Mailloux, Z. (1996). Sensory integration and children with learning disabilities. In P.N. Pratt, & A.S. Allen (Eds.), *Occupational Therapy in Children* (pp. 307-355). St. Louis: Mosby.
- Pascual, F. & Vicéns, S. (2004). Aspectos históricos, sociales y económicos del tabaco. *Adicciones, 16*(2), 13–24.
- Perkins, K. A., Epstein, L. H., Fonte, C., Mitchell, S. L., & Grobe J. E. (1995). Gender, dietary restraint, and smoking's influence on hunger and the reinforcing value of food. *Physiology and Behavior, 57*, 675–680.
- Petraits, J., Flay, B. R., & Miller T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin, 117*(1), 67-86.

## Referências

- Petty, R. E., & Wegener, D. T. (1998). Attitude change: Multiple roles for persuasion variables. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (4th Ed., vol. 1, pp. 323-390). New York: McGraw-Hill.
- Petty, R. E., Briñol, P., & DeMarree, K. G. (2007). The Meta-cognitive model (MCM) of attitudes: Implications for attitude measurement, change, and strength. *Social Cognition, 25*, 657-686.
- Pickens, R. W., Svikis, D. S., McGue, M., Lykken, D. T., Heston, L. L., & Clayton P. J. (1991). Heterogeneity in the inheritance of alcoholism. *Archives of General Psychiatry, 48*, 19–28.
- Pinheiro, M. R. M. (2003). *Uma época especial: suporte social e vivências acadêmicas na transição e adaptação ao ensino superior*. (Tese de Doutorado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. (2001). Avaliação do suporte social em contexto do Ensino superior. In *Actas do V Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. (2002). O questionário de suporte social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica, 30*, 315-333.
- Pohl, P. S., Dunn, W., & Brown, C. (2003). The role of sensory processing in the everyday lives of older adults. *OTJR: Occupation, Participation and Health, 23*(3), 99–106.
- Prévile, M., Hebert, R., Boyer, R., & Bravo, G. (2001). Correlates of psychotropic drug use in the elderly compared to adults aged 18–64: results from the Quebec Health Survey. *Aging and Mental Health, 5*(3), 216–224. doi: 10.1080/13607860120065014
- Puri, B., Laking, P., & Treasaden, I. (1996). *Textbook of psychiatry*. New York: Churchill Livingstone.

- Reed, M. B., Lange, J. E., Ketchie, J. M., & Clapp, J. D. (2007). The relationship between social identity, normative information and college student drinking. *Social Influence*, 2(4), 269.
- Reifman, A., Watson, W.K., & McCourt, A. (2006). Social Networks and College Drinking: Probing Processes of Social Influence and Selection. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(6), 820-832.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.
- Rijk, A. E., Schreurs, K. M. G., & Bensing, J. M. (1999). Complaints of fatigue: related to too much as well as too little external stimulation? *Journal of Behavioral Medicine*, 22(6), 549-573.
- Rothbart, M. K., & Jones, L. B. (1999). Temperament: Developmental perspectives. In R. Gallimore, L. Bernheimer, & T. Weisner (Eds.), *Developmental perspectives on children with high-incidence disabilities. The LEA series on special education and disability* (pp. 33–53). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: From compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18(4), 896-905.
- Rothman, G., Anderson, B.J., & Stein, M.D. (2008). Gender, Drug use, and perceived social support among HIV positive patients. *AIDS and Behavior*, 12, 695-704.
- Ruehlman, L. S., & Wolchik, S. A. (1988). Personal goals and interpersonal support and hindrance as factors in psychological distress and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 293-301.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1–12.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78.

## Referências

- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. R. Sarason, I. G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), *Social Support: An Interactional View* (pp. 9-25). New York: Wiley.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., Shearin, E. N., & Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510. doi: 10.1177/0265407587044007
- Sarmany-Schuller, I. (1999). Procrastination, need for cognition and sensation seeking. *Studia Psychologica*, 41(1), 73–85.
- Schachter, S. (1959). *The psychology of affiliation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 59-87.
- Schuckit, M. A., & Gold, E. O. (1988). A simultaneous evaluation of multiple markers of ethanol/placebo challenges in sons of alcoholics and controls. *Archives of General Psychiatry*, 45, 211–216.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1989). Social support and health: A meta-analysis. *Psychology and Health*, 3, 1-15.
- Seco, G., Pereira, I., Dias, I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2005). Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: Pontes e alçapões. *Psicologia e Educação*, IV, 7-21.
- Seeman, T. E. (2000) Health Promoting Effects of Friends and Family on Health Outcomes in Older Adults. *American Journal of Health Promotion*, 14, 362–70.
- Seeman, T. E., & Berkman, L. F. (1988). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: Who provides support. *Social Science in Medicine*, 26, 737-749.

- Seery, M. D., Holman, E. A. & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: Cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of Personality and Social Psychology*, *99*, 1025-1041. doi: 10.1037/a0021344
- Siegel, S. (1957) Nonparametric Statistics. *The American Statistician*, *11* (3), 13-19.
- Shaaf, R. C. (1990). Play behavior and occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, *44* (1), 68-75.
- Shiffman, S. & Balabanis, M. (1995). Associations between alcohol and tobacco. In J.B. Fertig, & J.P. Allen, (Eds.), *Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice. NIAAA Research Monograph No. 30* (pp. 17–36). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Shiv, B., & Fedorikhin, A. (1999). Heart and Mind in Conflict: The Interplay of Affect and Cognition in Consumer Decision Making. *Journal of Consumer Research*, *26*, 278-292.
- Short-DeGraff, M. A. (1988). *Human development for occupational and physical therapists*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Siegel, D. J. (1998). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. *The Signal*, *6*(3-4), 1-11.
- Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de Substâncias na Adolescência: Um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, *7*(2), 147-164.
- Smokowski, P. R., A. J. Reynolds, & N. Bezruczko. 1999. Resilience and protective factors in adolescence: An autobiographical perspective from disadvantaged youth. *Journal of School Psychology*, *37*(4), 425–48.
- Solberg Nes, L., Carlson C. R., Crofford, L. J., de Leeuw, R., & Segerstrom, S. C. (2010). Self-regulatory deficits in Fibromyalgia and Temporomandibular disorders. *Pain*, *151*, 37-44. doi: 10.1016/j.pain.2010.05.009.
- Spangler, G., Schieche, M., Ilg, U., Maier, U., & Ackermann, C. (1994). Maternal sensitivity as an external organizer for biobehavioral regulation in infancy. *Developmental Psychobiology*, *27*, 425–437.

## Referências

- Steele, C. & Josephs, R. (1990). Alcohol myopia: its prized and dangerous effects. *American Psychologist*, *45*, 921–933.
- Stein, J.A., Newcomb, M.D., & Bentler, P.M. (1986). Stability and change in personality: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Journal of Research in Personality*, *20*, 276-291.
- Stols, D., van Heerden, R., van Jaarsveld, A., & Nel, R. (2013). Substance abusers' anger behaviour and sensory processing patterns: An occupational therapy investigation. *South African Journal of Occupational Therapy*, *43*, 25-34.
- Strawbridge, W. J., Walhagen, M. I., Schema, S. J., & Kaplan, G. A. (2000). Negative consequences of hearing impairment in old age: A longitudinal analysis. *The Gerontologist*, *40*, 320–326. doi: 10.1093/geront/40.3.320
- Subbaraman, M. S., & Kaskutas, L. A. (2012). Social support and comfort in AA as mediators of “Making AA easier” (MAAEZ), a 12 step facilitation intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, *26*(4), 759-765. doi: 10.1037/a0028544.
- Sussman, S., & Ames, S.L. (2008). *Drug abuse: Concepts, prevention and cessation*. West Nyack, NY: Cambridge University Press.
- Tavares, A. (2006). Do acompanhamento psicoterapêutico à psicoterapia – uma abordagem à toxicodependência. *Toxicodependências*, *12*(2), 61-69.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology* (3rd Ed.). New York: Mc-Graw Hill.
- Taylor, S.E., & Repetti, R.L. (1997). Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Review of Psychology*, *48*, 411-417.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. New Haven: Yale University Press.
- Thoits, P. (1986). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *23*, 145-159.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.

- Tiburcio, M. & Natera, G. (2003). Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto. *Salud Mental*, 26(5) 33-42.
- Townshend, J.M., & Duka, T. (2001). Attentional bias associated with alcohol cues: Differences between heavy and occasional social drinkers. *Psychopharmacology*, 157(1), 67–74.
- Trope, Y., & Liberman, N. (2003). Temporal construal. *Psychological Review*, 110, 403–421.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health: A lifespan perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Perspectives in Psychological Science*, 4, 236-255.
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218–235.
- United Nations Organization on Drugs and Crime – UNODC (2013). *World Drug Report 2013*. Genève: United Nations publication.
- Van Dillen, L. F., Papiés, E. K., & Hofmann, W. (2013). Turning a blind eye to temptation: How cognitive load can facilitate self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104,427-443. doi: 10.1037/a0031262
- Van Koningsbruggen, G. M., Stroebe, W., & Aarts, H. (2011). Through the eyes of dieters: Biased size perception of food following tempting food primes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 293–299. doi: 10.1016/j.jesp.2010.10.012
- Vara, M., & Sani, A. (2006). Escala de resiliência de Wagnild & Young: estudo preliminar de validação. In *Atas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: formas e contextos* (pp. 333-340). Braga: Psiquilibrios.
- Vaux, A. (1988). *Social Support: Theory, Research, and Intervention*. New York: Praeger.

## Referências

- Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2004). *Understanding self-regulation: An introduction. Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications*. New York: Guilford Press.
- von Hippel, W. & Dunlop, S. M. (2005). Aging, inhibition, and social inappropriateness. *Psychology and Aging, 20*, 519–523. doi: 10.1037/0882-7974.20.3.519
- Wagner, J., Burg, M., & Sirois, B. (2004). Social support and the transtheoretical model: Relationship of social support to smoking cessation stage, decisional balance, process use, and temptation. *Addictive Behaviors, 29*, 1039-1043. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.02.058
- Wagnild, G. M., & Young, H. (1990). Resilience among older women. *Journal of Nursing Scholarship, 22*, 252-255.
- Wagnild, G. M., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 2*(1), 165-178.
- Walen, H.R., & Lachman, M. E. (2000). Social support and strain from partners, family and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships, 17*(1), 5-30. doi: 10.1177/0265407500171001.
- Waller, M. A. (2001). Resilience in ecosystemic context: Evolution of the concept. *American Journal of Orthopsychiatry, 71*, 290-297.
- Ward, A. & Mann, T. (2000). Don't mind if I do: Disinhibited eating under cognitive load. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 753–763. doi: 10.1037/0022-3514.78.4.753
- Werch C. E., & Gorman, D. R. (1986). Factor analysis of internal and external self-control practices for alcohol consumption. *Psychological Reports, 59*, 1207-1213.
- Werner, E., & Smith., R. (1992). *Overcoming the Odds: High-Risk Children from Birth to Adulthood*. New York: Cornell University Press.

- Whitney, P., Hinson, J. M., & Jameson, T. L. (2006). From executive control to self-control: predicting problem drinking among college students. *Applied Cognitive Psychology, 20*(6), 823-835. doi: 10.1002/acp.1230
- Williams, L. E., & Bargh, J. A. (2008). Keeping one's distance: The influence of spatial distance cues on affect and evaluation. *Psychological Science, 19*, 302 – 308.
- Wills, T. A., & Ainette, M. G. (2007). Social Support and Health. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 202-207). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wills, T., & Bantum, E. O. (2012). Social support, self-regulation and resilience in two populations: General-population adolescents and adult cancer survivors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 31*, 568-592. doi: 10.1521/jscp.2012.31.6.568
- Wilson, E. (1975), *Sociobiology: the new synthesis*. Cambridge, MA, Belknap/Harvard.
- Wood, W. (2000). Attitude change: Persuasion and social influence. *Annual Review of Decision Processes, 50*(2), 179-211.
- World Health Organization (2006). *Tobacco: Deadly in any form or disguise*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2012). *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2013). *WHO report on the global tobacco epidemic, 2013: enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wrosch, C., Rugegeberg, R. & Hoppmann, C. A. (2013). Satisfaction with social support in older adulthood: The influence of social support changes and goal adjustment capacities. *Psychology and Aging, 28*(3), 875-885. doi: 10.1037/a0032730.
- Zhong, C.B., & Leonardelli, G. J. (2008). Cold and lonely: Does social exclusion literally feel cold? *Psychological Science, 19*, 838 – 842.

## Referências

- Zimmerman, B.J. (2000). Attainment of self-regulation: A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P.R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 13-39). San Diego, CA: Academic Press.
- Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.





**ANEXOS**





**ANEXO A**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**



## Consentimento informado

José Borges (e-mail: josesardinhaborges@gmail.com), psicólogo, a exercer no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – SESARAM (E.P.E.) e doutorando da Universidade Miguel Hernandez de Elche, propôs-se a desenvolver um estudo sobre a forma como as pessoas sentem e como isso se relaciona com os seus comportamentos de consumo.

O investigador, no âmbito da execução do seu trabalho de pesquisa intitulado “*Auto-regulação, atitudes e consumo de drogas em indivíduos adultos*” declara estar ciente das implicações éticas inerentes ao mesmo, comprometendo-se a garantir o consentimento do investigado e zelar pelos seus direitos de anonimato e privacidade.

Assinatura (legível):

---

---

*O seu testemunho é importante para que se possam obter dados pertinentes para a produção de acções de promoção da saúde mais eficazes. No entanto, é também fundamental que você esteja consciente do seu direito a mudar de ideias e a recusar participar, a qualquer momento, sem precisar de dar qualquer explicação.*

*Caso deseje colaborar, é essencial que saiba que em defesa da confidencialidade do inquérito:*

- *Não lhe serão pedidos quaisquer dados identificativos;*
  - *Os questionários ser-lhe-ão entregues junto com um envelope onde os deverá colocar, depois de preenchidos, e selar antes de devolver;*
  - *Os envelopes serão abertos ao acaso, no final da recolha, pelo investigador e apenas este irá extrair e processar estatisticamente as informações necessárias à elaboração do estudo;*
  - *Todo o material utilizado na recolha de dados será destruído assim que o estudo termine.*
- 

O investigado declara que foi devidamente informado dos objectivos e finalidades da sua contribuição para este estudo e aceita, de livre vontade, participar.

Assinatura (legível):

---





**ANEXO B**  
**QUESTIONÁRIO DE VARIÁVEIS SÓCIO-**  
**DEMOGRÁFICAS**



Obrigado por responder a este questionário. Gostaríamos de saber alguns dados a seu respeito. Por favor preencha-o melhor que puder. Se surgir alguma dúvida, peça ao investigador / colaborador que o assista. Este questionário é anónimo, por isso, nunca escreva o seu nome ou qualquer outra informação que o identifique.

**1. O Sexo a que pertence?**

- a.  Masculino
- b.  Feminino

**2. A sua idade : \_\_\_\_\_ anos.****3. Presentemente encontra-se:**

- a.  Empregado
- b.  Desempregado
- c.  Reformado
- d.  Trabalha em casa
- e.  De Baixa

**4. Qual foi o nível de formação escolar que frequentou?**

- |   |   |
|---|---|
| a. <input type="checkbox"/> Menos de 4 anos | e. <input type="checkbox"/> Licenciatura  |
| b. <input type="checkbox"/> De 4 a 9 anos   | f. <input type="checkbox"/> Pós-Graduação |
| c. <input type="checkbox"/> De 10 a 12 anos | g. <input type="checkbox"/> Mestrado      |
| d. <input type="checkbox"/> Bacharelato     | h. <input type="checkbox"/> Doutoramento  |

**5. A Freguesia e o Concelho onde vive: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.**  
**(Freguesia) (Concelho)**





**ANEXO C**  
**VERSÃO PORTUGUESA DO SSQ6**



As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes. Na primeira parte, **assinale**, preenchendo os quadrados correspondentes, **todas as pessoas que conhece, com quem pode contar para o ajudar ou apoiar** nas situações que lhe são apresentadas. Caso queira indicar alguém que não se encontre mencionado, pode fazê-lo na opção “outra pessoa” (veja o exemplo, por favor).

Na segunda parte, **indique**, preenchendo o quadrado respetivo, o que melhor traduza o **seu grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda** que tem (veja o exemplo, por favor).

Se em relação a uma determinada questão não tem elementos de ajuda ou apoio para referir, preencha o quadrado relativo à categoria “Ninguém”, mas seleccione sempre o seu nível de satisfação.

### Exemplo:

- Com quem é que se pode realmente contar para o fazer sentir-se melhor quando está desiludido com alguma coisa?

- mãe                       namorada/o                       colega de escola/curso  
 Ninguém     pai                       companheiro(a)/cônjuge     Outro colega  
 irmã/irmão     amiga/amigo                       outra pessoa (especifique) **AVÓ**

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito     Insatisfeito     Algo insatisfeito     Pouco Satisfeito     Satisfeito     Muito satisfeito

### 1. Com quem é que pode realmente contar quando precisa de ajuda?

- Ninguém                       companheira(o)/cônjuge  
 mãe                       amiga/amigo  
 pai                       colega de escola/curso  
 irmã/irmão                       outro colega  
 namorada(o)                       outra pessoa (especifique)

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito     Insatisfeito     Algo insatisfeito     Pouco Satisfeito     Satisfeito     Muito satisfeito

### 2. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se mais relaxado quando está tenso/a ou sob pressão?

- Ninguém                       companheira(o)/cônjuge  
 mãe                       amiga/amigo  
 pai                       colega de escola/curso  
 irmã/irmão                       outro colega  
 namorada(o)                       outra pessoa (especifique)

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito     Insatisfeito     Algo insatisfeito     Pouco Satisfeito     Satisfeito     Muito satisfeito

### 3. Quem é que o/a aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes?

- Ninguém                       companheira(o)/cônjuge

## Anexo C

<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> amiga/amigo
<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> colega de escola/curso
<input type="checkbox"/> irmã/irmão	<input type="checkbox"/> outro colega
<input type="checkbox"/> namorada(o)	<input type="checkbox"/> outra pessoa (especifique)

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito  Insatisfeito  Algo insatisfeito  Pouco Satisfeito  Satisfeito  Muito satisfeito

**4. Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer a si?**

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> companheira(o)/cônjuge
<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> amiga/amigo
<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> colega de escola/curso
<input type="checkbox"/> irmã/irmão	<input type="checkbox"/> outro colega
<input type="checkbox"/> namorada(o)	<input type="checkbox"/> outra pessoa (especifique)

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito  Insatisfeito  Algo insatisfeito  Pouco Satisfeito  Satisfeito  Muito satisfeito

**5. Com quem é que pode realmente contar para o/a ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo?**

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> companheira(o)/cônjuge
<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> amiga/amigo
<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> colega de escola/curso
<input type="checkbox"/> irmã/irmão	<input type="checkbox"/> outro colega
<input type="checkbox"/> namorada(o)	<input type="checkbox"/> outra pessoa (especifique)

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito  Insatisfeito  Algo insatisfeito  Pouco Satisfeito  Satisfeito  Muito satisfeito

**6. Com quem é que pode realmente contar para o/a consolar quando está muito preocupado/a?**

<input type="checkbox"/> Ninguém	<input type="checkbox"/> companheira(o)/cônjuge
<input type="checkbox"/> mãe	<input type="checkbox"/> amiga/amigo
<input type="checkbox"/> pai	<input type="checkbox"/> colega de escola/curso
<input type="checkbox"/> irmã/irmão	<input type="checkbox"/> outro colega
<input type="checkbox"/> namorada(o)	<input type="checkbox"/> outra pessoa (especifique)

-Qual é o seu grau de satisfação?

- Muito insatisfeito  Insatisfeito  Algo insatisfeito  Pouco Satisfeito  Satisfeito  Muito satisfeito







**ANEXO D**  
**PERFIL SENSORIAL DO**  
**ADOLESCENTE/ADULTO**



# PERFIL SENSORIAL™

## ADOLESCENTE / ADULTO

*Catana Brown, Ph.D., OTR, FAOTA*

*Winnie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA*

### Questionário de Autorrelato

#### *Versão de investigação*

#### INSTRUÇÕES

Por favor selecione a caixa que **melhor** descreve a frequência com que você executa os seguintes comportamentos. Se você estiver impossibilitado de comentar porque você não experienciou uma situação em particular, por favor desenhe um X sobre o número desse item.

Por favor responda a todas as afirmações. Use a seguinte chave para marcar as suas respostas:

**QUASE NUNCA** – Quando apresentada a oportunidade, você **quase nunca** responde desta maneira (cerca de 5% ou menos do tempo).

**RARAMENTE** – Quando apresentada a oportunidade, você **raramente** responde desta maneira (cerca de 25% do tempo).

**OCASIONALMENTE** – Quando apresentada a oportunidade, você **ocasionalmente** responde desta maneira (cerca de 50% do tempo).

**FREQUENTEMENTE** – Quando apresentada a oportunidade, você **frequentemente** responde desta maneira (cerca de 75% do tempo).

**QUASE SEMPRE** – Quando apresentada a oportunidade, você **quase sempre** responde desta maneira (cerca de 95% ou mais do tempo).

Trademark Notice: "Adolescent/Adult Sensory Profile" is a trademark in the US and/or other countries, of Pearson Education, Inc. or its affiliates(s).

Copyright Notice: Adolescent/Adult Sensory Profile®. Copyright © 2002 NCS Pearson, Inc. Portuguese translation copyright © 2009 NCS Pearson, Inc. Translated and reproduced with permission. All rights reserved.

Anexo D

Item	A. PROCESSAMENTO DO GOSTO / CHEIRO	Quase nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
1	Saio ou movimento-me para outra secção quando cheiro um odor forte numa loja (por exemplo, produtos para banho, velas, perfumes).					
2	Eu adiciono picante à minha comida.					
3	Eu não cheiro coisas que as outras pessoas dizem que elas cheiram.					
4	Eu aprecio estar perto de pessoas que usam perfume ou água-de-colónia.					
5	Só como comidas que me são familiares.					
6	Muitos alimentos têm um sabor insípido para mim (por outras palavras, a comida tem sabor plano ou não possui muito sabor).					
7	Eu não gosto de saborear pastilhas fortes de hortelã ou rebuçados (por exemplo, mentol ou cítrico).					
8	Eu procuro cheirar flores frescas quando as vejo.					

Item	B. PROCESSAMENTO DO MOVIMENTO	Quase nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
9	Eu tenho medo de alturas.					
10	Aprecio a sensação de movimentar-me (por exemplo, dançando, correndo).					
11	Eu evito elevadores e / ou escadas rolantes porque não gosto do movimento.					
12	Eu tropeço ou colido nas coisas.					
13	Eu não gosto do movimento de andar num carro.					
14	Opto por envolver-me em atividades físicas.					
15	Eu sou inseguro(a) na colocação do pé quando ando em escadas (por exemplo, tropeço, perco o equilíbrio e / ou preciso de segurar o corrimão).					
16	Fico estonteado(a) facilmente (por exemplo, depois de me dobrar, erguendo-me demasiado rápido).					

Anexo D

Item	C. PROCESSAMENTO VISUAL	Quase nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
17	Eu gosto de ir a lugares que têm luzes brilhantes e que são coloridos.					
18	Eu mantenho os estores em baixo durante o dia quando estou em casa.					
19	Eu gosto de usar roupa colorida.					
20	Eu fico frustrado(a) quando estou a tentar encontrar alguma coisa numa gaveta lotada ou num quarto desarrumado.					
21	Eu sinto a falta da rua, prédio, ou sinais do quarto quando estou a tentar ir para algum lugar novo.					
22	Eu sou incomodado(a) por imagens visuais instáveis ou de movimento rápido em filmes ou TV.					
23	Eu não reparo quando as pessoas entram dentro do quarto.					
24	Eu escolho comprar nas lojas mais pequenas porque fico oprimido(a) nas lojas grandes.					
25	Eu fico incomodado(a) quando vejo bastante movimento à minha volta (por exemplo, num centro comercial movimentado, cortejo, carnaval).					
26	Eu limito as distrações quando estou a trabalhar (por exemplo, fecho a porta, ou desligo a TV).					

Item	D. PROCESSAMENTO DO TACTO	Quase nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
27	Não gosto de sentir as minhas costas esfregadas.					
28	Gosto de como é sentir ter o meu cabelo cortado.					
29	Evito ou visto luvas durante atividades que irão fazer as minhas mãos sujas.					
30	Eu tateio os outros quando estou a falar (por exemplo, ponho a minha mão nos seus ombros ou agito as suas mãos).					
31	Fico incomodado(a) pela sensação na minha boca quando acordo de manhã.					
32	Eu gosto da sensação de estar descalço(a).					
33	Eu fico desconfortável quando uso certos tecidos (por exemplo, lã, seda, veludo, etiquetas na roupa).					
34	Eu não gosto das texturas de alimentos específicos (por exemplo, pele de pêsego, doce de maçã, requeijão, chocolate com pedaços de amêndoa).					
35	Afasto-me quando outros chegam demasiado perto de mim.					
36	Eu não pareço reparar quando a minha cara ou mãos estão sujas.					
37	Apanho esfoladelas ou nódoas negras mas não me lembro como as apanhei.					
38	Eu evito aguentar em filas ou aguentar perto de outras pessoas porque não gosto de ficar demasiado perto de outros.					
39	Não pareço reparar quando alguém toca no meu braço ou costas.					

Anexo D

Item	E. NÍVEL DE ACTIVIDADE	Quase nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
40	Eu trabalho em duas ou mais tarefas ao mesmo tempo.					
41	Leva-me mais tempo que as outras pessoas a acordar de manhã.					
42	Eu faço as coisas em cima do momento (noutras palavras, faço coisas sem fazer um plano adiantado no tempo).					
43	Encontro tempo para escapar da minha vida ocupada e despender tempo por mim próprio(a).					
44	Eu pareço mais lento(a) que os outros quando estou tentando seguir uma atividade ou tarefa.					
45	Eu não apanho as piadas tão depressa quanto os outros.					
46	Eu fico afastado(a) das multidões.					
47	Eu encontro atividades para desempenhar em frente aos outros (por exemplo, música, desportos, representação, falar em público e responder a questões na aula).					
48	Acho isso duro, de concentrar-me o tempo todo quando estou sentado(a) numa longa aula ou numa reunião.					
49	Eu evito situações onde possam acontecer coisas inesperadas (por exemplo, ir a lugares não familiares ou ficar perto de pessoas que não conheço).					

Item	F. PROCESSAMENTO AUDITIVO	Quase nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Quase sempre
50	Eu cantarolo, assobio, canto ou faço outros barulhos.					
51	Sobressalto-me facilmente perante barulhos inesperados ou altos (por exemplo, aspirador, cão ladrando, telefone tocando).					
52	Tenho problemas ao seguir aquilo que as pessoas estão dizendo quando elas conversam depressa ou sobre tópicos que não me são familiares.					
53	Eu saio da sala quando outros estão vendo TV, ou peço-lhes que a desliguem.					
54	Eu sou distraído(a) se há bastante barulho à volta.					
55	Não noto quando o meu nome é chamado.					
56	Uso estratégias para abafar o som (por exemplo, fechar a porta, tapar os meus ouvidos, usar tampões de ouvidos).					
57	Mantenho-me afastado(a) de instalações barulhentas.					
58	Eu gosto de atender aos eventos com muita música.					
59	Eu tenho de pedir às pessoas para repetir as coisas.					
60	Eu acho duro, isso de trabalhar com barulho de fundo (por exemplo, ventoinha, rádio).					





**ANEXO E**  
**QUESTIONÁRIO DE AUTO-REGULAÇÃO**



Por favor, responda às próximas questões assinalando a resposta que melhor descreve como é. Se **DISCORDA FORTEMENTE** com a afirmação assinale 1; se **DISCORDA** assinale 2; se **NÃO TEM A CERTEZA** assinale 3; se **CONCORDA** assinale 4; e se **CONCORDA FORTEMENTE** assinale 5. Não existem respostas certas nem erradas. Responda às questões rapidamente, sem pensar muito sobre as respostas.

	Discordo fortement	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo fortement
1. Geralmente, mantenho-me a par dos progressos que faço para atingir os meus objetivos.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldade em formar opiniões sobre as coisas.	1	2	3	4	5
3. Distraio-me facilmente dos meus planos.	1	2	3	4	5
4. Só reparo nos efeitos dos meus comportamentos quando é demasiado tarde.	1	2	3	4	5
5. Sou capaz de atingir objetivos que estabeleço para mim próprio.	1	2	3	4	5
6. Adio tomar decisões.	1	2	3	4	5
7. Para mim, é difícil notar quando é “o meu limite” (álcool, comida, doces).	1	2	3	4	5
8. Se quiser mudar, estou confiante de que o consigo fazer.	1	2	3	4	5
9. Quando chega a altura de decidir acerca de uma mudança, sinto-me dominado pelas alternativas.	1	2	3	4	5
10. Uma vez tomada uma decisão, eu tenho dificuldade em seguir em frente com as coisas.	1	2	3	4	5
11. Parece que não aprendo com os erros.	1	2	3	4	5
12. Consigo manter um plano que está a correr bem.	1	2	3	4	5
13. Geralmente, só preciso de cometer um erro uma vez para aprender.	1	2	3	4	5
14. Eu tenho valores pessoais e tento viver de acordo com eles.	1	2	3	4	5
15. Assim que vejo um problema ou desafio, começo a procurar possíveis soluções.	1	2	3	4	5

Anexo E

	Discordo fortemente	Discordo	Não tenho a certeza	Concordo	Concordo fortemente
16. Tenho dificuldades em estabelecer objetivos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
17. Tenho muita força de vontade.	1	2	3	4	5
18. Quando estou a tentar mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	1	2	3	4	5
19. Tenho dificuldade em fazer planos que me ajudem a alcançar objetivos.	1	2	3	4	5
20. Estabeleço objetivos para mim mesmo e mantenho-me a par dos meus progressos.	1	2	3	4	5
21. Na maioria das vezes não presto atenção ao que estou a fazer.	1	2	3	4	5
22. Tenho tendência para fazer a mesma coisa mesmo quando ela não funciona.	1	2	3	4	5
23. Normalmente, consigo encontrar várias hipóteses diferentes quando quero mudar alguma coisa.	1	2	3	4	5
24. Assim que estabeleço um objetivo, consigo frequentemente planear como vou atingi-lo.	1	2	3	4	5
25. Se tomo a decisão de mudar alguma coisa, presto muita atenção à forma como me estou a sair.	1	2	3	4	5
26. Frequentemente não noto o que estou a fazer até que alguém me chame a atenção para isso.	1	2	3	4	5
27. Normalmente penso antes de agir.	1	2	3	4	5
28. Eu aprendo com os meus erros.	1	2	3	4	5
29. Desisto facilmente.	1	2	3	4	5







**ANEXO F**  
**ESCALA DE RESILIÊNCIA**



Por favor leia cada afirmação e assinale o número à direita de cada uma que melhor indica os seus sentimentos sobre a mesma. Responda a todas as frases.

Assinale o número que indica o quanto concorda ou discorda com cada afirmação.	Discordo							Concordo						
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. Quando faço planos levo-os até ao fim.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2. Normalmente acabo por conseguir alcançar os meus objetivos.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3. Sou capaz de depender de mim próprio mais do que de qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter-me interessado nas atividades do dia-a-dia é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5. Posso estar por conta própria se for preciso.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6. Sinto-me orgulhoso/a por ter alcançado objetivos na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7. Normalmente faço as coisas conforme elas vão surgindo.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8. Sou amigo/a de mim próprio/a.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto que consigo lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10. Sou determinado/a.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11. Raramente me questiono se a vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12. Vivo um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13. Posso passar por tempos difíceis porque enfrentei tempos difíceis antes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14. Tenho autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
15. Mantenho-me interessado/a nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
16. Geralmente consigo encontrar algo que me faça rir.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
17. A confiança em mim próprio/a ajuda-me a lidar com tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
18. Numa emergência, sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
19. Normalmente consigo olhar para uma situação de várias perspetivas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes obrigo-me a fazer coisas quer queira quer não.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
21. A minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não fico obcecado/a com coisas que não posso resolver.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando estou numa situação difícil, normalmente consigo encontrar uma solução.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
24. Tenho energia suficiente para fazer o que deve ser feito.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
25. Não tenho problema com o facto de haver pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7





**ANEXO G**  
**ESCALAS DE ATITUDES FACE AO TABACO,**  
**ÁLCOOL E DROGAS**



De seguida irá encontrar algumas questões relativas ao consumo de substâncias. Responda de acordo com o grau em que concorda com cada uma delas.

DF	D	N	C	CF
Discordo Fortemente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo Fortemente

Escala de Atitudes em Relação ao Tabaco					
1. O tabaco ajuda a relacionar com os outros.	DF	D	N	C	CF
2. Fumar é sinal de maturidade pessoal.	DF	D	N	C	CF
3. O tabaco provoca um grande prazer e bem-estar.	DF	D	N	C	CF
4. O tabaco ajuda a divertir.	DF	D	N	C	CF
5. Desagrada-me que o tabaco exista.	DF	D	N	C	CF
6. O tabaco incomoda-me.	DF	D	N	C	CF
7. Fico feliz quando alguém deixa de fumar.	DF	D	N	C	CF
8. Não gosto que se consuma tabaco.	DF	D	N	C	CF
9. Estaria disposto a comprar tabaco para mim.	DF	D	N	C	CF
10. Estaria disposto a fumar habitualmente.	DF	D	N	C	CF
11. Estaria disposto a fumar a quantidade de tabaco que quiser.	DF	D	N	C	CF
12. Estaria disposto a dar tabaco a qualquer um.	DF	D	N	C	CF
13. Estaria disposto a fumar em qualquer lugar.	DF	D	N	C	CF

Escala de Atitudes em Relação ao Álcool					
1. O álcool não deveria existir.	DF	D	N	C	CF
2. Não gosto que exista o álcool.	DF	D	N	C	CF
3. Fico feliz quando se proíbe beber álcool.	DF	D	N	C	CF
4. Detesto as bebidas alcoólicas.	DF	D	N	C	CF
5. Estaria disposto a ser um consumidor habitual de álcool.	DF	D	N	C	CF
6. Estaria disposto a consumir álcool a qualquer hora.	DF	D	N	C	CF
7. Estaria disposto a consumir álcool para me relacionar melhor com os outros.	DF	D	N	C	CF
8. Estaria disposto a convencer os outros sobre os perigos das bebidas alcoólicas.	DF	D	N	C	CF
9. Estaria disposto a colaborar em qualquer campanha contra as bebidas alcoólicas.	DF	D	N	C	CF
10. Estaria disposto a embebedar-me perante um problema grave.	DF	D	N	C	CF
11. Estaria disposto a beber álcool com os(as) amigos(as) sempre que possa.	DF	D	N	C	CF
12. Estaria disposto a impedir que uma criança beba álcool.	DF	D	N	C	CF
13. Estaria disposto a comprar álcool para o meu uso e dos meus amigos.	DF	D	N	C	CF

Escala de Atitudes em Relação às Drogas					
1. As drogas provocam tristeza.	DF	D	N	C	CF
2. As drogas em pequenas quantidades não prejudicam a saúde.	DF	D	N	C	CF
3. As drogas são um meio para a diversão e para o prazer.	DF	D	N	C	CF
4. As drogas matam.	DF	D	N	C	CF
5. As drogas são uma praga e uma doença.	DF	D	N	C	CF
6. As drogas geram infelicidade.	DF	D	N	C	CF
7. As drogas são a "chispa" da vida.	DF	D	N	C	CF
8. Estaria disposto a consumir drogas.	DF	D	N	C	CF
9. Estaria disposto a procurar drogas a qualquer hora.	DF	D	N	C	CF
10. Estaria disposto a consumir o tipo de droga que me apeteça.	DF	D	N	C	CF
11. Estaria disposto a consumir drogas perante um problema grave.	DF	D	N	C	CF
12. Estaria disposto a experimentar drogas.	DF	D	N	C	CF
13. Estaria disposto a comprar drogas o meu uso e dos meus amigos.	DF	D	N	C	CF





**ANEXO H**  
**QUESTIONÁRIO DE CONSUMOS**





**8. Que quantidade de outras bebidas alcoólicas, isoladas ou combinadas, bebe semanalmente? (whisky, gin, licor, conhaque, rum, etc.): \_\_\_\_\_(número de copos, entendendo-se um copo seco ou combinado com refresco de cola, etc.).**

**9. Quantas vezes, aproximadamente, se embbedou?**

- 1  Nunca.
- 2  Uma vez.
- 3  Entre duas a seis vezes.
- 4  Mais de seis vezes.
- 5  São tantas, que perdi a conta.

**10. Toma estimulantes?**

- 1  Sim.
- 2  Raramente.
- 3  Não.

**11. No caso de você tomar estimulantes, que quantidade consome semanalmente?: \_\_\_\_\_(nº de doses).**

**12. Toma tranquilizantes?**

- 1  Sim.
- 2  Raramente.
- 3  Não.

**13. No caso de você tomar tranquilizantes, que quantidade consome semanalmente?: \_\_\_\_\_(nº de doses).**

**14. Toma analgésicos?**

- 1  Sim.
- 2  Raramente.
- 3  Não.

**15. No caso de você tomar analgésicos, que quantidade consome semanalmente?: \_\_\_\_\_(nº de doses).**

**16. Toma marijuana?**

- 1  Sim.
- 2  Raramente.
- 3  Não.

**17. No caso de você tomar marijuana, que quantidade consome semanalmente?:**  
 \_\_\_\_\_ (nº de doses).

**18. Toma cocaína?**

- 1  Sim.  
 2  Raramente.  
 3  Não.

**19. No caso de você tomar cocaína, que quantidade consome semanalmente?:**  
 \_\_\_\_\_ (nº de doses).

**20. Toma heroína?**

- 1  Sim.  
 2  Raramente.  
 3  Não.

**21. No caso de você tomar heroína, que quantidade consome semanalmente?:**  
 \_\_\_\_\_ (nº de doses).

**22. Toma drogas sintéticas?**

- 1  Sim.  
 2  Raramente.  
 3  Não.

**23. No caso de você tomar drogas sintéticas, que quantidade consome semanalmente?:** \_\_\_\_\_ (nº de doses).

**24. Indique com um "X", a opção que corresponde ao seu consumo:**

	Nunca	Raramente	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente
Tabaco					
Álcool					
Estimulantes					
Tranquilizantes					
Analgésicos					
Marijuana					
Cocaína					
Heroína					
Drogas sintéticas					
Outras (especificar)					