



Universidad Miguel Hernández de Elche.

Departamento de Psicología de la Salud.

**“ANÁLISE PREDITIVA DO CONSUMO DE ÁLCOOL E NÍVEL DE STRESS
MEDIANTE AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E
RESILIÊNCIA, NA POPULAÇÃO PORTUGUESA”**

Tesis doctoral presentada por:

Filipa Veríssimo Coelho

Dirigida por:

Dr. José A. García del Castillo

Dr. Juan Carlos Marzo Campos

2014



Universidad Miguel Hernández de Elche.

Departamento de Psicología de la Salud.

**“ANÁLISE PREDITIVA DO CONSUMO DE ÁLCOOL E NÍVEL DE STRESS
MEDIANTE AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E
RESILIÊNCIA, NA POPULAÇÃO PORTUGUESA”**

Tesis doctoral presentada por:

Filipa Veríssimo Coelho

Dirigida por:

Dr. José A. García del Castillo

Dr. Juan Carlos Marzo Campos

2014



D. JOSÉ A. GARCÍA DEL CASTILLO RODRÍGUEZ, Catedrático de Escuela Universitaria y D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Profesor Titular de Universidad del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

CERTIFICAN

Que la presente Tesis Doctoral, titulada "Análise preditiva do consumo de álcool e nível de stress mediante as variáveis psicossociais Inteligência Emocional e Resiliência, na população portuguesa", ha sido realizada por Dña. Filipa Veríssimo Coelho bajo nuestra dirección, y a nuestro juicio reúne todas las condiciones para ser defendida ante el Tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Sant Joan d'Alacant, a 31 de marzo de 2014

Fdo. Dr. José A. García del Castillo

Dr. Juan Carlos Marzo Campos



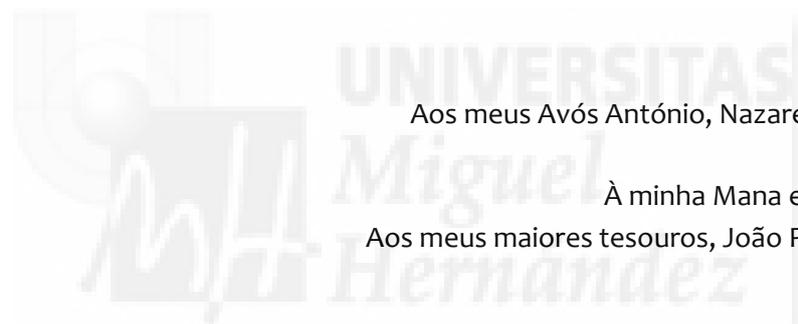
D. JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

INFORMA

Que da su conformidad a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral presentada por Dña. Filipa Veríssimo Coelho y titulada "Análise preditiva do consumo de álcool e nível de stress mediante as variáveis psicossociais Inteligência Emocional e Resiliência, na população portuguesa."

Y para que conste a los efectos oportunos, emite el presente informe en Elche, a treinta y uno de marzo de dos mil catorce.

Fdo. Dr. Juan Carlos Marzo Campos
Director del Departamento de Psicología de la Salud



Aos meus Avós António, Nazaré, Camilo e Natália

Aos meus Pais

À minha Mana e ao meu Cunhado

Aos meus maiores tesouros, João Pedro e Maria Inês

Porque vocês permitiram-me acreditar!

AGRADECIMENTOS

«A realidade é inacreditável.»

Clarice Lispector

A concretização desta «realidade» só foi possível graças a um conjunto de pessoas que, em todos os momentos, me fizeram acreditar.

Em primeiro lugar, agradecer a constante disponibilidade, rigor, ânimo dos meus digníssimos orientadores: Professor García del Castillo e Professor Juan Carlos Marzo. Não tenho palavras para agradecer o vosso permanente apoio, a vossa determinação e encorajamento, a vossa sabedoria e partilha. Se me foi possível concretizar, a vocês devo. Obrigada!

Ao ISCE, pelo constante desafio. Por me acompanhar ao longo da minha formação académica superior, por me permitir sonhar e concretizar e por me permitir desenvolver o meu estudo. Aos colegas que me apoiaram ser-vos-ei sempre grata... aos estudantes que viveram comigo este percurso e me apoiaram incondicionalmente, obrigada! À população do ISCE, que com a sua disponibilidade e boa vontade participaram nesta investigação, o meu enorme bem-haja!

À Sociedade Anti-Alcoólica Portuguesa, instituição onde tive o privilégio de iniciar a minha prática profissional, pela oportunidade constante e incitante de potenciar e motivar novas aprendizagens, permitindo-me desta forma contruir o ponto de partida para me fazer relacionar a minha prática profissional com a Psicologia da Saúde e concretizar esta nova realidade.

Ao Professor Doutor Luís Picado por todos os momentos de partilha, reflexão e aprendizagem, por todas as suas palavras de ânimo, pela permanente disponibilidade e por abraçar comigo esta conquista.

Ao meu colega e amigo Ricardo Viseu Ferreira, por tudo! Pelo esforço, companheirismo, amizade... por me permitir aprender com ele! Por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos, por estar sempre presente.

À minha família, o meu pilar! Aos meus Pais pelo amor e confiança incondicional, por caminharem lado a lado comigo. Convosco o caminho é sempre seguro! À minha Mana, meu maior orgulho, por cada palavra, olhar e sorriso de força, por me fazer acreditar e sentir que era possível... por estar sempre, sempre comigo! Ao meu Cunhado e amigo por me inspirar com a sua perseverança e ambição.

À Ana Cristina por “simplesmente” estar sempre comigo a apoiar-me nesta caminhada... À Isabel pelos constantes reforços, palavras de confiança e amizade... À Filomena pela força dos abraços e das palavras... a todas vós que não me deixaram desistir... o meu profundo Obrigada! Ao Nuno, pela partilha da tua experiência e apoio... por estares sempre disponível. Ao Diogo pelo companheirismo e «gritos» de coragem, obrigada!

A todos os meus Amigos, em especial a vocês Nelson, Patrícia e Rita por cada abraço e palavra de coragem e por me fazerem sentir que apesar de muitas vezes estar longe, estive sempre perto. Obrigada por compreenderem as minhas ausências, por vibrarem comigo em cada conquista... por me ajudarem a acreditar!

A todos vós, o meu profundo agradecimento por me fazerem acreditar no acreditável!

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	vi
ÍNDICE GERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABELAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xiii
RESUMEN	xiv
INTRODUÇÃO.....	15
REVISÃO TEÓRICA.....	18
1. PSICOLOGIA DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	19
1.1. EDUCAÇÃO NÃO FORMAL E A PEDAGOGIA SOCIAL NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO	22
2. CONSUMO DE ÁLCOOL.....	27
2.1. CONSUMO DE ÁLCOOL NO MUNDO E NA EUROPA.....	33
2.2. CONSUMO DE ÁLCOOL EM PORTUGAL.....	36
2.3. PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	39
3. STRESS	45
3.1. MODELOS DE STRESS.....	49
3.1.1. MODELO DE CANNON.....	49
3.1.2. SÍNDROMA GERAL DE ADAPTAÇÃO DE SELYE	49
3.1.3. MODELO TRANSACCIONAL.....	50
3.2. EFEITOS DO STRESS NO INDIVÍDUO	52
3.2.1. CIRCUNSTÂNCIAS INDUTORAS DE STRESS.....	54
4. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	56
4.1. MODELO DE APTIDÕES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL (SALOVEY & MAYER).....	60
4.2. MODELO MISTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	61
4.2.1. REUVEN BAR-ON.....	61
4.2.2. DANIEL GOLEMAN	63
5. RESILIÊNCIA.....	64
6. CONSUMO DE ÁLCOOL, STRESS, INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E RESILIÊNCIA.....	72

7. EDUCAÇÃO SOCIAL E SAÚDE.....	75
ESTUDO EMPÍRICO	80
1. METODOLOGIA.....	81
1.1. POPULAÇÃO	81
1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO	81
1.3. HIPÓTESES	82
1.4. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	83
1.5. INSTRUMENTOS	85
1.6. PROCEDIMENTOS.....	88
1.6.1. PROCEDIMENTOS PARA COLHEITA DE DADOS	89
1.6.2. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS.....	90
2. RESULTADOS.....	92
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	92
2.2. ANÁLISE DE RESULTADOS DA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RESILIÊNCIA EAER E EARG	109
2.2. VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE RESILIÊNCIA DE YOUNG	110
A) CONFIABILIDADE TESTE DA ESCALA DE RESILIÊNCIA DE WAGNILD & YOUNG.....	111
B) ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA.....	113
C) COMPARAÇÃO ENTRE ESCALAS JARDIM E PEREIRA E WAGNILD & YOUNG.....	114
2.3. APRESENTAÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS DE CORRELAÇÃO E REGRESSÃO ENTRE AS DIFERENTES VARIÁVEIS.....	115
A) ANÁLISE DE FIABILIDADE DE TODAS AS ESCALAS E SEUS FATORES	116
B) ANÁLISE ÀS POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE A RESILIÊNCIA, A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL, O STRESS E O CONSUMO DE ÁLCOOL, DIFERENCIANDO-SE EM GÉNERO E IDADE.....	117
C) ANÁLISE ÀS POSSÍVEIS DIFERENÇAS DAS MÉDIAS EM FUNÇÃO DO GÉNERO E DA IDADE, EM CADA UMA DAS VARIÁVEIS OBJETO DE ESTUDO.....	129
D) PREVER O STRESS TENDO POR BASE AS DIMENSÕES GERAIS DA RESILIÊNCIA E DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	133
E) PREVER O STRESS TENDO POR BASE OS FATORES DE RESILIÊNCIA E OS FATORES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.....	133
F) PREVER O CONSUMO DE ÁLCOOL (AUDIT), TENDO POR BASE OS FATORES DE TEIQUÉ, DO YOUNG E DO STRESS (23 QVS GERAL).....	134
G) REGRESSÕES TENDO POR BASE A IDADE (MAIOR OU IGUAL A 30 ANOS VERSUS MENOR DE 30 ANOS) E O GÉNERO (HOMEM VERSUS MULHER)	134

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	139
4. CONCLUSÕES	154
4.1. CONCLUSÕES FINAIS.....	158
4.2. CONCLUSIONES FINALES.....	160
4.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	162
4.3. SUGESTÃO DE FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO.....	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	163
ANEXOS	176
Anexo A – Breve resumo histórico sobre a evolução do conceito da inteligência emocional	177
Anexo B – Consentimento Informado	179
Anexo C – Protocolo de Investigação	181



ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Unidade de bebida padrão.....	30
Tabela 2 – Fatores que mais influenciam a saúde dos portugueses.....	38
Tabela 3 – Princípios de Prevenção	42
Tabela 4 – Fatores AUDIT	88
Tabela 5 – Género dos inquiridos	92
Tabela 6 – Idade dos inquiridos por classes	94
Tabela 7 – Cruzamento das variáveis Idade em classes e Género.....	96
Tabela 8 – Estado Civil dos Inquiridos	97
Tabela 9 – Habilitações Literárias dos Inquiridos.....	99
Tabela 10 – Situação Profissional dos inquiridos.....	100
Tabela 11 – Situação Académica dos inquiridos.....	102
Tabela 12 – Perspetiva de tempo para acabar o grau académico	103
Tabela 13 – Resposta à questão: É trabalhador-Estudante?	105
Tabela 14 – Resposta à questão: Tem ou não estatuto?	106
Tabela 15 – Tabela de Frequências, média e desvio padrão dos itens i1 a i10.....	108
Tabela 16 – Resultados obtidos na Escala de Avaliação do Eu Resiliência (EAER).....	109
Tabela 17 – Resultados obtidos nas Escala de Avaliação Global de Resiliência (EAGR)	110
Tabela 18 – Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratória, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada.....	111
Tabela 19 – Fatores da escala de Young	112
Tabela 20 – Correlação entre fatores da Escala Young.....	113

Tabela 21 - Estatística Descritiva dos fatores validados de Young.	114
Tabela 22 - Correlação das Escalas de Resiliência.....	115
Tabela 23 – Valores de coeficiente Alpha de Cronbach referentes às escalas em análise.....	116
Tabela 24 – Correlação entre a variável TEIQue e as principais dimensões.....	118
Tabela 25 – Fatores TEIQue	120
Tabela 26 – Correlação entre a variável YOUNG e as principais dimensões	121
Tabela 27 – Correlação entre a variável TEIQue e as principais dimensões, no género masculino	123
Tabela 28 – Correlação entre a variável YOUNG e as principais dimensões, no género masculino	125
Tabela 29 – Correlação entre a variável TEIQue e as principais dimensões, no género feminino	127
Tabela 30 – Correlação entre a variável YOUNG e as principais dimensões, no género feminino	128
Tabela 31 - Resultados da aplicação do Teste T-Student entre as dimensões e o género	130
Tabela 32 – Resultados da aplicação do Teste T-Student entre as dimensões e a idade	132
Tabela 33 – Relação de Distribuição da Amostra	134
Tabela 34 - Indicadores de regressão da variável dependente stress	135
Tabela 35 – Indicadores de regressão da variável dependente AUDIT.....	137

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Género dos Inquiridos	93
Gráfico 2 – Idade dos inquiridos por classes	95
Gráfico 3 – Cruzamento das variáveis Idade em classes e Género	97
Gráfico 4 – Estado Civil dos inquiridos.....	98
Gráfico 5 – Habilitações Literárias dos inquiridos	100
Gráfico 6 – Situação Profissional dos inquiridos	101
Gráfico 7 – Nível de Ensino em que se encontram os inquiridos	103
Gráfico 8 – Perspetiva de tempo para acabar o grau académico.....	104
Gráfico 9 – Resposta à questão: É trabalhador-Estudante?	105
Gráfico 10 – Resposta à questão: Tem ou não estatuto?.....	107

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Relação entre consumo, efeitos directos intermediadores e resultados de cursos e longo prazo adaptado de Babor (2010, p. 14).....	31
Figura 2 – Desenho da Investigação.....	83

RESUMEN

La investigación realizada en el ámbito del Doctorado en Psicología de la Salud pretende comprender la influencia que los factores psicológicos resiliencia e inteligencia emocional tienen en el estado de salud de los individuos, en lo que concierne a la gestión del estrés y al consumo de alcohol. El análisis predictivo del Consumo de Alcohol y nivel de Estrés, mediante las variables psicosociales Inteligencia Emocional y Resiliencia, en la población portuguesa, se realizó a partir de una muestra de 313 participantes. Se realizó la validación psicométrica del cuestionario de resiliencia de Wagnild y Young, así como el cálculo de las correlaciones entre las diferentes variables, cuyo objetivo era efectuar modelos de regresiones lineares simples y múltiples. Los resultados nos indican que la Resiliencia correlaciona positivamente con la Inteligencia Emocional y negativamente con el Estrés y con el Consumo de Alcohol, siendo las mujeres más resilientes que los hombres. La Inteligencia Emocional, para los individuos de más de 30 años, presenta valores estadísticos significativamente superiores. Los datos evidencian que los hombres consumen más alcohol que las mujeres y que el consumo de alcohol es menor en personas más jóvenes. Sobre los índices de Estrés, se verifica que estos tienden a ser más bajos en personas mayores y que la correlación entre la Inteligencia Emocional y el Estrés es negativa. La Inteligencia Emocional y la Resiliencia presentan una correlación negativa con el Consumo de Alcohol y se demuestra que, para los hombres, el consumo de alcohol está influenciado por la Inteligencia Emocional. Destaca el hecho de que la Inteligencia Emocional y la Resiliencia actúan como factores protectores sobre el Consumo de Alcohol debiendo, así, ser potenciadas desde temprano por acciones educativas preventivas. Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de adecuar los modelos y estrategias de intervención socioeducativa al individuo, privilegiándolo en sus dimensiones biopsicosociales. Es notorio que la inteligencia emocional y la resiliencia actúan como factores protectores sobre el consumo de alcohol y que, por eso, deben ser potenciados desde temprano a partir de una educación preventiva.

INTRODUÇÃO

“A Investigação científica constitui o método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos”(Fortin, 2009, p. 4). Este foi, sem qualquer dúvida, o mote para o desenvolvimento da presente investigação. Aliar a aquisição de novos conhecimentos à mudança de comportamentos de saúde, motivou a realização do trabalho que se apresenta.

A Psicologia da Saúde centra a sua atuação ao nível da promoção e proteção da saúde e da prevenção e tratamento da doença. Desenvolve-se em diferentes contextos e focaliza a sua intervenção no modelo biopsicossocial (Ribeiro, 2005).

O título do nosso trabalho, «Análise preditiva do consumo de álcool e nível de stress mediante as variáveis psicossociais Inteligência Emocional e Resiliência, na população portuguesa», resume de forma clara o grande objetivo da presente investigação: Compreender a influência que os fatores psicológicos Resiliência e Inteligência Emocional têm no estado de saúde dos indivíduos, no que ao stress e consumo de álcool diz respeito.

O Consumo de Álcool e o Stress são problemas comumente associados à vida da sociedade global e que a investigação científica tem procurado compreender, de forma a garantir uma melhor qualidade de vida possível.

O consumo de álcool tem acompanhado desde sempre a história do Homem (Nunes & Jóluskin, 2010; Martins, 2013), ocupando uma posição de destaque nos rituais religiosos, em momentos de celebração e de comunhão e ainda no simbolismo que representa (Gigliotti & Bessa, 2004). Assume-se como uma prática enraizada da vida social de cada indivíduo. O stress, por sua vez, denominado muitas vezes em linguagem corrente como a «doença do século XXI», manifesta-se cada vez mais no dia-a-dia das pessoas pelas exigências que a vida em sociedade aporta e tende, naturalmente, a causar problemas de saúde aos indivíduos. Assim, o estudo do stress torna-se bastante interessante de investigar uma vez que “estabelece uma fronteira entre o normal e o patológico e mostra a influência que os fatores psicossociais podem ter sobre o indivíduo” (Serra, 2011, p. 1). “Os estudos sobre stress também foram fundamentais para a compreensão do risco e da resiliência”. (Sapienza & Pedromônico, 2005, p. 210).

A forma como os indivíduos tendem a resistir a estas pressões sociais e às imposições de uma vida em sociedade, são determinadas, muitas vezes pela sua capacidade de gerir as emoções e pela sua resiliência. Assim, a

Resiliência representa um dos possíveis caminhos para que os profissionais possam realmente trabalhar, de forma prioritária com a saúde, deslocando a ênfase da dimensão de negatividade da doença, para as potencialidades das pessoa/famílias, as quais possibilitam que sejam criadas as condições para que seus membros possam se desenvolver como sujeitos capazes de responder positivamente às demandas da vida quotidiana, apesar de terem sido criados em ambientes com alto potencial de risco (Silva, Lunardi, Filho, & Tavares, 2005, p. 99).

Goleman afirma que “A Inteligência Emocional é aquela que mais contribui para as qualidades que nos tornam plenamente humanos”(1997, p. 65).

Desta forma, e de acordo com os pressupostos da intervenção da Psicologia da Saúde e da Educação Social, importa enfatizar a resiliência como um produto de um processo dinâmico entre fatores de proteção e de risco que podem ser construídos, desenvolvidos e promovidos pela escola, família e comunidade (Fiorentino, 2008) e potenciar as características individuais inerentes à inteligência emocional: conhecer as nossas próprias emoções, gerir as emoções, motivar-nos a nós mesmos, reconhecer as emoções dos outros e gerir relacionamentos (Goleman, 1997, pp. 63-64).

Assim, para mudar comportamentos de saúde, para promover o bem-estar, urge atuar no âmbito da Educação e Literacia para a Saúde uma vez que desta forma estaremos a potenciar o ato educativo como uma ferramenta imprescindível ao processo de capacitação (*empowerment*) das populações (Carvalho, Gonçalves, Rodrigues, & Albuquerque, 2008). Exemplo da necessidade de atuar ao nível dos comportamentos de saúde é pensarmos que

o consumo de drogas pode ter na sua origem uma estratégia de *coping* errada para lidar com os acontecimentos (stressantes) do dia-a-dia, um modo de lidar com a vida que, como consequência, poderá conduzir à instalação de quadros patológicos, não sendo o fenómeno, por si próprio, uma doença (Pinto-Coelho, 2011, p. 18).

É neste sentido que emerge o nosso estudo, na compreensão, isolada e de forma articulada, dos «fenómenos» para nos permitir potenciar, futuramente, o desenvolvimento de programas e projetos de intervenção que contemplem as necessidades dos indivíduos e das suas sociedades a partir da adequação das intervenções delineadas e contemplando o envolvimento de diferentes interventores sociais (Coelhoso, 2013).

A compreensão de cada uma das variáveis em estudo obteve-se inicialmente a partir da análise e construção de uma revisão teórica em torno dos conceitos em estudo. Sentimos a necessidade de começarmos por estabelecer, em ponto 1, a relação entre a Psicologia da Saúde e a Educação para a Saúde, explorando os campos de confluência com a educação não-formal e a Pedagogia Social, uma vez que a motivação da autora para o estudo abarcava uma abordagem interdisciplinar dos campos teóricos em análise

Em ponto 2, aprofundámos o tema do consumo de álcool procurando, primeiramente, conhecer a substância, os tipos de consumo e os problemas associados ao consumo para posteriormente posicionar esse mesmo consumo a nível nacional. Terminámos este ponto com uma abordagem à prevenção do consumo de álcool.

A revisão teórica em torno do conceito de Stress, desenvolveu-se em ponto 3 e procurou sustentar-se na compreensão da influência do stress na vida quotidiana do indivíduo e nos diferentes modelos explicativos para o mesmo, prosseguindo com o desenvolvimento teórico sobre os efeitos e as circunstâncias indutoras de stress.

No que concerne ao construto da Inteligência Emocional (ponto 4) começámos por apresentar a evolução e principais marcos históricos associados e prosseguimos para uma análise detalhada aos diferentes modelos existentes.

A revisão de literatura do conceito de Resiliência desenvolve-se em ponto 5, através de uma sistematizada análise e articulação dos construtos.

Em ponto 6, optámos por proceder ao cruzamento das diferentes variáveis em estudo numa análise confluyente dos principais fundamentos teóricos e procurando compreender de que forma os diferentes construtos se interrelacionam e influenciam o indivíduo.

Finalmente, em ponto 7 da revisão teórica, estabeleceu-se a relação entre a Educação Social e a Educação para a Saúde no sentido de se compreender de que forma a

educação não formal e a intervenção socioeducativa contribuem para ao desenvolvimento da literacia em saúde.

O estudo empírico e a compreensão da temática a investigar encontra-se bem delineada a partir dos objetivos específicos traçados, da metodologia desenhada e da escolha da população a investigar. Optámos por desenvolver a nossa investigação num contexto abrangente que potenciase uma amostra jovem e adulta com diferentes realidades no que se refere ao género e idade. Escolhemos proceder à colheita de dados no Instituto Superior de Ciências Educativas (Portugal) por considerarmos que poderíamos envolver uma população estudantil, mas também os seus professores, funcionários e demais frequentadores, cumprindo assim os pressupostos de seleção da amostra.

O nosso estudo iniciou-se pela validação da escala de resiliência de Wagnild e Young (1993) a partir de uma versão preliminar para, posteriormente, procedermos à análise de fiabilidade de todas as escalas aplicadas. Confirmados os ótimos valores de fiabilidade, prosseguimos para as análises de relação entre as demais variáveis, diferenciando os fatores de género e idade prevendo os índices de stress e o consumo de álcool, tendo por base as variáveis psicossociais da resiliência e da inteligência emocional.

Determinados os objetivos, enunciámos um conjunto de hipóteses a verificar e definimos qual o desenho da investigação a realizar, assim como definimos os instrumentos de colheita de dados a aplicar. De forma a descrever todo o processo investigativo, foi nossa opção evidenciar nos procedimentos, as ações realizadas para a colheita e análise de dados do presente estudo.

A análise dos resultados inicia-se com a caracterização sociodemográfica da amostra, seguindo-se a apresentação dos dados obtidos na validação da escala de resiliência e dos diferentes níveis de correlação entre variáveis e terminando com a elaboração de modelos de regressão múltipla sobre a previsão do stress e do consumo de álcool. Finalizada a apresentação dos dados obtidos, procede-se à discussão dos resultados a partir da análise às hipóteses determinadas e no confronto com os estudos existentes sobre a temática em estudo.

Para finalizar o estudo, tecem-se as principais conclusões sobre todo o processo investigativo, enunciam-se as limitações existentes e sugerem-se novas linhas de investigação.



1. PSICOLOGIA DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Considerada como uma disciplina interdisciplinar moderna a Psicologia da Saúde emerge da confluência de tendências intelectuais, associadas ao século XX, na compreensão da saúde (Friedman & Adler, 2011).

Matarazzo (1980) definiu Psicologia da Saúde como “o conjunto de contribuições específicas, educacionais, científicas e práticas da disciplina da psicologia, para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas» (p. 815) e associa “papel da psicologia como ciência e como profissão no domínio da saúde e das medicinas comportamentais”.

A Psicologia da Saúde releva significativamente o papel dos fatores psicológicos no que diz respeito às causas, progressão e consequências da doença e da saúde. Posiciona-se, desta forma, em dois grandes objetivos. O primeiro grande objetivo circunscreve-se à compreensão, explicação e desenvolvimento de teorias, prevendo a compreensão e avaliação do comportamento na etiologia da doença, o prognóstico dos comportamentos prejudiciais à saúde, procurando preender qual o papel da psicologia na vivência e no tratamento da doença. O segundo objetivo da Psicologia da Saúde centraliza-se na definição e construção de práticas teoricamente sustentadas para a promoção de comportamentos saudáveis, para a prevenção da doença e para a melhoria das intervenções em comportamentos de saúde. A Psicologia da Saúde procura, desta forma, investigar e atuar no âmbito da redução de comportamentos de risco para a saúde (Ogden, 2004).

Partindo dos conceitos emolduradores de Psicologia da Saúde é possível reconhecer o papel preponderante que o próprio indivíduo assume, na sua vertente biopsicossocial, condicionando o seu estado de saúde, preconizando-se o aumento do âmbito de análise sobre os comportamentos de saúde. A transdisciplinaridade que o próprio conceito de saúde engloba, enfatiza o papel de diferentes áreas científicas na construção otimizada de programas e projetos de promoção da saúde e de prevenção da doença.

A visão comportamentalista associada à saúde permite-nos estabelecer ligações entre as áreas científicas e técnicas da Psicologia e da Pedagogia da Saúde de forma a produzir estudos e investigações sobre estratégias educativas que permitam mudanças efetivas nos indivíduos, grupos e comunidades no âmbito da promoção da saúde, de ações de *empowerment* e da participação e organização comunitária (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde enfatiza a necessidade de uma abordagem educacional em torno do conceito de saúde, identificando a Educação para a Saúde como um procedimento dirigido que permita aos indivíduos e às comunidades adotar e/ou a melhorar comportamentos que visem melhorias de saúde (Organização Mundial de Saúde, 1985). Desta forma, e de acordo com Glanz, Rimer, & Viswanath (2008) “os comportamentos de saúde são o principal enfoque da Educação para a Saúde” (p. 11).

Na sequência do exposto, devemos reconhecer que “cada cidadão é ator e autor de um percurso de vida, com implicações nas pessoas e nos contextos com os quais interage. (...) as políticas de saúde e de educação devem estar centradas nos cidadãos, assumindo a visão prioritária de investir na sua educação e desenvolvimento saudável ao longo da vida”(Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005).

A Educação para a Saúde propõe-se a capacitar os indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis, por via do desenvolvimento de atitudes positivas e, numa perspetiva preventiva, procurar evitar o envolvimento em situações de risco (Toldy, Jóluskin, Silva, & Meneses, 2011). Trabalhar sobre hábitos de saúde e estilos de vida pressupõe a intervenção articulada nos níveis individual, cultural, social e comunitário e, por isso, deve-se pensar em Educação e em Saúde enquanto processo holístico que tem em conta as várias dimensões globais e particulares da pessoa na sua incessante interação com o meio envolvente (Carvalho & Carvalho, 2006). A aquisição de conhecimentos, a apropriação de valores e o desenvolvimento de atitudes que permitam aos indivíduos decidir adequadamente em relação à sua saúde e bem-estar (físico, social e mental) são os âmbitos de atuação da Educação para a Saúde (Branco, 2007).

Sendo que Saúde não significa apenas ausência de doença, várias têm sido as reflexões sobre de que forma se podem desenvolver ações educativas que permitam aos indivíduos e grupos atingirem qualidade de vida e níveis satisfatórios de saúde. Neste

pressuposto considera-se que a Educação para a Saúde pode ser desenvolvida a partir de dois modelos: o modelo tradicional ou preventivo e o modelo radical (Oliveira, 2005; Souza, Colomé, Costa, & Oliveira, 2005).

O modelo tradicional ou preventivo (tradicionalmente hegemónico) caracteriza-se pelo seu carácter informativo, centra-se na doença e numa intervenção curativa e suporta a sua prática educativa em “informações verticalizadas que ditam os comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde” (Alves, 2005, p. 47). Esta abordagem vertical traduz-se numa relação totalmente assimétrica entre quem apresenta “um saber técnico-científico, com status de verdade, enquanto o outro precisa de ser totalmente informado” (p.47). O modelo tradicional considera também que a informação disponibilizada e recebida por parte dos indivíduos possibilita a tomada de decisão para prevenir a doença e mudar comportamentos. A principal crítica apontada a este Modelo de Educação para a Saúde é o facto de não serem considerados os “determinantes psicossociais e culturais dos comportamentos de saúde” (Alves, 2005, p. 47).

Em resposta às críticas apontadas ao modelo preventivo surge o Modelo Radical que, ao reconhecer as influências sociais e ambientais na saúde como determinantes na saúde, enfatiza a necessidade de se aprofundarem as raízes dos problemas de saúde e, em consequência, se adequarem os programas educacionais. Trata-se de um modelo que procura promover a saúde a partir do seu sentido positivo, enquanto recurso para uma vida de qualidade e que enfoca a sua abordagem educativa na construção de uma consciência crítica que fomente a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal e social (Tones & Tilford, 1994; Oliveira, 2005).

O Modelo Radical incorpora um sentido de responsabilização e de tomada de consciência sobre a saúde individual que é passível de se transpor de forma articulada para uma dimensão ambiental. Contempla, ainda, elevados níveis de participação social que reconhece o diálogo pedagógico entre educando e educador enquanto relação participada e igualitária, fomentando o empowerment de indivíduos e comunidade para alcançar os objetivos da educação em saúde (Oliveira, 2005). O presente modelo é considerado “o mais coerente com os pressupostos da promoção da saúde, pois estimula os indivíduos a assumir um maior controlo sobre as suas vidas por meio de atitudes críticas relacionadas não somente ao individual, mas também à colectividade” (Colomé & Oliveira, 2012, p. 178).

Explicitada a íntima relação dos pressupostos interdependentes entre a psicologia, a educação e a saúde interessa aprofundar de que forma, no âmbito da educação, poderemos prevenir comportamentos de risco.

1.1. EDUCAÇÃO NÃO FORMAL E A PEDAGOGIA SOCIAL NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO

Começemos por pensar o conceito de Educação. Etimologicamente, o verbo educar provém do termo latim *educare* que significa «criar, nutrir, alimentar» e do termo *ex-ducere* que significa «guiar, levar ou conduzir a mente de dentro para fora» (Serrano, 2009),

Definida como “processo que visa o desenvolvimento harmónico do ser humano nos seus aspetos intelectual, moral e físico e a sua inserção da sociedade; processo de aquisição de conhecimentos e aptidões; instrução; adoção de comportamento e atitudes correspondentes aos usos socialmente tidos como corretos e adequados; cortesia; polidez” (Infopédia, Enciclopédia e Dicionários, 2003-2014), a Educação e o ato educativo definem-se enquanto processo complexo, dinâmico, permanente e contínuo e que potenciam ao indivíduo a «Aprendizagem ao Longo da Vida».

De acordo com a Declaração dos Direitos Humanos a Educação deve prever a construção do pleno desenvolvimento da personalidade humana (ONU, 1948), promovendo nos cidadãos a possibilidade de satisfação das suas necessidades e, naturalmente, estimulando o bem-estar (Marques & Picado, 2011).

De acordo com o Relatório da Comissão Internacional de Educação para a UNESCO – “Educação: um tesouro a descobrir” - coordenado por Jacques Delors,

(...) a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que, ao longo de toda a vida, serão de algum modo para cada indivíduo, os pilares do conhecimento: aprender a conhecer, isto é adquirir os instrumentos da compreensão; aprender a fazer, para poder agir sobre o meio envolvente; aprender a viver juntos, a fim de participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas; finalmente aprender a ser, via essencial que integra as três precedentes (UNESCO, 1996, pp. 89-90).

O Relatório da UNESCO vem enfatizar a importância da Educação Não formal

(...) a educação durante toda a vida é o produto de uma dialética com várias dimensões. Se, por um lado, implica a repetição ou a imitação de gestos e de práticas, por outro é, também, um processo de apropriação singular e criação pessoal. Junta o conhecimento não-formal ao conhecimento formal, o desenvolvimento de aptidões inatas à aquisição de novas competências. Implica esforço, mas traz também a alegria da descoberta. Experiência singular de cada pessoa ela é, também, a mais complexa das relações sociais, posto que se inscreve, ao mesmo tempo, no campo cultural, no laboral e no da cidadania (UNESCO, 1996, p. 92).

Pensar a Educação é articular a tríade conceptual entre Educação Formal, Não Formal e Informal que, a partir de uma origem anglo-saxónica, foi introduzida a partir de 1960 (Fávero, 2007). Porém, é desde 1968 que se discute, mais aprofundadamente, o conceito de Educação Não Formal (Rogers, 2005).

A complementaridade e articulação entre a Educação Formal, Não Formal e Informal representa um papel basilar e estruturante no desenvolvimento do indivíduo no âmbito dos seus domínios biopsicossociais.

A Educação Formal “inclui programas escolares ministrados e avaliados por agentes especializados e cuja lecionação abarca um conjunto de atividades obrigatórias e facultativas, desenvolvidas dentro ou fora da escola” (Arroteia, 2008, p. 116) e encontra-se altamente institucionalizada, organizada cronológica e hierarquicamente num sistema de ensino (Coombs e Ahmed, 1974 cit por Rogers, 2005, p.76).

A Educação Informal é inerente ao processo de aprendizagem ao longo da vida e assenta no ideal de que todas as pessoas adquirem conhecimento, habilidades e atitudes com base na experiência diária vivida e no contexto integrado (casa, trabalho, lazer...). Valoriza a aprendizagem concretizada através de livros, viagens, familiares e amigos, etc. (Coombs e Ahmed, 1974 cit por Rogers, 2005, pp. 74-75).

A Educação Não Formal, por sua vez, remete-nos a um processo com variadas dimensões: valoriza o papel dos indivíduos enquanto cidadãos, conferindo-lhes uma aprendizagem política; promove a capacitação e desenvolvimento das habilidades dos

indivíduos tanto para o trabalho como para a organização comunitária e fomenta uma aprendizagem de conteúdos que possibilite a uma melhor leitura e compreensão do mundo (Gohn, 2006).

Ciente da importância que a Educação Não Formal representa no núcleo do contexto educativo, em 2000, a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, no seio das suas recomendações (1437), alerta para a necessidade de se apostar na Educação Não Formal

incitando todos aqueles que dão forma às políticas educativas a tomar conhecimento da educação não-formal como parte essencial do processo educativo...” e “interpelando os governos e outras autoridades competentes dos Estados-Membros a reconhecer a educação não-formal como um parceiro de facto no processo de aprendizagem ao longo da vida. (Comissão Europeia, 2000).

Para Gohn (2006) a Educação Não Formal representa o núcleo base da Pedagogia Social. Segundo Carvalho & Baptista (2004, p. 58), a Pedagogia Social é entendida “enquanto disciplina científica que tem por objeto de estudo a *praxis* educativa em contexto social”, que ao procurar dar resposta à complexidade e singularidade das ações educativas nos territórios sociais, integra um conjunto de saberes complementares de diferentes áreas disciplinares que deverão “favorecer o desenvolvimento de teorias que permitam interpretar as práticas educativo-sociais e construir modelos de intervenção adequados a uma realidade especialmente problemática e multidimensional” (p.59).

Assim, entende-se a “Pedagogia Social, como socialização do indivíduo, remete-se para a educação não formal como trabalho social de carácter multidimensional na qual se insere o trabalhador social definido como o profissional da Pedagogia Social» (Saviani, 2008, p. 201).

No âmbito do campo de ação da Pedagogia Social “a educação não formal procura abranger pedagogicamente a diversidade e riqueza dos contextos sociais pela aplicação de experiências educativas inovadoras centradas em aprendizagens reais” (Cardoso, 2006, p. 13).

A Pedagogia Social apresenta dois campos de intervenção estruturantes e complementares. O primeiro campo considera a socialização dos indivíduos, entendida como a ciência pedagógica da educação social do indivíduo e que se pode desenvolver por

diferentes agentes educativos (pais, professores e família). O segundo campo estabelece a sua relação com o trabalho social, de enfoque pedagógico, que realiza a sua intervenção através de equipas multidisciplinares (das quais os Educadores Sociais integram enquanto profissionais da Pedagogia Social) e que procuram dar resposta às necessidades humanas sociais (Machado, 2008).

Aliar a intervenção socioeducativa, determinada pela Educação Não Formal e, naturalmente, pela Pedagogia Social, à prevenção de comportamentos de risco é fundamental para o desenho e concretização de programas de intervenção que promovam o desenvolvimento dos indivíduos e que previnam comportamentos de risco.

De acordo com Moreira (2005, p. 13), prevenir – *pre-venire* – “significa desenvolver actividades que impeçam ou dificultem a chegada de determinada condição. Mas para sabermos que estratégias utilizar para impedir ou dificultar o aparecimento da condição, é essencial conhecer os fatores precursores da mesma condição.”

Clarificado o pressuposto associado à prevenção, importa agora que nos situemos no âmbito da Educação para a Saúde e da Pedagogia Social, ao nível da intervenção em fatores de risco e em comportamentos (de saúde).

Dos variados estudos epidemiológicos realizados no decorrer da segunda metade do século XX às grandes epidemias, Ribeiro (2005) refere que, o comportamento humano é aludido como o principal fator de risco e que os comportamentos que emergem a partir dos estilos de vida, uma vez que vão permanecendo ao longo do desenvolvimento do indivíduo, acabam por fazê-los perecer a doenças intimamente associadas a esses próprios estilos de vida. Moreira (2005) apesar de objectivamente apontar os «*fatores precursores de determinada condição*» como os fatores de risco, alerta para o facto de estes não poderem ser avaliados de forma linear e directa, pois caso se compreendesse qual a combinação de fatores de risco que levam à toxicodependência, certamente existiriam programas de intervenção mais adequados.

Face ao exposto, uma questão se eleva ao considerarmos as dimensões biológicas, psicológicas e sociais dos indivíduos: será possível mudar comportamentos pela ação educativa? a resposta emerge na compreensão da forma como os contextos ambientais onde os indivíduos estão inseridos interferem na aquisição e manutenção de comportamentos. Importa por isso considerarmos a abordagem bioecológica de

Bronfenbrenner (1979) no reconhecimento dos contextos (sistemas) enquanto promotores de desenvolvimento humano. Segundo o autor, encontram-se estruturados de forma concêntrica e interdependente diferentes níveis de sistemas (microsistemas, mesossistemas, exossistemas e macrosistemas, ou cronossistemas), nos quais os indivíduos se desenvolvem em interação. Neste sentido, e de acordo com McHale, Dotterer, & Kim (2009) a partir de uma perspectiva ecológica, os ambientes influenciam veemente o desenvolvimento, uma vez que proporcionam oportunidades, ou definem restrições, sobre as experiências e atividades vividas quotidianamente pelos indivíduos.

Assim, se a Psicologia da Saúde, ao considerar o Modelo Biopsicossocial, está intimamente ligada à Educação para a Saúde e se pode desenvolver em contextos não-formais, por via da Pedagogia Social, como vimos anteriormente, então a adequação das ações preventivas deverá prever e integrar estas e outras áreas do conhecimento.



2. CONSUMO DE ÁLCOOL

O álcool (etanol ou álcool etílico), de fórmula química $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$, é uma substância psicoactiva que se apresenta no estado líquido, sendo incolor, volátil e extremamente inflamável e que se produz através por processo de fermentação ou de destilação (Calafat & Munar, 1999; Mello, Barrias, & Breda, 2001).

A utilização do termo substância psicoativa foi introduzida pela comunidade científica, para substituir o termo droga, uma vez que se considera que retrata mais facilmente os efeitos causados pelas substâncias no organismo. Este conceito centra-se nos efeitos que as substâncias têm no sistema nervoso central e enfatiza a forma como estas provocam alterações no humor, na consciência, na percepção e no comportamento (Hanson, Venturelli, & Fleckenstein, 2012).

Segundo Cunha Filho & Ferreira-Borges (2008), quando se reflecte sobre a necessidade de uma abordagem psicossocial no fenómeno de consumo de substâncias psicoactivas tende-se a enfatizar o indivíduo enquanto agente activo e a significação que este atribui ao uso da substância, uma vez que se considera que a utilização de uma substância psicoactiva “é um comportamento, que como qualquer outro, só persistirá enquanto desempenhar uma função para o indivíduo” (p. 25). Nesta perspectiva, “a aplicação das Ciências Sociais e do Comportamento à Medicina tem tornado cada vez mais evidente a natureza multidimensional do fenómeno do uso de substâncias” (p. 30).

As bebidas alcoólicas contextualizam-se e apresentam diferentes representações sociais e/ou culturais. Se numa perspectiva se enquadram numa vertente significativamente simbólica, como é o caso do vinho na religião católica, e representam uma forte importância no comércio e nas transações internacionais dos diferentes produtos, por outra via, o uso abusivo de bebidas alcoólicas provoca um enorme transtorno na saúde pública mundial (Gigliotti & Bessa, 2004).

Apesar de se reconhecer a presença de hábitos de consumo de álcool desde sempre, só recentemente começaram a ser estudados de forma mais aprofundada os efeitos que o consumo de álcool provoca na saúde dos indivíduos. Assim, e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde é “um estado de completo bem-estar físico,

mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades”. Compreende-se, desta forma, a necessidade de avaliar os efeitos do consumo de álcool tendo em conta uma perspectiva multifatorial, sistémica e ecológica na medida em que “(...) a concepção de saúde não pode entender o indivíduo isolando-o do meio que o envolve” (Ribeiro, 2005, p. 78). O mesmo autor reitera ainda a “evolução do conceito de saúde, do individual para o social, do social para o sistémico” (p. 80).

Scliar (2007), por sua vez, afirma que “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, económica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças (p.30).

Para Bicca, Pereira, & Gambarini (2002) o álcool, devido à sua utilização remota, à sua amplitude de consumo e ao facto de o seu consumo continuado ser associado a elevados níveis de morbilidade e de saúde pública, foi a primeira substância psicoactiva a ser estudada.

A compreensão dos comportamentos de consumo associados às substâncias psicoativas é imprescindível para uma maior percepção sobre os impactos da utilização das substâncias psicoativas na saúde pública e individual. A comunidade científica determinou a existência de três tipos de comportamentos de consumo de drogas: consumo, abuso ou utilização nociva e dependência (Reynaud, 2008).

Segundo o Bureau Internacional do Trabalho (2008), o consumo, o mau uso e o abuso de álcool e de outras drogas são problemas de uma preocupação mundial, apresentando diferentes padrões e motivos de consumo. Assiste-se a um crescendo de abuso de substâncias, verificando-se uma maior acessibilidade a substâncias psicoativas e ao aumento de consumo e tráfico de estupefacientes. O abuso destas substâncias tem afectado a sociedade e só há algumas décadas se começa a perceber de que modo o consumo influencia e afecta directamente os indivíduos e a sociedade. Gallassi, Alvarenga, Andrade, & Couttolenc (2008, p. 29), na sua revisão de literatura sobre os custos associados ao consumo de álcool, afirmam que “estudos epidemiológicos indicam que o abuso do álcool acarreta expressiva morbimortalidade e que problemas direta ou indiretamente

causados pelo abuso do álcool relacionam-se a importante prejuízo econômico em todo o mundo”.

Partindo dos modelos de consumo de álcool, para Fernández, Castrillón, Cárrion, & Montesino (2001), o consumo moderado de álcool apresenta um baixo nível de propensão para desenvolver problemas, embora não signifique que não venha a evoluir para um consumo dependente. Por sua vez, o consumo abusivo já aumenta a probabilidade de surgimento de problemas e as pessoas dependentes de álcool já manifestam sinais de dependência física e emocional, na qual surgem sintomas de abstinência e sequelas físicas, psicológicas e sociais.

O consumo moderado de álcool é, segundo o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (1992), de difícil definição e compreensão por se considerar que representa diferentes significados para os indivíduos e por se encontrar associado a um consumo social. Assume-se então que o consumo moderado não representa problemas de saúde para o indivíduo nem é causador de problemas sociais.

A distinção entre o consumo abusivo e o consumo dependente (alcoolismo) assenta na proeminência da manifestação de sintomas de *craving*, de perda de controlo sobre o consumo de álcool e dependência física, sendo mais evidente nos dependentes de álcool (Hanson, Venturelli, & Fleckenstein, 2012).

Atualmente verifica-se uma enorme preocupação por parte da comunidade científica em compreender o fenómeno do consumo intensivo de álcool, em especial nos jovens. Emerge o conceito de *binge drinking* que se define como “o consumo que excede 5 a 6 bebidas no homem e 4 a 5 bebidas na mulher, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas” (Instituto de Droga e Toxicodpendência, 2010, p. 9) e caracteriza-se pelo consumo intermitente de um determinado nível de álcool, num curto espaço de tempo e associado normalmente ao consumo de fim de semana, integrado no grupo de pares (Adan, 2012; Anderson P. , 2008). Os autores Parada, et al. (2011) vêm corroborar o descrito no conceito de *binge drinking*, destacando que se trata de um padrão de consumo realizado especialmente nos jovens, não existindo discrepância de consumo entre géneros e do qual se verifica uma diminuição da percepção do risco.

Compreendidas as distinções entre os diferentes padrões de consumo, surge a necessidade de quantificar o consumo de álcool. Encontra-se definido o conceito de unidade de bebida padrão que, de acordo com o Ministério da Saúde (2011) “consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida, diária ou semanalmente”. Tendo por base que as bebidas alcoólicas apresentam graduações de álcool diferentes, e considerando que os copos mais comumente usados para as bebidas traduzem uma quantidade similar de álcool, então é possível determinar a unidade de bebida padrão em 10 a 12 gramas de álcool puro. Assim, é possível calcular o consumo de álcool ingerido diária ou semanalmente, a partir da quantificação das unidades de bebida padrão.

Mello, Barrias, & Breda (2001, p. 18) sistematizam a informação sobre as unidades de bebida padrão e identificam a seguinte correspondência para Portugal:

Tabela 1 – Unidade de bebida padrão.

Bebida / Graduação	Cerveja / 6°	Vinho/ 12°	Aperitivo / 20°	Aguardente / 40°
Capacidade de copo	3 dl	1,65 dl	0.5 dl	0.5 dl
Conteúdo de álcool puro	12g	12 a 13g	10 a 12g	14 a 16g

Adaptado de Mello, Barrias, & Breda (2001, p.18)

O consumo de álcool, como já foi descrito, pode representar um conjunto de problemas associados à condição física e psicológica do indivíduo, bem como influencia os comportamentos sociais inerentes a toda uma dinâmica e realidade social.

No sentido de compreender quais os mediadores da relação entre o consumo de álcool e os danos causados, Babor (2010) sistematiza os padrões de consumo e o volume médio consumido com os efeitos e consequências da do consumo, estabelecendo diferentes níveis de interrelação que se verificam a curto e médio prazo, da seguinte forma:

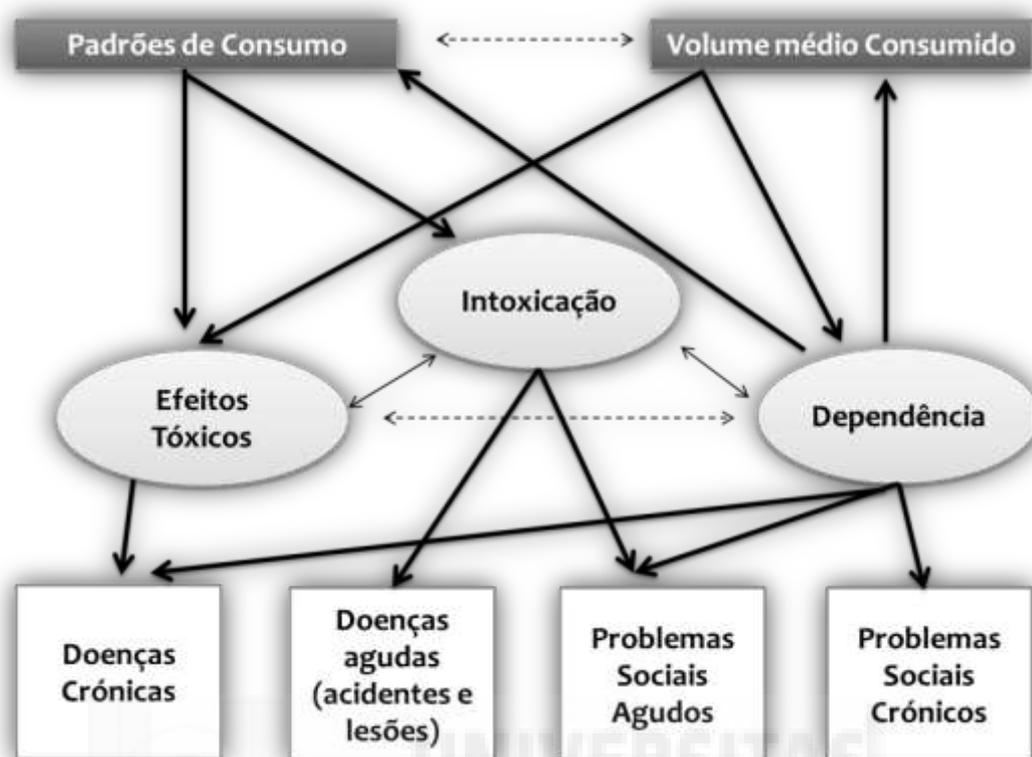


Figura 1- Relação entre consumo, efeitos directos intermediadores e resultados de curtos e longo prazo adaptado de Babor (2010, p. 14).

Na análise ao esquema podemos perceber que os padrões de consumo são caracterizados não só pela frequência de consumo e quantidade ingerida, mas também pela correlação existente entre estes. Denota-se que diferentes padrões de consumo conduzem a tipos de problemas diversificados. Consumos abusivos continuados podem não se traduzir em níveis de intoxicação, mas podem vir a criar situações de doença (cirroses) pelo efeito cumulativo da ingestão de bebidas alcoólicas ao longo da vida. Em oposição, uma frequência relativamente baixa de consumo de álcool conjuntamente com consumos abusivos ocasionais podem desencadear casos de intoxicação e uma diversidade de problemas clínicos e sociais. Destaca-se ainda o facto de que aquando de problemas de dependência, não se consegue controlar os volumes de consumo realizados e podem-se desencadear doenças crónicas e problemas sociais. Em suma, podemos afirmar que o consumo de substâncias encontra-se intimamente relacionado com as suas possíveis consequências para o consumidor e para o contexto ambiental onde está inserido, podendo desencadear problemas de saúde (dependência alcoólica, cirroses, hepatites,

síndrome alcoólico fetal, etc) e sociais (acidentes de viação, problemas laborais, violência interpessoal, desestruturação familiar, produção e vendas ilegais de álcool, etc.) (Babor, 2010; Cunha Filho & Ferreira-Borges, 2008).

Corroborando estes dados, a American Psychological Association (2012) vem ainda reforçar a ideia de que os consumidores de álcool não são afetados igualmente pelo seu consumo e que exercem uma influência directa sobre o seu contexto social e familiar. O Bureau Internacional do Trabalho (2008), na sua abordagem aos consumos de álcool em situações laborais, alerta para o facto do consumo de álcool poder promover situações de risco nas empresas, nomeadamente no que concerne aos consumidores e colegas, pode desencadear acidentes de trabalho, absentismo, indemnizações e, naturalmente, colocar em risco a produção e a produtividade da empresa.

A World Health Organization (2011), através do seu relatório Global Status Report on Alcohol and Health, refere que o consumo de álcool está interligado com os níveis de incidência da doença e do próprio curso da doença, existindo mais de 30 classificações no CID-10 (Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) que incluem o álcool no nome ou definição (indicando que o consumo de álcool é uma causa) e dos quais os problemas ligados ao consumo de álcool (*alcohol use disorders*) são os mais significativos. Tendo em conta os problemas associados ao consumo de álcool, a Organização Mundial de Saúde, deixou o alerta sobre a emergência de se desenvolver o maior número de políticas que reduzam o consumo nocivo de álcool na saúde.

2.1. CONSUMO DE ÁLCOOL NO MUNDO E NA EUROPA

O consumo de álcool e os problemas associados ao consumo têm sido alvo de inúmeras investigações e estudos ao nível mundial. A preocupação sobre o presente fenómeno tem sido uma constante ao longo dos anos. O álcool é produzido e consumido na Europa há milhares de anos. Leis sobre as políticas do álcool surgem para regulamentar os mercados ou para as questões da ordem pública e não por questões de saúde pública.

O consumo de álcool e outras drogas ocorre frequentemente na população em idade activa das diferentes culturas de todo o mundo. O álcool e o tabaco são as drogas que se encontram mais disponíveis no mundo desenvolvido e sobre as quais mais se associam os problemas de saúde que o seu consumo provoca (Guppy & Marsden, 2003).

A World Health Organization (2011) apresenta uma análise abrangente sobre o consumo global, regional e nacional de álcool e reúne um conjunto de informações importantes para reduzir os danos causados ao nível da saúde e do contexto social pelo uso prejudicial de álcool.

De acordo com o Global Status Report on Alcohol and Health (World Health Organization, 2011), na Assembleia Mundial de Saúde realizada em Maio de 2010, estiveram representados 193 membros que aprovaram a resolução para a aprovação das estratégias globais para reduzir o consumo nocivo de álcool. A estratégia aprovada e regulamentada estabelece um conjunto de políticas e intervenções que podem ajudar a salvar vidas e a proteger a vida dos indivíduos se estas forem implementadas em todo o mundo. Neste sentido, a Assembleia Mundial de Saúde pediu aos países membros que fortalecessem as respostas nacionais de forma a diminuir os problemas de saúde causados pelo uso abusivo de álcool. Muitos países reconheceram os problemas de saúde pública causados pelas consequências do consumo abusivo de álcool e desenvolveram políticas preventivas e programas, de entre os quais os que se vocacionam a diminuir a condução sob o efeito de álcool e as suas consequências (acidentes rodoviários, mortes e incapacidades).

Anderson & Baumberg (2006) referem que a União Europeia representa a maior região de consumo de álcool do mundo (11 litros de álcool *per capita*), significando que 23 milhões de europeus são consumidores de álcool, sendo o consumo mais elevado no

género masculino. Os dados apresentados registam que a maioria dos europeus consome bebidas alcoólicas e que apenas 15% da população europeia não bebe álcool. No que à escolha das bebidas consumidas concerne, os autores afirmam que cerca de metade das pessoas consumidoras bebe cerveja (44%) sendo a restante percentagem repartida entre o vinho (34%) e as bebidas espirituosas (23%).

No que respeita às consequências do consumo de álcool, este consumo na União Europeia é responsável por 7,5% de todos os problemas de saúde e de morte prematura, atingindo o elevado número de 195.000 mortes prematuras por ano. O consumo excessivo de álcool por parte dos jovens, com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos, tem sido responsável pela morte de 25% de jovens masculinos e 10% de jovens femininos (Madelin, 2009).

Anderson (2008) refere que nos diferentes países da Europa o consumo de *binge drinking* está intimamente relacionado com a prática de crimes. É estimado que 2000 homicídios (o que se traduz em 4 de cada 10 de todos os assassinios), 27.000 mortes acidentais (sem contabilizar os resultantes de acidentes de viação), 10.000 suicídios (1 em cada 6 do total dos suicídios).

A Comissão das Comunidades Europeias (2006) refere dados preocupantes face ao consumo de álcool na União Europeia. Estima-se que o consumo excessivo de álcool seja responsável por 7,4 % dos problemas de saúde e morte prematura na União Europeia. Os jovens, na faixa etária dos 15-29 anos, são especialmente afectados: 10 % das mortes das raparigas devem-se ao abuso de álcool e este número ascende a 25 % no que se refere aos rapazes. O abuso de álcool por parte dos jovens constitui, aliás, uma prática cada vez mais corrente nos Estados-Membros, designadamente com formas de consumo como o *binge drinking*. A este fenómeno vêm juntar-se as 10.000 mortes anuais em acidentes de viação relacionados com o álcool.

Tendo em conta o contexto referido, e de acordo com a Comunicação da Comissão (Comissão das Comunidades Europeias, 2006), foram definidas como estratégias 5 prioridades de intervenção por parte dos Estados- Membros na minimização dos efeitos dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas nocivos e perigosos, nomeadamente:

1. Proteger jovens e crianças
2. Combater a condução sob influência do álcool

3. Reduzir os efeitos nocivos do álcool nos adultos
4. Realizar acções de sensibilização
5. Recolher dados fiáveis

A primeira prioridade – Proteger jovens e crianças – contempla 3 principais objetivos: (a) Reduzir o consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens menores e os padrões nocivos e perigosos de consumo juvenis, (b) Diminuir as consequências nefastas sofridas pelas crianças nas famílias com problemas de alcoolismo, (c) Reduzir a exposição ao álcool durante a gravidez. A proposta para combater a condução sob influência do álcool passa pela criação e implementação de medidas legais, por parte dos Estados-Membros, no sentido de, por exemplo, reduzirem as taxas de alcoolémia legalmente admitidas para a prática da condução e promoverem a organização de campanhas preventivas e educativas. A redução dos efeitos nocivos do álcool nos adultos procura reduzir as doenças associadas ao consumo de álcool, diminuir o número de mortes provocadas pelo álcool, dotar os consumidores de informações relativas ao consumo de álcool para que estes possam tomar opções conscientes e, ainda, contribuir para a redução de riscos resultantes do consumo de álcool no local de trabalho. No que se refere à prioridade de realizar campanhas de sensibilização, esta conta com a elaboração de programas de promoção e educação para a saúde desde a primeira infância, bem como uma estratégia de envolvimento dos *media* nas campanhas de prevenção da condução sob o efeito de álcool (por exemplo). A recolha de dados fiáveis é da incumbência da Comissão Europeia, no sentido em que realizará sistematicamente a recolha de dados estatísticos sobre os consumos de álcool e sobre o impacto que as medidas aplicadas estão a produzir (Comissão das Comunidades Europeias, 2006).

2.2. CONSUMO DE ÁLCOOL EM PORTUGAL

Portugal é um país onde a produção e consumo de álcool representam fortes indicadores económicos e sociais. Desde sempre que o culto do consumo de vinho é associado à vida quotidiana dos portugueses, especialmente no que se refere ao acompanhamento das refeições. Outrora, o consumo de vinho era considerado, pela cultura popular, como um sinal de força para o trabalho, especialmente ao trabalho do campo.

Mello, Barrias, & Breda (2001) correlacionam a importância da produção, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas. Neste sentido, referem que Portugal apresenta uma posição de destaque na produção e consumo vinícolas e que, apesar do aumento de consumo de álcool em alguns países da Europa, Portugal e França ainda apresentam posições cimeiras na produção/consumo de álcool. Anderson & Baumberg (2006) posicionam Portugal enquanto o exportador médio de bebidas alcoólicas (vinho e cerveja).

Em Portugal verificou-se recentemente uma alteração ao Decreto-lei nº9 / 2002 de 24 de Janeiro, que estabelecia os 16 anos como idade mínima legal para consumo de bebidas alcoólicas. A partir do Decreto-lei nº 50 / 2013 de 16 de Abril verifica-se a proibição de venda e consumo de bebidas alcoólicas espirituosas, ou equiparadas, a menores de 18 anos, e garante a proibição de consumo e venda de toda e qualquer substância alcoólica a jovens com idade inferior aos 16 anos.

De acordo com o descrito no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (Instituto de Droga e Toxicoddependência, 2010) os problemas ligados ao consumo de álcool em Portugal constituem uma relevância significativa ao nível dos problemas de saúde pública. O plano de ação “estabelece a intervenção da política pública contra as drogas e as toxicoddependências adaptada à realidade portuguesa, enquadrando-a nas políticas multilateral e europeia definidas pelas convenções das Nações Unidas, pelas resoluções da Comissão dos Estupefacientes, no âmbito da política da União Europeia e no quadro dos acordos bilaterais de cooperação em vigor” (Instituto de Droga e Toxicoddependência, 2010, p. 1) e “prossegue uma estratégia integrada de combate à droga e à toxicoddependência e dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) alicerçada na prevenção e

dissuasão dos consumos, redução de riscos e minimização de danos, tratamento, e reinserção social” (Instituto de Droga e Toxicodependência, 2010, p. 2).

O ESPAD - The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – é um projecto europeu de inquéritos escolares sobre o álcool e as outras drogas que conta com a colaboração de 35 países e tem como principal objetivo recolher dados comparáveis sobre o uso de substâncias em jovens entre os 15 e os 16 anos de idade, com o intuito de perceber as tendências de consumo em cada país e entre países. Em 1995 realizou-se o primeiro estudo, tendo sido efectuado em 26 países. O estudo promove uma nova colheita de dados de 4 em 4 anos (Hibell, et al., 2009).

O ESPAD é realizado por investigadores independentes e recebe o apoio das entidades nacionais e internacionais ligadas ao álcool e às drogas. Em Portugal, este estudo recebe o apoio do IDT, Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. O ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público – é uma versão alargada. O ESPAD utiliza o mesmo questionário e a mesma metodologia e rege-se em amostras representativas de jovens com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos. Os dados recolhidos através do ECATD são enviados para o estudo do ESPAD (Feijão, Lavado, & Calado, 2011).

O estudo comparativo entre os dados obtidos em 2007 e 2011 apresenta as seguintes conclusões, relativamente ao consumo de álcool na população jovem (Feijão, Lavado, & Calado, 2011):

- Os dados de 2011 reflectem a diminuição do número de consumidores de álcool em todos os grupos etários, por género.
- O consumo intensivo (embriaguez) aumentou. Os alunos bebem mais intensamente, com maior frequência, em maior número e bem bebidas com maior teor alcoólico. De salientar que o aumento percentual dos alunos que já se embriagaram foi maior para as raparigas.
- A idade de iniciação ao consumo manteve-se estável de 2007 para 2011

Em Portugal, segundo Barros, Machado, & Simões (2011, p. 14), o consumo de álcool é dos principais fatores que afectam a saúde:

Tabela 2 – Fatores que mais influenciam a saúde dos portugueses

	2001		2006	
	M	F	M	F
Youth				
Tobacco – % of individuals who smoke daily (15–24 years)	25.7	10.6	25.9	14.2
Alcohol – % of individuals who consumed alcohol in the last 12 months (15–24 years)	48.7	25.5	50.1	35.2
Weight – % of individuals with body mass index between 27 and 29.9 (18–24 years)	6.6	4.5	9.4	6.0
Obesity – % of individuals with body mass index ≥ 30 (18–24 years)	3.0	2.3	4.2	3.4
Adults				
Tobacco – % of smoking individuals (25–44 years)	45.6	17.3	37.6	17.5
Tobacco – % of smoking individuals (45–64 years)	26.8	4.5	25.5	8.4
Alcohol – % of individuals who consumed alcohol in the last 12 months (25–44 years)	86.0	54.1	82.0	54.0
Alcohol – % of individuals who consumed alcohol in the last 12 months (45–64 years)	87.8	48.6	89.2	57.6
Weight – % of individuals with body mass index between 27 and 29.9 (35–44 years)	22.1	16.3	19.8	14.4
Weight – % of individuals with body mass index between 27 and 29.9 (55–64 years)	25.5	22.1	25.4	25.3
Obesity – % of individuals with body mass index ≥ 30 (35–44 years)	11.3	11.6	12.8	12.7
Older adults				
Tobacco – % of smoking individuals (65–74 years)	14.4	0.9	12.1	1.3
Alcohol – % of individuals who consumed alcohol in the last 12 months (65–74 years)	78.6	38.7	81.7	43.7
Weight – % of individuals with body mass index between 27 and 29.9 (65–74 years)	26.3	21.6	26.4	22.3
Obesity – % of individuals with body mass index ≥ 30 (55–64 years)	16.2	20.3	22.0	24.3
Obesity – % of individuals with body mass index ≥ 30 (65–74 years)	14.5	19.5	19.6	23.5

Retirado de Barros, Machado, & Simões 2011, p. 14

A interpretação dos dados apresentados em tabela 2 permite perceber que os índices de consumo de álcool nos últimos 12 meses em pessoas entre os 25 e os 44 anos diminuem de 2001 para 2006. Por outro lado o consumo de álcool em pessoas com idades compreendidas entre os 45 e os 65 anos apresenta um aumento acentuado. Na faixa etária dos 65 para os 74 anos verifica-se, também, um aumento no consumo de álcool.

2.3. PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

Como temos vindo a demonstrar, “conhecer o estado de saúde de uma comunidade e dos seus indivíduos, pressupõe entender os seus hábitos e comportamentos de risco, em particular os ligados ao estilo-de-vida” (Breda & Almeida, 2010, p. 956).

O consumo de álcool, e os problemas a ele associados, tem sido objeto de preocupação por parte das entidades de saúde (nacionais e internacionais) tanto ao nível da prevenção de consumos como no que ao tratamento remete. Pensar em prevenção é, de acordo com Moreira (2005, p.13), “desenvolver atividades que impeçam ou dificultem a chegada de determinada condição” e, neste sentido, têm sido relevantes as ações que visam reduzir os malefícios do consumo de álcool.

A prevenção do abuso de drogas começa a surgir na comunidade científica nas décadas de 50 e 60 (Tinoco, 2004) e assume-se como uma preocupação atual das políticas de saúde pública, uma vez que, até ao momento, os programas construídos e implementados ainda não conseguiram atingir resultados positivos sobre o consumo de substâncias psicoativas, verificando-se que a nível mundial o consumo de álcool e outras drogas continua a subir (Castaño, 2006). Segundo Gázquez, García del Castillo, & Espada (2009), para prevenir a toxicod dependência é importante realizar-se uma avaliação da eficácia e potencialidade dos programas de prevenção, através do isolamento das diferentes variáveis existentes.

Importa aliar o conceito de prevenção ao de educação e, para isso, seguindo o defendido por Vega (1993) devemos “utilizar a educação enquanto técnica de prevenção no sentido de desenvolver ou fortalecer a capacidade dos indivíduos a grupos antes da oferta de drogas” (p.74). No mesmo sentido, caminham Moral, Ovejero, Sirvent, & Rodríguez (2005) que no seu artigo sobre a comparação entre quatro programas de prevenção defendem “a necessidade de que o interesse pela prevenção de problemáticas como o consumo juvenil de substâncias psicoativas transcenda a mera institucionalização de políticas preventivas e se dirija para um projeto de corresponsabilização psicossocial

baseado no poder do compromisso comunitário e da ação socioeducativa potenciadora de estados de saúde pessoal e social” (p.205).

Não podemos falar em prevenção de toxicodependências sem contemplarmos os elementos básicos da investigação e da avaliação, no sentido em que devemos garantir a adequação dos programas às realidades do contexto e ter em conta os resultados obtidos. (Grande J. M., 2001) Assim, tal como refere Grande (2001, p.62)

Quando falamos em prevenção devemos ter em conta os seguintes dimensões: na investigação (permite-nos conhecer uma concreta realidade, permitindo-nos isolar os elementos ou fatores que se relacionam com o consumo de álcool e drogas, assim como as suas consequências), no desenvolvimento de estratégias adequadas que nos permitam abordar eficazmente o problema numa concreta comunidades e, desta forma, avançar para a resolução do problema; no desenho e concepção das ferramentas e instrumentos que nos permitam actuar, na planificação que nos permite implementar eficazmente os programas e, por último, na avaliação que nos permite aprender com o que foi realizado, em todos os momentos, e saber as consequências do que fazemos para mudar o que não obteve os resultados esperados.

A relevância e valorização da prevenção enquanto estratégia tem evoluído tendo em conta o próprio conceito de prevenção. Duas tipologias de prevenção surgiram e, apesar de serem pouco recentes, ainda não possibilitaram o consenso entre técnicos sobre que terminologia utilizar (Moreira, 2005)

A tipologia clássica, desenvolvida por Caplan (1980), diferencia a prevenção primária, da secundária e da terciária que em termos latos e sintéticos significam prevenir, curar e reabilitar. A prevenção primária caracteriza-se por ser uma intervenção antes do problema e tem como objetivo evitar o aparecimento do problema/doença. A prevenção secundária, por sua vez, procura actuar o mais rápida e eficazmente possível de forma a tratar o problema/doença com a maior brevidade, uma vez que este não foi evitado pela prevenção primária e, por fim, a prevenção terciária procura reabilitar os sujeitos que já detém o problema/doença e procura evitar o acréscimo de problemas e situações de recaída. Se considerarmos a prevenção de consumo de substâncias psicoativas, a prevenção primária tem como objetivo evitar que as pessoas consumam drogas através do desenvolvimento dos fatores de protecção e evitando os fatores de risco, a prevenção secundária situa-se ao nível do tratamento com o intuito de evitar males maiores e, por fim,

a prevenção terciária consiste no tratamento e reabilitação da dependência das substâncias psicoactivas (Becoña, 2002).

Gordon (1983) propõe que o “termo prevenção seja utilizado unicamente para as medidas, acções ou intervenções que são praticadas pelas e nas pessoas que não estão, no momento, a sofrer qualquer desconforto ou incapacidade devido a doença ou condição que está a ser prevenida” (p.108). Desta forma propõe como terminologia a prevenção universal (medida dirigida a toda a gente, à população em geral), a prevenção selectiva (medida destinada a grupos de alto risco) e a prevenção indicada (medida aplicada a pessoas que, após análise, manifestem fatores de risco elevados que justifiquem uma intervenção preventiva).

Na opinião de Moreira (2005), a dificuldade de consenso e de correspondência entre as tipologias de Caplan e Gordon deve-se ao facto de estas serem completamente distintas. Assim, a prevenção primária, secundária e terciária “refere-se essencialmente ao momento da evolução da condição em que as estratégias preventivas são implementadas” e, por sua vez, as tipologias universal, selectiva e indicada centram-se no “tipo de população a que as intervenções preventivas se destinam” (p.12).

A prevenção do consumo de álcool deve pautar-se por um conjunto de procedimentos que actuará na eficácia dos programas de intervenção. Assim, deve iniciar-se com a definição do grupo onde se vai intervir, para, posteriormente, se identificar as prioridades de intervenção e, finalmente, actuar através da implementação das estratégias que oferecerem melhores resultados. Torna-se, no entanto, difícil de definir prioridades no âmbito do alcoolismo uma vez que o álcool se trata de uma substância lícita e que se encontra culturalmente muito presente (Calafat A. , 2002).

Existem inúmeros programas de prevenção, contudo e de forma a conseguir-se uniformizar os princípios basilares que promovam a eficácia e a qualidade dos programas de prevenção (Moreira, 2005) o National Institute of Drug Abuse (2003) sugere 16 princípios que guiem o pensamento, o planeamento, a selecção e consequente aplicação de programas de prevenção do abuso de drogas a nível da comunidade:

Tabela 3 – *Princípios de Prevenção*

Intervenção em Fatores de Risco e Protecção	
1	Os programas de prevenção devem ser concebidos de forma a incrementar os fatores de protecção e anular ou reduzir os fatores de risco.
2	Os programas de prevenção devem abordar todas as formas de uso ou abuso de drogas, isoladamente ou em combinação, incluindo o uso de drogas legais por menores (ex. tabaco ou álcool), o uso de drogas ilegais (ex. a cocaína ou heroína), e o uso inadequado de substâncias legalmente obtidas (ex. inalantes, solventes), ou a utilização de medicamentos fora do contexto terapêutico.
3	Os programas de prevenção devem identificar o tipo de consumo de drogas, existente na comunidade local, identificar e actuar nos fatores de risco e fortalecer os fatores de protecção identificados.
4	Os programas de prevenção devem ser delineados de forma a serem direccionados aos riscos específicos e às características da população (idade, sexo, etnia, etc) para melhorar a eficácia do programa.
Intervenção Familiar	
5	Os programas de prevenção devem considerar a família (pais ou encarregados de educação), devem reforçar a relação familiar e promover a oportunidade de discutir em família o uso de drogas legais e ilegais, emergindo uma postura da família sobre o assunto em discussão.
Intervenção em Meio Escolar	
6	Os programas de prevenção devem iniciar-se ao nível da educação pré-escolar, abordando os fatores de risco associados ao abuso de drogas, tais como comportamentos agressivos, poucas habilidades sociais e dificuldades académicas.
7	Os programas de prevenção para crianças do 1º ciclo do ensino básico devem promover a melhoria da aprendizagem escolar e socioemocional para as crianças conseguirem lidar com fatores de risco para o abuso de drogas, como a agressão precoce, insucesso escolar e abandono escolar. A Educação deve actuar no sentido de promover o incremento de competências como o auto-controle, a percepção emocional; a comunicação, a resolução de problemas, e o apoio escolar (especialmente ao nível da leitura).
8	Os programas de prevenção para alunos do 2º e 3º ciclo e secundário devem potenciar o melhoramento das competências escolares e sociais, nomeadamente ao nível da promoção de hábitos de estudo e apoio escolar; na capacidade de comunicar, na relação entre pares, ao nível da auto-eficácia e assertividade, na resiliência, na capacidade de resistir ao consumo de drogas, no reforçar de atitudes contra o consumo de drogas e no reforço do cumprimento dos compromissos pessoais.

Intervenção Comunitária

- 9 Os programas de prevenção dirigidos à comunidade e a população-alvo específicos (tais como crianças e jovens em transição entre ciclos escolares) podem produzir efeitos benéficos, mesmo em crianças e famílias de alto risco. As intervenções não se devem centrar nas populações de risco (permitindo a redução de rotulagem) e devem promover a ligação entre a escola e a comunidade.
- 10 Os programas comunitários que envolvem dois ou mais programas (por exemplo nas escolas e na família) são mais eficazes do que quando se aplica um único programa.
- 11 Os programas de prevenção comunitária dirigidos a populações em múltiplos contextos (ex. escolas, media, discotecas) são mais eficazes quando apresentam mensagens alargadas e consistentes para cada contexto.
- 12 Quando as comunidades adaptam programas de prevenção existentes para atender às suas necessidades, às suas normas da comunidade, ou às diferentes exigências culturais existentes, devem reter os elementos core de intervenção que suportam a investigação inicial.
- 13 Os programas de prevenção devem ser pensados a longo prazo, com intervenções repetidas e sistemáticas para reforçar os objetivos de prevenção originais.
- 14 Os programas de prevenção devem incluir a formação prática de professores em sala de aula, o reforço de comportamentos positivos por parte dos estudantes. Tais técnicas fomentam os comportamentos adequados dos alunos, realização e motivação académica, e de ligação com a escola.
- 15 Os programas de prevenção são mais eficazes quando empregam técnicas interactivas (ex. grupos de discussão entre pares, com os encarregados de educação, sessões de role-plays), que permitem a participação activa em aprender sobre o uso e abuso de drogas e reforçam as competências.
- 16 Os programas de prevenção podem ser rentáveis. Investigações recentes demonstram que cada dólar investido em prevenção traduz-se numa poupança de 10 dólares em tratamentos de consumo de álcool e outras drogas.

(adaptado de National Institute of Drug Abuse ,2003, Moreira, 2005, IDT.IP, 2008)

A prevenção deve, segundo Grande (2001, p. 62) assentar nas seguintes dimensões:

- “Na investigação, que nos permitirá conhecer uma realidade concreta, permitindo-nos analisar os elementos ou fatores que se relacionam com o consumo de álcool e de drogas, bem como as suas consequências.
- No desenvolvimento de estratégias adequadas que possibilitem abordar eficazmente o problema numa comunidade específica e avançar com a sua resolução.
- No desenho de ferramentas e instrumentos que nos permitam actuar.

- Na planificação que nos possibilita a implementação eficaz dos programas.
- E, por último, na avaliação que nos possibilita aprender com o que tem sido realizado, em todos os momentos, e saber as consequências do que fazemos para modificar aquilo em que não atingimos os resultados esperados”.

Em Portugal, os últimos anos têm sido concertantes naquilo que são as políticas para a saúde ao nível da redução do consumo de álcool, nomeadamente através dos grandes objetivos estratégicos do núcleo de prevenção:

- “Prevenir o início do consumo de substâncias psicoativas;
- Prevenir a continuação do uso e do abuso;
- Prevenir a passagem do uso ao uso nocivo ou abuso e à dependência” (Instituto de Drogas e Toxicodependências. IP, 2008).



3. STRESS

O stress, elemento caracterizador da vida moderna e considerado por muitos a doença do século XX (Almeida & Sampaio, 2007), tem sido ao longo dos anos assunto de reflexão e de investigação por parte de inúmeros autores, que têm contribuído para a compreensão e definição do conceito (Jones & Bright, 2001).

Segundo Serra (2011), Claude-Bernard, Cannon e Selye foram impulsionadores da construção do conceito de Stress, tendo cada um destes autores procurado perceber de que forma reage e se comporta com os movimentos sobre a saúde pública o organismo perante agressões exteriores. Assim, Bernard (percursor da Biologia Moderna) no século XIX ressaltou a importância das respostas defensivas que os organismos vivos apresentam aquando de uma ameaça. Walter Cannon seguiu a linha de investigação de Bernard e entre o século XIX e XX, analisou as respostas de defesa dos organismos de acordo com o sistema biológico simpático-medular. Cannon é o primeiro investigador a “demonstrar que as manifestações somáticas que acompanham o comportamento de fuga ou de ataque face a um perigo se devem à libertação no sangue de uma hormona, a adrenalina, com origem na glândula supra-renal” (Graziani & Swendsen, 2007, p. 23) e desenvolve o conceito de homeostase como a capacidade que o organismo tem de manter o equilíbrio constante perante as permanentes modificações que o ambiente externo sofre. Hans Selye (1907-1982), considerado o «pai do Stress» (Arantes, 2006), procura na sua investigação compreender a actividade do eixo hipotálamo-hipófiso-suprarrenal e é quem primeiramente introduz o conceito de stress, dedicando-lhe mais de 50 anos de estudo. (Serra, 2011).

Segundo Graziani & Swendsen (2007), Selye reafirma a importância do estado homeostático do organismo e, na sua opinião, “a sobrecarga das capacidades de defesa do indivíduo, depois de uma agressão psíquica ou física que ameaça o equilíbrio interno, desencadeia uma contrarreação que procura restaurar o equilíbrio quebrado. Esta reação não é específica porque não depende da natureza do agente agressor” (Graziani & Swendsen, 2007, p. 24). No decorrer dos seus estudos laboratoriais, enquanto endocrinologista, Selye “observa que diante de qualquer agressão há mecanismos de adaptação do organismo semelhantes entre si” (Arantes, 2006, p. 19) e a partir daqui, em

1936, descreve o Síndrome Geral de Adaptação como algo “que se encontra no animal, seja qual for o agente nocivo, e que se desenvolve em três fases: de alarme, de resistência e de esgotamento” (Graziani & Swendsen, 2007, p. 24).

Segundo Selye (1974, citado por Ribeiro, 2005), “stress é um termo positivo e que o «bom stress» (*eustress*), aquele que suscita uma resposta adaptativa a todos os organismos, é necessário, e que o «mau stress» (*distress*) é um estímulo tão forte que é suscetível de provocar danos no organismo. Aquilo que a linguagem comum designa constitui uma degeneração do termo *distress*.” (Ribeiro, 2005, p. 273).

De acordo com Serra (2011), Holmes e Rahe tornam-se pioneiros no estudo sobre o stress e determinam que existem acontecimentos que podem induzir com maior probabilidade stress nos indivíduos, afirmando que o estado de saúde é influenciado por acontecimentos penosos. Também na década de 60, Richard Lazarus desenvolve as suas investigações e determina que não existem situações que possam ser reconhecidas, de forma absoluta, enquanto indutoras de stress e que o facto de o indivíduo se sentir ou não em stress encontra-se dependente da forma como este avalia a circunstância.

Mais tarde Brown (1993, citado por Serra, 2011) reitera a necessidade de se distinguir os acontecimentos de vida dos fatores de vulnerabilidade, uma vez que a “vulnerabilidade representa o risco aumentado em se reagir de uma forma negativa perante um dado acontecimento de vida” havendo uma “interação entre o acontecimento de vida e o fator de vulnerabilidade” (Serra, 2011, p. 5).

Para Eriksen & Ursin (2006) o stress encontra-se em todas as espécies que têm cérebro, em ambos os géneros, em todas as idades e culturas, devendo, por isso, ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa.

De acordo com Sarafino (1994, citado por Santos e Castro, 1998) atualmente podemos conceptualizar o Stress de três formas: (1) o Stress centrado no ambiente (estímulo), (2) o stress como resposta e (3) o stress enquanto processo interactivo. Na primeira verifica-se que os acontecimentos considerados como ameaçadores provocam situações de tensão e por isso são denominados por “estressores ou de acontecimentos traumáticos de vida” (Santos & Castro, 1998, p. 676); na segunda conceção de Safiro (1994) o stress é encarado como uma resposta tendo esta as componentes psicológicas e fisiológicas relacionadas; na terceira conceção o stress enquanto processo interactivo “o

stress não é somente um estímulo ou uma resposta, mas antes um processo no qual o indivíduo é um agente activo que pode influenciar o impacto de um acontecimento estressor através de estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais” (Santos e Castro, 1998, pp. 676-677).

Na perspectiva de Ribeiro (2005, p. 276), sustentada em diversos autores (Cohen, Kessler & Gordon, 1995; Cox, Griffiths & Rial-González, 2000; Lazarus & Folkman, 1984; Maes e Elderen, 1998) a concepção e avaliação do stress podem-se distinguir em três modelos:

- 1. Centrado nas causas** – abordagem ambiental: “tratam o stress como uma característica do estímulo, como uma carga, focados nos acontecimentos ou experiências nocivas do meio ambiente” .
- 2. Centrado nas consequências** – abordagem biológica: “focada numa resposta biológica não específica que consiste em todas as alterações fisiológicas que ocorrem no sistema biológico quando este é afectado por um estímulo ou carga excessiva ou nociva”.
- 3. Centrado no processo** – abordagem psicológica: focada na interação que o indivíduo vai estabelecendo com o meio e na avaliação subjectiva que o indivíduo faz sobre o stress.

A palavra «stress» faz parte do discurso diário de inúmeras pessoas e é utilizada em diversos registos linguísticos. É utilizada tanto ao nível científico como no quotidiano da população em geral, tornando, desta forma, mais complexa a sua compreensão. Neste sentido, e como afirmam Morrison & Bennet (2009, p. 317) “provavelmente todas as pessoas acham que sabem o significado do termo “stress”, mas são poucas as pessoas que o definem exactamente da mesma forma”.

Pode-se definir stress como uma ameaça (real ou interpretada) que afecta a integridade física e/ou psicológica do indivíduo. O stress é, também, uma experiência subjectiva uma vez que pode ou não estar associado a respostas fisiológicas. Quando falamos em stress temos de ter em conta um stressor e uma resposta ao stress. Como exemplos de stressores físicos podemos enunciar traumas ou lesões físicas, agressões físicas, barulho, multidões, ambientes excessivamente quentes ou frios. No que se refere a

stressores psicológicos podemos considerar os conflitos interpessoais, o isolamento, eventos traumáticos de vida, bem como situações de grande pressão de realização de tarefas. De acordo com McEwen (2000) todos estes exemplos de stressores podem desencadear respostas comportamentais e provocar consequências fisiológicas (aumento da pressão sanguínea e do ritmo cardíaco, alteração das funções metabólicas)..

De acordo com Steptoe (2000) os efeitos do stress podem-se manifestar através de 4 distintos domínios, nomeadamente:

1. **Domínio Fisiológico** – inclui as alterações neuroendócrinas, alterações no sistema nervoso autónomo e no sistema imunitário, sendo que, por estas razões, tem sido alvo de diversas investigações graças à sua implicação na doença.
2. **Domínio Comportamental** – as manifestações comportamentais ao stress estão relacionadas com comportamentos agressivos, comportamentos de saúde (como o consumo de tabaco e de álcool) e dificuldades em desempenhar tarefas complexas.
3. **Domínio das Experiências Subjectivas** – as experiências subjetivas vivenciadas, tal como a angústia, raiva e sentimentos pouco satisfatórios, juntamente com as respostas de ansiedade e depressão, podem comprometer o bem-estar e potenciar o desenvolvimento de doenças psiquiátricas.
4. **Domínio Cognitivo** – as manifestações cognitivas de stress relacionam-se com alterações ao nível do processamento da informação, dificuldades de atenção e comprometimento da memória. Estes efeitos podem, naturalmente, influenciar a performance e a capacidade de tomada de decisão do indivíduo.

3.1. MODELOS DE STRESS

Ao longo do século XX os modelos de stress foram variando tendo em conta o enfoque atribuído aos fatores psicológicos e fisiológicos e a forma como são descritas as relações entre os indivíduos e o seu meio ambiente (Ogden, 2004).

3.1.1 MODELO DE CANNON

Este modelo é referenciado como de «luta ou fuga» uma vez que sugere que as ameaças externas provocam no indivíduo uma resposta fisiológica de luta ou fuga proporcionando uma maior actividade e excitabilidade. (Ogden, 2004).

Nas respostas de «luta ou fuga», segundo Santos & Castro (1998), a percepção de perigo faz com que o sistema nervoso simpático estimule o sistema endócrino (glândulas suprarenais, responsáveis pela segregação de adrenalina ou epinefrina) e que desta forma ocorra uma estimulação do organismo e a potenciação das suas capacidades (podendo estas respostas estimular simultaneamente efeitos positivos e negativos para o organismo). Trata-se, portanto de um modelo adaptativo.

3.1.2. SÍNDROMA GERAL DE ADAPTAÇÃO DE SELYE

Segundo Serra (2011) Selye, ao desenhar a SGA em 1956, procurou descrever as alterações corporais dos indivíduos em situação de stress. Assim, Selye considera tratar-se de um síndrome por envolver “conjunto de manifestações coordenadas e relativamente independentes” (p.158); e de um síndrome geral por envolver e afectar a globalidade do organismo e de adaptação por se tratar de um modelo cuja sua missão seria de reactivar e repor o equilíbrio perturbado.

Este modelo descreve em três fases o processo de stress: fase de alarme, fase de resistência e fase de esgotamento.

Na primeira fase – alarme - o organismo aumenta a actividade e mobiliza os seus recursos para lidar com a situação stressante. Ocorre a activação do eixo simpático-medular, havendo aumento da produção de adrenalina e de noradrenalina. Na fase seguinte – resistência - procura contrariar os efeitos da primeira fase resistindo ao stressor, e envolvendo o *coping* no sentido de inverter os efeitos do estado de alarme, neste caso o eixo hipotálamo-supra-renal activa-se e procura apaziguar as reacções ocorridas na fase de alarme. Verifica-se o aumento de cortisol no sangue e da força muscular e uma aceleração do metabolismo. Na fase final – Exaustão – com a continuidade repetitiva da exposição por parte do indivíduo à situação stressante, o organismo pode não conseguir resistir e continuar a adaptar-se despoletando possíveis lesões fisiológicas e psicológicas. Nesta fase com a manutenção dos níveis elevados de cortisol, o organismo vai sofrendo os efeitos negativos do mesmo e causando perturbação ao nível físico e psicológico (Serra, 2011; Ogden, 2004; Graziani & Swendsen, 2007).

3.1.3. MODELO TRANSACCIONAL

Neste modelo evidencia-se que acontecimentos induzem respostas de stress após uma avaliação do sujeito, e como tal estas respostas estão dependentes da forma como o indivíduo e meio interagem. “ A chave do modelo transaccional é a importância dada à dimensão cognitiva, ao trabalho de avaliação do sujeito quando o stressor aparece” (Graziani & Swendsen, 2007, p. 55).

A característica deste modelo, desenvolvido por Lazarus e Folkman (1984), situa-se na forma como o indivíduo analisa cognitivamente a percepção de um acontecimento stressante – Stress Percebido – bem como a forma como analisa a sua capacidade de lidar e enfrentar a situação – Controlo Percebido - e por fim a forma como organiza e reage de acordo com as suas estratégias de *coping*. Trata-se, portanto, de um modelo transaccional por considerar a interacção entre o indivíduo e o meio, dando especial significado a essa relação.

Considerando o modelo e o stress como processo temos de destacar que a relação entre o indivíduo e o meio é dinâmica e bidireccional, ou seja, encontra-se em constante mudança e agem um sobre o outro (Graziani & Swendsen, 2007).

Como pressupostos a este modelo encontram-se as avaliações cognitivas de transação que o sujeito realiza. Inicialmente efectua uma avaliação primária onde determina se se trata de uma ameaça ou desafio. Após esta surge a avaliação secundária, na qual o indivíduo avalia os seus recursos e procura controlar a situação stressante (*coping*). Assim, a avaliação primária envolve a avaliação do meio e a avaliação secundária do próprio sujeito.

Ramos e Carvalho (2008, p.7) definem *coping* como “formas de lidar com; estratégias de confronto ou mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de stress”; Mendes (2002) acrescenta que o *coping* é o resultado que a pessoa demonstra ao dominar o acontecimento stressante.

Lazarus e Folkman, nos seus estudos, definem *coping* como “as estratégias adaptativas, os esforços cognitivos e comportamentais do sujeito para organizar (reduzir, minimizar, controlar, dominar ou tolerar) a exigência (interna ou externa) provocada pela sua interação com o meio ambiente, exigência essa que o sujeito avalia como ultrapassando os seus limites” (Graziani & Swendsen, 2007, p. 56).

3.2. EFEITOS DO STRESS NO INDIVÍDUO

O termo Stress é utilizado frequentemente no nosso quotidiano para descrever um estado de espírito, uma sensação ou momentos, tendo em conta a forma como nos sentimos.

O significado e a significância que o stress evidencia nos indivíduos demonstra que «o stress tem repercussões consideráveis sobre o ser humano contribuindo para deteriorar a qualidade de vida de milhões de pessoas em todo o mundo» (Serra, 2011, p. 10).

É com base nesta realidade que se tem procurado perceber de que forma as consequências fisiológicas do stress produzem os seus efeitos na saúde. Para a autora Odgen (2004, p. 293) “o stress pode afectar a saúde de dois modos: através de mudanças comportamentais ou de mudanças fisiológicas” e as diversas investigações realizadas têm demonstrado que “o stress causa mudanças fisiológicas que têm implicações no aparecimento de doenças e na sua evolução” (p. 296).

Para Lazarus e Folkman (1984) as situações indutoras de stress organizam-se em três possíveis categorias: ameaça (antecipa-se um acontecimento desagradável que ainda não ocorreu mas que pode surgir), dano (a situação penosa já ocorreu, o indivíduo deverá procurar lidar com o mesmo de forma mais positiva possível) e desafio (o indivíduo sente que consegue alcançar ou ultrapassar o desafio. Por vezes, trata-se de uma percepção irreal do êxito, uma vez que a pessoa pode distorcer a realidade). Verifica-se, portanto, que a grande divergência entre as três categorias é a sua natureza temporal, ou seja, a ameaça ocorre por antecipação (projectão do futuro), o dano actua como um facto ligado ao passado e por fim surge o desafio que ocorre no presente dos acontecimentos.

Serra (2011, p. 26) considera que os sinais e sintomas de stress variam de pessoa para pessoa e que este provoca no indivíduo alterações de natureza comportamental (exemplos: isolamento, insatisfação com o trabalho, aumento de consumo de tabaco e álcool), cognitiva (exemplos: dificuldades de concentração, dificuldade de tomada de decisão, pensamentos repetitivos), emocional (exemplos: perda de confiança, sentir-se de “neura”, explosões de cólera) e alterações vegetativas (exemplos: dores de cabeça, transtornos de sono, aumento da tensão arterial).

Para McEwen (1998, citado por Serra, 2011) as diferenças que se verificam na forma como os indivíduos lidam com os acontecimentos são determinadas pela “interação genética com fatores do desenvolvimento pessoal e experiências percorridas”.

As teorias desenvolvidas em torno da compreensão do stress têm evidenciado a importância do autocontrolo nas suas dimensões: auto-eficácia, robustez e domínio. A auto-eficácia “refere-se ao sentimento individual de confiança na capacidade de realizar uma ação desejada” ou seja, ao acreditar que se detém o controlo sobre o comportamento poderá diminuir ou não resultar numa resposta ao stress. A robustez, que pode ser aqui entendida como sinónimo de resiliência, descreve-se como “uma sensação pessoal de controlo, um desejo de aceitar desafios e como um comprometimento”. O domínio, por sua vez, traduz-se no “controlo do indivíduo sobre a sua resposta ao stress” (Ogden, 2004, p. 293).

Em termos fisiológico o stress pode-se relacionar com situações de doença, por exemplo, através do aumento da segregação dos sucos gástricos, do aumento das catecolaminas que provoca o aumento dos coágulos sanguíneos, aumentando assim o risco de ataques cardíacos e afectando o sistema imunológico pelos aumentos da catecolaminas e dos corticosteróides, tornando desta forma o indivíduo mais propício a possíveis infeções. Para além disso, ao nível do controlo da progressão da doença, existem estudos (Glaser e Glaaser, 1986) que afirmam que o stress diminui o número de hormonas que combatem os carcinogénios e que reparam o ADN. (Ogden, 2004).

Segundo Wiebe e McCallum (1986, referenciados por Santos e Castro, 1998) altos níveis de stress desencadeiam comportamentos que propiciam o aumento da probabilidade de os indivíduos estarem expostos à doença ou a lesões. Para além disso, em situações mais stressantes há indicação de maior consumo de álcool, tabaco e café (Conway, Vickers, Ward, & Rahl, 1981), que podem agir também como fragilizadores da saúde ou potenciadores da doença.

Para Taylor & Pilati (2000, p. 131), “os efeitos do álcool no corpo e no cérebro são tão diversos como os efeitos do stress. Mais complexa ainda é a relação entre álcool, alcoolismo e stress”. Não sendo possível estabelecer relações diretas entre estes efeitos, os autores afirmam, a este propósito, que “a interação entre o álcool e o stress varia tendo em

conta as características do sujeito, do ambiente, a dose de álcool, a natureza do stressor e o tempo de exposição ao álcool e ao stressor” (Taylor & Pilati, 2000, p. 135).

3.2.1. CIRCUNSTÂNCIAS INDUTORAS DE STRESS

Após uma breve explanação histórica sobre o desenvolvimento das investigações em torno do conceito stress e dos modelos explicativos do mesmo, torna-se imperativo perceber mais aprofundadamente quais as circunstâncias que podem induzir ao stress. Para tal iremos descrever sucintamente as seguintes ocorrências (Serra, 2011):

1. Acontecimentos traumáticos - correspondem
2. Acontecimentos significativos de vida
3. Situações crónicas indutoras de stress
4. Micro indutores de stress
5. Macro indutores de stress
6. Acontecimentos desejados que não ocorrem
7. Traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento

Segundo Serra (2011), os acontecimento traumáticos são episódios de gravidade extrema que surgem normalmente sem possibilidade de antecipação e dos quais podem surgir transtornos psicopatológicos. Como exemplos destes acontecimentos poder-se-ão destacar: situações de espancamento, de ameaça, de testemunha de homicídio. O mesmo autor refere ainda que, em 1967, Holmes e Rahe foram pioneiros ao considerarem os acontecimentos significativos de vida como possíveis mecanismos stressores. O divórcio ou a morte de um familiar são exemplos de acontecimentos marcantes, mas não tão graves como as situações traumáticas.

Wheaton (1994, citado por Serra, 2011) descreve as situações crónicas indutoras de stress como acontecimentos, problemas ou assuntos que devido à sua regularidade assumem a continuidade nas actividades diárias de um indivíduo. Como exemplo destes acontecimentos podemos considerar a situação de uma doença crónica que compromete o trabalho e a vida social, o facto de um familiar ser alcoólico ou dependente de outra droga e não recuperar, o conflito constante com um familiar ou superior hierárquico, ou numa perspectiva introspectiva e individual, podemos considerar que pensamentos e

sentimentos perturbadores que se mantenham ao longo do tempo possam desencadear estas situações.

Em suma, as situações crónicas indutoras de stress caracterizam-se pelo facto de não serem de fácil resolução e de se perpetuarem no tempo.

Os micro indutores de stress são os pequenos constrangimentos e contrariedades que ocorrem regularmente no dia-a-dia e que podem surgir nos mais diferentes contextos. O trânsito, vizinhos incomodativos, fumadores desrespeitadores, poderão ser exemplo de situações incomodativas. O impacto que os micro indutores provocam no indivíduo depende muito das forma como este reage. Estes acontecimentos incomodativos e por vezes frustrantes são minurados aquando da ocorrência de acontecimentos positivos compensadores (Serra, 2011).

Os macro indutores de stress correspondem aos acontecimentos que “não afectam ninguém em especial mas atingem as pessoas na globalidade” (Serra, 2011, p.52). Como exemplo de macro indutores temos as condições socioeconómicas dos países, a recensão económica, os índices baixos de emprego. Os acontecimentos desejados que não ocorrem estão associados a desejos e a expectativas que se criam e não se realizam ou demoram a realizar-se, como por exemplo: a dificuldade de um casal em engravidar, a não entrada no curso desejado, a conquista da independência económica.

Por fim, os traumas ocorridos no estágio de desenvolvimento compreendem situações que ocorram na infância e que pelo facto de a criança se encontrar no seu processo formativo e em que as defesas psicológicas ainda são vulneráveis, podem desencadear graves consequências aquando da vida adulta. Como exemplo destas situações temos as crianças vítimas de abusos e negligenciadas. (Serra, 2011).

4. INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A Inteligência emocional é um construto recente, que tem potenciado o desenvolvimento de diversas investigações científicas (Franco, 2008). Roberts, Flores-Mendoza, & Nascimento (2002) acreditam que a inteligência emocional é um conceito que tem despertado especial interesse na comunidade científica e na comunidade em geral (leiga) e que, graças à sua enorme popularidade, seja talvez o conceito psicológico mais reconhecido do final do século XX. Este especial interesse em tão famoso conceito pode estar associado ao facto de as pessoas considerarem que a gestão das emoções influenciam o sucesso profissional e a qualidade de vida, na perspectiva de que quanto melhor forem geridas as emoções maiores são os sucessos atingidos ao nível profissional e pessoal.

A concepção do conceito de inteligência tem, ao longo do tempo, considerado um conjunto de variáveis não cognitivas que têm sido associadas a diferentes investigadores como são o caso da Inteligência Social (Thorndike & Stein, 1937), das Inteligências Múltiplas (Gardner, 1983), da Inteligência Prática (Sternberg & Wagner, 19993) e da Inteligência Emocional (Salovey & Mayer, 1990; Bar-On, 2000; Goleman, 1997). O conceito de inteligência emocional surge inicialmente com investigadores Salovey e Mayer em 1990.

O conceito de inteligência emocional surge da conjugação e percepção de dois conceitos amplamente estudados pela psicologia e que têm vindo a ser alvo de inúmeras investigações: “A definição da inteligência emocional depende da definição da inteligência, emoção e sobre sua interação” (Primi, 2003, p. 72).

Mayer (2006) apresenta um breve resumo histórico sobre a evolução do conceito da inteligência emocional (Anexo A). De 1900 a 1969 ocorre o período de separação dos conceitos de inteligência e de emoções, destacando-se neste processo pesquisas sobre o conceito de inteligência (desenvolvimento do domínio dos testes da inteligência); pesquisas sobre as emoções (centradas na problematização do que acontece primeiro: reação física ou emoção); pesquisas sobre inteligência social (com a emergência dos testes de inteligência, o focus de investigação centrava-se na inteligência verbal e proposicional. Alguns psicólogos procuraram identificar a inteligência social).

Mais tarde, no intervalo de 1970-1989, surgem os precursores do conceito de inteligência emocional. Nesta fase, os campos de pesquisa da cognição e do afecto emergem da necessidade de se compreender de que forma as emoções interagem com os pensamentos. A área da comunicação não-verbal desenvolve escalas de percepção da informação não-verbal, algumas emocionais, baseadas na expressão facial e na postura corporal. É, também, neste período que Gardner surge com o conceito das inteligências múltiplas que envolvem a capacidade de compreender e analisar as emoções. A investigação empírica sobre a inteligência social considera que esta se divide em competências/ habilidades: sociais e empáticas, atitudes sociais positivas, ansiedade social, emotividade (sensibilidade). Começa a surgir, ocasionalmente, o termo de inteligência emocional. Neste sentido, no triénio de 1990-1993 a emergência do conceito de inteligência emocional ocorre com a revisão das áreas importantes a serem consideradas (com o artigo «emotional intelligence») e com um estudo demonstrativo da medição da inteligência emocional. Neste período, o jornal científico *Intelligence* considera a existência da inteligência emocional propiciando o desenvolvimento de novas concepções da inteligência emocional em especial nas áreas das neurociências (Mayer, 2006).

O interesse despertado e surpreendente surge em 1995 com o lançamento do livro *Emotional Intelligence* de Daniel Goleman (professor da Universidade de Harvard). que, ao tornar-se num best-seller mundial, contribui para a ampliação e popularidade do conceito. A partir de 1997 e até à presente data têm surgido inúmeras investigações que permitem um aperfeiçoamento efectivo do conceito (Mayer, 2006). De acordo com Roberts, Mendonza, & Nascimento (2002) o lançamento do livro de Goleman dimensionou o conceito de inteligência emocional.

Reconhecido o percurso evolutivo do conceito de inteligência emocional e na perspectiva da sua total compreensão, começaremos por clarificar os conceitos de inteligência e de emoção para que, posteriormente, possamos relacionar e perceber a amplitude do conceito de Inteligência Emocional.

São diversos os estudos que procuram perceber se o construto de inteligência “reflete mais uma aptidão ou traço interno associado às propriedades biológicas dos indivíduos ou se é, sobretudo, expressão de um comportamento social e aprendido, fortemente marcado pelos contextos de vida dos sujeitos”. Assim, no intermédio destes dois polos referenciais “a inteligência pode ser concebida como uma capacidade dinâmica,

ora delimitada pelos limites de um potencial biológico, ora marcada pela apropriação cultural de um «eu» psicológico que se constrói pela ação e interação” (Candeias, Almeida, Roazzi, & Primi, 2008, p. 7)

Salovey & Mayer (1990) consideram as emoções

como respostas organizadas, que ultrapassam as fronteiras de vários subsistemas psicológicos, incluindo o fisiológico, cognitivo, motivacional e sistemas experimentais. Emoções surgem tipicamente em resposta a um evento, seja interna ou externa, que tem uma significância valorativa, sob forma positiva ou negativa, para o indivíduo. (...) Consideramos a resposta organizada de emoções como adaptativa e como algo que pode potencialmente conduzir a uma transformação da interação pessoal e social numa experiência enriquecedora (Salovey & Mayor, 1990, p.186).

Goleman (1997) define e “interpreta emoção como referindo-se a um sentimento e aos raciocínios daí derivados, estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a ação”, considerando também que “há centenas de emoções, incluindo respectivas combinações, variações, mutações e tonalidades” (p. 310).

Segundo a Encyclopedia of Applied Psychology (2004, p. 714) a

emoção é facilmente reconhecida e difícil de definir. Actualmente, os investigadores definem uma emoção como um padrão de curta duração de base biológica, baseada na experiência, percepção, fisiologia e comunicação que ocorre em resposta a determinados desafios físicos e sociais e oportunidades.

O conceituado neurocientista Damásio (2000) fala-nos das emoções e do seu reconhecimento com base numa perspectiva neurológica. Para o autor, as emoções têm um carácter cognitivo, sendo que “sentir os estados emocionais, o que equivale a afirmar que se tem consciência das emoções, oferece-nos flexibilidade de resposta com base na história específica das nossas interacções com o meio ambiente. Embora sejam precisos mecanismos inatos para pôr a bola do conhecimento em marcha, os sentimentos oferecem-nos algo extra” (p.148). Assim, “a emoção é a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando de um estado emocional deste, mas também dirigidas ao próprio cérebro (núcleos neuro-transmissores no tronco cerebral), resultando em alterações mentais adicionais” (Damásio, 2000, p.153).

Verifica-se nos trabalhos de diversos autores uma forte relação entre emoção e inteligência. Para Mayer & Salovey (1997) “as emoções fazem o pensamento mais inteligente e o que cada um pensa inteligentemente sobre emoções” (p.5).

Posteriormente o conceito de emoções é definido como processos internos que influenciam os diversos subsistemas psicológicos: respostas fisiológicas, cognição e consciência (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000).

De acordo com Salovey & Mayer (1990) e Mayer & Salovey (1993) a "Inteligência emocional é um tipo de inteligência social que envolve a capacidade de controlar os sentimentos e emoções próprios e dos outros, de discriminar os mesmos e de usar esta informação para orientar o pensamento e as acções" (1993, p.433).

Por sua vez, Caruso (2008) na sua concepção sobre a inteligência emocional, evoca a importância do pensamento e do raciocínio sobre as emoções, enquanto facilitadores das ações e tomadas de decisão.

A investigação desenvolvida em torno do conceito de inteligência emocional, apesar do interesse atribuído pela comunidade científica, não produziu ainda um efeito totalmente esclarecedor em relação ao seu construto e desenvolvimento porque as definições e instrumentos de medida utilizados têm sido muito diferentes (Franco, 2008).

Como demonstrado ao longo de presente ponto, existem um conjunto de aceções teóricas que permitem agrupar o construto da inteligência emocional em duas linhas de pensamento, desencadeando dois modelos com enfoques diferenciados: Modelo de Aptidões e os Modelos Mistos.

Associados aos modelos de aptidões destacam-se os autores Salovey & Mayer, enquanto pioneiros da construção científica em torno da inteligência emocional, e sobre a qual reconhecem conceptualmente a sua natureza cognitiva, assumindo-a como uma inteligência pura e natural. Em contraposição ao modelo das aptidões, surge o modelo misto (Reuven Bar-On e Goleman) que reconhece na inteligência emocional a confluência entre os processos cognitivos e as características de personalidade.

Como é possível verificar, o modelo de aptidão posiciona a inteligência emocional enquanto uma capacidade cognitiva e o modelo misto considera a estreita relação entre a

capacidade cognitiva e os traços de personalidade dos indivíduos enquanto influenciadores do bem-estar geral (Stys & Brown, 2004).

Apresentamos, neste sentido, e mais aprofundadamente os pressupostos que fundamentam e determinam cada um dos modelos de inteligência emocional. Cada teoria foi construída com o claro objetivo de compreender e explicar da melhor forma quais as características, competências e aptidões associadas à inteligência emocional e social (Emmerling & Goleman, 2003).

4.1. MODELO DE APTIDÕES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL (SALOVEY & MAYER)

Mayer & Salovey (1997) definem a inteligência emocional como «a capacidade de perceber com precisão, avaliar e expressar emoções, a capacidade de acessar e/ou gerar sentimentos quando eles facilitam o pensamento; a capacidade de compreender a emoção e o conhecimento emocional e a capacidade de controlar emoções para promover o crescimento emocional e intelectual” (p.10). Consideram, desta forma, que o domínio da inteligência emocional requer a combinação de diferentes tipos de competências emocionais que se podem categorizar em quatro áreas (Mayer, Salovey, & Caruso, 2000; Franco, 2008, Mayer, Caruso, & Salovey, 2000; Neta, García, & Gargallo, 2008), nomeadamente:

- a) Percepção e Avaliação das emoções;
- b) Uso das emoções para facilitar o pensamento;
- c) Compreender e racionalizar sobre as emoções;
- d) Gestão e regulação das emoções.

Cada uma das quatro áreas apresentadas reúne um conjunto de habilidades. A percepção e avaliação das emoções remete-nos para a capacidade que o indivíduo tem para conseguir identificar, em si e nos outros, as emoções e, desta forma, compreender se a sua

percepção emocional é correspondente ao que o indivíduo está a sentir. A habilidade para utilizarmos as emoções enquanto facilitadoras do pensamento permite favorecer o processo cognitivo e, por sua vez, possibilita a utilização das emoções na adequabilidade de respostas para a resolução de problemas, nas tomadas de decisão e ainda nas relações interpessoais. Por sua vez, a capacidade de compreendermos as emoções e conseguirmos analisá-las, pressupõe uma melhor identificação dos estados emocionais vivenciados graças ao reconhecimento de como se manifestam as emoções mais complexas e de como estas se desenvolvem, se alteram e se combinam. A gestão e regulação das emoções não se remete apenas para as questões de controlo em torno das emoções, mas para a capacidade que os indivíduos possuem para avaliar as emoções e as situações de forma a poderem escolher se querem mantê-las ou alterá-las, ou seja, compreende a utilização dos processos metacognitivos e de metacontrolo para as alterações dos seus próprios sentimentos e estados de humor (Mayer, Salovey, & Caruso, 2000; Franco, 2008; Mayer, Caruso, & Salovey, 2000; Neta, García, & Gargallo, 2008; Mayer & Salovey, 1997).

4.2. MODELO MISTO DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

4.2.1. REUVEN BAR-

Bar-on, no seu modelo misto, considera que a inteligência emocional contempla competências emocionais e sociais que, para além de se encontrarem intimamente interligadas, representam um papel transversal na vida dos indivíduos (Bar-On R. , The Conceptual Aspect of the Bar-On Model (the theory), 2007), rementendo para “um conjunto de capacidades, competências e *skills* que influenciam a habilidade para lidar com o sucesso, com as exigências e pressões do meio ambiente” (Bar-On R. , 1997, p. 14).

Segundo o autor, para se ser emocional e socialmente inteligente é importante “compreender e expressar-se de forma eficaz, para se entender e relacionar bem com os outros, e para se lidar com sucesso com as exigências quotidianas, desafios e pressões” (Bar-On R. , 2006, p. 15). Desta forma, o seu modelo distingue cinco competências

emocionais e sociais que contemplam diversas habilidades que se encontram estreitamente relacionadas:

- a) Competências Intrapessoais;
- b) Competências Interpessoais;
- c) Competências de gestão de stress;
- d) Competências de adaptação;
- e) Competências gerais de humor. (Bar-On, 2006, 2010)

As competências intrapessoais, que abrangem o respeito por si mesmo, a autoconsciência, a assertividade, a independência e a autoatualização, referem-se à capacidade dos indivíduos terem uma consciência de si capaz de compreender e identificar os seus pontos fortes e as fraquezas individuais, bem como dizem respeito à capacidade de expressar os seus pensamentos e sentimentos de forma positiva e não destrutiva. Por outro lado, as competências interpessoais, que remetem para as habilidades de empatia, responsabilidade social e relações interpessoais, afiguram-se indispensáveis para o reconhecimento das emoções, sentimentos e necessidades dos outros e, a partir daí, permitir o estabelecimento de relações interpessoais positivas, cooperativas e construtivas. As competências de gestão de stress, que concentram as habilidades associadas à tolerância ao stress e ao controlo dos impulsos, compreendem a gestão e regulação emocional de forma a traduzirem-se em efetivas e construtivas ações de controlo e gestão do stress. Por sua vez, as competências de adaptação, envolvem as habilidades associadas à gestão das mudanças, ou seja, na compreensão do sentido de realidade, na flexibilidade para adaptação e adequação das emoções e na capacidade de resolver problemas de índole pessoal e interpessoal. Por fim, as competências gerais do humor, associam-se às componentes auto motivacionais, ou seja, para o optimismo e felicidade que se traduzem na capacidade das pessoas se sentirem satisfeitas consigo próprias, com os outros e com a vida em geral. Assim, o modelo de aptidão de Bar-On assenta no pressuposto de que, para se ser emocional e socialmente inteligente, é necessário compreender, expressar-se e relacionar-se positiva e eficazmente consigo e com os outros, ultrapassando as exigências do dia-a-dia nas suas variadas pressões e desafios (Bar-On, 2006, 2010).

4.2.2. DANIEL GOLEMAN

O autor Daniel Goleman, na exploração do construto da inteligência emocional, defende a existência de cinco competências emocionais e sociais: autoconsciência, autorregulação, motivação, empatia e habilidades sociais. As referidas competências emocionais são caracterizadas por serem independentes, interdependentes, hierárquicas, necessárias e genéricas, ou seja, significa que apesar de cada uma das competências apresentar um contributo ímpar, encontram-se interrelacionadas e hierarquizadas umas em relação às outras e que, apesar de serem necessárias, não significa que sejamos possuidores das restantes competências associadas. Caracterizam-se também enquanto, naturalmente, genéricas por serem adaptáveis a qualquer tipo de trabalho.

A autoconsciência (consciência emocional, autoavaliação e autoconfiança) associa-se à capacidade de se identificar e utilizar os sentimentos para os processos de escolhas, bem como permite uma análise real das suas capacidades. A autorregulação (autocontrolo, honestidade, consciência moral, adaptabilidade e a inovação), tal como a designação indica, envolve toda a gestão e regulação das emoções e dos estados emocionais na resolução de problemas. A motivação (competências emocionais de realização, envolvimento, capacidade de iniciativa e optimismo), por sua vez, refere-se à utilização das emoções na capacidade de concretizar as tarefas. A empatia (capacidade de compreender e ajudar os outros, de potenciar as diversidades e promover a ajuda e o incremento da consciência política) encontra-se fortemente associadas à capacidade de nos podermos e sabermos colocar no lugar do outro. As habilidades sociais (capacidade de compreender e interagir com os contextos) remetem para a capacidade de comunicação, liderança e gestão de conflitos, associando-se, também, à cooperação e ao saber trabalhar em equipa (Goleman D. , 1997, 1999; Franco, 2008).

5. RESILIÊNCIA

O conceito de resiliência associado às Ciências da Saúde surge (com base nas ciências físicas) a partir dos anos 70 através de estudos realizados a pessoas que haviam passado por traumas agudos ou prolongados que, apesar de serem considerados fatores de risco que potenciam o desenvolvimento de doenças psíquicas, não adoeciam como seria espectável (Souza & Cervený, 2006). Na concepção de Michael Rutter (1993, citado por Kotliarenko, Cáceres, & Fontecilla, 1997), o termo resiliência foi adaptado às ciências sociais no sentido de caracterizar as pessoas que apresentam uma trajetória de desenvolvimento ajustada apesar de viverem em contextos sociais e familiares de alto risco.

Tendo a conta a complexidade e a variedade de fatores que podem ser considerados ao nível dos estudos dos fenómenos humanos, a definição do conceito de resiliência não é tão clara nem precisa como na Física ou na Engenharia (Yunes M. A., 2003). No entanto, o estudo sobre a resiliência é recente e tem conquistado pesquisadores e centros de pesquisa (Polleto & Koller, 2006).

Segundo Papoušek (2011), os autores Werner e Smith foram determinantes nas investigações sobre o conceito de resiliência. Desenvolveram um estudo longitudinal de 40 anos em crianças da ilha de Kauai que se encontravam no meio de múltiplos riscos, e no qual foram capazes de identificar um subgrupo considerável de crianças «vulneráveis mas invencíveis» que eram capazes para superar e enfrentar com sucesso os desafios negativos que surgiram na sua vida (Papoušek, 2011).

Etimologicamente a palavra resiliência advém do latim *resiliens* e tem como significado “saltar para trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper”, contudo considerando a palavra *resilient* (origem inglesa) esta remete-nos ao conceito de “elasticidade e capacidade rápida de recuperação” (Pinheiro, 2004, p. 68). Ao nível da Língua Portuguesa, de acordo com Houaiss (2001, citado por Pinheiro, 2004) o significado de resiliência contempla o sentido físico e o sentido figurado, ou seja, no sentido físico define resiliência como “propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica” e no sentido figurado (elementos humanos) define resiliência como “capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças” (Pinheiro, 2004, p. 68).

Segundo as autoras Trombeta e Guzzo (2002), os estudos sobre a resiliência iniciaram-se com a associação do conceito à manutenção da saúde mental nas pessoas. Masten (2001) refere que as pesquisas iniciais sobre o tema apresentam uma dependência aos conceitos de invencibilidade e de invulnerabilidade e que mais tarde, com a proliferação dos estudos, o termo invulnerável foi contestado pelo facto de este traduzir uma total resistência ao stress.

De acordo Yunes (2003) os termos «invencibilidade» e «invulnerabilidade» seguiram-se na literatura ao conceito de resiliência, mas os autores Zimmerman e Arunkumar (1994) contrariam esta ideia e definem resiliência como uma “habilidade de superar adversidades, o que não significa que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade” (p. 4, citado por Yunes, 2003).

Numa perspetiva sistémica, Anaut (2005, p. 43) defende que “a resiliência designa a arte de se adaptar às situações adversas (condições biológicas e sociopsicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapésíquicos) e externos (ambiente social e afectivo), que permitem aliar uma construção psíquica adequada e a inserção social”.

De acordo com Pesce R., Assis, Santos & Oliveira (2004, p. 135), “compreende-se resiliência como o conjunto de processos sociais e intrapésíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio”.

Resiliência “é um construto que descreve a capacidade de um indivíduo superar, com relativo sucesso, condições adversas ou situações que envolvem risco ao seu bem-estar, desenvolvimento e saúde mental” (Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012, p. 248). Trata-se, portanto de um processo no qual o sujeito se adapta positivamente a um contexto que se considera desfavorável e que ao adaptar-se evidencia uma notável capacidade de superar as condições adversas, que poderiam vir a representar uma real e significativa ameaça ao seu bem-estar, ao seu processo de desenvolvimento ou à sua saúde mental (Luthar, 2006).

A capacidade de o ser humano responder positivamente às situações adversas que vai enfrentando ao longo da sua vida, mesmo quando estas podem comprometer a sua saúde ou desenvolvimento, é referenciada por alguns autores como uma “competência individual que se constrói a partir das interacções entre o sujeito, a família e o ambiente e,

para os outros, uma competência não apenas do sujeito, mas, também, de algumas famílias e de certas colectividades” (Silva, Elsen, & Lacharité, 2003, pp. 147-148). Desta forma, os autores consideram a resiliência como um fenómeno complexo uma vez que mantém uma interdependência entre os diversos contextos com o qual o ser humano interage directa ou indirectamente e, sobre o qual, naturalmente tem diferentes visões.

Para Masten (2001) o conceito de resiliência tem em conta processos de adaptação e fatores de risco. No que se refere aos processos de adaptação, verificam-se algumas discordâncias por parte dos investigadores na área da resiliência, contudo, parece existir consensualidade ao nível da relação da resiliência com os fatores de risco (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996).

É de natureza consensual que o conceito de resiliência não é opositor ao risco e não representa um fator protector. A resiliência é definida a partir da interação entre os fatores individuais, o contexto ambiental, os acontecimentos ao longo da vida e os fatores de protecção. Com a união destes recursos pode-se verificar uma protecção e promoção do bem-estar que é valorizado de acordo com a capacidade de ser utilizada pelos sujeitos (Slap, 2001).

Para além disso, o conceito de resiliência tem em conta polarizações como: «adaptação/superação», «inato/adquirido», «permanente/ circunstancial». “Contudo, ele aponta para um ponto comum: a singularidade e a delicadeza das relações microssociais de promoção em saúde” (Junqueira & Deslandes, 2003, p. 227). As autoras defendem ainda, que o conceito de resiliência traduziria de maneira conceitual a possibilidade de superação num sentido dialético, ou seja, esta abordagem remete para uma “resignificação da problemática que não a elimina, mas que é parte constituinte da história do indivíduo” (Polleto & Koller, 2006, p. 30).

Podemos então aferir que a resiliência se caracteriza pela existência de «condições adversas» que constituem fatores de risco (muitas vezes associados a diversos fenómenos de desajustamento biopsicossocial) e pela existência de «padrões de adaptação positivos» do indivíduo aos fatores de risco a que foi sujeito. O construto da resiliência deverá considerar sempre a análise conjunta destes dois fatores (Luthar, 2006).

A resiliência requer uma flexibilidade e procura a manutenção de um equilíbrio na vida de um sujeito tendo em conta a forma como este lida e opera com as situações

stressantes e os acontecimentos traumáticos que vão ocorrendo ao longo da vida (APA, 2012).

Em termos neurológicos, e de acordo com as investigações desenvolvidas por Davidson, é através da zona dorsal-superior do córtex pré-frontal, especialmente na área pré-frontal esquerda que ocorre o processo de resiliência, ou seja, que recuperamos dos maus momentos. Assim, recuperamos de forma mais rápida, quanto maior for a actividade existente na área pré-frontal esquerda (em relação à área pré-frontal direita), porque somos mais eficazes a desenvolver estratégias cognitivas que nos permitem uma regulação emocional (Goleman D. , 2011).

O conceito de resiliência tem sido muito associado à promoção da saúde. Nesta perspectiva entende-se por resiliência o “conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis” (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias, & Carvalhaes, 2005, p. 436).

Podemos definir fator de risco como “a probabilidade da ocorrência de um acontecimento, no decurso de um dado período de tempo ou idade” (Ribeiro, 2005, p. 133). Destando assim que “Os fatores de risco são variáveis ligadas ao aparecimento posterior de patologias ou inaptações” (Anaut, 2005, p. 31).

Anaut (2005, p. 33), inspirada pelos trabalhos de Anthony e Chiland (1980) e de Gamezy e col. (1996) considera que os fatores de risco podem-se agrupar em três categorias:

- 1. Fatores centrados na criança** – prematuridade, sofrimento neonatal, a gemelaridade, a patologia somática precoce (baixo peso à nascença, danos cerebrais, handicaps, ...), os défices cognitivos, as separações maternas precoces;
- 2. Fatores ligados à configuração familiar** – separação dos pais, o desentendimento crónico, a violência, o alcoolismo, a doença crónica de um dos pais (somática ou psíquica), o casal incompleto (mãe solteira), a mãe adolescente e/ou imatura, o falecimento de um familiar.

3. Fatores socioambientais – a pobreza, a fragilidade socioeconómica, o desemprego, a habitação sobrelotada, a situação de migração, o isolamento relacional, o internamento da criança numa instituição, etc.

Segundo Rutter (1990) “a resiliência preocupa-se com as variações individuais na resposta aos fatores de risco (p.183) e os fatores de protecção permitem modificar a resposta à situação que corresponde ao risco, reduzindo o risco e reduzindo as reacções negativas.

Os fatores de protecção encontram-se associados às variáveis genéticas, às características e disposições da personalidade, à disponibilidade e qualidade dos suportes sociais existentes, ao contexto do meio social (Anaut, 2005).

Ao considerarmos a resiliência como um fenómeno que surge a partir da interacção do indivíduo com o meio, numa perspectiva dinâmica, devemos atribuir a mesma importância aos fatores de risco e protecção. Os fatores de risco remetem para os acontecimentos negativos da vida que, quando presentes no contexto, aumentam a probabilidade do indivíduo desenvolver problemas físicos, psíquicos ou sociais. Por outro lado, os fatores de protecção traduzem-se nas influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas individuais aos riscos de desadaptação que o indivíduo possa sofrer. De salientar, também, que os diversos fatores atuam dinamicamente e ao interagirem modificam o percurso do indivíduo, podendo induzir uma situação stressora ou protetora (Morais & Koller, 2004).

De acordo com Pesce, Assis, Santos & Oliveira (2004) são muitos os fatores de risco (crónicos ou agudos) que afectam a capacidade de resiliência das crianças e adolescentes. Assim, a resiliência enfatiza os fatores e processos de protecção que, aquando da exposição do indivíduo a situações adversas de um comportamento saudável, invertem os efeitos dos fatores de risco (Simões, 2008). Risco “é uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico (Schenker & Minayo, 2005, p. 708).

Engle, Castle e Menon (1996), referenciados por Pesce et al (2004), consideram que embora inicialmente se considerem os fatores de risco como estáticos, análises mais profundas sugerem que o risco é um processo. Ou seja, a totalidade de fatores de risco que

se uma criança esteve sujeita, bem como o tempo em que decorreu, o momento em que teve exposta e ainda o contexto tornam-se mais graves do que se a criança apenas estiver sujeita a uma única exposição grave.

Para compreender o conceito de resiliência não basta perceber a importância dos riscos. Os fatores protectores que o ser humano possui, internamente ou que capta do seu meio envolvente, também se tornam cruciais para compreender a resiliência (Pesce et al, 2004). “Proteger é uma noção que faz parte do contexto das relações primárias e do universo semântico das políticas sociais. Significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação” (Schenker & Minayo, 2005, p. 711).

Como se verifica a partir do exposto pelos autores quanto aos fatores de risco, para compreender os fatores protectores não os devemos encarar de forma linear, uma vez que a existência de apenas um fator protector não significa imunidade. O efeito protector resulta mais da combinação de diversos fatores protectores, que da existência de apenas um ou outro fator específico (Moreira, 2005).

Os autores Pesca et al (2004), baseados em Brooks (1994) e Emery & Forehand (1996), destacam como exemplo de fatores protectores podemos considerar os fatores individuais (autonomia, auto-estima, auto-controle, etc), os fatores familiares (coesão, estabilidade, respeito mútuo, etc.) e os fatores de apoio do ambiente (relacionamento com amigos, pessoas significativas) (Pesca et al, 2004).

Pinheiro (2004, p. 70) afirma que “pessoas com trajetórias semelhantes diferenciam-se pelo facto de algumas conseguirem superar as crises e outras não”. De acordo com esta perspectiva devem-se considerar as características pessoais e os relacionamentos e interações sociais e ambientais, na análise à forma como as pessoas reagem em situações adversas.

Rutter (1993, citado por Pinheiro, 2004) refere que se torna importante conhecer de que forma as características protectoras se desenvolveram e como estas modificaram o percurso do indivíduo para se compreender a resiliência.

O suporte social (rede social eficaz e funcional no apoio e ajuda às pessoas e famílias nos momentos de dificuldades) é destacado como fator de protecção nas etapas

do ciclo vital, especialmente para quem vive em condições adversas (Silva, Lunardi, Filho, & Tavares, 2005).

Para Rutter (1987), os processos de protecção apresentam quatro funções principais: reduzir o impacto dos riscos, reduzir as reacções que ocorrem após a exposição do indivíduo à situação de risco, estabelecer e manter a auto-estima e a auto-eficácia e como inibição dos efeitos de stress (Pesce et al, 2004).

Segundo Moreira (2005, p.17), “o reconhecimento de que a existência de fatores protectores contribui para a resiliência encoraja o desenvolvimento de estratégias preventivas, que visem o incremento de fatores protectores e de níveis adaptativos de funcionamento”.

Por seu lado, Yunes & Szymanski (2001) consideram que a resiliência é o resultado da acumulação e combinação dos fatores de protecção. No entanto, Trombeta e Guzzo (2002) referem que “apenas os fatores de protecção são preditivos de resiliência, enquanto que os fatores de risco não possuem tal capacidade”.

A manifestação da resiliência tem em conta os fatores de risco, os fatores de protecção, os processos de risco e os processos de protecção, e a forma como estes vão interagindo permitem assumir diferentes formas, podendo-se, por isso, verificar a existência de diversos modelos de resiliência associados a esses mesmos fatores (Simões, Resiliência e Saúde, 2008).

Segundo VanBreda (2001) a resiliência de um indivíduo calcula-se através da proporção dos fatores de protecção em detrimento dos fatores de risco. Sapienza & Pedromônico (2005, p.213) afirmam que “a resiliência pode ser considerada como um fator de protecção para a adaptação do indivíduo às exigências do quotidiano”. Os mesmo autores referem ainda que ao relacionarmos os conceitos de risco, protecção e resiliência não podemos esquecer que os stressores (ou os riscos) não são, na sua maioria, eventos isolados e que são parte integrante de ambientes complexos quando interligados, influenciam o indivíduo, sendo que a combinação de diferentes fatores de risco se relacionam com os problemas de comportamento.

Para Garmezy, as competências e a resiliência são indicadores essenciais ao nível da prevenção de problemas de saúde mental e na promoção de uma vida bem sucedida em jovens em risco (Masten, Nuechterlein, & Wright, 2011).

A resiliência deve ser entendida numa perspectiva dinâmica, uma vez que é mutável ao longo do tempo em relação às circunstâncias em que o indivíduo se encontra, sendo o produto resultante do equilíbrio que se estabelece entre os fatores protectores, os fatores de risco e a personalidade. Pensando numa perspectiva psicoeducativa, é possível promover a resiliência através do incremento dos recursos pessoais e grupais bem como trabalhar preventivamente no âmbito psicossocial, especialmente ao nível das capacidades pessoais (auto-conhecimento, auto-estima e a auto-realização), das capacidades sociais (empatia, assertividade e suporte social) e das capacidades profissionais (criatividade, cooperação e liderança) (Jacinto & Pereira, 2006).

Com base nos fundamentos apresentado compreende-se com clareza a importância dos estudos desenvolvidos em torno do conceito de resiliência no sentido em que estes nos levam a reflectir sobre os aspectos positivos do desenvolvimento humano (Libório & Ungar, 2010).

Um requisito fundamental de resiliência é a presença de fatores de risco e de promoção. Ambos os fatores ajudam a potenciar um resultado positivo e a reduzir ou evitar um resultado negativo. A teoria sobre a resiliência concentra-se na compreensão do desenvolvimento saudável dos indivíduos, apesar da exposição existente aos fatores de risco (Fergus & Zimmerman, 2005).

Segundo Ungar (2008), o estudo da resiliência realizado ao longo das últimas cinco décadas tem-se focalizado e centralizado no “desenvolvimento positivo de crianças e adolescentes quando confrontados por adversidades” (p.218). Influenciado pelos estudos de Bronfenbrenner (teoria ecológica e sistémica), nos quais o desenvolvimento humano é “o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso da sua vida” (Bronfenbrenner, 1989, p. 191), e no qual os fatores de risco e protecção se encontram hierarquizados, oferece-nos uma visão da resiliência como sendo dependente da interação estabelecida entre os diferentes níveis do modelo ecológico (Libório & Ungar, 2010).

6. CONSUMO DE ÁLCOOL, STRESS, INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E RESILIÊNCIA

«O stress na vida de todos os dias», título do livro da autoria do Professor Doutor Adriano Vaz Serra, retrata por si só o stress enquanto uma reação normal e quotidiana que é experimentada pelos indivíduos. Esta reação, como vimos anteriormente, pode atuar enquanto força positiva, e desta forma promover a melhoria da saúde e desempenho ou enquanto força negativa se se tratar de uma reação que interfere diretamente com a saúde (Serra, 2011; Andersson, 2009).

Estudos indicam que muitas pessoas bebem como forma de lidar com a vida moderna (stress laboral, económico, relações sociais, etc). O prazer retirado a partir do consumo de uma bebida alcoólica no final de um dia de trabalho ou à acompanhar um jantar pode traduzir-se num prazer seguro. Contudo, pessoas com elevados índices de stress podem consumir álcool excessivamente (Bressert, 2006). Neste sentido, a maioria dos indivíduos consome bebidas alcoólicas como resposta ao stress (Sher, Bartholow, Peuser, Erickson, & Wood, 2007).

No âmbito desta articulação entre stress e álcool, investigações sugerem que o consumo de álcool se encontra intimamente associado às crenças individuais sobre os efeitos provocados (positivos ou negativos), às estratégias individuais utilizadas (coping) para reduzir a tensão e às competências pessoais de auto-eficácia para lidar com os agentes stressores (Ham & Hope, 2003), sendo que a quantidade de álcool consumido em situações de stress não se traduz numa maior frequência de consumo, mas num aumento da quantidade de bebida ingerida (Dawson, Grant, & Ruan, 2005).

Denota-se, pelo exposto, que a abordagem ao conceito de stress evidencia uma estreita relação com a vertente emocional dos indivíduos e, desta forma, segundo Lazarus (1993), considera-se que o stress deve envolver a consolidação teórica das emoções. Goleman (1997) refere que existem determinados padrões emocionais que possuem uma maior predisposição para encontrar, no consumo de substâncias, um alívio emocional. Para tal, “existem duas vias emocionais para o alcoolismo” (p. 276): a primeira via, utiliza o álcool como calmante da ansiedade, e a segunda via, pelo contrário, considera que o alcoolismo emerge de elevados níveis de agitação, impulsividade e tédio. O álcool surge assim como

um «paliativo emocional» e é utilizado mais frequentemente para combater a ansiedade do que para combater a depressão (Goleman, 1997, p. 277).

Apercebemos-nos então que cada indivíduo lida de forma particular com as diferentes emoções provocadas pelo stress e que estas encontram-se, naturalmente, relacionadas com as suas características biopsicossociais.

As emoções positivas podem actuar ao nível do bem-estar não só por interromperem a experiência em curso do stress diário, mas também por evitarem atrasos na adaptação aos níveis de stress subsequentes. Assim, as emoções positivas, numa perspectiva de desenvolvimento, mais do que reflectirem a satisfação com a vida, preparam os indivíduos para o futuro incerto e para a potencialidade de se criarem soluções criativas e adaptativas nos eventos stressores. Reconhecendo a articulação entre as emoções positivas e as estratégias para lidar com o stress, podemos inferir que personalidades resilientes apresentam melhores processos de adaptação positiva ao stress (Ong, Bergeman, & Chow, 2010). No mesmo sentido, destaca-se o estudo sobre o impacto da resiliência e das emoções positivas no processo de stress cujos resultados indicaram que, ao longo do tempo, as emoções positivas actuam eficazmente, nos indivíduos resilientes, na recuperação do stress diário (Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006).

A correlação entre a inteligência emocional e as variáveis personalidade, bem-estar e saúde foi estabelecida num estudo com população escocesa e canadiana e demonstrou que a inteligência emocional associa-se negativamente à alexitimia (capacidade de expressar emoções) e ao consumo de álcool, e positivamente à satisfação com a vida e à rede social (tendo por base a sua qualidade e quantidade). O estudo demonstrou ainda que a inteligência emocional está mais fortemente associada ao tamanho da rede social, mas a qualidade da rede social, a satisfação com a vida, o consumo de álcool, o número de consultas médicas realizadas e o estado de saúde encontram-se mais relacionados com a personalidade dos indivíduos (Austin, Saklofske, & Egan, 2005). No mesmo sentido, emergem os resultados da investigação realizada com gestores organizacionais, no qual se procede à correlação entre a inteligência emocional, angústia, saúde geral, moral, qualidade de vida no trabalho e desempenho de gestão, e no qual se verifica que quanto maior a inteligência emocional menores os índices de stress, melhor saúde e bem-estar e, conseqüentemente, melhor desempenho na gestão (Slaski & Cartwright, 2002).

O consumo de álcool foi também associado à capacidade de expressar as emoções, tendo estudos demonstrado que o consumo de álcool tem sido atribuído ao alívio de stress de pessoas com alexitimia (Rybakowski et al. 1988, cit por Thorberg, Young, Sullivan, & Lyvers, 2009) e que pessoas, aquando de vivência de emoções negativas intensas, consomem menos álcool se conseguirem descrever as emoções sentidas (Kashdan, Ferssizidis, Lorraine Collins, & Muraven, 2010).

Importa, também, ressaltar que emoções positivas, sentimentos prazerosos e bom sentido de humor são características de pessoas resilientes e que apresentam uma sensação subjectiva de bem-estar com baixos níveis de neuroticismo e elevados índices de extroversão, auto-eficácia, agência e autonomia (Skodol, 2010).



7. EDUCAÇÃO SOCIAL E SAÚDE

O conceito de Educação Social é indissociável do conceito de pedagogia social na medida em que a pedagogia social é pensada enquanto ciência e a educação social enquanto âmbito de intervenção prática, ou seja, o objeto da pedagogia social é a educação social. Neste sentido, o propósito de intervenção do educador social é, de forma global, promover o acompanhamento de grupos e pessoas no seu processo de inserção e participação na sociedade, através de uma intervenção socioeducativa, na qual se privilegia o interface comunicacional e a comunicação sociopedagógica. O educador social, na sua prática, reconhece nos indivíduos os recursos endógenos pessoais/ grupais adquiridos de forma a transformá-los em potencialidades educativas (Serrano, 2009; Sáez & Molina, 2006; Canastra & Malheiro, 2009).

Serrano (2009) enuncia diversas técnicas de intervenção em educação social: técnicas preventivas, de ajuda, de carácter terapêutico, técnicas orientadas a trabalhar o currículo social e técnicas de resolução de conflitos. No campo da presente investigação, destacamos a atuação do profissional de educação social através de técnicas preventivas uma vez que estas, de acordo com a autora, englobam técnicas orientadas para a educação para a saúde e dentro das quais destacamos a intervenção com drogas e álcool.

Neste sentido, compreendemos a importância de correlacionarmos a educação social com a temática em estudo. Nuno Miguel, médico psiquiatra com uma vasta experiência em toxicodependência, reflete sobre a incessante procura de prazer que os toxicodependentes manifestavam nas suas consultas, na tentativa de obterem algum medicamento substitua o prazer obtido pelo consumo da droga. Assim, considera que as drogas podem provocar dois tipos de prazer: o prazer automático (que ocorre através da estimulação dos recetores de dopamina) e o prazer indireto (que surge do «sentir» os efeitos da droga, ou seja, da potencialidade que o consumo da substância provoca no indivíduo na realização das suas atividades). Desta forma, alerta o autor, é importante considerarmos sempre estes dois prazeres, uma vez que o consumo de drogas é muitas vezes associado ao desejo de ter prazer ao consumir e ao desejo de «recordar» o prazer sentido (Miguel, 2008).

“O bem-estar subjectivo ou psicológico, que vai ao encontro de conceitos como satisfação com a vida e felicidade, está relacionado com a saúde” (Simões, Matos, & Batista-Foguet, 2006, p. 149). O bem-estar subjetivo, conceito explorado nos diferentes domínios da psicologia (psicologia social, psicologia da saúde e psicologia clínica), integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão emocional. A dimensão cognitiva expressa-se global ou especificamente em termos da satisfação com a vida e a dimensão emocional expressa-se, em termos globais, em felicidade e, em termos específicos, a partir das emoções (Galinha & Pais Ribeiro, 2005). Desta forma, “para que seja relatado um nível de bem-estar subjetivo adequado, é necessário que o indivíduo reconheça manter em nível elevado sua satisfação com a vida, alta frequência de experiências emocionais positivas e baixas frequências de experiências emocionais negativas” (Siqueira & Padovam, 2008, p. 202).

Ao potenciarmos a vertente ecológica dos seres humanos enquanto fonte de recursos e de potencialidade para processos de desenvolvimento saudável, devemos pensar na promoção da resiliência enquanto uma responsabilidade partilhada por diferentes disciplinas científicas e com diferentes níveis de influência sobre os indivíduos. Programas de desenvolvimento de competências sociais e pessoais, a implementar desde cedo nas escolas, assumem-se como uma forma de prevenção, que potencia o desenvolvimento de competências, permitindo aos indivíduos uma maior adaptabilidade e capacidade de lidar e superar os riscos (Garrido & Sotelo, 2005). Salienta-se o facto de as competências sociais se encontrarem fortemente associadas aos indicadores do conceito de bem-estar (satisfação com a vida, domínio do meio ambiente, autoeficácia, esperança, felicidade e qualidade de vida) e ao estabelecimento de relações positivas com os outros (Segrin & Taylor, 2007).

Neste sentido, “cada vez mais a atenção dos técnicos se vira para a identificação de fatores protetores que promovam a resiliência na presença adversa de fatores de risco” (Matos, 1997, p. 24) e, desta forma, pelo perfil de competências dos educadores sociais, devemos privilegiar a potencialidade e especialidade que a intervenção socioeducativa destes profissionais exerce sobre o desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos. Segundo Garrido & Sotelo (2005), a literatura sobre o conceito de resiliência sugere a importância de se trabalhar a promoção de fatores resilientes, através de ações preventivas individuais e grupais, e reforça a importância de se compreender a resiliência como um

processo de superação de adversidades e de responsabilidade social. Assim, e ainda de acordo com o autor, “a resiliência permite uma nova epistemologia do desenvolvimento humano, enfatizando o potencial humano, específica de cada cultura e faz também um apelo à responsabilidade coletiva” (p.123).

A educação social encontra-se intimamente correlacionada com a resiliência, prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde através do conceito de *empowerment* que, segundo, Anaut (2005) “designa a capacidade de controlo e sensação de poder sobre o meio ambiente, ligado ao reconhecimento pelo individuo das suas competências neste domínio” (p.77). Ora, atuando o profissional de educação social “a partir da ideia de que a finalidade da ação educativa é a capacitação dos sujeitos para a vida social” (Carvalho & Baptista, 2004, p. 105) então este profissional revê no conceito de *empowerment* a sua linha estratégica de intervenção.

O conceito de *empowerment* é, muitas vezes, definido a partir de diferentes níveis de análise: *empowerment* individual (ou psicológico), *empowerment* organizacional e *empowerment* comunitário. Entende-se por *empowerment* individual a capacidade que os indivíduos têm para tomar decisões e ter controlo sobre a sua própria vida. O *empowerment* organizacional prevê a partilha de poder e de tomada de decisão, consubstanciando-se numa abordagem cooperativa e de esforço partilhado na prossecução de objetivos definidos e, naturalmente, a partir desta abordagem os indivíduos são capacitados como parte do processo organizacional. Salienta-se o facto de o *empowerment* organizacional reconhecer as ligações transversais estabelecidas entre os diversos grupos da organização. O *empowerment* comunitário suporta-se na forma como os indivíduos e organizações aplicam as suas competências e recursos na resposta às necessidades das comunidades, a partir da partilha e participação social (Israel, Checkoway, Schuiz, & Zimmerman, 1994).

Evoca-se assim a articulação entre os conceitos de *empowerment* e de prevenção de comportamentos de risco em saúde e a promoção da saúde. As intervenções socioeducativas, ao promoverem o desenvolvimento de competências sociais e pessoais, capacitam os indivíduos para uma melhor atuação e tomada de decisão sobre o seu bem-estar social, psicológico e físico. No caso da presente investigação, suportamos a mais-valia de potenciar a educação para a saúde enquanto área de intervenção da educação social (Carvalho & Baptista, 2004).

Considerando que a educação para a saúde visa a educação e formação da população, desde cedo, para a aquisição de estilos de vida saudáveis, assim como a modificação de comportamentos pouco saudáveis, devemos ter em conta os contributos das teorias das ciências do comportamento e os contextos onde se deve intervir (educação para a saúde nas escolas, educação para a saúde nas famílias, educação para a saúde na comunidade) (García-Rodríguez, 1992). Desta forma, podemos facilmente transpor o campo de actuação e os objetivos da intervenção em educação para a saúde para os fundamentos da educação social.

Das várias abordagens preventivas realizadas ao longo dos anos, e no caso específico dos programas preventivos em relação ao consumo de álcool, emerge a necessidade de se evitar o pensamento utópico de se criarem sociedades abstémias, mas de se apostar na construção de estratégias de prevenção que privilegiem o contexto sociocultural e as suas necessidades, de uma forma pragmática e realista. Para tal, as medidas preventivas devem procurar aumentar a idade de início de consumo de álcool, de forma a garantir que os consumidores encontram-se física e psicologicamente desenvolvidos e, assim, diminuir o risco e os danos causados pelo consumo de álcool. Devem também promover um posicionamento e atitude responsável sobre o consumo de bebidas alcoólicas, potenciando a educação e formação dos indivíduos e comunidades para uma «cultura do saber-beber» e, ainda, devem educar e treinar a gestão de riscos de saúde (Castaño, 2006, p. 136). Deve-se, portanto “pensar na educação sobre as drogas como uma «nova prevenção»” (Vega A. , 2003, p. 7).

Em jeito de conclusão, no que se refere à prevenção de consumo de álcool:

Defende-se a necessidade de que o interesse pela prevenção de problemáticas como o consumo juvenil de substâncias psicoactivas transcenda a mera institucionalização de políticas preventivas e se construa um projecto de corresponsabilização psicossocial baseada no poder do compromisso comunitário e na ação socioeducativa potenciadora de estados de saúde pessoal e social (Jiménez, Bernal, Ruiz, & Díaz, 2005, p. 205).

Numa perspetiva holística, falar na articulação entre educação social e saúde é explorar o conceito de literacia em saúde, ou seja, é ter como base de ação as competências (cognitivas e sociais) que permitam ao indivíduo ter acesso, apreender e utilizar as informações em torno da saúde e, como tal, deve ser tida em conta nos

programas de saúde (Loureiro, et al., 2012). A competência do conhecimento em saúde e a sua utilização são fundamentais para a adopção de comportamentos e estilos de vida salutogénicos. Assim, a aquisição de comportamentos de saúde requer uma panóplia de competências emocionais, cognitivas e comportamentais e permite a utilização dos conhecimentos (Santos, 2010).





ESTUDO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA

Em ponto dois do presente estudo iremos aprofundar e apresentar toda a matriz realizada ao longo da investigação.

1.1. POPULAÇÃO

Para dar resposta aos objetivos do estudo, e procurando selecionar uma amostra heterogénea, foi proposta ao Presidente do Instituto Superior de Ciências Educativas (ISCE) a realização do estudo junto da comunidade que costuma vivenciar o ISCE (estudantes, professores, funcionários e visitantes). O ISCE é uma Instituição Particular de Ensino Superior que ministra cursos do primeiro e segundo ciclos de formação no âmbito da educação formal e educação não-formal, bem como de algumas áreas das ciências sociais e humanas.

Frequentam o ISCE, maioritariamente, jovens adultos que se encontram em processo de formação superior.

Do geral da população do ISCE, o presente estudo envolveu uma amostra de 313 participantes (n=313).

1.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

O estudo realizado foi orientado pela construção do seu objetivo geral e organização dos objetivos específicos que o concretizam. Formulou-se o objetivo geral que se apresenta: Compreender a influência que os fatores psicológicos resiliência e inteligência emocional detêm no estado de saúde dos indivíduos, no que à gestão do stress e ao consumo de álcool diz respeito, determinam o objetivo do estudo apresentado.

Para a concretização deste objetivo geral foram determinados um conjunto de objetivos específicos, nomeadamente:

- a) Proceder à validação psicométrica do questionário de resiliência de Wagnild e Young (1993).
- b) Analisar a fiabilidade das escalas aplicadas.
- c) Analisar as relações entre a Resiliência, a Inteligência Emocional, o Stress e o Consumo de álcool, diferenciado em idade e género.
- d) Analisar as possíveis diferenças de médias em função do género e idade em cada uma das variáveis em estudo.
- e) Prever o stress tendo por base as dimensões gerais da resiliência e da inteligência emocional.
- f) Prever o stress tendo por base os fatores de resiliência e os fatores de inteligência emocional.
- h) Prever o consumo de álcool (AUDIT), tendo por base os fatores da inteligência emocional, resiliência e stress.

1.3. HIPÓTESES

A extensa e articulada revisão de literatura permite-nos determinar como hipóteses do estudo:

- H1: A resiliência irá relacionar-se de forma significativa e positiva com a inteligência emocional.
- H2: A resiliência irá relacionar-se de forma significativa e negativa com o stress.
- H3: A resiliência irá relacionar-se de forma significativa e negativa com o consumo de álcool, segundo a idade.

H4: As mulheres apresentam maior índice de resiliência que os homens.

H5: Os homens apresentam maior nível de consumo de álcool que as mulheres.

H6: Quanto maior a idade maior o nível de inteligência emocional.

H7: Quanto menor a idade menor o consumo de álcool.

H8: Quanto maior a idade menor o nível de stress.

H9: A inteligência emocional e a resiliência têm um efeito negativo e significativo sobre o nível de stress.

H10: A inteligência emocional e a resiliência relacionam-se negativamente com o consumo de álcool.

1.4. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

O presente estudo estrutura-se com o seguinte desenho de investigação (Figura 2):



Figura 2 – Desenho da Investigação

Como se pode verificar em figura 2, o desenho da investigação encontra-se estruturado em 3 grandes Fases:

1. Fase Conceptual
2. Fase Metodológica
3. Fase Empírica

Motivada por preocupações que surgiram na prática profissional enquanto Educadora Social a desenvolver a sua intervenção socioeducativa com jovens adultos consumidores e dependentes de álcool, nasce a necessidade, por parte da investigadora, de compreender de que forma as situações de stress determinam o seu consumo e, desta forma, procurar compreender de que forma a inteligência emocional e a resiliência interferem no modo de consumo por parte dos jovens adultos. Esta motivação pessoal determina veementemente a fase da escolha do tema de investigação. Definido o tema do estudo e iniciada a fase conceptual, procurou-se, seguidamente, através de uma vasta pesquisa e recolha bibliográfica, sistematizar os principais fundamentos teóricos que suportam o estudo e o tema a investigar para, a partir destes, determinar os objetivos do estudo.

A segunda fase do desenho da investigação – Fase Metodológica – surge numa perspectiva de continuidade da fase conceptual da investigação. Trata-se de um momento de definição de todo o processo metodológico inerente à investigação e que permite dar resposta aos objetivos propostos na fase conceptual. Prevê-se, neste momento, a definição da população e respetiva amostra para desenvolvimento do estudo, bem como a clarificação das variáveis que a investigação irá contemplar para a prossecução dos seus objetivos.

Seguidamente, suportada pelos contributos da fase conceptual, criam-se as hipóteses a que, cremos, que o nosso estudo irá dar resposta. Esta é, sem margem para dúvidas, uma fase de extrema importância uma vez que requer uma consciencialização de todo o processo de investigação. Acreditamos que a definição das hipóteses é determinante para a condução de todo o processo de investigação.

Determinadas as hipóteses em estudo, a fase metodológica da investigação contempla ainda a definição do protocolo de investigação a utilizar, ou seja, determinam-se quais os instrumentos que iremos utilizar e aplicar no nosso estudo para que possamos verificar, posteriormente em análise e discussão de dados, se as hipóteses definidas para o estudo foram ou não verificadas, bem como se os objetivos foram ou não atingidos.

A última fase da presente investigação concretiza-se com a Fase Empírica. Esta traduz-se na aplicação do protocolo de investigação e na respetiva colheita de dados, para posterior análise e discussão dos resultados. Trata-se de um período de grande investimento por requerer o cruzamento e articulação dos resultados obtidos com os fundamentos teórico-científicos emolduradores do estudo.

Terminada a discussão dos resultados, a investigação poderá ser concluída e determinar-se-ão quais as limitações que o estudo apresentou.

1.5. INSTRUMENTOS

Os instrumentos de uma investigação devem ser escolhidos tendo por base os fundamentos teóricos e os objetivos da investigação. Neste sentido, e de forma atingir o objetivo geral da presente investigação, foram selecionados os seguintes 7 instrumentos:

- Inquérito sociodemográfico
- Escala de Avaliação da Resiliência Geral – EARG (Jacinto & Pereira, 2006)
- Escala de Avaliação do Eu Resiliente –EAER (Jacinto & Pereira, 2006)
- Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993)
- Trait Emotional Intelligence Questionnaire Short Form –TEIQue – SF (Petrides, K. V. , 2001; Petrides, K. V. & Furnham, A. 2006) e com tradução portuguesa realizada por Daniela C. Wilks (2007).
- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Escala de Avaliação da Vulnerabilidade ao Stress – 23 QVS23 (Vaz-Serra, 2000)

O Inquérito sociodemográfico é constituído por 10 questões subdivididas em três grandes grupos: dados pessoais, dados académicos e profissionais e dados gerais ligados ao tema em estudo.

Os dados pessoais procuram caracterizar a amostra no que ao género, idade, naturalidade e nacionalidade dizem respeito. Os dados académicos e profissionais surgem no sentido de conhecer as habilitações literárias da amostra, bem como perceber se os inquiridos se encontram em formação académica, em que nível, e qual a perspetiva temporal que os indivíduos apresentam para a sua conclusão. Importou-nos também compreender se os inquiridos encontram-se a desenvolver mais que uma atividade, ou seja, se apenas estudam ou se conjugam a sua formação académica com uma ocupação profissional. Por fim, realizaram-se um conjunto de afirmações sobre o tema em estudo de forma aos respondentes se posicionarem numa escala de likert de 5 pontos em que 1 corresponde a «nunca» e 5 corresponde a «quase sempre».

Utilizámos a Escala de Avaliação da Resiliência Geral e a Escala de Avaliação do Eu Resiliente dos autores Jacinto & Pereira (2006). A primeira escala é constituída por 8 afirmações cujo posicionamentos dos respondentes pode variar entre uma escala de likert em que 1 representa «nunca» e 5 «quase sempre» e cuja pontuação (soma dos indicadores de resposta) traduz a capacidade de resiliência: de 9 a 21 pontos capacidade de resiliência baixa, de 22 a 34 pontos capacidade de resiliência média e 35 a 40 pontos capacidade de resiliência elevada. A Escala de Avaliação do Eu Resiliente trata-se de um instrumento que, segundo os autores, possibilita a avaliação da resiliência e também pode ser utilizada enquanto promotora da competência. Estruturada em catorze expressões, agrupadas em quatro domínios «eu tenho», «eu sou», «eu estou» e «eu posso», a avaliação da competência na área da resiliência resulta do somatório de pontos obtidos pelos valores da escala de Likert, e representam: de 14 a 33 pontos, nível de resiliência baixo; de 34 a 52 pontos, nível de resiliência médio e de 53 a 70 pontos, nível de resiliência elevado.

A escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) foi utilizada na sua versão adaptada para a população portuguesa por Vara e Sani (2006). Trata-se de uma escala de 25 itens, apresentados positivamente com opção de resposta através de uma escala de likert de 7 pontos, sendo que 1 corresponde a «discordo Geralmente» e 7 a «concordo Geralmente». Assis, Pesce, & Avanci (2006) afirmam que a presente escala «constitui um

dos poucos instrumentos usados para avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes». (p. 130).

Para avaliarmos a Inteligência Emocional optámos por seleccionar a versão reduzida do Trait Emotional Intelligence Questionnaire. A referida versão (TEIQue – SF) é constituída por 30 itens com uma escala de 7 pontos de resposta que variam entre o «discordo absolutamente» e o «concordo absolutamente». Trata-se de uma versão desenvolvida a partir da escala completa da TEIQue, e onde os seus 15 traços de inteligência emocional e os seus quatro fatores (emocionalidade, sociabilidade, autocontrolo e bem-estar) se mantêm fieis à escala original (Petrides, K. V. , 2001; Petrides, K. V. & Furnham, A. 2006).

O AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test – trata-se de um instrumento construído por uma equipa de investigadores internacionais por desafio da World Health Organization. É um instrumento de fácil preenchimento devido às suas características estruturais que possibilitam uma colheita de informação de forma objetiva e concisa. A sua construção foi realizada tendo por base as definições de consumo abusivo de dependente de álcool presentes na Classificação Internacional de Doenças (10^a revisão) e encontra-se estruturado em 10 questões organizadas em 3 grandes domínios: consumo perigoso de álcool (questões 1,2,3 relativas à frequência de consumo, quantidade específica de consumo, episódios de ingestão excessiva), sintomas de dependência (questões 4,5,6 relativas à falta de controlo de consumo, aumento da importância de beber, consumo ao despertar) e o uso nocivo de álcool (questões 7,8,9 e 10 relativas ao sentimento de culpa após o consumo, episódios de amnésia, surgimento de auto ou hétero lesões relacionadas com o consumo de álcool e a preocupação expressa pelos outros). Instrumento de reconhecida validade intercultural e com propriedades psicométricas bastante positivas, assume-se como um dos principais instrumentos para avaliar as perturbações relacionadas com o álcool. (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001, Fonte & Mota-Cardoso, 2013).

Neste sentido, e estabelecendo a articulação entre os pressupostos teóricos do AUDIT e a análise de fiabilidade da escala para o nosso estudo verificamos que: o Fator 1 corresponde ao domínio do consumo perigoso de álcool, o Fator 2 remete-nos para os sintomas de dependência e, finalmente, o fator 3 congrega a dimensão sobre o uso nocivo de álcool. Assim:

Tabela 4 – Fatores AUDIT

Frequência no consumo de bebidas com álcool?	Fator 1 Consumo perigoso de álcool
Quantas bebidas com álcool toma num dia normal?	
Com que frequência toma 6 ou mais bebidas numa dada ocasião?	
Com que frequência....não era capaz....	Fator 2 Sintomas de dependência
Com que frequênciano último ano.....	
Com que frequênciauma bebida de manhã.....	
Com que frequência ...sentiu culpa ou remorsos.....	Fator 3 Uso nocivo de álcool
Com que frequênciafoi incapaz.....	
Sofreu alguma lesão por ter bebido	
Algum familiar.....preocupado....	

No que diz respeito à escala de avaliação da vulnerabilidade ao Stress, suportamos a nossa investigação na escala criada por Vaz-Serra (2000), 23 QVS. Trata-se de uma escala de auto-avaliação, composta por 23 itens, de resposta fechada a partir da escala de likert de 5 pontos (concordo em absoluto, concordo bastante, nem concordo nem discordo, discordo bastante, discordo em absoluto).

1.6. PROCEDIMENTOS

No âmbito metodológico do processo investigativo existem um conjunto de procedimentos que devem ser garantidos por parte do investigador no sentido de garantir todas as condições para a aplicabilidade dos instrumentos de colheita de dados, bem como para a posterior análise dos dados colhidos.

Neste sentido, e de forma a clarificar todos os procedimentos realizados no decorrer do processo de investigação, explicitaremos os mesmos em dois momentos:

- a) Procedimentos para Colheita de dados;
- b) Procedimentos para Análise dos dados.

1.6.1. PROCEDIMENTOS PARA COLHEITA DE DADOS

Os procedimentos inerentes à colheita de dados, no âmbito do presente estudo, iniciaram aquando da construção do protocolo de investigação. Para tal, foram contactados os autores das escalas utilizadas para o devido pedido de autorização para a utilização das mesmas.

Sendo que a população escolhida para a realização do estudo foram pessoas que frequentam o ISCE, foi solicitada à Presidência da Instituição a autorização para a aplicação dos instrumentos de estudo.

O processo de colheita de dados iniciou-se com a entrega dos consentimentos informados aos possíveis respondentes aos questionários da investigação. O consentimento informado dota os respondentes da informação geral sobre o processo de investigação e assume o anonimato e confidencialidade dos dados colhidos e garante a disponibilidade por parte da investigadora em informar os inquiridos sobre o processo de em estudo. Assim, e de acordo com Jóluskin (2010), o consentimento informado permite que o indivíduo tome a decisão de participar ou não na investigação.

Após a tomada de decisão dos respondentes em participar no estudo, distribuíram-se os questionários pelos participantes e procedeu-se ao preenchimento individual, garantidas condições de confortabilidade.

O protocolo de investigação foi aplicado entre fevereiro e março de 2012, pela investigadora, em ambiente de sala de aula e/ou na biblioteca da instituição para possibilitar um ambiente tranquilo para o respetivo preenchimento.

1.6.2. PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DE DADOS

O processo de Análise de Dados começou pela inserção dos dados colhidos no programa de tratamento estatístico *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS – versão 20.0.

Posteriormente, e de forma a dar resposta aos objetivos do estudo, começou-se por proceder à validação psicométrica do questionário de resiliência de Wagnild e Young. A validação realizou-se através de uma análise fatorial. Como afirma Nunnally (1978, cit por Laros, 2005, p. 164), a “análise fatorial é intimamente relacionada com as questões de validade de instrumentos psicológicos. Análise fatorial está no coração da mensuração dos construtos psicológicos”.

A validação da escala de Wagnil e Young efetuou-se através da realização da análise fatorial exploratória e confirmatória.

Iniciámos com a análise fatorial exploratória para se proceder à análise da validade do construto e à descrever as dimensões mais significativas que a escala apresenta, através do coeficiente Alpha de Cronbach.

A confiabilidade é um dos aspectos fundamentais dessa avaliação, uma vez que científica se o instrumento mede algo de maneira reprodutível e consistente (Streiner & Norman, 1996). No contexto de um questionário (aplicado no referido estudo) pode ser mensurada por meio da estabilidade, que é a capacidade de obter resultados semelhantes ao ser aplicado aos mesmos observadores em ocasiões diferentes, e através da consistência interna, que avalia a homogeneidade dos itens nas dimensões (Streiner & Norman, 1996).

A validação da escala de Wagnil & Young continuou com a realização de uma análise fatorial confirmatória que, tal como referem Tabachnick & Fidell (2001), esta deve sempre seguir-se às análises exploratórias. Para realização da análise fatorial confirmatória utilizámos o programa EQS - versão 6.0.

De forma a dar continuidade à prossecução dos nossos objetivos de investigação, realizámos a análise à fiabilidade das escalas e seus fatores, ou seja, medimos a consistência. Como afirmam Maroco & Garcia-Marques (2006, p. 66),

A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável. Dizemo-lo porém com maior ou menor grau de certeza porque toda a medida é sujeita a erro. Assim a fiabilidade que podemos observar nos nossos dados é uma estimativa, e não um «dado».

Seguindo os procedimentos de análise de dados, após a confirmação de níveis de consistência interna muito bons para as escalas utilizadas, procedemos ao estabelecimento das diferentes correlações entre as variáveis através da matriz de correlações de Pearson. O coeficiente de correlação de Pearson procura avaliar como as variáveis se relacionam em determinados momentos. Trata-se, portanto, de uma associação linear, de forma a medir o grau de correlação entre duas variáveis (Sánchez & Echeverry, 2004).

Por último, foram efectuados modelos de regressões lineares simples e múltiplas, com o objetivo de prever valores futuros das diversas escalas em estudo – resiliência de Wagnild e Young, TEIQue, AUDIT e 23 QVS.



2. RESULTADOS

Explicitados os procedimentos realizados no decorrer da investigação, importa agora apresentar os resultados obtidos. De forma a tornar mais clara a explicitação dos resultados alcançados, iremos começar por caracterizar a nossa amostra com base nos dados sociodemográficos colhidos e, seguidamente, procederemos à apresentação dos resultados tendo por base os objetivos de investigação delineados.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Do geral da população do ISCE, o presente estudo envolveu uma amostra de 313 elementos, dos quais 62,3% pertencem ao género feminino e 37,7% ao género masculino, conforme se observa na tabela:

Tabela 5 – Género dos inquiridos

	Frequência	Percentagem Válida
Feminino	195	62,3
Masculino	118	37,7
Geral	313	100,0

Apresentam-se, em gráfico 1, as distribuições percentuais por género dos inquiridos.

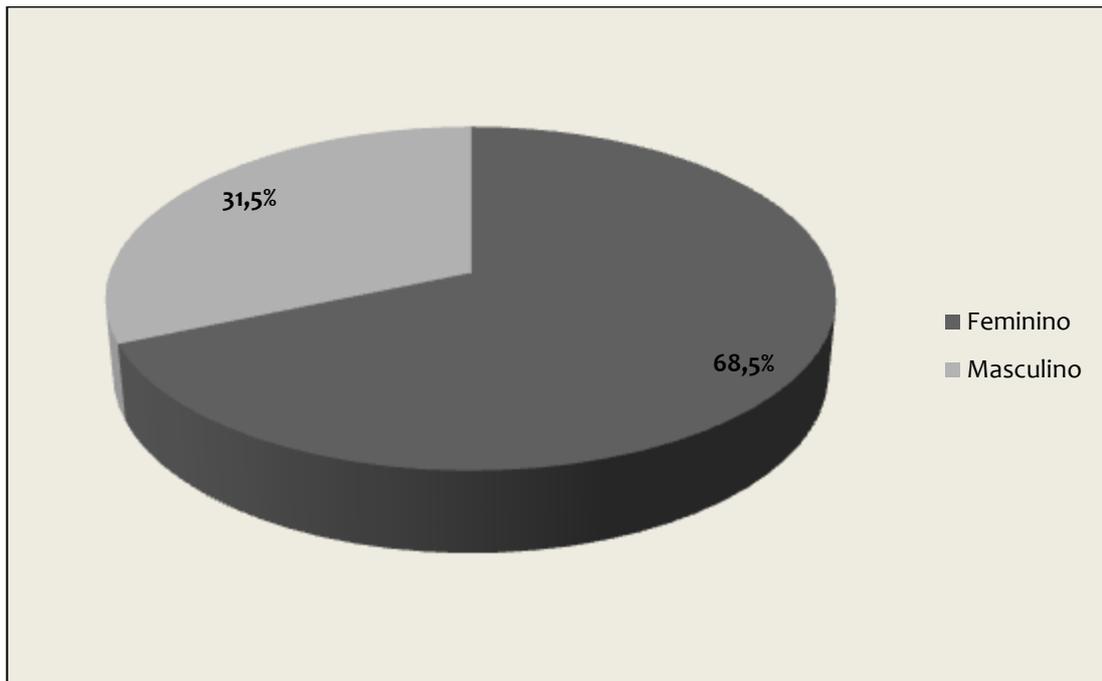


Gráfico 1 – Género dos Inquiridos

Dos dados apresentados, salientamos que, apesar desta discrepância entre a distribuição entre géneros, tentávamos obter uma distribuição equitativa, mas a mesma revelou-se impossível devido à desistência e/ou não devolução de uma grande quantidade de inquéritos. Na nossa perspetiva esta ocorrência prende-se com o facto do protocolo de investigação criado ser bastante extenso.

No que à distribuição por faixa etária concerne, a divisão da idade dos inquiridos em classes foi realizada com recurso aos quartis (medida de tendência não central), apresentando-se desta forma conforme descrito em:

Tabela 6 – Idade dos inquiridos por classes

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Até aos 22 anos	95	30,4	30,4	30,4
23 a 27 anos	88	28,1	28,2	58,7
28 a 34 anos	62	19,8	19,9	78,5
Mais de 34 anos	67	21,4	21,5	100,0
Geral	312	99,7	100,0	
NS/NR	1	0,3		
Geral	313	100,0		

A análise à tabela 6, permite-nos verificar que 30,4% dos inquiridos tem idade inferior a 22 anos, ou seja, encontra-se situada entre os 18 e os 22 anos. Constata-se igualmente que 58,5% do geral da amostra de respondentes afirma ter menos de 27 anos e que 21,4% mencionaram ter mais de 34 anos.

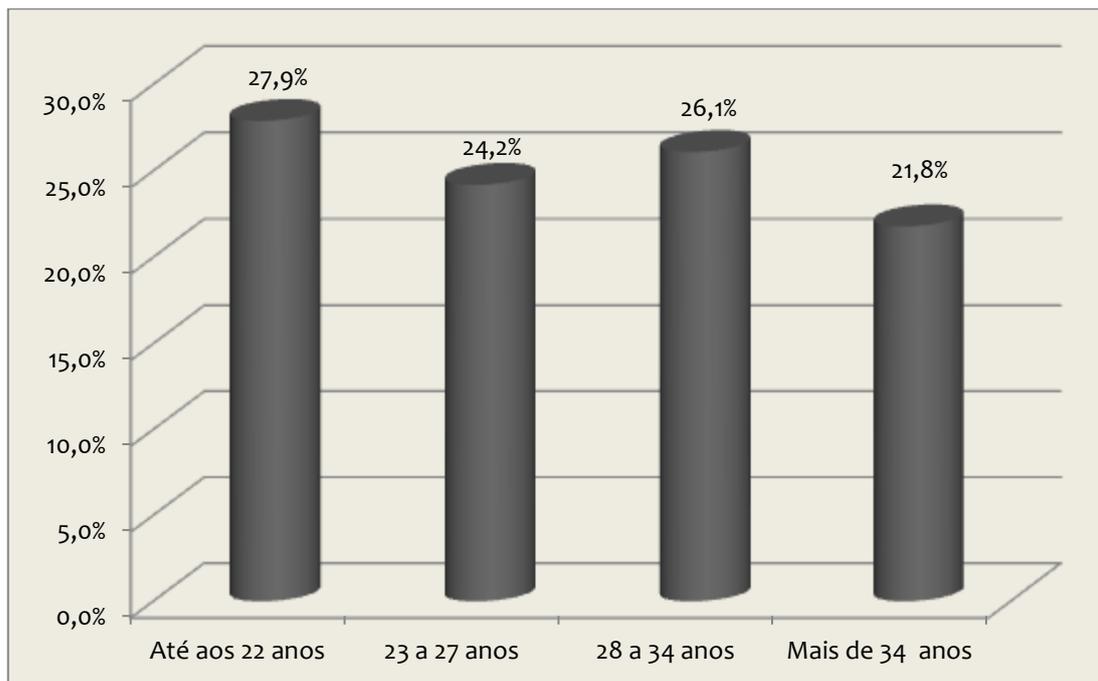


Gráfico 2 – Idade dos inquiridos por classes

Se analisarmos a idade média dos inquiridos, podemos afirmar que esta se situa nos 28,55 anos, com um desvio padrão de 8,72 anos, sendo que a idade do inquirido mais novo é de 18 anos e do inquirido mais velho é de 58 anos ($M=28,55$; $DP=8,72$; $N=312$).

De forma a compreendermos o cruzamento entre a idade dos inquiridos e o género, realizámos o cruzamento das variáveis idade em classes e género, tal como se apresenta em tabela 3.

Tabela 7 – Cruzamento das variáveis Idade em classes e Género

		Género		Geral	
		Masculino	Feminino		
Idade em Classes	Até aos 22 anos	Frequência	28	67	95
		% do Geral	9,0%	21,5%	30,4%
	23 a 27 anos	Frequência	44	44	88
		% do Geral	14,1%	14,1%	28,2%
	28 a 34 anos	Frequência	24	38	62
		% do Geral	7,7%	12,2%	19,9%
	Mais de 34 anos	Frequência	21	46	67
		% do Geral	6,7%	14,7%	21,5%
	Geral	Frequência	117	195	312
		% do Geral	37,5%	62,5%	100,0%

De salientar, em tabela 7, que a maior diferença percentual entre género verifica-se que na classe até aos 22 anos, correspondendo a 21,5% dos inquiridos a jovens do género e apenas 9,0% a jovens do género masculino. Curiosamente, entre os 23 e os 27 anos a distribuição por género é equitativa. Por outro lado, o género masculino atinge o valor percentual mais baixo para jovens com mais de 34 anos, representando apenas 6,7 % dos inquiridos.

Apresenta-se o gráfico 3 que melhor traduz a distribuição da amostra por género e idade.

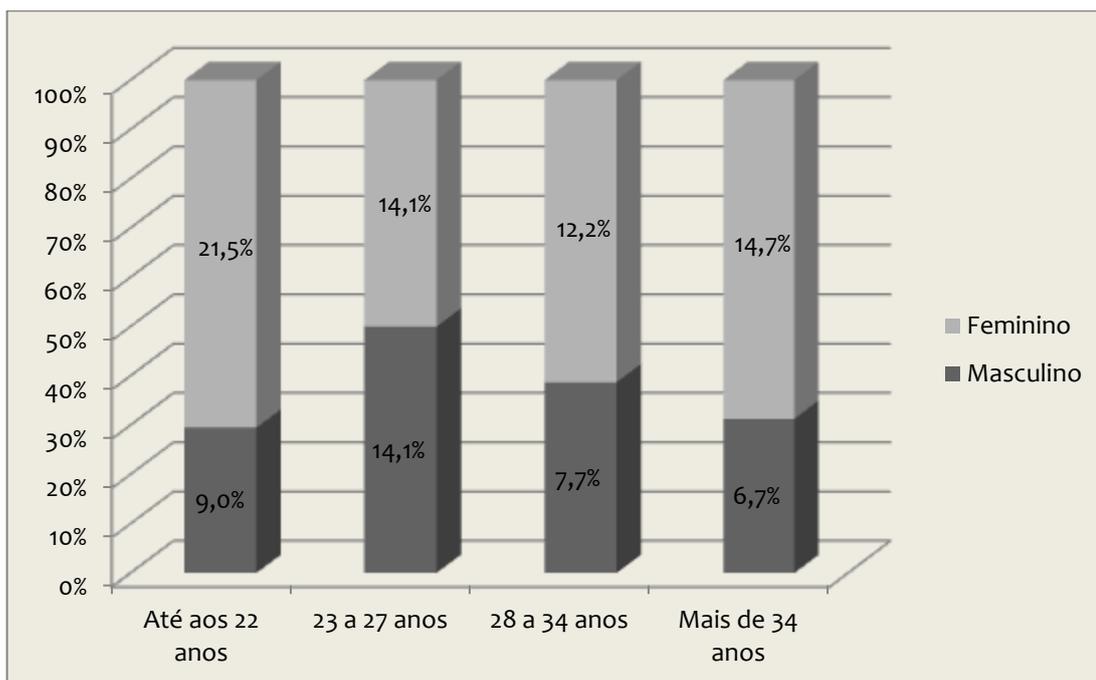


Gráfico 3 – Cruzamento das variáveis Idade em classes e Género

Apresenta-se, em tabela 8, a análise da amostra tendo por base o seu estado civil.

Tabela 8 – Estado Civil dos Inquiridos

	Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Solteiro(a)	210	67,1	67,1
Casado(a)	68	21,7	88,8
União de Facto	21	6,7	95,5
Divorciado(a)	13	4,2	99,7
Viúvo(a)	1	0,3	100,0
Geral	313	100,0	

No que respeita ao Estado Civil, destaca-se o facto de 67,1% dos inquiridos afirmarem ser solteiro(a)s e 21,7% casado(a)s, existindo apenas um caso em que o inquirido é viúvo(a).

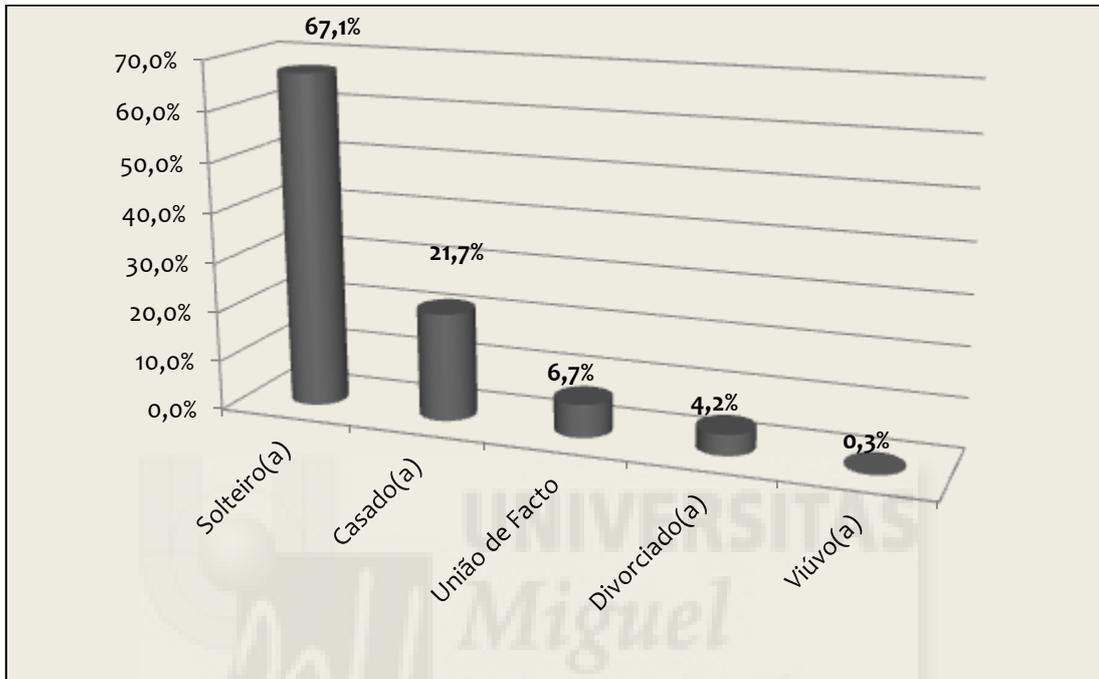


Gráfico 4 – Estado Civil dos inquiridos

Relativamente às habilitações literárias dos respondentes aos nossos inquéritos, a amostra encontra-se distribuída da seguinte forma:

Tabela 9 – *Habilitações Literárias dos Inquiridos*

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
1º Ciclo	4	1,3	1,3	1,3
3º Ciclo	9	2,9	2,9	4,2
Secundário	173	55,3	56,0	60,2
Licenciatura	105	33,5	34,0	94,2
Pós-Graduação	12	3,8	3,9	98,1
Mestrado	6	1,9	1,9	100,0
Geral	309	98,7	100,0	
NS/NR	4	1,3		
Geral	313	100,0		

Dos dados colhidos, cerca de 55,3% dos elementos respondentes da amostra afirmaram ter como habilitações literárias o secundário, enquanto 33,5% possuem uma licenciatura. De salientar que apenas 4 elementos (1,3%) têm o 1º Ciclo, tal como evidenciado em Tabela 9.

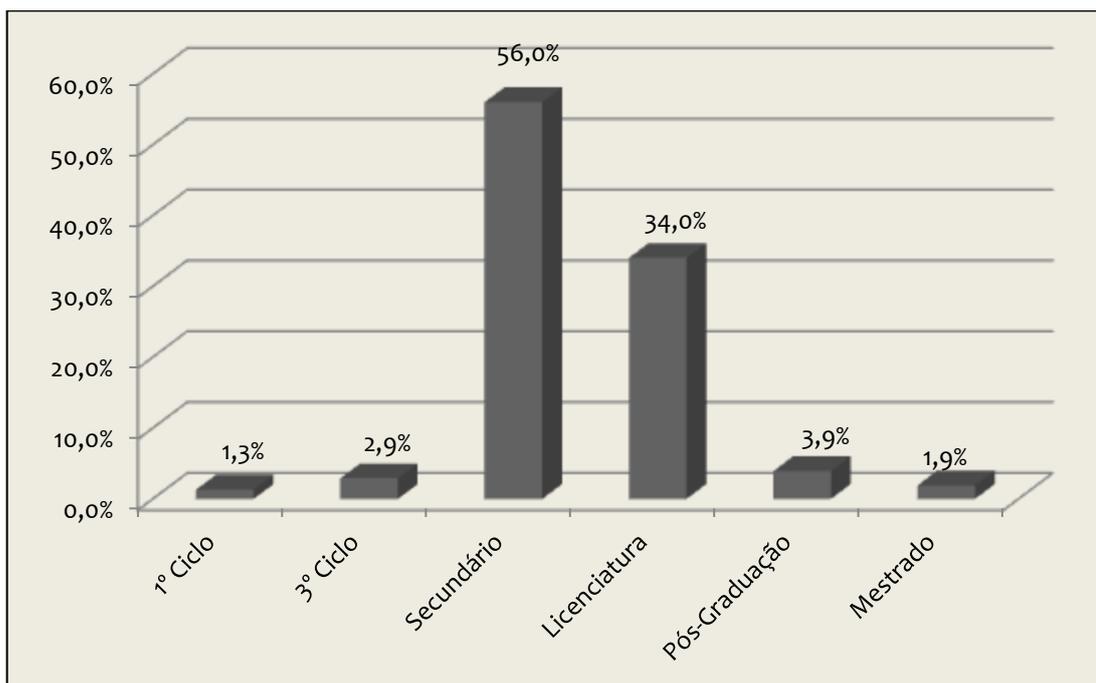


Gráfico 5 – Habilitações Literárias dos inquiridos

No sentido de compreendermos se os inquiridos possuem ou não uma atividade profissional, apresentamos em tabela 10 a caracterização da situação profissional dos inquiridos.

Tabela 10 – Situação Profissional dos inquiridos

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sem Atividade Profissional	76	24,3	27,8	27,8
Atualmente Desempregado(a)	39	12,5	14,3	42,1
Em Atividade Profissional	158	50,5	57,9	100,0
Geral	273	87,2	100,0	
NS/NR	40	12,8		
Geral	313	100,0		

Através do gráfico 6, podemos constatar que 50,5% dos inquiridos encontram-se em atividade profissional. 24,3% afirmaram estar sem atividade profissional, enquanto 12,5% estão atualmente desempregado(a)s. De referir que 12,8% do geral de indivíduos da amostra não responderam a esta questão (tabela 10).

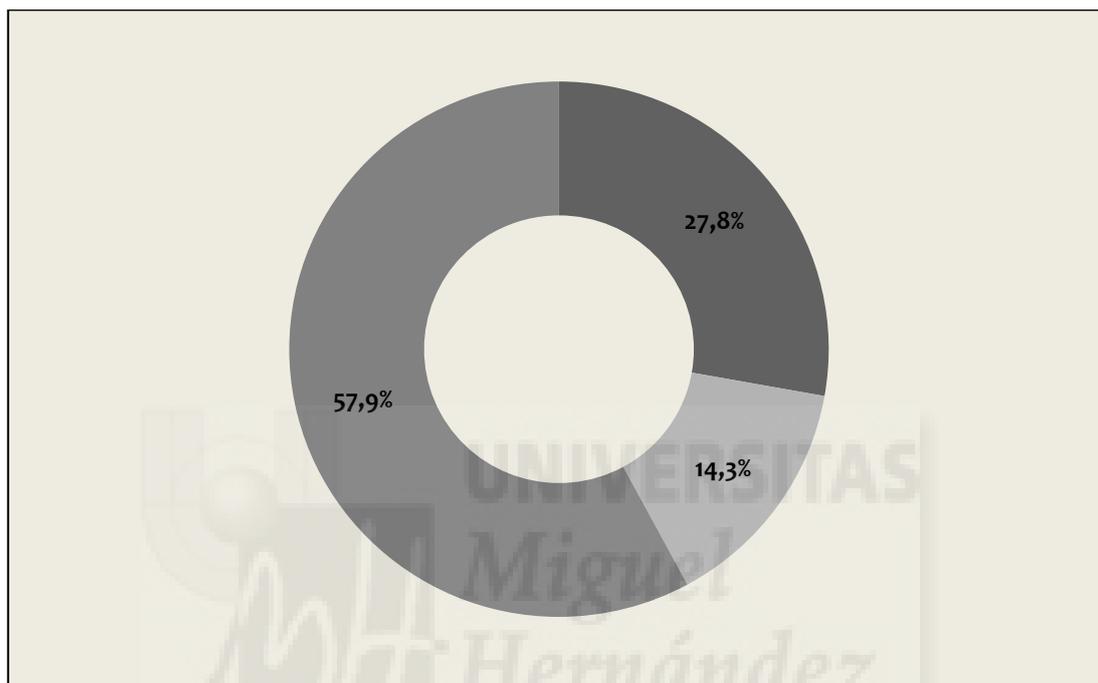


Gráfico 6 – Situação Profissional dos inquiridos

Dos inquiridos que se encontram em atividade profissional, cerca de 81,3% trabalha por conta de outrem enquanto 16,4% por conta própria. Quanto ao regime de atividade, verificamos que, dos elementos respondentes, 61,0% dos inquiridos encontram-se a trabalhar em Full-time, enquanto 39,0% estão a Part-time.

No que respeita ao vínculo laboral, constatamos que dos elementos respondentes 43,1% dos inquiridos encontram-se efetivos, 37,1% possuem contrato e 19,8% são trabalhadores independentes.

No concernente à situação académica dos inquiridos, apresentam-se em tabela 11 as frequências de resposta obtidas:

Tabela 11 – Situação Académica dos inquiridos

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	309	98,7	99,0	99,0
Não	3	1,0	1,0	100,0
Geral	312	99,7	100,0	
NS/NR	1	0,3		
Geral	313	100,0		

Foi questionado à amostra se se encontravam em formação académica, sendo que 99,0% referiu que sim, enquanto apenas 1,0% afirmou que não se encontrava atualmente em formação (tabela 11).

Relativamente ao Nível de Ensino dos inquiridos respondentes (98,1%), concluímos, e de acordo com o apresentado em gráfico 7, que 77,5% se encontram a frequentar uma licenciatura, 15,3% estão no mestrado, enquanto 1,6% frequentam o doutoramento.

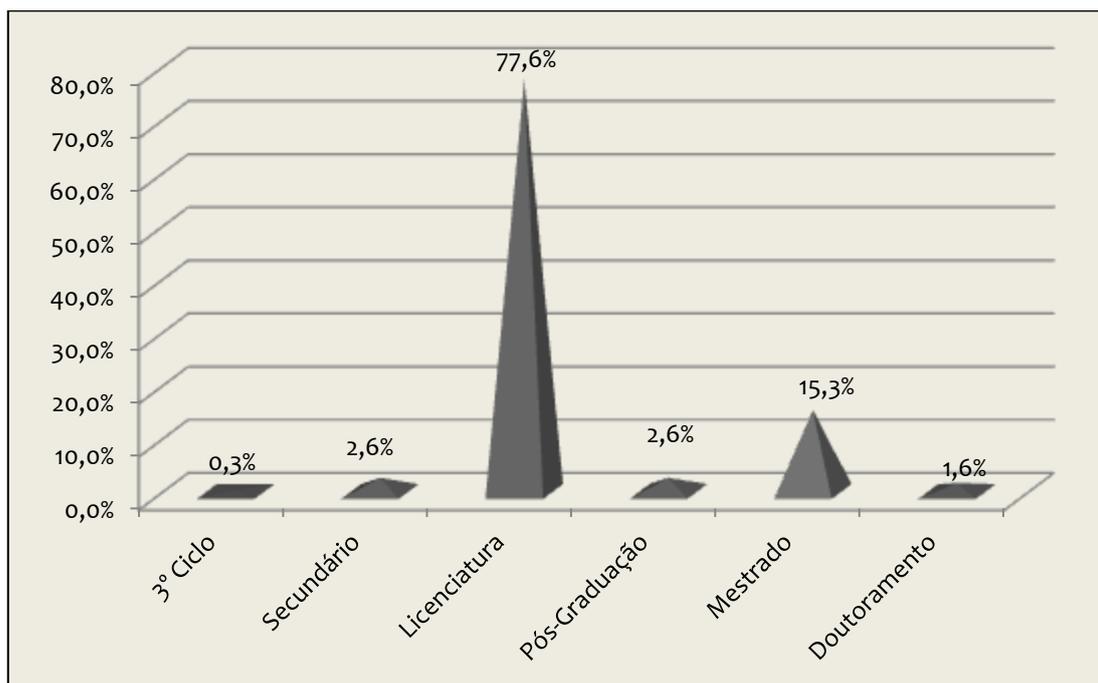


Gráfico 7 – Nível de Ensino em que se encontram os inquiridos

Aos inquiridos que se encontram em formação académica foi ainda questionada a sua perspetiva de tempo para concluírem o ciclo de estudos que se encontram a frequentar, conforme apresentado em tabela 12.

Tabela 12 – Perspetiva de tempo para acabar o grau académico

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
1 ano	122	39,0	39,6	39,6
2 anos	105	33,5	34,1	73,7
3 anos	53	16,9	17,2	90,9
Mais de 3 anos	28	8,9	9,1	100,0
Geral	308	98,4	100,0	
Não/NS/NR	5	1,6		
Geral	313	100,0		

Da análise à tabela verifica-se que, independentemente do Nível de Ensino dos inquiridos, 49,6% destes têm a perspetiva de terminar o seu grau académico num ano. Cerca de 34,1% referiu que terminaria em 2 anos, enquanto apenas 9,1% afirmou que demoraria mais de 3 anos a terminar o seu grau académico.

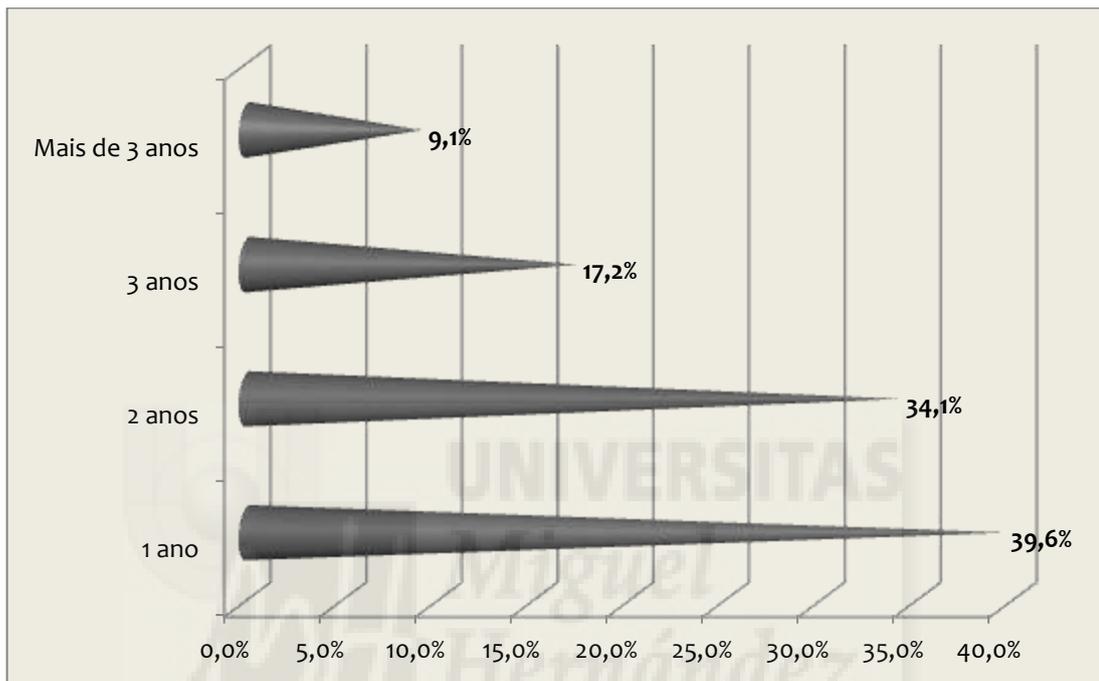


Gráfico 8 – Perspetiva de tempo para acabar o grau académico

O presente estudo procurou ainda aprofundar o conhecimento da amostra no que diz respeito à conjugação entre a vertente académica e laboral dos inquiridos, tal como apresentado em tabela 13.

Tabela 13 – Resposta à questão: É trabalhador-Estudante?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Sim	185	59,1	60,5	60,5
Não	121	38,7	39,5	100,0
Geral	306	97,8	100,0	
Não/NS/NR	7	2,2		
Geral	313	100,0		

Dos elementos inquiridos, 60,5% referiu que é trabalhador-estudante, sendo que os restantes 39,5% afirmam não ser, tal como evidenciado em Gráfico 9.

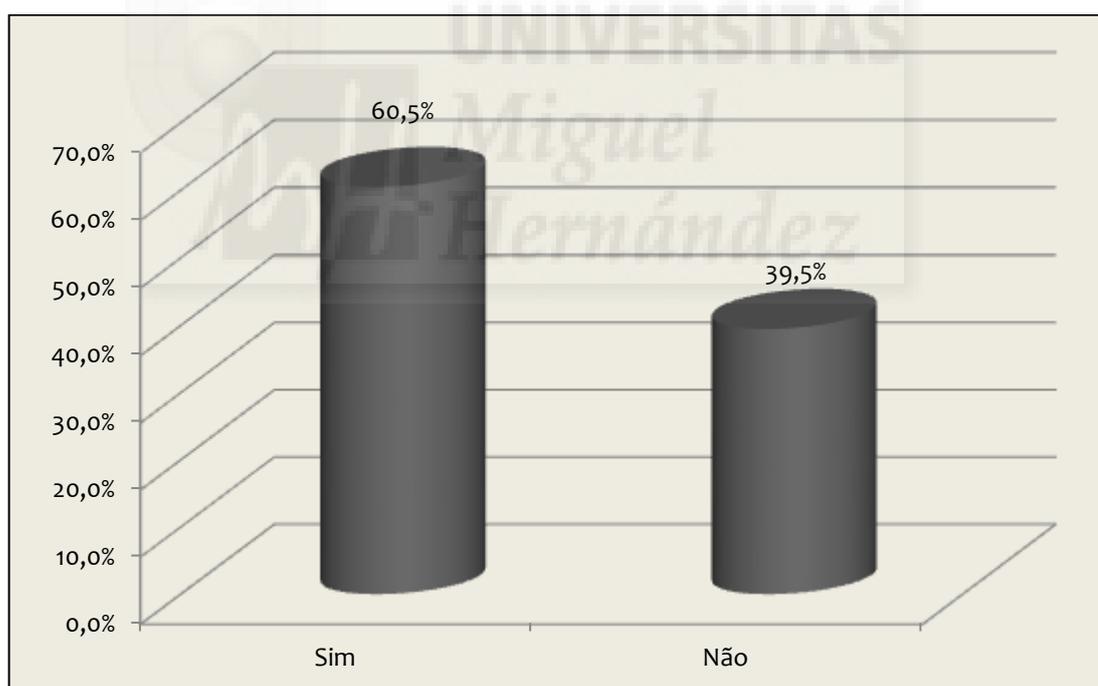


Gráfico 9 – Resposta à questão: É trabalhador-Estudante?

No sentido de contemplar a informação colhida, foi-nos importante perceber se os inquiridos que conjugam a vertente profissional com a vertente académica beneficiam do estatuto de trabalhador-estudante (tabela 14).

Tabela 14 – Resposta à questão: Tem ou não estatuto?

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
Com estatuto	69	22,0	39,2	39,2
Sem estatuto	107	34,2	60,8	100,0
Geral	176	56,2	100,0	
NS/NR	137	43,8		
Geral	419	100,0		

Importa salientar que em relação à existência ou não de Estatuto de Trabalhador-Estudante, cerca de 60,8% dos inquiridos respondentes afirmou que não possui esse estatuto, sendo apenas 39,2% dos respondentes beneficiários, tal como espelhado em gráfico 10:

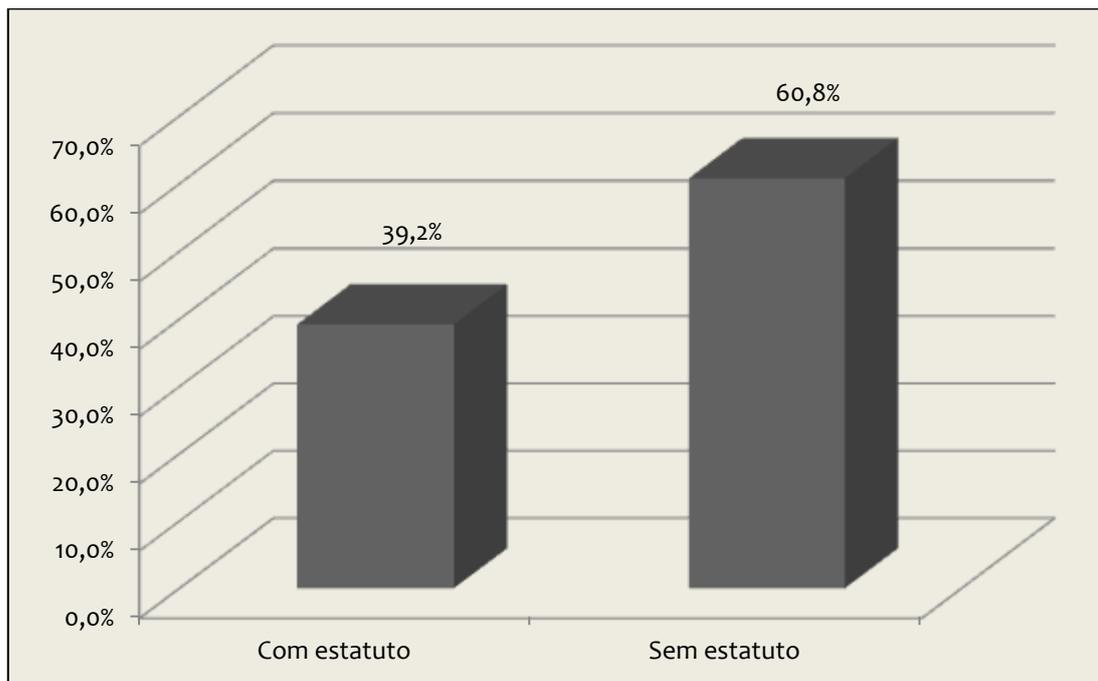


Gráfico 10 – Resposta à questão: Tem ou não estatuto?

De forma a completarmos a nossa análise descritiva dos resultados obtidos pelo questionário sociodemográfico, apresentamos em tabela 15, a análise às respostas sobre as representações dos respondentes face ao tema em estudo.

Tabela 15 – Tabela de Frequências, média e desvio padrão dos itens i1 a i10

Item	N	R	AV	F	QS	NR	M	DP
Sinto que vivo “em stress”...	5.4	13.4	41.2	25.6	13.7	.6	3.29	1.041
Sinto que o consumo de álcool me descontraí.	49.2	18.2	22.7	5.4	4.5	.0	1.98	1.159
Tenho vontade de “ir beber um copo” quando estou mais stressado(a), ansioso (a) ou nervoso (a).	47.0	26.5	14.4	6.4	5.4	.3	1.96	1.168
Normalmente celebro acontecimentos importantes na minha vida.	2.2	9.6	31.3	28.1	28.8	.0	3.72	1.053
Sinto que lido bem com as minhas emoções.	1.3	5.1	35.8	42.2	15.7	.0	3.66	.848
Quando bebo álcool sinto que controlo melhor as minhas emoções.	53.7	24.0	13.7	6.7	1.9	.0	1.79	1.037
Sinto-me “de bem com a vida”.	.3	3.8	23.0	43.5	29.4	.0	3.98	.841
Lido com as adversidades de forma racional.	.3	2.6	30.7	39.6	25.9	1.0	3.89	.833
Procuo desenvolver estratégias para não me deixar afetar emocionalmente pelos constrangimentos do dia-a-dia.	1.9	4.2	27.5	43.8	22.7	.0	3.81	.899
Consigo organizar o meu dia-a-dia de forma a realizar todas as tarefas a que me proponho.	.6	6.7	23.0	41.9	27.8	.0	3.89	.909

Nota : N – Nunca; R – Raramente; AV – Algumas Vezes; F – Frequentemente; QS – Quase Sempre; NR – Não Respondeu

Através da tabela 15, constatamos que na afirmação “Sinto-me «de bem com a vida»”, cerca de 43.5% dos inquiridos afirmaram *frequentemente* ($M = 3.98$; $DP = .841$). Se tivermos em conta a percentagem de inquiridos que respondeu *frequentemente* e *quase sempre* a esta questão, verificamos que estão nestas condições 72.9% do Geral.

A amostra demonstra também a sua expressividade nas afirmações “Lido com as adversidades de forma racional.” ($M = 3.89$.; $DP = .833$) “Procuo desenvolver estratégias

para não me deixar afectar emocionalmente pelos constrangimentos do dia-a-dia” ($M = 3.81$; $DP = .899$).

Também 41,9% da amostra afirma que frequentemente “Consigo organizar o meu dia-a-dia de forma a realizar todas as tarefas a que me proponho” ($M = 3.89$; $DP = .909$).

2.2. ANÁLISE DE RESULTADOS DA APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RESILIÊNCIA EAER E EARG

Relativamente aos resultados da EAER, e conforme apresentado em tabela 16, os elementos apresentaram uma média de 58,35 ($DP=6,43$), num geral de 70 valores. De acordo com os autores da escala, valores no intervalo entre 53 e 70 revelam um nível de resiliência do seu eu elevado. Uma vez que esta escala avalia diferentes fatores, como o suporte externo, as forças pessoais internas, as habilidades sociais e o que a pessoa está disposta a fazer, podemos afirmar que, de acordo com os resultados obtidos, os elementos em estudo auto-avaliam-se como pessoas realmente capazes de ultrapassar as suas situações.

Tabela 16 – Resultados obtidos na Escala de Avaliação do Eu Resiliência (EAER)

Escala	Dimensão	M	DP	Min	Máx
EAER	1 – Eu tenho	15.97	2.53	4	20
	2 – Eu sou	13.35	1.51	4	15
	3 – Eu estou	8.63	1.19	3	10
	4 – Eu posso	20.40	3.17	4	25
	GERAL	58.35	6.43	15	70

Após a aplicação dos instrumentos de resiliência constatou-se, e conforme apresentado em tabela 17, que os participantes obtiveram um valor médio na EAGR (Escala de Avaliação Global da Resiliência) de 31.25, num geral máximo de 40 pontos. De acordo com os autores da escala (Anabela Pereira e Jacinto Jardim, 2006), o valor acima corresponde a uma capacidade de resiliência média, uma vez que se encontra num intervalo entre os valores 22 e 34. Assim, pode-se dizer que a capacidade atual dos participantes para lidar com as adversidades, as crises e as dificuldades do dia-a-dia não se encontra na sua plenitude.

Tabela 17 – Resultados obtidos nas Escala de Avaliação Global de Resiliência (EAGR)

Escala	Dimensão	M	DP	Min	Máx
EAGR	GERAL	31.25	4.412	17	40

2.2. VALIDAÇÃO PSICOMÉTRICA DO QUESTIONÁRIO DE RESILIÊNCIA DE YOUNG

Não existindo na altura do desenvolvimento do estudo a adaptação à população portuguesa da escala de Wagnild & Young (1993), optou-se por validar a versão que existe em português da referida escala.

A escala em validação é composta por 26 afirmações que requerem o posicionamento do inquirido entre 7 pontos da escala de Likert, sendo que 1 corresponde a «Discordo fortemente» e 7 «Concordo fortemente».

A validação psicométrica do questionário de resiliência de Wagnild & Young realizou-se em duas fases. Numa primeira fase, realizámos uma Análise Fatorial exploratória na qual se procurou identificar as dimensões mais significativas que a escala apresenta

através do estudo da confiabilidade da referida escala. Posteriormente, na segunda fase, realizámos uma Análise Fatorial Confirmatória.

A) CONFIABILIDADE TESTE DA ESCALA DE RESILIÊNCIA DE WAGNILD & YOUNG

A confiabilidade da Escala de Resiliência de Wagnild & Young realizou-se através da amostra dos 313 inquiridos para o estudo. Para analisar a validade do constructo utilizou-se a análise fatorial, utilizando o coeficiente Alpha de Cronbach para avaliação da consistência interna da escala, conforme apresentada em tabela 18.

Tabela 18 – Peso de cada um dos itens no fator após análise fatorial exploratória, com rotação varimax, valores próprios e variância explicada

Itens	Fatores		
	1	2	3
YOUNG 16	,780		
YOUNG 17	,732		
YOUNG 21	,716		
YOUNG 6	,594		
YOUNG 14		,843	
YOUNG 15		,726	
YOUNG 1		,710	
YOUNG 3			,743
YOUNG 5			,718
YOUNG 2			,684
Valores Próprios	2,195	1,991	1,748
Variância Explicada	21,950	19,907	17,482

Analisado o questionário, decidimos ficar com 10 variáveis que originaram 3 fatores, dizendo respeito o primeiro fator à **satisfação com a vida**, o segundo fator à **planificação**-

disciplina e o terceiro fator à **independência**. De salientar o facto de em conjunto terem um grau de explicação da variância de aproximadamente 60,1%.

De reforçar que, “a análise fatorial produz cargas fatoriais, as quais podem ser consideradas pesos de regressão das variáveis mensuradas para predizer o construto subjacente. Nos casos onde existe mais de um fator subjacente aos dados, a análise fatorial também produz correlações entre os fatores” (Laros, 2005, p. 166).

De forma a compreendermos quais as afirmações correspondentes aos fatores, sistematizamos a informação em tabela 19:

Tabela 19 – Fatores da escala de Young

16. Frequentemente encontro motivos para me rir 21. A minha vida tem sentido. 17. Frequentemente encontro motivo para me rir. 6. Sinto orgulho por ter realizado coisas na minha vida.	Fator 1 «Satisfação com a Vida»
14. Sou disciplinado. 15. Mantenho interesse nas coisas. 1. Quando faço planos, sigo-os até ao fim.	Fator 2 «Planificação - Disciplina»
3. Sou capaz de depender de mim mesmo mais do que qualquer outra pessoa 5. Se precisar, consigo estar por minha conta. 2. Frequentemente, costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	Fator 3 «Independência»

a.1) Correlação entre os 3 fatores da Escala Young

Verificou-se existir uma correlação média positiva entre os três fatores encontrados da escala de YOUNG, apresentando-se na tabela 20 os respetivos valores:

Tabela 20 – Correlação entre fatores da Escala Young

Fatores	Valor de Correlação
Satisfação com a vida (F1) VS Planificação – Disciplina (F2)	.638
Satisfação com a vida (F1) VS Independência (F3)	.625
Planificação – Disciplina (F2) VS Independência (F3)	.549

B) ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA

Foi completado o estudo com a análise fatorial confirmatória, tendo-se obtido ótimos valores, melhorando com a correlação dos erros dos itens 16 e 17.

Em resumo, e com base nas 10 variáveis em estudo, podemos concluir que o índice de ajuste comparativo (CFI) apresenta o elevado valor de .988. Este índice, fazendo uso de uma distribuição de qui-quadrado não-central, procura levar em consideração a complexidade de um modelo, pelo que o ideal é apresentar valores acima de .95 (Thompson, 2004).

Outro índice obtido foi o RMSEA (raíz da média dos quadrados dos erros de aproximação), que possuindo uma distribuição conhecida, representa de forma adequada o ajuste de um modelo à sua população e não apenas à amostra utilizada para a estimação. Os valores abaixo de .08 são os desejados, enquanto os valores abaixo de .05 são considerados ótimos (Thompson, 2004). No nosso caso, obtivemos o valor de .025, pelo que concluímos que estamos perante um ótimo ajuste ao modelo.

Em seguida, foi analisado o valor do índice SRMR (média dos resíduos quadrados standardizada), obtendo-se o valor de .038. Segundo Kahn (2006), este valor deverá ser inferior a .08, sendo ótimo quando apresenta um valor inferior a .05.

De uma forma geral, os valores dos principais indicadores globais de ajustamento do modelo inspecionado para a resiliência de Young, resultantes da análise fatorial confirmatória, acima analisados, expressam a sua qualidade.

O coeficiente de Alpha de Cronbach foi calculado para aceder à consistência interna das três dimensões encontradas, sendo o critério de aceitação situado em valores superiores a .70, proposto por Nunally (1978). No nosso estudo, obtivemos o valor de .798 para a escala geral, .747 no fator 1 «satisfação com a vida», .712 no fator 2 «planificação – disciplina» e .632 no fator 3 «independência».

Assim, podemos concluir que a avaliação da Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993), através das 10 variáveis do questionário analisado, manifesta-se adequada.

C) COMPARAÇÃO ENTRE ESCALAS JARDIM E PEREIRA E WAGNILD & YOUNG

Tabela 21 - Estatística Descritiva dos fatores validados de Young.

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
YOUNG_Satisfação com a vida (F1)	3,00	7,00	6,00	0,85
YOUNG_Planificação-Disciplina (F2)	2,33	7,00	5,45	0,93
YOUNG_Independência (F3)	2,33	7,00	5,44	0,92
YOUNG_Geral	3,00	7,00	5,67	0,69

Relativamente à Escala de Wagnild & Young, cujos dados se apresentam em tabela 21 podemos referir que os itens que formam o fator 1 são os que apresentam maior grau de concordância, assim como a escala em geral. Saliente-se igualmente o reduzido coeficiente de variação existente nestes dois fatores.

Tabela 22 - Correlação das Escalas de Resiliência

	EAGR_média	EAER_média	YOUNG_Geral
EAGR_média	1	,533**	,615**
EAER_média	,533**	1	,534**
YOUNG_Geral	,615**	,534**	1

A correlação é significativa para um nível de .01 (Distribuição Bilateral)

No que respeita às correlações existentes entre as escalas EAER, EAGR e Young Geral, podemos concluir que, de acordo com o apresentado em tabela 22, entre todas elas existe correlação positiva estatisticamente significativa, sendo a que mais se destaca é a que compara a Escala EAGR e a Escala Young.

Desta forma e comparando a análise das duas escalas, não foram verificadas diferenças significativas, sendo a análise positiva justificando-se assim a aplicação das duas escalas.

2.3. APRESENTAÇÃO DOS DIFERENTES NÍVEIS DE CORRELAÇÃO E REGRESSÃO ENTRE AS DIFERENTES VARIÁVEIS

Para se estabelecer os diferentes níveis de correlação e de regressão entre as diversas variáveis em estudo, importa analisar os índices de fiabilidade das demais escalas utilizadas no decorrer do estudo. Tendo por base o sentido de Maroco & Garcia-Marques, que afirmam que “A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Se um instrumento de medida dá sempre os mesmos resultados (dados) quando aplicado a alvos estruturalmente iguais, podemos confiar no significado da medida e dizer que a medida é fiável” (2006, p. 66), procedemos à análise de fiabilidade das diferentes escalas.

A) ANÁLISE DE FIABILIDADE DE TODAS AS ESCALAS E SEUS FATORES

Nas dimensões desenvolvidas a partir da Análise Fatorial Exploratória, referente às escalas Young, TEIQue, AUDIT e 23 QVS, foram calculadas as consistências internas, através do Alpha de Cronbach (tabela 23).

Tabela 23 – Valores de coeficiente Alpha de Cronbach referentes às escalas em análise

Escalas/Dimensões	Alpha de Cronbach
Wagnild &Young Geral	.798
F1 Satisfação com a Vida	.747
F2 Planificação – Disciplina	.712
F3 Independência	.632
TEIQue Geral	.860
F1 Bem-Estar	.775
F2 Autocontrolo	.543
F3 Emocionalidadee	.678
F4 Sociabilidade	.539
AUDIT Geral	.845
F1 Consumo Perigoso	.794
F2 Dependência	.705
F3 Uso Nocivo	.737
23 QVS Geral	.827

Todos os valores de *Alpha de Cronbach*, referentes aos índices gerais das 4 escalas em análise, apresentaram valores próximos ou acima de 0.80, apresentando assim uma consistência interna muito boa, com especial destaque para a escala de TEIQue Geral com um valor de .860.

B) ANÁLISE ÀS POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE A RESILIÊNCIA, A INTELIGÊNCIA EMOCIONAL, O STRESS E O CONSUMO DE ÁLCOOL, DIFERENCIANDO-SE EM GÉNERO E IDADE

B1) Correlações das variáveis e os seus fatores no Geral da população estudada

Com o objetivo de avaliar qual o grau de correlação entre as variáveis e os seus fatores, no Geral da população, efetuou-se uma matriz de *correlações de Pearson*.

A análise dos dados revelou associações fortes, positivas/negativas e estatisticamente significativas entre as principais dimensões, que variaram de $r = -.176$; $p < .05$, para a associação entre as dimensões TEIQue Geral e AUDIT F1 a $r = -.756$; $p < .01$ para a associação entre as dimensões TEIQue Geral e 23 QVS (Tabela 24).

Tabela 24 – Correlação entre a variável TEIQue e as principais dimensões

Dimensões	Correlação
TEIQue Sociabilidade vs Young Geral	.438
TEIQue Sociabilidade vs F1 Satisfação com a vida	.434
TEIQue Sociabilidade vs 2323 QVS	-.595
TEIQue Bem-Estar vs F1 Satisfação com a vida	.619
TEIQue Bem-estar vs Young Geral	.558
TEIQue Bem-estar vs 23 QVS	-.595
TEIQue Autocontrolo vs Young Geral	.345
TEIQue Autocontrolo vs Young F2_Planificação-Disciplina	.334
TEIQue Autocontrolo vs 23 QVS	-.499
TEIQue Autocontrolo vs AUDIT F1_Consumo Perigoso	.203
TEIQue Autocontrolo vs AUDIT F2_Dependência	-.253
TEIQue Autocontrolo vs AUDIT F3_Uso Nocivo	-.275
TEIQue Autocontrolo vs AUDIT Geral	-.262
TEIQue Emocionalidade vs Young Geral	.496
TEIQue Emocionalidade vs F1 Satisfação com a vida	.484
TEIQue Emocionalidade vs 23 QVS	-.583
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT F1_Consumo Perigoso	-.242
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT F2_Dependência	-.336
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT F3_Uso Nocivo	-.412
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT Geral	-.346
TEIQue Geral vs Young Geral	.625
TEIQue Geral vs Satisfação com a vida	.575
TEIQue Geral vs 23 QVS	-.756
TEIQue Geral vs AUDIT F1_Consumo Perigoso	-.176
TEIQue Geral vs AUDIT F2_Dependência	-.270
TEIQue Geral vs AUDIT F3_Uso Nocivo	-.280
TEIQue Geral vs AUDIT Geral	-.253

Nota. Todas as correlações são significativas ao nível de .05 (bilateral)

A análise à tabela 24, que sistematiza as correlações existentes entre a variável TEIQue e as demais dimensões apresentadas nas diferentes escalas, permite-nos evidenciar a forte correlação positiva entre a Inteligência Emocional e a Resiliência, nomeadamente através das dimensões TEIQue Geral e Young Geral (.625) e entre a TEIQue Bem-estar vs Young F1 - Satisfação com a vida (.619). Por outro lado, verifica-se uma correlação forte negativa entre a Inteligência Emocional e o Stress (-.756), correspondendo mesmo ao valor mais significativo das diferentes correlações estabelecidas entre as diversas dimensões. As dimensões TEIQue Bem-estar e TEIQue Sociabilidade em correlação com o stress apresentam exatamente o mesmo valor representativo da sua correlação forte negativa (-.595).

Clarificando a organização dos fatores da escala TEIQue, apresenta-se a seguinte tabela:



Tabela 25 – Fatores TEIQue

TEIQue BEM-ESTAR	5. Geralmente não acho a vida agradável.
	9. Sinto que tenho algumas qualidades.
	12. De uma maneira geral vejo tudo meio cinzento.
	20. De um modo geral, estou satisfeito com a vida.
	24. Acredito que tenho muitos pontos fortes.
TEIQue AUTOCONTROLO	27. Geralmente, acredito que tudo correrá bem na minha vida.
	4. Geralmente tenho dificuldade em controlar as minhas emoções.
	15. No geral, sou capaz de lidar com o stress.
	19. Habitualmente sou capaz de encontrar modos de controlar as minhas emoções quando quero.
TEIQue EMOCIONALIDADE	22. Tenho tendência a envolver-me em coisas de que mais tarde me quero livrar. (inversa)
	30. Os outros admiram-me por ser uma pessoa calma.
	1. Expressir as minhas emoções com palavras não é um problema para mim.
	2. Frequentemente tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista do outro. (inversa)
	8. Muitas vezes não consigo perceber o que sinto.
	13. As pessoas que me são próximos queixam-se com frequência de que não as trato bem.
	16. Frequentemente acho difícil mostrar o meu afecto aos que me são próximos.
	17. Normalmente sou capaz de me colocar no lugar dos outros e sentir as suas emoções.
TEIQue SOCIABILIDADE	23. Frequentemente paro para pensar e analisar os meus sentimentos.
	28. Acho difícil criar laços mesmo com as pessoas que me são próximas.
	6. Consigo lidar eficazmente com as pessoas.
	10. Frequentemente acho difícil defender os meus direitos.
	11. Costumo ser capaz de influenciar os sentimentos dos outros.
	21. Descrever-me-ia como um bom negociador.
25. Tenho tendência para recuar mesmo quando sei que tenho razão.	
	26. Parece que não tenho nenhum poder sobre os sentimentos dos outros.

A tabela 24 – *Correlação entre a variável TEIQue e as principais dimensões* permite ainda perceber que os dados colhidos manifestam correlações pouco significativas quanto aos consumos de álcool (AUDIT) verificando-se, apenas, alguma correlação negativa no que ao fator da Emocionalidade da escala de Inteligência Emocional diz respeito, ou seja, os dados, apesar de manifestarem uma relação inversa entre as variáveis, não apresentam valores significativos.

Procuraremos agora compreender quais os níveis de correlação entre a variável Resiliência e as principais dimensões, através da tabela 26.

Tabela 26 – Correlação entre a variável YOUNG e as principais dimensões

Dimensões	Correlação
Young F1_ Satisfação com a Vida vs 23 QVS	-.526
Young F1_ Satisfação com a Vida vs AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	-.176
Young F1_ Satisfação com a Vida vs AUDIT F2 (Dependência)	-.270
Young F1_ Satisfação com a Vida vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.280
Young F1_ Satisfação com a Vida vs AUDIT Geral	-.253
Young F2_ Planificação-Disciplina vs 23 QVS	-.526
Young F2_ Planificação-Disciplina vs AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	-.176
Young F2_ Planificação-Disciplina vs AUDIT F2 (Dependência)	-.270
Young F2_ Planificação-Disciplina vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.280
Young F2_ Planificação-Disciplina vs AUDIT Geral	-.253
Young F3_ Independência vs 23 QVS	-.353
Young F3_ Independência vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.126
Young Geral vs 23 QVS	-.523
Young Geral vs AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	-.171
Young Geral vs AUDIT F2 (Dependência)	-.204
Young Geral vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.246
Young Geral vs AUDIT Geral	-.225

Nota. Todas as correlações são significativas ao nível de .05 (bilateral)

Torna-se extremamente interessante perceber que a Resiliência estabelece uma correlação negativa, ou seja inversa, com o Stress e com o Álcool. O maior destaque vai para a relação inversa estabelecida entre a Satisfação com a vida (F1) e a Disciplina (F2) –

Resiliência – e o Stress (-.526). No que aos indicadores de consumo de álcool diz respeito o estudo apresentado manifesta uma correlação inversa entre os três fatores da resiliência, contudo sem expressão de destaque e que permita a formulação de conclusões entre as diferentes variáveis.

B2) Correlação das variáveis e dos seus fatores no género masculino

No âmbito geral, as correlações que se apresentam são similares embora um pouco maiores no género masculino.

Apresentam-se, em tabela 27, os dados obtidos na correlação entre a variável da Inteligência Emocional e as diferentes dimensões mensuradas no decorrer do estudo para género masculino.



Tabela 27 – Correlação entre a variável TEIQue e as principais dimensões, no género masculino

Dimensões	Correlação
TEIQue Sociabilidade vs Young Geral	.533
TEIQue Sociabilidade vs Young F1_Satisfação com a Vida	.546
TEIQue Sociabilidade vs 23 QVS (Stress)	-.680
TEIQue Bem-estar vs Young F1_Satisfação com a Vida	.673
TEIQue Bem-estar vs Young Geral	.625
TEIQue Bem-estar vs 23 QVS	-.674
TEIQue Bem-estar vs AUDIT F2 (Dependência)	-.242
TEIQue Bem-estar vs AUDIT Geral	-.205
TEIQue Autocontrolo vs Young Geral	.487
TEIQue Autocontrolo vs Young F2_Planificação-Disciplina	.455
TEIQue Autocontrolo vs 23 QVS	-.674
TEIQue Autocontrolo vs AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	-.339
TEIQue Autocontrolo vs AUDIT F2 (Dependência)	-.429
TEIQue Autocontrolo vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.428
TEIQue Autocontrolo vs AUDIT Geral	-.437
TEIQue Emocionalidade vs Young F1_Satisfação com a Vida	.551
TEIQue Emocionalidade vs Young Geral	.513
TEIQue Emocionalidade vs 23 QVS	-.696
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	-.269
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT F2 (Dependência)	-.364
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.431
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT Geral	-.383
TEIQue Geral vs Young Geral	.698
TEIQue Geral vs Young F1_Satisfação com a Vida	.675
TEIQue Geral vs 23 QVS	-.835
TEIQue Geral vs AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	-.262
TEIQue Geral vs AUDIT F2 (Dependência)	-.397
TEIQue Geral vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.387
TEIQue Geral vs AUDIT Geral	-.373

Nota. Todas as correlações são significativas ao nível de .05 (bilateral)

Dos dados apresentados, importa salientar a forte correlação inversa que os homens manifestam entre a inteligência emocional e o stress (-.835). Por outro lado, a inteligência emocional (TEIQue) e a resiliência (YOUNG) apresentam uma forte correlação positiva .698.

No que à correlação entre os fatores Sociabilidade e Autocontrolo da Inteligência Emocional e o Stress concerne, verifica-se também uma forte correlação inversa entre ambos, numa correlação de -.680 e -.674, respectivamente.

Os fatores Bem-estar e Emocionalidade da Escala da Inteligência Emocional apresentam correlações significativas e positivas no que à Satisfação com a Vida (fator 1) da escala da Resiliência alude, nomeada e respetivamente .673 e .551.

As dimensões da inteligência emocional e do consumo de álcool apresentam sempre uma correlação negativa, embora com índices pouco significativos e que mereçam especial destaque.

Apresentam-se seguidamente, em tabela 28, os dados obtidos na análise à correlação estabelecida entre a variável Young (resiliência) e as principais dimensões.

Tabela 28 – Correlação entre a variável YOUNG e as principais dimensões, no género masculino

Dimensões	Correlação
Young F1_ Satisfação com a Vida vs 23 QVS	-.551
Young F1_ Satisfação com a Vida vs AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	-.157
Young F1_ Satisfação com a Vida vs AUDIT F2 (Dependência)	-.224
Young F1_ Satisfação com a Vida vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.262
Young F1_ Satisfação com a Vida vs AUDIT Geral	-.230
Young F2_ Planificação-Disciplina vs 23 QVS	-.361
Young F2_ Planificação-Disciplina vs AUDIT 1	-.278
Young F2_ Planificação-Disciplina vs AUDIT 2	-.365
Young F2_ Planificação-Disciplina vs AUDIT 3	-.327
Young F2_ Planificação-Disciplina vs AUDIT Geral	-.354
Young F3_ Independência vs 23 QVS	-.313
Young Geral vs 23 QVS	-.530
Young Geral vs AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	-.223
Young Geral vs AUDIT F2 (Dependência)	-.274
Young Geral vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.323
Young Geral vs AUDIT Geral	-.299

Nota. Todas as correlações são significativas ao nível de .05 (bilateral)

Dos dados obtidos, importa salientar nos homens a correlação inversa verificada entre a resiliência e o stress (-.530), com especial destaque para o fator «satisfação com a vida» (Fator 1) e o stress.

No que se refere aos consumos de álcool e a compreensão da influência da resiliência nos homens, podemos perceber que, apesar de se manifestar sempre numa correlação negativa, ou seja inversa, o valor mais representativo corresponde à correlação entre a «planificação-disciplina» (fator 2, escala de Young) e o AUDIT F2 (Dependência).

B3) Correlação das variáveis e dos seus fatores no género feminino

Na análise à correlação das variáveis e dos seus fatores para o género feminino, verificam-se resultados muito similares aos da amostra geral sendo, no entanto, em geral as correlações indicadas um pouco inferiores. Importa destacar o facto de que nesta amostra, as mulheres não manifestam quase nenhuma correlações significativas com o AUDIT (consumo de álcool).

Começamos por apresentar os índices de correlação da variável Inteligência Emocional, medida através da Escala TEIQue no que à Resiliência, Stress e consumo de álcool concerne (tabela 29).



Tabela 29 – Correlação entre a variável TEIQue e as principais dimensões, no género feminino

Dimensões	Correlação
TEIQue Sociabilidade vs Young Geral	.422
TEIQue Sociabilidade vs Young F1_Satisfação com a Vida	.378
TEIQue Sociabilidade vs 23 QVS (Stress)	-.610
TEIQue Bem-estar vs Young F1_Satisfação com a Vida	.565
TEIQue Bem-estar vs Young Geral	.504
TEIQue Bem-estar vs 23 QVS	-.588
TEIQue Autocontrolo vs Young Geral	.349
TEIQue Autocontrolo vs Young F3_Independência	.322
TEIQue Autocontrolo vs 23 QVS	-.521
TEIQue Emocionalidade vs Young F1_Satisfação com a Vida	-.398
TEIQue Emocionalidade vs Young Geral	.468
TEIQue Emocionalidade vs 23 QVS	-.549
TEIQue Emocionalidade vs AUDIT F3 (Uso Nocivo)	-.184
TEIQue Geral vs Young Geral	.574
TEIQue Geral vs Young F1_Satisfação com a Vida	.509
TEIQue Geral vs 23 QVS	-.724

Nota. Todas as correlações são significativas ao nível de .05 (bilateral)

Da análise aos dados apresentados devemos destacar a correlação negativa de grande significância existente entre a inteligência emocional (TEIQue Geral) e o stress, apresentando valores de -.725. No que à resiliência diz respeito, a inteligência emocional apresenta uma correlação muito positiva, situando-se em .574, predizendo que quanto maior a inteligência emocional nas mulheres, maior a sua resiliência. Evidencia-se o facto de os fatores sociabilidade e bem-estar da escala de inteligência emocional serem os que apresentam maior índice de correlação negativa com o stress.

Relativamente à relação com o consumo de álcool, apenas se manifesta uma fraca correlação negativa entre o fator Emocionalidade e o fator 3 do AUDIT (-.184).

Como correlação entre a variável da resiliência (Young) e as principais dimensões, apresentam-se os dados obtidos, em tabela 30.

Tabela 30 – Correlação entre a variável YOUNG e as principais dimensões, no género feminino

Dimensões	Correlação
Young F1_Satisfação com a Vida vs 23 QVS	-.517
Young F2_Planificação-Disciplina vs 23 QVS	-.276
Young F3_Independência vs 23 QVS	-.370
Young Geral vs 23 QVS	-.518

Nota. Todas as correlações são significativas ao nível de .05 (bilateral)

Após análise dos dados colhidos e respetiva sistematização, verifica-se que para a amostra de mulheres apenas se apresentam valores significativos no que à relação entre a resiliência e o stress respeita. Destaca-se a correlação significativa e inversa entre a resiliência e o stress (-.518), com especial destaque para a correlação negativa entre a «satisfação com a vida» (fator 1) da escala de Young e o stress (-.517).

B4) Correlação das variáveis e seus fatores da amostra com idade inferior a 30 anos

Os dados obtidos relativamente às correlações entre as diferentes variáveis para pessoas menores de 30 anos, não manifestam diferenças significativas aos dados colhidos e apresentados sobre a Geralidade da amostra. Os níveis de significância entre as diferentes correlações não são determinantes no que à idade dizem respeito.

B5) Correlação das variáveis e seus fatores da amostra com idade igual ou maior a 30 anos

À semelhança do verificado com a população mais jovens, a amostra com idade igual ou superior aos 30 anos não apresenta diferenças significativas sobre os dados apresentados da amostra geral.

Salienta-se apenas que para a presente faixa etária, não se verifica nenhuma correlação significativa da amostra com o AUDIT, ou seja, com o consumo de álcool.

C) ANÁLISE ÀS POSSÍVEIS DIFERENÇAS DAS MÉDIAS EM FUNÇÃO DO GÉNERO E DA IDADE, EM CADA UMA DAS VARIÁVEIS OBJETO DE ESTUDO.

C1) Função do Género

Com o objetivo de apurar a relação entre as diversas dimensões em estudo e o género dos inquiridos, foi utilizado o Teste paramétrico de T-Student.

Tabela 31 - Resultados da aplicação do Teste T-Student entre as dimensões e o género

Dimensões	Género	N	Média	DP	Levene	GL	T	p
Resiliência Fator 1_ Satisfação com a Vida	Masculino	117	5.89	.91	.102	306	-1.637	.103
	Feminino	191	6.05	.80				
Resiliência Fator 2_ Planificação-disciplina	Masculino	118	5.18	.99	.173	310	-2.209	.028
	Feminino	194	5,42	.89				
Resiliência Fator 3_ Independência	Masculino	118	5.34	1.00	.460	308	-1.804	.072
	Feminino	192	5.54	.89				
Resiliência Geral	Masculino	117	5.46	.78	.174	302	-2.578	.010
	Feminino	187	5.68	.66				
TEIQue Bem-Estar	Masculino	116	5.44	.94	.809	306	-.485	.628
	Feminino	192	5.49	.94				
TEIQue Autocontrolo	Masculino	116	4.76	.93	.903	303	.377	.707
	Feminino	189	4.71	1.03				
TEIQue Emocionalidade	Masculino	116	4.77	.96	.005	304	-4.788	.000
	Feminino	190	5.24	.77				
TEIQue Sociabilidade	Masculino	114	4.74	.80	.269	301	1.149	.251
	Feminino	189	4.63	.87				
TEIQue Geral	Masculino	111	148,83	22.11	.242	289	-1.656	.099
	Feminino	180	152.99	20.04				
AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	Masculino	115	2.57	1.01	.000	306	8.342	.000
	Feminino	193	1.79	.61				
AUDIT F2 (Dependência)	Masculino	115	1.26	.47	.000	305	6.412	.000
	Feminino	192	1.03	.13				
AUDIT F3 (Uso Nocivo)	Masculino	115	1.29	.46	.000	306	6.617	.000
	Feminino	193	1.05	.16				
AUDIT Geral	Masculino	115	15,32	5.19	.000	305	8,789	.000
	Feminino	192	11.59	2.19				
23 QVS Geral	Masculino	117	54.65	8.88	.626	308	.930	.353
	Feminino	193	53.65	9.31				

Considerando os dados apresentados, na tabela 31, podemos salientar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões Resiliência Geral ($t(302) = -2.259; p < .05$), TEIQue Emocionalidade ($t(304) = -4.614; p < .05$), AUDIT F1 Consumo Perigoso ($t(305) = 7.520; p < .05$), AUDIT F2 Dependência ($t(304) = 5.081; p < .05$), AUDIT F3 Uso Nocivo ($t(305) = 5.423; p < .05$) e AUDIT Geral ($t(304) = 7.363; p < .05$).

De referir que nas dimensões Resiliência (F1_Satisfação com a vida, F2_Planificação-Disciplina, F3_Independência e Geral) e TEIQue (Bem-Estar, Emocionalidade e Geral), a pontuação do género feminino demonstrou-se superior à do género masculino.

Por outro lado, as dimensões TEIQue (Autocontrolo e Sociabilidade) e AUDIT (F1_Consumo Perigoso, F2_Dependência, F3_Uso Nocivo e Geral) obtiveram sempre uma pontuação mais elevada nos elementos do género masculino, conforme se pode observar na tabela 31.

C2) Função da Idade

Relativamente à variável idade, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas em todas as dimensões, à excepção de Resiliência F1_Satisfação com a Vida e F3_Independência, TEIQue Bem-Estar e TEIQue Autocontrolo, como se poderá observar na tabela 32.

As maiores médias registadas nos inquiridos com mais de 30 anos, ocorreram nas dimensões TEIQue Geral (156.05 vs. 149.08), Resiliência F1_Satisfação com a Vida (6.12 vs. 5.92) e Resiliência Geral (5.77 vs. 5.51).

De salientar que apenas das dimensões AUDIT e 23 QVS a faixa etária com menos de 30 anos apresenta valores mais elevados do que os superiores ou iguais a 30 anos.

Tabela 32 – Resultados da aplicação do Teste T-Student entre as dimensões e a idade

Dimensões	Idade	N	Média	DP	Levene	GL	t	p
Resiliência Fator 1	< 30 anos	200	5.92	.90	.006	305	-1.959	.051
	>= 30 anos	107	6.12	.71				
Resiliência Fator 2	< 30 anos	202	5.21	1.00	.008	309	-3.308	.001
	>= 30 anos	109	5.57	.75				
Resiliência Fator 3	< 30 anos	199	5.41	.96	.251	307	-1.431	.153
	>= 30 anos	110	5.57	.88				
Resiliência Geral	< 30 anos	197	5.51	.77	.005	301	-3.083	.002
	>= 30 anos	106	5.77	.56				
Teique Bienstar	< 30 anos	199	5.41	.94	.933	305	-1.648	.100
	>= 30 anos	108	5.60	.92				
TEIQue Autocontrolo	< 30 anos	198	4.69	1.05	.248	302	-.934	.351
	>= 30 anos	106	4.80	.88				
TEIQue Emoción	< 30 anos	199	4.95	.90	.056	303	-3.281	.001
	>= 30 anos	106	5.29	.79				
TEIQue Sociabilidad	< 30 anos	195	4.60	.84	.977	300	-2.139	.033
	>= 30 anos	107	4.81	.84				
TEIQue Geral	< 30 anos	188	149.08	20.95	.437	288	-2.750	.006
	>= 30 anos	102	156.05	19.96				
AUDIT F1 (Consumo Perigoso)	< 30 anos	200	2.21	.94	.001	305	3.697	.000
	>= 30 anos	107	1.83	.65				
AUDIT F2 (Dependência)	< 30 anos	199	1.15	.36	.000	304	3.056	.002
	>= 30 anos	107	1.04	.16				
AUDIT F3 (Uso Nocivo)	< 30 anos	200	1.20	.39	.000	305	4.754	.000
	>= 30 anos	107	1.02	.08				
AUDIT Geral	< 30 anos	199	13.67	4.55	.000	304	4.367	.000
	>= 30 anos	107	11.64	2.20				
23 QVS Geral	< 30 anos	200	55.02	9.12	.721	307	2.731	.007
	>= 30 anos	109	52.08	8.87				

D) PREVER O STRESS TENDO POR BASE AS DIMENSÕES GERAIS DA RESILIÊNCIA E DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

Através da análise de regressão simples, foi identificado um modelo com um R quadrado (quantidade de variância explicada) de .587, indicando um bom grau de explicação da variável dependente (23 QVS Geral), através da independente (TEIQue Geral). De salientar que a variável Resiliência Geral foi excluída do modelo.

Também podemos concluir, com base no procedimento ANOVA de regressão, tratar-se de um bom modelo de previsão, podendo este ser descrito da seguinte forma (valores estandardizados):

$$QVS\ Geral = -.718 \times TEIQue\ Geral$$

E) PREVER O STRESS TENDO POR BASE OS FATORES DE RESILIÊNCIA E OS FATORES DE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL.

Verificou-se um grau de explicação da variável dependente, ou seja, cerca de 59,6% da variável Stress (23 QVS Geral) é explicada pelas variáveis independentes TEIQue Sociabilidade, TEIQue Bem-estar, TEIQue Auto Controlo, TEIQue Emocionalidade e Young F1_Satisfação com a Vida.

Sendo assim, podemos apresentar o seguinte modelo de regressão, para prever a variável stress:

$$QVS = -.276 \times TEIQue\ Sociabilidade - .211 \times TEIQue\ Bem - estar - .248 \\ \times TEIQue\ Autocontrolo - .201 \times TEIQue\ Emocionalidade - .138 \\ \times Young\ F1\ Satisfação\ com\ a\ vida$$

F) PREVER O CONSUMO DE ÁLCOOL (AUDIT), TENDO POR BASE OS FATORES DE TEIQUE, DO YOUNG E DO STRESS (23 QVS GERAL).

Também a variável AUDIT tem uma fraca explicação (18,8%), por parte das variáveis independentes TEIQue Sociabilidade, Emocionalidade e Young F2 :

$$AUDIT = -.280 \times TEIQue\ Sociabilidade$$

G) REGRESSÕES TENDO POR BASE A IDADE (MAIOR OU IGUAL A 30 ANOS VERSUS MENOR DE 30 ANOS) E O GÉNERO (HOMEM VERSUS MULHER)

De forma a podermos apresentar as regressões lineares, tendo por base a idade e o género, apresentamos em tabela 33 a relação de distribuição da amostra.

Tabela 33 – Relação de Distribuição da Amostra

		Idade		Geral	
		>=30	<30		
Género	Masculino	Nº	31 ^a	84 ^b	115
		% dentro de Sexo	27,0%	73,0%	100,0%
	Feminino	Nº	80 ^a	118 ^b	198
		% dentro de Sexo	40,4%	59,6%	100,0%
Geral	Nº	111	202	313	
	% dentro de Sexo	35,5%	64,5%	100,0%	

Cada letra do subíndice denota um subconjunto da categoria Idade cujas proporções não diferem de forma significativamente entre si e ao nível de .05.

Depois de provado que não existem diferenças estatisticamente significativas, podemos realizar as regressões correspondentes.

G1 - Regressões para prever o Stress:

As regressões lineares de previsão do stress que se seguem, encontram-se definidas tendo em conta a relação entre as variáveis dependentes e independentes nos índices de Rcuadrado e de variância explicada (tabela 34).

Tabela 34 - Indicadores de regressão da variável dependente stress

	Variável Dependente	Variáveis Independentes	R2	Var. com efeito significativo	Beta
Homens >= 30	Stress	TEIQue, Resiliência	.605	TEIQue Autocontrolo	-.466
Homens <30	Stress	TEIQue, Resiliência	.769	TEIQue Sociabilidade	-.369
				TEIQue Bem-estar	-.321
				TEIQue Autocontrolo	-.361
Mulheres >=30	Stress	TEIQue, Resiliência	.648	TEIQue Sociabilidade	-.271
				TEIQue Bem-estar	-.351
				TEIQue Sociabilidade	-.291
Mulheres <30	Stress	TEIQue, Resiliência	.494	TEIQue Autocontrolo	-.319
				Young F1_Satisfação com a vida	-.289

Assim:

Para Homens com idade igual ou superior a 30 anos, verifica-se como modelo:

$$QVS = -.466 \times TEIQue \text{ Autocontrolo}$$

Para homens com idade inferior a 30 anos, verifica-se como modelo:

$$QVS = -.369 \times TEIQue\ Sociabilidade - .321 \times TEIQue\ BemEstar - .361 \times TEIQue\ Autocontrolo$$

Para Mulheres com idade maior ou igual a 30 anos, verifica-se como modelo:

$$QVS = -.271 \times TEIQue\ Sociabilidade - .351 \times TEIQue\ BemEstar$$

Para mulheres com idade inferior a 30 anos, verifica-se como modelo:

$$QVS = -.291 \times TEIQue\ Sociabilidade - .319 \times TEIQue\ Autocontrolo - .289 \times Young\ F1$$

G2 - Regressões para prever o consumo de álcool (AUDIT)

As regressões lineares de previsão do consumo de álcool que se apresentam, encontram-se definidas tendo em conta a relação entre as variáveis dependentes e independentes nos índices de Rcuadrado e de variância explicada (tabela 35).

Tabela 35 – Indicadores de regressão da variável dependente AUDIT

	Variável Dependente	Variáveis Independentes	R ²	Var. com efeito significativo	Beta
Homens >=30	AUDIT	TEIQue, Resiliência e Stress	.299	TEIQue Bem-estar	-.579
Homens <30	AUDIT	TEIQue, Resiliência e Stress	.327	TEIQue Emocionalidade	-.320
				TEIQue Autocontrolo	-.312
Mulheres >=30	AUDIT	TEIQue, Resiliência e Stress	.172	Young F3_Independência	.314
Mulheres <30	AUDIT	TEIQue, Resiliência e Stress	.092	Young F2_Planificação-Disciplina	-.249

Na análise à tabela apresentada verifica-se que a variável dependente AUDIT é para os homens influenciada pela Inteligência Emocional e para as Mulheres pela Resiliência.

Podemos, assim, descrever como modelos para os homens com idade igual ou superior a 30 anos:

$$AUDIT = -.579 \times TEIQue BemEstar$$

E para os homens com idade inferior a 30 anos:

$$AUDIT = -.320 \times TEIQue Emocionalidade - .312 \times TEIQue Autocontrolo$$

Como afirmado anteriormente, a variável dependente AUDIT é influenciada com valores significativos pela variável Resiliência. Assim, para mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, verifica-se que:

$$AUDIT = .314 \times \text{Young F3 Independência}$$

E para mulheres com idade inferior a 30 anos:

$$AUDIT = -.249 \times \text{Young F2}$$



3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

De forma a conduzir a análise de resultados obtidos na investigação importa recordar e sistematizar as variáveis em estudo e os seus níveis de correlação. Estamos perante uma investigação que correlaciona quatro variáveis complexas (Resiliência, Inteligência Emocional, Stress e Álcool) e onde se procura aprofundar o conhecimento já existente sobre as mesmas, individualmente e em correlação, no que, também, ao género e idade respeita. Por questões de conveniência, optámos por desenvolver o nosso estudo numa instituição Privada de Ensino Superior, o Instituto Superior de Ciências Educativas (ISCE).

Começámos por caracterizar sociodemograficamente a amostra em estudo (n= 313) onde salientamos a prevalência do género feminino (68.5%) em relação ao género masculino (31.5%). Apesar de se procurar uma distribuição equitativa entre géneros, estes valores percentuais devem-se essencialmente ao facto de a população que frequenta o ISCE ser maioritariamente feminina. Os inquiridos, no que à idade diz respeito, encontram-se distribuídos em diferentes clusters (18 – 22 anos, 23-27 anos, 28-34 anos e mais de 34 anos) sendo a faixa etária dos 18 aos 22 anos a que reúne maior percentagem (30.4%). Trata-se de uma amostra com uma média de idades situada nos 28,55 anos, com um desvio padrão de 8.72 anos. Naturalmente, a distribuição por idades e género reflete a discrepância entre os géneros dos inquiridos e traduz a sua maior representatividade nas mulheres entre os 18 e os 22 anos (21.5%). No *cluster* dos 23 aos 27 anos conseguiu-se uma distribuição equitativa entre géneros (situada nos 14.1%) e nos seguintes grupos etários destaca-se o facto de os indivíduos com mais de 34 anos apresentarem o segundo maior valor percentual da amostra (14.7%).

No que respeita ao estado marital dos inquiridos, salientamos o facto de a maior percentagem (67.1%) corresponder a solteiros, provavelmente devido ao facto de o *cluster* de idade com maior valor percentual ser o grupo dos 18 aos 22 anos, seguindo-se os dos inquiridos que se encontram casados (21.7%) e em união de facto (6.7%).

Considerando agora as habilitações literárias dos inquiridos, destacamos o facto de a maioria dos inquiridos apresentarem o ensino secundário completo (56.0%) e por isso se encontrarem a frequentar uma licenciatura (77,5%). Existem no entanto respondentes que

afirmam já possuir uma graduação superior (34% licenciatura, 3.9% pós graduação e 1.9% mestrado), encontrando-se, a realizar um novo percurso académico. Gostaríamos de relevar o facto de considerarmos que 2.9% dos inquiridos não terão compreendido bem a questão colocada, tendo registado que se encontram a frequentar o 3º ciclo e o secundário.

Sendo o ISCE uma Instituição Privada de Ensino Superior, e na consequência provável dos constrangimentos socioeconómicos vivenciados pela população portuguesa, a nossa amostra vem evidenciar a necessidade da maior parte dos nossos respondentes, para poderem prosseguir os seus estudos, se encontrar atualmente a desenvolver uma actividade profissional (50,5%), dos quais 60.5% dos inquiridos se assumem como trabalhadores-estudantes. Apesar de 12,8% não ter respondido sobre a sua atual situação profissional, mas enquanto conhecedora do contexto social e académico do ISCE, verifica-se cada vez mais uma preocupação dos estudantes em conjugar uma actividade profissional com o seu percurso académico, preferencialmente na área do ciclo de estudos em curso, para permitir o acesso à sua formação e/ou para potenciar melhorias dos vínculos profissionais já existentes.

Como referenciado anteriormente, a nossa amostra foi constituída por frequentadores do ISCE (estudantes, docentes, funcionários), tornando-se interessante perceber que 99% dos inquiridos se encontra atualmente em formação académica e perspectiva terminá-la em um ano (39.6%).

Procurou-se ainda com o questionário sociodemográfico fazer o levantamento dos posicionamentos dos inquiridos no que aos temas em estudo respeita. Para tal, suportadas numa escala de *Likert* de 5 pontos (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente e quase sempre) foram elaboradas 10 afirmações que, através de uma linguagem quotidiana, procuraram colher os posicionamentos dos inquiridos sobre as variáveis em estudo. Verificou-se que a nossa amostra «sente-se de bem com a vida» e capaz de estruturar o seu dia-a-dia em função das tarefas proposta. No que à alusão ao stress experimentado remete, os inquiridos manifestam sentir-se «às vezes» (41.2%) e «frequentemente» (25.6%) a viver em stress. Relativamente ao álcool, e tal como se verifica ao longo de todo o estudo, não é patente na nossa amostra uma relação com o consumo de bebidas alcoólicas.

Apresentados e discutidos os dados colhidos pelo questionário sociodemográfico iremos proceder à discussão dos resultados obtidos tendo por base os objetivos do

presente estudo e as hipóteses delineadas. Como referido anteriormente, este trabalho procura promover a discussão e aprofundamento de quatro grandes conceitos que se encontram intimamente interligados e dos quais a investigadora, motivada pela sua intervenção enquanto técnica superior de educação social junto de jovens adultos com problemas ligados ao álcool, se interessou de forma a melhor compreender e adequar a sua atuação.

No sentido de avaliarmos a resiliência, optámos por no protocolo de investigação incluir três Escalas: Escala de Avaliação do Eu Resiliente (EAER), Escala de Avaliação Geral de Resiliência (EAGR) de Jacinto & Pereira (2006) e a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993). Os primeiros dois instrumentos (EAER e EAGR) permitem abordar a resiliência de forma globalística e, desta forma, permitiram-nos caracterizar aprofundadamente a resiliência dos nossos inquiridos e perceber que os nossos inquiridos sentem-se e auto-avaliam-se como capazes de ultrapassar as suas situações (EAER - dimensão «eu posso» 20.40%) embora apresentem um valor de resiliência média por se encontrarem situados numa média de 31.25 pontos, em quarenta possíveis (Jacinto & Pereira, 2006).

Continuando a explorar a variável resiliência e de acordo com a definição do primeiro objetivo do actual estudo, procedemos à validação psicométrica do questionário de resiliência de Wagnild e Young (1993).

O primeiro objetivo do presente estudo consistiu na validação da Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993), partindo do estudo de validação preliminar para a população portuguesa, adaptada por Vara & Sani (2006). E da análise à Escala de Avaliação do Eu Resiliente e à Escala de Avaliação Global de Resiliência, instrumentos desenvolvidos por Jacinto e Pereira (2006).

No procedimento de análise fatorial exploratória da Escala de Wagnild & Young foram determinados 10 itens de maior representatividade distribuídos por 3 fatores. O fator 1 – satisfação com a vida – engloba 4 itens: Young 16, Young 17, Young 21 e Young 6 com valor próprio de 2.195. O fator 2 – disciplina – contempla 3 itens: Young 14, Young 15 e Young 1 com o valor próprio de 1.991 e o fator 3 – independência – traduz-se pelos itens Young 3, Young 5 e Young 2 com o valor próprio de 1.748. Em confronto com a versão preliminar de Vara e Sani (2006) verificamos que os fatores por nós obtidos através da

análise exploratória centram-se também em 3 fatores, contudo o fator 1 é constituído por 14 itens. Comparativamente, ambos os estudos contemplam os itens 16,17 e 21. No que aos fatores 2 e 3 concerne, a versão preliminar determina respectivamente 8 itens e 4 itens, sendo que nenhum dos itens obtidos na presente validação são concordantes com o atingido por Vara e Sani (2006).

Apesar da divergência dos valores apresentados com as referidas escalas originárias de validação, somos a inferir que a escala de validação de Wagnild e Young (1993), com as 10 variáveis avaliadas, manifestou-se adequada.

Certamente que novos estudos irão contribuir para uma melhor compreensão e organização da escala em fatores, permitindo ir aferindo e melhorando o instrumento e talvez a sua redução (Pesce, et al., 2005).

No concernente à análise fatorial confirmatória da escala de resiliência, foram analisados os principais indicadores de modelo (CFI - índice de ajuste comparativo; RMSEA - raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação e o índice de SRMR – média dos resíduos quadrados standardizada).

Para Thompson (2004), o índice de CFI deverá situar-se acima dos .95 e o índice de RMSEA deverá posicionar-se, enquanto valor desejado, abaixo dos .05, sendo que os valores inferiores a .05 são considerados ótimos. No que ao nosso estudo remete, podemos inferir que estamos perante uma distribuição de qui-quadrado não-central, cuja complexidade do nosso modelo é elevada (.988). Obtivemos ainda o índice de RMSEA que, apresentando uma distribuição conhecida, representa de forma adequada o ajuste de um modelo à sua população e não apenas à amostra utilizada para a sua estimação, sendo que se consideram os valores abaixo .08 os desejados, embora os valores abaixo de .05 sejam considerados ótimos (Thompson, 2004). No presente estudo, tendo atingido um valor de .025, podemos inferir que nos encontramos com um ótimo valor de ajuste ao modelo. Relativamente ao índice de SRMR, que segundo Kahn (2006), deverá apresentar um valor inferior a .08, representando-se ótimo quando abaixo de .05, o nosso estudo atingiu um valor de .035.

Para averiguarmos a consistência interna das três dimensões encontradas, recorreremos ao coeficiente de Alpha de Cronbach, que deverá posicionar-se acima de .70 (Nunally, 1978), tendo nós obtido o valor de .82.

Sistematizamos assim, na presente discussão, a adequabilidade da Escala de Resiliência de Wagnild & Young.

Cumprido o objetivo de validação psicométrica do questionário de resiliência, procedemos à análise de viabilidade das restantes escalas. Tal como demonstrado no ponto anterior, as escalas analisadas apresentaram valores extremamente positivos de consistência interna, TEIQue .860 (TEIQue Bem-Estar: .775; TEIQue Auto-Controlo: .543; TEIQue Emocionalidade: .678 e TEIQue sociabilidade .539), AUDIT .846 (Fator1 – Consumo perigoso: .794; Fator 2 - Dependência: .705 e Fator 3 – Uso Nocivo: .737) e 23 QVS geral: .827. Os dados alcançados permitem-nos afirmar que estamos perante escalas com bons índices de fiabilidade, que nos permitem analisar mais aprofundadamente as correlações entre as diversas variáveis tendo por base a idade e o género da nossa amostra e, desta forma, dar resposta aos objetivos da presente investigação e verificar se as hipóteses determinadas se atestam.

De acordo com os objetivos do nosso estudo, e já demonstrados os resultados de validação da escala de Wagnild e Young (1993) e os índices de fiabilidade da escala da Inteligência Emocional (TEIQUE), Stress (23 QVS) e Consumo de Álcool (AUDIT), prosseguiremos com as correlações existentes entre as diferentes escalas, tendo por base a idade e o género dos inquiridos e suas respetivas hipóteses.

No concernente à correlação entre a resiliência e a inteligência emocional, afirmámos em hipótese 1 que ambas as variáveis iriam estabelecer uma relação positiva, ou seja, que quanto maiores os índices de resiliência dos inquiridos, maiores seriam os valores de inteligência emocional demonstrados. Os resultados obtidos, apresentados em tabela 24, manifestam uma correlação positiva e significativa (.625) entre as duas variáveis para a população geral da nossa amostra.

Corroborando a nossa hipótese, o estudo desenvolvido para compreender a relação entre a resiliência e a inteligência emocional numa liderança de sucesso, apresentam resultados que apontam para uma clara ligação entre estas duas variáveis (Maulding, Peters, Roberts, Leonard, & Sparkman, 2012). Numa outra vertente, mas correlacionando as mesmas variáveis, podemos apontar o estudo de Soleimani, Rahimi, & Sepasi (2013) que ao medir a relação entre as variáveis em correlação, em jovens atletas, afirmam que a relação

positiva significativa entre a inteligência emocional e resiliência mostraram que o aumento da inteligência emocional está associado ao aumento de resiliência.

Trindade (2011), no seu estudo sobre a relação entre a resiliência e a inteligência emocional de estudantes universitários, obteve valores de relação positiva e significativa entre ambas as variáveis. O seu valor geral de resiliência sob as sub-escalas da inteligência (perceção emocional, capacidade para lidar com a emoção e expressão emocional) apresentou, respetivamente, valores de *Pearson* $r = .45, r = .618, r = .59$ que manifestam uma relação efetiva entre a inteligência emocional e a resiliência.

Liu, Wang, & Lü (2013) apresentam-nos também, através do seu estudo, indícios claros e objetivos da relação entre as variáveis resiliência e inteligência emocional. No estudo realizado os autores testam, através da análise por Equações Estruturais, os potenciais efeitos mediadores entre a resiliência, o bem-estar emocional (*affect balance*) na relação entre a inteligência emocional e a satisfação com a vida. Os resultados correspondentes determinam que a resiliência e o bem-estar emocional podem desempenhar um papel de relação entre a Inteligência Emocional e a satisfação com a vida (Liu, Wang, & Lü, 2013).

Salientam-se ainda os resultados obtidos na correlação entre a resiliência e a inteligência emocional no que aos géneros diz respeito. Na plenitude de análise das escalas (Young geral e TEIQue Geral) verifica-se que os homens obtiveram um score de .698 e as mulheres de .574, sendo o segundo valor mais significativo atribuído à correlação entre o fator TEIQue Bem-Estar e o Fator 1 – satisfação com a vida – em ambos os géneros (homens .673 e mulheres .565). Os valores de significância obtidos na nossa investigação vêm contrariar os dados colhidos por McLafferty, Mallett, & McCauley (2012) que no seu estudo em estudantes universitários não verificam mudanças entre géneros no que à análise da escala de resiliência e de inteligência emocional alude. No entanto, no que à idade refere, ambos os estudos não demonstram níveis de significância estatística relevantes.

Explorando agora os resultados obtidos na correlação entre a resiliência e o stress, que, em hipótese 2, previmos que iria estabelecer-se uma relação negativa estatisticamente significativa, atingimos na presente investigação o valor de correlação negativo nas escalas gerais no valor de $r = -.523$. Do valor obtido, podemos aferir que as variáveis atuam

inversamente na sua correlação, ou seja, que quanto maiores os índices de resiliência menores os indicadores de stress.

Dos estudos revistos na literatura salientamos os estudos de Pereira (2009), Castanheira (2013) e Cruz, Almeida, Ferreira, & Mendes (2004) que, no âmbito das suas investigações, procuraram compreender em que medida a resiliência e o stress se encontram articulados na população sem-abrigo, numa organização com práticas positivas e em doentes com esclerose múltipla, tendo obtido valores de correlação negativos entre as variáveis, corroborando desta forma os nossos resultados.

Procurando compreender as diferenças correlacionais entre as variáveis, por género, salientamos o facto de o nosso estudo demonstrar que os homens inquiridos apresentam um valor de correlação superior ao das mulheres (homens $r = -.530$ e mulheres $r = -.517$), significando que os homens, aquando de situações de stress, são mais resilientes.

Transpondo estes dados para a identificação da distribuição da probabilidade estatística, determinada pelo teste paramétrico de t-Student, verificamos que a dimensão da resiliência geral apresenta uma diferença estatisticamente significativa no que ao género ($p = .025$) e idade ($p = .005$) aporta, significando então que as mulheres com idade igual ou superior a 30 anos apresentam um valor de resiliência superior ao dos homens. Contudo, relativamente aos valores apurados para a variável stress só se verifica uma variância estatística significativa para as mulheres mais velhas.

Compreendidas as correlações estabelecidas entre a resiliência e a inteligência emocional e o stress, torna-se imperativo conhecer qual o impacto destas variáveis no consumo de álcool e proceder à verificação da hipótese 3 da nossa investigação.

Tal como podemos observar em tabela 26 (correlação entre a variável Young e as principais dimensões) a resiliência e o consumo de álcool encontram-se correlacionados de forma negativa ($r = -.225$), ou seja, quanto maior a resiliência de um indivíduo maior a tendência para o seu consumo de álcool ser menor.

A literatura evidencia a relação entre a resiliência e o consumo de álcool através de diversos estudos (Hodder, et al., 2011; Garcia del Castillo & Dias, 2007 e Becoña, Varela, Durán, Domínguez, & Pontevedra, 2006).

Hodder, et al. (2011), no seu estudo piloto, procura conhecer qual a potencialidade de intervenções preventivas que desenvolvam a resiliência, os fatores protetores e reduzam a prevalência de consumo de tabaco, álcool e marijuana em adolescentes. O estudo foi realizado em três escolas, com incidência de estratégias de intervenção suportadas nas prioridades identificadas por cada escola, durante três anos letivos (2002 a 2006). No que ao consumo de álcool remete, o estudo mostra-nos a descida de consumo no decorrer da intervenção. Em 2002 os jovens estudantes indicavam um consumo de uma ou mais do que uma bebida alcoólica nos últimos 3 meses de 48,7% e em 2006 o valor percentual desceu 19,2%, tendo-se atingido o valor de 29,5%. Nos *binge drinkers*, verifica-se uma descida percentual de 16.4 % (em 2002, 33.8% e em 2006 17.4%). Desta forma, e de acordo com os autores, os resultados obtidos sugerem que intervenções que tenham o potencial de desenvolver a resiliência e os fatores protetores dos jovens, tendem a traduzir-se numa diminuição do uso do tabaco, álcool e marijuana.

Os dados apresentados vêm suportar a motivação da investigadora no que à intervenção socioeducativa remete. Percebemos que, através de ações preventivas estruturadas, é possível mudar padrões de consumo e, desta forma, aliar a educação e a promoção da saúde em contexto de intervenção não formal.

No mesmo sentido foram os resultados alcançados no estudo de Garcia del Castillo & Dias (2007), numa amostra de 215 estudantes do ensino secundário de Felgueiras. O estudo procurou compreender a relação existente entre os fatores protetores e a resiliência, a autoregulação e o consumo de substâncias lícitas e ilícitas. No que à relação entre a resiliência e o consumo de álcool alude, os jovens inquiridos manifestaram-se em 52,3% sobre o consumo de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias e 8,9% afirmaram que nos últimos 30 dias tiveram episódios de consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas (*binge-drinking*). Estes dados quando correlacionados com os fatores de protecção e resiliência, são significativos para o fator «participação activa en casa» (a participação activa e participação em atividades em que se pode contribuir positiva e ativamente em casa, na escola e ou na comunidade), da escala de *Healthy Kids Resilience Assessment* (Garcia del Castillo & Dias, 2007).

Num estudo mais alargado, envolvendo 1144 inquiridos, com idades compreendidas entre os 14 e os 25 anos de idade, provenientes de diferentes regiões do território de Espanha, os autores Becoña, Varela, Durán, Domínguez, & Pontevedra (2006) procuraram

compreender a relação existente entre a resiliência e o consumo de álcool em jovens, tendo concluído que as pessoas que não consomem álcool apresentam níveis de resiliência superiores.

No que à hipótese 3, concerne não se denotam mudanças significativas em relação aos inquiridos no que diz respeito às diferenças de idade, encontrando-se os valores muito similares aos da população geral. Podemos, no entanto, evidenciar os dados colhidos através da análise pelo T-Student que nos remete para níveis de significância estatística nas dimensões resiliência ($p = .005$) e consumo de álcool ($p = .000$) no que à população com idade inferior e superior a 30 anos respeita. Curiosamente, no estudo de Gonçalves, Carvalho, Rodrigues, & Albuquerque (2008), em que os jovens manifestam a sua percepção sobre os riscos aditivos em substâncias psicoactivas, verifica-se que os jovens que se encontram no 10º ano de escolaridade consideram que existe um risco igual entre os géneros, contudo ao nível do 9º ano esta percepção não é tão acentuada e no que aos mais jovens remete (3º e 6º ano) estes consideram o género masculino como maior índice de risco aditivo em relação ao álcool, tabaco e outras drogas.

Em hipótese 4 foi enunciado que as mulheres apresentariam maiores índices de resiliência que os homens e foi possível constatar na nossa investigação um valor de resiliência superior nas mulheres em relação aos homens ($p = .025$) determinando assim um valor estatisticamente significativo. Este dado vem confirmar os estudos de Pesce, Assis, Santos, & Oliveira (2004) que no seu estudo obtiveram um valor extremamente significativo ($p = .008$) para os níveis de resiliência das jovens estudantes.

Surgem, no entanto, estudos que contrapõem os resultados obtidos. Álvarez & Chávez (2003) no estudo sobre a resiliência no que respeita às variáveis de género e de nível socioeconómico, referem que considerando a resiliência numa perspetiva global, não se manifestam diferenças significativas entre géneros. Contudo determinaram que as jovens adolescentes, na área da interação, apresentam diferenças significativas em favor do género. Saavedra & Villalta (2008) referem que apesar de não se verificarem diferenças significativas entre os géneros, estes apresentam perfis resilientes diferentes.

Embora a literatura seja contraditória no que a influência do género detém sobre os níveis de resiliência, reforçamos a confirmação da nossa hipótese com os estudos de Consedine, Magai, & Krivoshekova (2005) e González Arratia & Valdez Medina (2013) que,

numa avaliação com pessoas mais velhas e com jovens adultos, também identificaram diferenças na pontuação de resiliência entre homens e mulheres.

Focando agora a nossa discussão sobre os consumos de álcool entre homens e mulheres, hipótese 5, o nosso estudo manifesta uma correlação significativa ($\rho = .000$) no que a este dados remete.

Apesar de a nossa amostra não retratar o panorama nacional de consumo de álcool por parte dos jovens, segundos dados de Hibell, et al. (2009), 43% dos jovens Portugueses indicam ter vivenciado situações de consumo esporádico e excessivo nos últimos 30 dias, com prevalência de comportamento manifesto nos rapazes.

Vários são os estudos nacionais que remetem para uma diferença de valor de consumo de álcool entre os jovens portugueses (Dixe, Gaspar, Monteiro, & Lopes, 2010; Sílvia, Malbergier, Stempliuk, & Andrade, 2006). De acordo com o estudo realizado por Martins, Coelho, & Ferreira (2010) sobre o consumo de álcool dos jovens da Universidade de Coimbra, os jovens consomem álcool regularmente e com níveis de expressividade e indutores de nível de risco acentuados (AUDIT >8), identificando-se que os homens registam maiores índices de consumo que as mulheres. No mesmo sentido surge o estudo realizado no Instituto Politécnico de Bragança, onde se verifica um posicionamento relevante do consumo de álcool por parte dos homens, sendo que com o ingresso no ensino superior 75.8% dos consumidores aumentaram o seu consumo (Pimentel, Mata, & Anes, 2013).

No seguimento da percepção de consumo de álcool, importa também compreendermos as faixas etárias a que o consumo de álcool se encontra mais correlacionado. Em hipótese 7 do presente estudo, consideramos que o consumo de álcool é menor na população mais jovem. Dos resultados obtidos é possível afirmarmos que a nossa previsão foi confirmada, uma vez que, como espelhado em tabela 32, a apreciação geral da Escala AUDIT e de todos os seus fatores correspondentes à idade e ao consumo de álcool se demonstra mais baixa para a faixa etária inferior a 30 anos e com níveis de significância determinantes, pontuados em .000 no valor de Pearson. A corroborar os dados alcançados, começamos por apresentar o estudos transversal realizado por Costa, et al. (2004), que na sua análise entre o consumo de álcool e a idade nos homens evoca os seguintes resultados: para consumidores de álcool entre os 20 e os 29 anos a prevalência de

consumo é de 17.4%, dos 30 aos 39 anos verificam-se 30.5%, seguindo-se 27.8% para homens adultos entre os 40 e 49 anos, 27% para a faixa etária entre os 50 e os 59 anos e, finalmente, verifica-se a maior percentagem de consumo (43.8%) para pessoas entre os 60 e os 69 anos. Nas mulheres, com valores de significância menores, verifica-se o mesmo padrão no que à idade remete, ou seja, maiores índices de consumo para mulheres entre os 20 e os 29 anos (6.4%). Apresentam-se, no entanto, valores substancialmente mais baixos (1.6%), e por isso divergentes da população masculina, nas mulheres mais velhas (60 a 69 anos).

Explorados os resultados e avaliadas as hipóteses relativas ao consumo de álcool, iremos agora debruçar-nos sobre a relação entre a inteligência emocional e a idade. Os dados por nós colhidos demonstram que a inteligência emocional é maior nos adultos com mais de 30 anos. Estes resultados evidenciam-se com níveis de significância estatística do que a análise ao TEIQue geral envolve ($\rho = .005$), bem como aos fatores de Emocionalidade ($\rho = .000$) e sociabilidade ($\rho = .023$) compreendem. A hipótese 6 indica-nos que quanto maior a idade, maior a inteligência emocional e, desta forma, começamos por validá-la significativamente. Segundo Ugarriza (2001), a inteligência emocional tende a incrementar-se com a idade. A autora demonstra, na sua investigação com 1996 pessoas, a partir dos 15 anos, a subida dos índices de valores de inteligência emocional mediante a idade, destacando, em primeiro lugar, o grupo compreendido entre os 44 e os 54 anos (com o índice de significância maior) seguindo-se o grupo dos 35 a 44 anos.

A análise do estudo apresentado vem verificar a hipótese por nós definida aquando do início da presente investigação. No entanto, segundo Fariselli, Ghini, & Freedman (2008) a relação entre a inteligência emocional e a idade é positiva embora muito pequena. Para os autores, a inteligência emocional é uma capacidade que se vai adquirindo, aprendendo e desenvolvendo com a experiência de vida. Mayer, Caruso, & Salovey (2000), no seu estudo sobre a correlação entre a inteligência emocional e a idade, no qual compara a medida da variável em estudo entre adolescentes e adultos, demonstrou que os adultos em estudo apresentaram maiores índices que os adolescentes, permitindo concluir que a inteligência emocional se desenvolve da adolescência até à idade adulta.

Na dimensão idade, procurámos compreender de que forma é que esta se correlaciona com o stress. A hipótese 9 indica-nos que quanto maior a idade, menores serão os índices de stress.

O estudo realizado veio, mais uma vez, comprovar a hipótese enunciada apresentando para os adultos com idades inferiores a 30 anos um valor paramétrico de T-Student com significância estatística (.011). De acordo com Santos, Fonseca, Vasconcelos, & Tap (2004), os índices de stress global, à medida que a idade avança, vão aumentando começando a diminuir a partir dos 55 anos para a população masculina e dos 63 para a feminina. Os autores salientam no entanto o aumento significativo existente entre os 24 e os 27 anos, atribuindo este fator à provável procura do primeiro emprego e consequente inserção na vida ativa. Este facto permite-nos manter alguma reserva do que à validação da nossa hipótese concerne.

Segundo Mroczek & Almeida (2004) a literatura não tende a proceder a uma análise dos níveis de stress estruturada por idade, no entanto no estudo apresentado pelos autores refere-se que numa perspectiva geral os jovens adultos são menos reativos aos eventos de stress diário que os adultos mais velhos.

A hipótese 9 do nosso estudo consistia na correlação entre as variáveis inteligência emocional, resiliência e no seu impacto sobre o stress. Considerámos que ambas as variáveis possuem um efeito negativo sobre o stress.

Para procedermos à análise desta hipótese, torna-se imperativo recordar que as escalas referentes a cada uma das variáveis obtiveram scores de consistência interna através do Alpha de Cronbach muito positivos e significativos, nomeadamente: TEIQue Geral .860, Young Geral .798 e 23 QVS .827.

Na correlação entre as variáveis, podemos continuar a congratular-nos com os resultados obtidos, uma vez que os valores estabelecidos entre as diferentes escalas se encontram, também, bastante positivos e significativos. Assim, na correlação entre a inteligência emocional, a resiliência e o stress obtivemos, respectivamente, os valores de correlação de .625 e -.756. Tal como demonstrado anteriormente em discussão da hipótese 1, quanto maior a inteligência emocional maior a resiliência. Na articulação entre a inteligência emocional e o stress ressalvamos a significativa relação negativa entre as variáveis, traduzindo-se no facto de quanto maior a inteligência emocional, menores serão os índices de stress (hipótese 2).

Na análise da hipótese 9, realizamos através de modelo de regressão linear simples, a previsão de como o stress se correlacionaria com as variáveis de inteligência emocional e

o stress, tendo obtido apenas um modelo tendo por base os fatores das escalas em questão. Assim, obtivemos o modelo:

$$QVS = -.276 \times \textit{Teique Sociabilidade} - .211 \times \textit{Teique Bem - Estar} - .248 \\ \times \textit{Teique Autocontrolo} - .201 \times \textit{Teique Emocionalidade} - .138 \\ \times \textit{Young F1 Satisfação com a vida}$$

Verifica-se desta forma que a variável dependente 23 QVS Geral é explicada em 59,6% pelas variáveis independentes TEIQue sociabilidade, TEIQue bem-estar, TEIQue Autocontrolo, TEIQue Emocionalidade e Young F1_Satisfação com a Vida.

Torna-se interessante compreender que nos domínios da inteligência emocional o stress é tanto menor quanto maiores forem os índices de sociabilidade (relação e interação social), de bem-estar, de auto-controlo sobre a vida (desejos, impulsos, aspirações) e da percepção e expressão emocional de si e dos outros (Emocionalidade) e da Satisfação com a Vida. Neste sentido, podemos concluir que quanto melhor o indivíduo se sente e se relaciona com os outros, quanto maiores os seus índices de inteligência emocional, menores os índices de stress (Salovey, Bedell, Detweiller, & Mayer, 1999).

Este modelo, por si só, fundamenta e valida a nossa hipótese 9, embora compreenda os fatores das escalas. Aquando do estabelecimento do modelo de regressão linear simples nas escalas totais, apenas podemos aferir que 58,7% da variância da escala 23 QVS Geral, é explicada pela variável independente inteligência emocional:

$$QVS \textit{ General} = -.718 \times \textit{Teique Geral}$$

No seguimento da análise à variável dependente 23 QVS, optámos por aprofundar a nossa investigação e procurar compreender de que forma o stress se manifesta em relação no que ao género e idade remete. Começámos por clarificar a distribuição da amostra por género e idade e verificámos que das 198 mulheres do estudo, 40.4% possui idade superior ou igual a 30 anos e 59.6% a menos de 30 anos. Os homens mantêm a mesma tendência e 35.5% tem 30 ou mais anos e 64.5% idade inferior (tabela 31).

Assim, para a população masculina com idade igual e superior a 30 anos, o stress é explicado em 60.5% através da correlação negativa com a variável independente de TEIQue Autocontrolo:

$$QVS = -.466 \times Teique\ Autocontrol.$$

Curiosamente, os homens com menos de 30 anos, explicam os seus índices de stress em 76,9%, através das variáveis independentes TEIQue Sociabilidade, TEIQue Bem-Estar e TEIQue Autocontrolo, através do modelo:

$$QVS = -.369 \times Teique\ Sociabilidade - .321 \times Teique\ Bem - Estar - .361 \times Teique\ Autocontrolo.$$

Para as mulheres, com idade igual ou superior a 30 anos, o stress é explicado em 64.8% através das variáveis independentes TEIQue sociabilidade e TEIQue bem-estar:

$$QVS = -.271 \times Teique\ Sociabilidade - .351 \times Teique\ Bem - Estar.$$

Por sua vez, para as mulheres mais jovens, verifica-se que as variáveis TEIQue Sociabilidade, TEIQue Autocontrolo e Young F1_Satisfação com a vida explicam em 49,4% o stress, tal como descrito em:

$$QVS = -.291 \times TEIQue\ Sociabilidade - .319 \times TEIQue\ Autocontrolo - .289 \times Young\ F1\ Satisfação\ com\ a\ vida.$$

McIntyre (2010), no seu estudo sobre as diferenças de género, características de personalidade e inteligência emocional, verificou que os homens manifestam, em relação às mulheres, maiores habilidades intrapessoais e as mulheres manifestam-se superiormente em habilidades interpessoais e que as mulheres gerem melhor o stress.

Procurou-se também, no decorrer da nossa investigação, prever o consumo de álcool (AUDIT) em relação aos fatores das variáveis independentes TEIQue, Young e 23 QVS, no que ao género e idade concerne. Torna-se extremamente interessante compreender que o consumo de álcool nos homens é influenciado pela inteligência emocional e nas mulheres pela resiliência. Assim, para os homens com idade superior ou igual a 30 anos, o consumo de álcool é influenciado, numa correlação negativa, em 29.9% com a variável independente TEIQue Bem-Estar: $AUDIT = -.579 \times Teique\ BemEstar$.

Os homens mais jovens, por sua vez, manifestam a sua relação com o consumo de álcool em 32.7% de influência inversa das variáveis TEIQue Emocionalidade e TEIQue Autocontrolo, através do modelo:

$$AUDIT = -.320 \times Teique\ Emocionalidade - .312 \times Teique\ Autocontrol.$$

Se verificarmos os modelos de previsão de consumo obtidos na presente investigação, estabelecemos uma clara interligação entre a inteligência emocional e os índices de consumo de álcool. No entanto, segundo Castillo-López, García del Castillo Rodríguez, & Campos (2012) os estudos sobre o consumo de drogas não têm, ainda, um grande percurso, necessitando de se continuar a desenvolver, nomeadamente na importância da inteligência emocional enquanto fator protector do consumo de álcool.

As mulheres, por sua vez, com idade igual ou superior a 30 anos manifestam 17,2% do seu consumo de álcool na relação positiva com a variável independente Young F3 (independência), através do modelo: $AUDIT = .314 \times Young\ F3$. Para as mais jovens, menos de 30 anos, 9,2% do consumo de álcool traduz-se na relação negativa com o fator 2 – Planificação-Disciplina – de Young: $AUDIT = -.249 \times Young\ F2$.

Apresentados e discutidos os resultados do nosso estudo, tendo por base as suas hipóteses, vimos por esta via reforçar a forma inequívoca como foram atingidos os objetivos do nosso estudo, salientando a forma como permitiu perceber e prever de que forma o stress e o consumo de álcool são variáveis dependentes da influências das variáveis independentes (resiliência e inteligência emocional). Embora a nossa amostra se apresente com índices pouco significativos de consumo de álcool, foi possível compreender de que forma as variáveis se correlacionam.

Salienta-se ainda que o nosso estudo permite, e tal como exposto anteriormente, adequar a intervenção, multidisciplinar, em saúde tendo por base os resultados obtidos.

4. CONCLUSÕES

O culminar de um trabalho de investigação prevê que, para além da extração das principais conclusões, se procure refletir sobre todo o caminho e processo de construção da investigação realizada. É nossa convicção que uma investigação desta natureza se pautar por um sentimento de insatisfação permanente, uma vez que as conclusões tecidas sob o estudo realizado se transformam em novas motivações para continuar a investigar e porque, volvidos anos de comprometimento com uma investigação, a sensação de possíveis mudanças sobre os caminhos percorridos se manifesta. Neste sentido, iniciaremos o presente ponto com a apresentação e sistematização das principais conclusões obtidas a partir das hipóteses e objetivos em estudo e procederemos à análise e reflexão sobre as principais limitações encontradas no decorrer deste trabalho. Por fim, teceremos algumas sugestões para possíveis novas linhas de investigação que atuem como potenciadoras do atual estudo.

A presente investigação apresenta como enfoque central o seu objetivo geral, nomeadamente na compreensão da influência que a resiliência e inteligência emocional representam na gestão do stress e consumo de álcool dos indivíduos inquiridos. Neste sentido, concretizamos as conclusões do estudo e enumeramos os principais contributos do trabalho realizado:

1. A Resiliência correlaciona-se positivamente com a Inteligência Emocional

Verifica-se uma correlação extremamente positiva ($r = .625$) entre ambas as variáveis, o que significa que quanto maior for a resiliência maiores são os índices de inteligência emocional e que, portanto, as variáveis influem construtivamente sobre os indivíduos. Enfatizamos a nossa conclusão com os resultados obtidos em diversos estudos (Maulding, Peters, Roberts, Leonard, & Sparkman, 2012; Soleimani, Rahimi, & Sepasi, 2013; Trindade, 2011).

2. A Resiliência correlaciona-se negativamente com o Stress

Ambas as variáveis apresentam uma relação inversa, e por isso negativa, e com o valor significativo de ($r = - .523$), indicando-nos que quanto maior for a resiliência menor

será o valor de stress dos indivíduos. Estes dados suportam-se em estudos (Castanheira, 2013; Cruz, Almeida, Ferreira, & Mendes, 2004) que evidenciam os resultados obtidos.

3. A resiliência relaciona-se negativamente com o consumo de álcool, segundo a idade.

Estes dados foram por nós corroborados, verificando que indivíduos mais resilientes apresentam menores índices de consumo de álcool ($r = -.225$). A correlação entre as variáveis suporta-se em diferentes investigações (Hodder, et al., 2011; Garcia del Castillo & Dias, 2007; Becoña, Varela, Durán, Domínguez, & Pontevedra, 2006). No respeitante à idade, a hipótese definida previa que pessoas mais velhas adquirem um maior valor de resiliência e consequentemente um menor consumo de álcool, contudo este dado não foi conclusivo em relação à população geral, uma vez que não se verificaram alterações significativas.

4. As mulheres são mais resilientes que os homens

Podemos então inferir que as mulheres tendem a apresentar maiores níveis de resiliência que os homens. Apesar de a literatura não ser consensual relativamente às diferenças existentes entre os valores de resiliência em homens e mulheres, o nosso estudo veio confirmar significativamente ($p = .025$) a nossa conclusão indo, neste sentido, ao encontro de vários estudos (González Arratia & Valdez Medina, 2013; Consedine, Magai, & Krivoshekova, 2005).

5. Os homens consomem mais álcool que as mulheres

No referente ao consumo de álcool por géneros podemos concluir e demonstrar, a partir do nosso estudo, que os homens consomem mais álcool que as mulheres. Confirmamos desta forma os dados estatísticos evidenciados em diversas investigações (Dixe, Gaspar, Monteiro, & Lopes, 2010; Sílvia, Malbergier, Stempliuk, & Andrade, 2006).

6. Quanto maior a idade maior o nível de inteligência emocional

Do estudo realizado podemos concluir que os inquiridos com mais de 30 anos apresentaram valores estatísticos significativamente superiores no que à inteligência emocional diz respeito. Este dado vem corroborar a teoria que demonstra que a inteligência emocional se desenvolve no decorrer da vida (Fariselli, Ghini, & Freedman,

2008; Ugarriza, 2001; Mayer, Caruso, & Salovey, 2000) e que, neste sentido, quanto maior for a idade maior a inteligência emocional.

7. O consumo de álcool é menor em pessoas mais jovens

Na presente investigação previmos que o consumo de álcool seria tanto menor quanto a idade. Concluído o estudo podemos afirmar que a hipótese definida se verificou e apresentou valores de Pearson significativos ($\rho = .000$) para os indivíduos com idade inferior a 30 anos e, desta forma, veio atestar o descrito no estudo transversal realizado por Costa, et al. (2004).

8. O stress é menor em pessoas mais velhas

Apesar de a literatura não ser linear no que respeita à relação entre os níveis de stress e a idade, o presente estudo determina que o stress é menor em pessoas mais velhas. Os estudos sobre o stress não tendem a estabelecer padrões comparativos no que à idade concerne, mostrando que estes valores são variáveis em consequência dos momentos de vida (Santos, Fonseca, Vasconcelos, & Tap, 2004).

9. A inteligência emocional e a resiliência interferem significativamente sobre o stress

A inteligência emocional e a resiliência apresentam uma correlação positiva (quanto maior a inteligência emocional, maior a resiliência) e a inteligência emocional e o stress agem inversamente, significando isto que quanto maior o valor da inteligência emocional menores os índices de stress. Permitiu-nos o nosso estudo estabelecer um modelo preditivo que demonstra que o stress é explicado em 59.6% pelas variáveis independentes TEIQue Sociabilidade, TEIQue Bem-estar, TEIQue Autocontrolo, TEIQue Emocionalidade e por F1 Satisfação com a vida da escala de Wagnild e Young. Estes dados permitem-nos concluir que os níveis de stress do indivíduo encontram-se intimamente associados ao sentir dos indivíduos e ao relacionamento interpessoal estabelecido, ou seja, quanto maiores forem os índices de inteligência emocional, menor o stress.

10. A inteligência emocional e a resiliência interferem no consumo de álcool

No que concerne à previsão do consumo de álcool, tendo em conta as variáveis psicossociais inteligência emocional e resiliência, indica-nos o presente estudo que ambas

as variáveis apresentam uma correlação negativa com o consumo de álcool, significando isto que, que a inteligência emocional e a resiliência atuam inversamente sobre a ingestão de bebidas alcoólicas, nomeadamente a partir dos valores de $r = -.253$ e de $r = -.225$.

Destacamos os resultados interessantes obtidos na correlação entre as variáveis por género e idade. Para os homens o consumo de álcool é influenciado pela inteligência emocional, sendo as dimensões desta variável divergentes tendo em conta a idade. Assim, para os homens com idades inferiores a 30 anos verificamos que o modelo de previsão de consumo de álcool assenta nas dimensões de emocionalidade e auto-controlo da escala da inteligência emocional. Os homens mais velhos, por sua vez, predizem o seu consumo de álcool tendo em conta o bem-estar. A resiliência assume-se, no presente estudo, como a variável independente preditora do consumo de álcool nas mulheres. Verificamos que as mulheres mais velhas (mais de 30 anos) tendem a relacionar o seu consumo de álcool com a dimensão independência da escala de Wagnild e Young e as mulheres mais jovens assumem uma relação inversa com a dimensão disciplina.

Tecidas as principais conclusões da investigação realizada somos a evidenciar que os objetivos propostos para o presente estudo foram totalmente alcançados e traduziram-se em resultados extremamente interessantes e passíveis de serem transportados para a prática socioeducativa que a investigadora vai desenvolvendo com pessoas consumidoras de álcool.

Importa reforçar a mais-valia que este estudo apresenta para a adequação de medidas preventivas sobre os problemas ligados ao consumo de álcool tanto na população mais jovem como na população adulta. Os resultados obtidos reforçam a necessidade de adequar os modelos e estratégias de intervenção socioeducativa ao indivíduo, privilegiando-o nas suas dimensões biopsicossociais. É notório que a inteligência emocional e a resiliência atuam como fatores protetores sobre o consumo de álcool e que, por isso, devem ser potenciados desde cedo a partir de uma educação preventiva.

4.1. CONCLUSÕES FINAIS

No presente ponto sintetizam-se agora as linhas de força das conclusões obtidas no estudo:

1. A Resiliência correlaciona-se positivamente com a Inteligência Emocional, verificando-se que quanto maior for a resiliência maiores são os índices de inteligência emocional, influenciando construtivamente as variáveis sobre os indivíduos.
2. A Resiliência correlaciona-se negativamente com o Stress, verificando-se que quanto maior for a resiliência menor será o valor de Stress dos indivíduos.
3. A Resiliência relaciona-se negativamente com o Consumo de Álcool, verificando-se que indivíduos mais resilientes apresentam menores índices de Consumo de Álcool.
4. As mulheres são mais resilientes que os homens, tendendo a apresentar maiores níveis de Resiliência.
5. Os homens consomem mais álcool que as mulheres.
6. Quanto maior a idade maior o nível de Inteligência Emocional, destacando-se que os inquiridos com mais de 30 anos apresentaram valores estatísticos significativamente superiores de Inteligência Emocional.
7. O Consumo de Álcool é menor em pessoas mais jovens, nomeadamente em menores de 30 anos.
8. Os índices de Stress são tendencialmente menores em pessoas mais velhas.
9. A Inteligência Emocional e o Stress apresentam correlação negativa, pois quanto maior o valor da Inteligência Emocional menores os índices de Stress.
10. A Inteligência Emocional e a Resiliência apresentam uma correlação negativa com o Consumo de Álcool.
11. Para os homens, o Consumo de Álcool é influenciado pela Inteligência Emocional, sendo as dimensões desta variável divergentes tendo em conta a idade: com idades inferiores a 30 anos o modelo de previsão de Consumo de Álcool assenta nas dimensões de emocionalidade e auto-controlo da escala da Inteligência Emocional; com idades

superiores a 30 anos os homens predizem o seu Consumo de Álcool tendo em conta o bem-estar.

12. A Inteligência Emocional e a Resiliência atuam como fatores protetores sobre o Consumo de Álcool devendo, por isso, ser potenciadas desde cedo por ações educativas preventivas.



4.2. CONCLUSIONES FINALES

En el presente apartado, se sintetizan los principales resultados obtenidos en el estudio:

1. La Resiliencia correlaciona positivamente con la Inteligencia Emocional, verificándose que, cuanto mayor es la resiliencia, mayores son los índices de Inteligencia Emocional.
2. La Resiliencia correlaciona negativamente con el Estrés, verificándose que cuanto mayor es la resiliencia, menor será el nivel de Estrés de los individuos.
3. La Resiliencia se relaciona negativamente con el Consumo de Alcohol, verificándose que los individuos más resilientes presentan índices menores de Consumo de Alcohol.
4. Las mujeres son más resilientes que los hombres, tendiendo a presentar niveles de Resiliencia más altos.
5. Los hombres consumen más alcohol que las mujeres.
6. Cuanto más avanzada es la edad, mayor es el nivel de Inteligencia Emocional, destacándose que los individuos con más de 30 años presentaron valores de Inteligencia Emocional significativamente superiores.
7. El Consumo de Alcohol es más bajo en personas más jóvenes, especialmente en menores de 30 años.
8. Los índices de Estrés tienden a ser más bajos en personas con más edad.
9. La Inteligencia Emocional y el Estrés presentan una correlación negativa, así cuanto mayor es el valor de la Inteligencia Emocional, menores son los índices de Estrés.
10. La Inteligencia Emocional y la Resiliencia presentan una correlación negativa con el Consumo de Alcohol.

11. Para los hombres, el Consumo de Alcohol está influenciado por la Inteligencia Emocional, siendo las dimensiones de esta variable divergentes en función de la edad: con edades inferiores a 30 años, el modelo de previsión de Consumo de Alcohol se basa en las dimensiones de emocionalidad y autocontrol de la escala de la Inteligencia Emocional; con edades superiores a 30 años, los hombres predicen su Consumo de Alcohol, teniendo en cuenta el bienestar.
12. La Inteligencia Emocional y la Resiliencia actúan como factores protectores sobre el Consumo de Alcohol, por lo tanto, deben ser potenciadas desde una edad temprana con acciones educativas preventivas.



4.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao contrário do que os números indicam sobre a prevalência de consumo de álcool na população portuguesa, e em especial nos jovens, a nossa amostra não mostrou hábitos de consumo correspondentes com as estatísticas nacionais. Apesar de as nossas expectativas serem elevadas no que à análise da variável consumo de álcool envolvia, para os jovens e adultos frequentadores de uma instituição de ensino superior, a verdade é que os números obtidos relativamente ao consumo de álcool, apesar de irem ao encontro do determinado pelas nossas hipóteses, foram menos significativos do que o esperado. Assim, atribuímos como uma limitação do nosso estudo, o facto de a nossa amostra não apresentar grandes índices de consumo de álcool.

Evidenciamos ainda o facto de o estudo envolver uma amostra de pequena dimensão (313 participantes), composta maioritariamente por pessoas do género feminino e obtida a partir de uma Instituição Privada de Ensino Superior.

4.3. SUGESTÃO DE FUTURAS LINHAS DE INVESTIGAÇÃO

Na plena convicção que a conclusão de uma investigação nada mais significa que um «abrir de portas» para novos caminhos, para a inovação e para o conhecimento, o estudo realizado vem fortalecer esta crença.

Como sugestão de futuras linhas de investigação, é da opinião da investigadora que se deveriam potenciar os resultados obtidos no desenvolvimento de programas de prevenção de consumo de álcool e de diminuição dos níveis de stress. Para tal, tornar-se-ia interessante delinear um modelo de prevenção educativa que potenciase a interligação entre contexto, indivíduo e consumo de álcool/ níveis de stress tendo por base a educação social, ou seja, a intervenção socioeducativa em contexto não formal, potenciando as medidas de *empowerment* pessoal e comunitário no âmbito da educação para a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adan, A. (2012). Impulsividad funcional y disfuncional en jóvenes con consumo intensivo de alcohol (binge drinking). *Addiciones*, 24 (1), pp. 17-22.
- Almeida, T., & Sampaio, F. M. (2007). Stress e suporte social em familiares de pessoas com paralisia cerebral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), pp. 143-149.
- Alves, V. S. (2005). Um modelo de Educação em Saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface*, 9 (16), pp. 39-52.
- American Psychological Association. (2012). *Understanding Alcohol use disorders and their treatment*. Obtido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/helpcenter/alcohol-disorders.aspx>
- Anaut, M. (2005). *A Resiliência - Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, P. (2008). *Binge Drinking and Europe: Report*. Hamm: German Centre for Addiction Issues.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Andersson, C. (2009). *Alcohol Use and Stress in University Freshmen: A Comparative Intervention Study of Two Universities. Doctoral Thesis*. Malmö, Sweden: Lund University.
- Angst, R., Amorim, C., & Moser, A. (s.d.). Resiliência em Académicos de Pedagogia. IX Congresso Nacional de Educação - Educere - I seminário internacional de representações sociais, subjectividade e Educação - SIRSSE, pp. 5611-5622.
- APA. (2012). *The road to resilience*. Obtido em 27 de 8 de 2012, de American Psychological Association: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx#>
- Arantes, M. A. (2006). Estress ou Stress. In M. A. Arante, & M. J. Vieira (Edits.), *Estresse* (pp. 19-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arroteia, J. C. (2008). *Educação e Desenvolvimento: Fundamentos e Conceitos*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Assis, S., Pesce, R., & Avanci, J. (2006). *Resiliência: Enfatizando a protecção dos adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., & Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, pp. 547-558.
- Babor, T. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity: Research and Public Policy Oxford medical publications* (Second ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* (2nd ed.). Geneva: WHO.
- Bar-On, R. (1997). *The emotional intelligence inventory (EQ-i): Technical manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. In & J. R. Bar-On (Ed.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On Model of Emotional-Social Intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, *supl*, pp. 13-25.
- Bar-On, R. (2007). *The Conceptual Aspect of the Bar-On Model (the theory)*. Obtido em 24 de 8 de 2012, de Reuven Bar-On.Org: <http://www.reuvenbaron.org/bar-on-model/conceptual-aspects.php>
- Bar-On, R. (2010). Emotional intelligence: An integral part of positive psychology. *Journal of Psychology*, 40 (1), pp. 54-62.
- Barros, P. P., Machado, S. R., & Simões, J. A. (2011). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (4), pp. 1-156.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E., Varela, M. C., Durán, A. L., Domínguez, M. J., & Pontevedra, M. C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y Drogas*, 6, pp. 89-111.
- Bicca, C., Pereira, M. S., & Gambarini, M. A. (2002). Conceitos, Diagnóstico e Classificação. In G. Pulchiero, C. Bicca, & F. A. Silva, *Álcool, outras drogas e informação*. (pp. 3-14). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Branco, M. L. (2007). *A escola - comunidade educativa e a formação dos novos cidadãos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Breda, J., & Almeida, M. D. (2010). Validação de um instrumento de avaliação da ingestão de bebidas alcoólicas e de etanol por consumidores excessivos. *Acta Med Port*, 23 (6), pp. 955-964.
- Bressert, S. (2006). *Stress and Drinking*. Obtido em 21 de Março de 2014, de Psych Central: Learn. Share. Grow: <http://psychcentral.com/lib/stress-and-drinking/000105>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecology Sistem Theory. *Annals of Child*, pp. 187-249.
- Bureau Internacional do Trabalho. (2008). *Problemas ligados ao álcool e drogas no local de trabalho*. Genebra: Organização Internacional do Trabalho.
- Calafat, A. (2002). Estrategias preventivas del abuso de alcohol. *Adicciones*, pp. 314-335.

- Calafat, A., & Munar, M. (1999). *Educacion sobre el alcohol. Actuar es posible*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Canastra, F., & Malheiro, M. (2009). O Papel do Educador Social no quadro das novas mediações socioeducativas. In *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 2024-2033). Braga: Universidade do Minho.
- Candeias, A., Almeida, L., Roazzi, A., & Primi, R. (2008). *Inteligência: definição e medida na confluência de múltiplas concepções*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Caplan, G. (1980). *Princípios de Psiquiatria Preventiva*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Cardoso, A. M. (2006). Alguns Desafios que se colocam à Educação Social. *Cadernos de Estudo*, 5, pp. 7-15.
- Caruso, D. R. (2008). Emotions and the Ability Model of Emotional Intelligence. In R. J. Emmerling, V. K. Shanwal, & M. K. Mandal, *Emotional Intelligence: Theoretical and Culture Perspectives* (pp. 1-14). New York: Nova Publishers.
- Caruso, D. R. (2008). Emotions and the Ability Model of Emotional Intelligence. In R. J. Emmerling, V. K. Shanwal, & M. K. Mandal (Edits.), *Emotional Intelligence: Theoretical and Culture Perspectives* (pp. 1-14).
- Carvalho, A. D., & Baptista, I. (2004). *Educação Social: Fundamentos e Estratégias*. Porto: Porto Editora.
- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Páticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, G. S., Gonçalves, A., Rodrigues, V., & Albuquerque, C. (2008). O modelo biomédico e a abordagem da promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco. (no simpósio: “Saúde e comportamentos de risco na adolescência: implicações e prevenção”). *7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Intervenção em Psicologia e Saúde realizado de 31 Janeiro a 2 Fevereiro de 2008*. Porto.
- Castanheira, F. P. (2013). *A Relação entre a Resiliência e a Vulnerabilidade ao Stresse: estudo numa organização de práticas positivas*. Obtido de Dissertação de Mestrado: <http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/3985/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20MGRH%202013%20A%20%20rela%C3%A7%C3%A3o%20entre%20a%20Resili%C3%A7%C3%A3o%20e%20a%20Vulnerabilidade%20ao%20Stresse%20Estudo%20numa%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pr%C3%A1t>
- Castaño, G. A. (2006). Nuevas tendencias en Prevención de las Drogodependencias. *Salud y Drogas*, 6 (2), pp. 127-148.
- Coelhoso, F. (2013). Educação e Responsabilização no consumo de álcool. In A. P. Leitão, E. Corrêa, F. Carvalho, F. Coelhoso, H. Raposo, & M. Pinto Coelho (Edits.), *Primeiro Congresso Internacional do ISCE sobre Drogas e Dependências: Recuperar é possível* (pp. 17-26). Ramada: Edições Pedagogo.

- Colomé, J., & Oliveira, D. (2012). Educação em Saúde: Por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), pp. 177-184.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2006). *Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões - Uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Comissão Europeia. (2000). *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida, SEC (2000)*. (C. Europeia, Ed.) Bruxelas.
- Consedine, N., Magai, C., & Krivoshekova, Y. (2005). Sex and age cohort differences in patterns of socioemotional functioning in older adults and their links to physical resilience. *Ageing International*, 30 (3), pp. 209-244.
- Conway, T. L., Vickers, R. P., Ward, H. W., & Rahl, H. (1981). Occupational stress and variation in cigarette, coffee and alcohol consumption. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22, pp. 155-165.
- Costa, J. S., Silveira, M. F., Gazalle, F. K., Oliveira, S. S., Hallal, P. C., Menezes, A. M., . . . Macedo, S. (2004). Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista Saúde Pública*, 38 (2), pp. 284-291.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. M. Hetherington, & E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cruz, S., Almeida, A., Ferreira, S., & Mendes, A. (2004). Qualidade de vida em doentes com esclerose múltipla: estudo de influência da vulnerabilidade e da resiliência ao stress na sua avaliação. *Psiquiatria Clínica*, 25 (2), pp. 107-114.
- Cunha Filho, H., & Ferreira-Borges, C. (2008). *Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras drogas. Gestão de Problemas de Saúde em meio Escolar*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Damásio, A. (2000). *O Erro de Descartes* (21ª ed.). Lisboa: Publicações Europa América.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., & Ruan, J. W. (2005). The association between stress and drinking: Modifying effects of gender and vulnerability. *Alcohol and Alcoholism*, 40 (5), pp. 453-460.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2008). *Binge Drinking and Europe*. Hamm: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.
- Dixe, M. C., Gaspar, P. J., Monteiro, B. R., & Lopes, A. J. (2010). *A Saúde dos Estudantes do Ensino Superior*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Emmerling, R. J., & Goleman, D. (2003). *Emotional intelligence: Issues and common misunderstandings. Issues and Recent Developments in Emotional Intelligence*, 1(1). Obtido em 24 de Agosto de 2012, de <http://www.eiconsortium.org>

- Encyclopedia of applied psychology. (2004). *Encyclopedia of applied psychology* (Vol. 1). (C. D. Spielberger, Ed.) Academic Press.
- Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2006). Stress - It is all in the brain. In B. B. Arnetz, & R. Ekman (Eds.), *Stress in health and disease* (pp. 46-68). Weinheim: Wiley-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
- Fariselli, L., Ghini, M., & Freedman, J. (2008). Age and Emotional Intelligence. *Six Seconds*, pp. 1-10.
- Fávero, O. (2007). Educação Não Formal: Contextos, Percursos e Sujeitos. *Educação e Sociedade*, 28 n° 99, pp. 614-617.
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas*. Lisboa: Instituto de Droga e Dependência, IP.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in face of risk. *Annual review of Public Health*, 26, pp. 399-419.
- Fernández, A. T., Castrillón, E. V., Cárrión, C. G., & Montesino, J. B. (2001). Principios generales del tratamiento de la dependencia alcohólica. In J. A. García-Rodríguez, & C. L. Sánchez, *Manual de Estudios sobre Alcohol* (pp. 349-363). Madrid: EDAF.
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, pp. 95-113.
- Fonte, A., & Mota-Cardoso, R. (Jul-Aug de 2013). MAST e AUDIT. Avaliação de Características Psicométricas em Doentes com Dependência de Álcool. *Acta Med Port*, 26 (4), pp. 335-340.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, M. G. (2008). Inteligência Emocional. In A. Candeias, L. Almeida, A. Roazzi, R. Primi, & (org), *Inteligência: Definição e medida na confluência de múltiplas concepções* (pp. 331-368). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Friedman, H. S., & Adler, N. E. (2011). The Intellectual Roots of Health Psychology. In H. S. Friedman (Ed.), *The Oxford Handbook of Health Psychology* (pp. 3-14). New York: Oxford University Press.
- Galinha, I., & Pais Ribeiro, J. L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), pp. 203-214.
- Gallassi, A. D., Alvarenga, P. G., Andrade, A. G., & Couttolenc, B. F. (2008). Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Revista Psiquiatria clínica*, 35, Supl. 1, pp. 25-30.
- Garcia del Castillo, J. A., & Dias, P. (2007). Análises relacional entre los factores de protección, resiliência, autorregulación y consumo de drogas. *Salud y Drogas*, 7 (2), pp. 309-332.

- García-Rodríguez, J. A. (1992). Bases teóricas para una metodología en Educación para la Salud. *Enfermería Científica*, 121, pp. 4-11.
- Gardner, H. (1983). *Frames of Mind: The Theory of Multiple Intelligences*. New York: Basic Books.
- Garrido, V. M., & Sotelo, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*, 16 (1), pp. 107-124.
- Gázquez, M., García del Castillo, J. A., & Espada, J. P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Salud y drogas*, 9, pp. 185-208.
- Gohn, M. G. (2006). *Educação Não formal na Pedagogia Social*. Obtido em 5 de novembro de 2013, de <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000092006000100034&lng=en&nrm=abn>
- Goleman, D. (1997). *Inteligência Emocional* (13ª ed.). Camarate: Temas e Debates.
- Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Camarate: Temas e Debate.
- Goleman, D. (2011). *Inteligência Social: A nova ciência do relacionamento humano*. Lisboa: Temas e Debates.
- González Arratia, N., & Valdez Medina, J. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3 (1), pp. 941-955.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98 (2), pp. 107-109.
- Grande, J. M. (2001). Implicaciones de la investigación en la prevención de las drogodependencias: el caso del alcohol. In J. A. García-Rodríguez, & C. L. Sánchez (Edits.), *Manual de Estudios sobre Alcohol* (pp. 61-83). Madrid: EDAF.
- Grande, J. M. (2001). Implicaciones de la investigación en la prevención de las drogodependências: el caso del alcohol. In J. A. García-Rodríguez, & C. L. Sánchez, *Manual de estudios sobre Alcohol* (pp. 61-83). Madrid: EDAF.
- Graziani, P., & Swendsen, J. (2007). *O Stress - emoções e estratégias de adaptação* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Guppy, A., & Marsden, J. (2003). Alcohol and Drug Misuse and the Organization. In M. J. Schabracq, J. A. Winnubst, & C. L. Cooper (Edits.), *The Handbook of Work & Health Psychology* (Second Edition ed.). Wiley.
- Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23 (5), pp. 719-759.

- Hanson, G., Venturelli, P., & Fleckenstein, A. (2012). Introduction to drugs and society. In *Dugs and Society* (Eleventh Edition ed., pp. 1-52). Wall Street: Jones & Bartlett Learning.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., & Kraus, L. (2009). *The ESPAD 2007 Report Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries*. Obtido em Fevereiro de 2010, de www.espad.org.
- Hodder, R. K., Daly, J., Freund, M., Bowman, J., Hazell, T., & Wiggers, J. (2011). A school-based resilience intervention to decrease tobacco, alcohol and marijuana use in high school students. *BMC Public Health*, 11:722.
- Infopédia, Enciclopédia e Dicionários. (2003-2014). *Educação*. (Porto Editora) Obtido em 27 de 11 de 2013, de Infopédia: http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/educa%C3%A7%C3%A3o;jsessionid=4dyPcgmly9QmSo4gS5-xfQ__
- Instituto de Droga e Toxicodependência. (2010). *Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010-2012*. Lisboa: Instituto de Droga e Toxicodependência.
- Instituto de Drogas e Toxicodependências. IP. (2008). *PORI - Eixos de Intervenção: componente técnica e financeira*. Lisboa: Instituto Droga e de Dependências.
- Israel, B. A., Checkoway, B., Schuz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*, 21 (2), pp. 149-170.
- Jacinto, J., & Pereira, A. (2006). Resiliência. In J. Jacinto, & A. Pereira, *Competências Pessoais e Sociais - Guia prático para a mudança positiva* (pp. 161-172). Porto: Edições Asa.
- Jiménez, M., Bernal, A., Ruiz, C., & Díaz, F. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial*, 14 (2), pp. 189-208.
- Jólluskin, G. (2010). O consentimento informado na prática clínica: Aspectos bioéticos da relação entre o profissional e o utente dos serviços de saúde. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 7, pp. 306-315.
- Jones, F., & Bright, J. (2001). Stress: the concept. In F. Jones, J. Bright, & (Eds), *Stress: Myth, Theory and Research* (pp. 3-16). Harlow: Pearson Education.
- Junqueira, M. d., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Caderno Saúde Pública*, 19, pp. 227-235.
- Kashdan, T. B., Ferrisizidis, P., Lorraine Collins, R., & Muraven, M. (2010). Emotion Differentiation as Resilience Against Excessive Alcohol Use: An Ecological Momentary Assessment in Underage Social Drinkers. *Psychological Science*, 21 (9), pp. 1341-1347.
- Laros, J. A. (2005). O uso da Análise Fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Ed.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp. 163-184).

- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Reviews Psychological*, 44, pp. 1-21.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Libório, R. M., & Ungar, M. (2010). Resiliência Oculta: A Construção Social do Conceito e suas Implicações para Práticas Profissionais junto a Adolescentes em Situação de Risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (3), pp. 476-484.
- Loureiro, L. M., Mendes, A. M., Barroso, T. M., Santos, J. C., Oliveira, R. A., & Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, III (6), pp. 157-166.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (2ª ed., Vol. 3, pp. 739-795). New York: Wiley.
- Machado, E. M. (2008). Pedagogia Social: diálogos e fronteiras com a educação não-formal e educação sócio comunitária. *I Congresso Internacional de Pedagogia Social*, pp. 1-15.
- Madelin, R. (2009). *EU Alcohol and Health Strategy: the Forum contribution*. Brussels: European Alcohol and Health Forum.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1), pp. 65-90.
- Marques, P., & Picado, L. (2011). *Bem-Estar e Adaptação na Escola*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Martins, O. A. (2013). Efeito do consumo de bebidas alcoólicas no organismo - uma revisão. *Revista Eletrônica de Educação e Ciência*, 3 (2), pp. 07-10.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, pp. 227-238.
- Masten, A. S., Nuechterlein, K. H., & Wright, M. (2011). Norman Garmezy (1918–2009). *American Psychologist*, 66 (2), pp. 140-141.
- Matos, M. G. (1997). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Maulding, W. S., Peters, G. B., Roberts, J., Leonard, E., & Sparkman, L. (2012). Emotional Intelligence and Resilience as Predictors of leadership in school administrators. *Journal of leadership studies*, 5(4), pp. 20-29.
- Mayer, J. (2006). A new field guide. In J. F. J. Ciarrochi, *Intelligence Emotional in Everyday Life* (pp. 3-26). New York: Psychology Press.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey, & D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. (2000). Models of Emotional Intelligence. In R. Sternberg, *Handbook of Intelligence* (pp. 396-420). Cambridge: Cambridge University Press.

- Mayer, J., & Salovey, P. (1993). The intelligence of Emotional Intelligence. *Intelligence*, 17, pp. 433-442.
- Mayer, J., Caruso, D., & Salovey, P. (2000). Emotional Intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27 (4), pp. 267-298.
- McEwen, B. S. (2000). Stress, Definitions and concepts of. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 3, pp. 508-509). San Diego: Academic Press.
- McHale, S. M., Dotterer, A., & Kim, J.-Y. (2009). An Ecological Perspective on the media and youth development. *The American Behavioral Scientist*, 52 (8), pp. 1186-1203.
- Mello, M. L., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Miguel, N. (2008). Da escuta atenta e interessada à elaboração de um olhar diferente. In A. Torres, & A. M. Lito, *Consumos de drogas. Dor, Prazer e Dependências* (pp. 213-223). Lisboa: Fim de Século.
- Ministério da Saúde. (2011). *Portal da Saúde*. Obtido de <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministerios+saude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>
- Morais, N. A., & Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In S. H. Koller, *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção do Brasil* (pp. 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moral, M., Ovejero, A., Sirvent, C., & Rodríguez, F. (2005). Prevención e intervención psicossocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. *Intervención Psicosocial*, 14 (2), pp. 189-208.
- Moreira, P. (2005). *Para uma prevenção que previna* (4ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Morrison, V., & Bennet, P. (2009). Stress, Health and illness: theory. In V. Morrison, & P. Bennet, *An Introduction to health psychology* (2ª ed., pp. 317-353). Edinburgh Gate: Pearson Education.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1992). *Alcohol Alert*. Obtido de National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa16.htm>
- Neta, N. F., García, E., & Gargallo, I. S. (2008). A inteligência emocional no âmbito académico: uma aproximação teórica e empírica. *Psicol. Argum.*, 26 (52), pp. 11-22.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, D. L. (2005). A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 13, nº 3, pp. 423-431.
- Omar, A., Paris, L., Delgado, H. U., Júnior, S. H., & Souza, M. A. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jovenes y adolescentes. *Psicología em Estudo*, 16(2), pp. 269-277.

- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Chow, S.-M. (2010). Positive Emotion as a basic building Block of Resilience in Adulthood. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Edits.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 81-93). New York: The Guildford Press.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L., & Wallace, K. (2006). Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (4), pp. 730-749.
- ONU. (1948). *Declaração Unversal dos Direitos do Homem*. Lisboa: ONU.
- Organização Mundial de Saúde. (1985). *As Metas da Saúde para todos*. Lisboa: Artes Gráficas.
- Papoušek, M. (2011). Resilience, strengths, and regulatory capacities: Hidden resources in developmental disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), pp. 29-46.
- Parada, M., Corral, M., CaaMaño-isorna, F., Mota, N., Crego, A., Holguín, S. R., & Cadaveira, F. (2011). Definición del concepto de consumo intensivo de alcohol adolescente (binge drinking). *Adicciones*, 23 (1), pp. 53-63.
- Pereira, C. A. (2009). *A resiliência e a vulnerabilidade ao stress numa população sem abrigo Tese de Mestrado*. Obtido em 5 de Março de 2013, de <http://hdl.handle.net/10284/1255>
- Pimentel, M. H., Mata, M. A., & Anes, E. M. (2013). Tabaco e álcool em estudantes: mudanças decorrentes do ingresso no ensino superior. *Psic., Saúde & Doenças*, 14 (1), pp. 185-204.
- Pinheiro, D. P. (2004). A Resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, pp. 67-75.
- Pinto-Coelho, M. (2011). *Dedo na Ferida*. Parede: Prime Books.
- Polleto, M., & Koller, S. H. (2006). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica. In D. D. Dell'Ágilo, S. H. Koller, & M. H. Yunes, *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do risco à protecção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Primi, R. (2003). Inteligência: Avanços nos Modelos Teóricos e nos Instrumentos de Medida. *Avaliação Psicológica*, 1, pp. 67-77.
- Reppold, C., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso das Escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), pp. 248-255.
- Reynaud, M. (2008). Introdução. In H. Rahioui, & M. Reynaud, *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções* (pp. 13-38). Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Roberts, R. D., Flores-Mendoza, C. E., & Nascimento, E. (2002). Inteligência Emocional: Um Construto Científico. *Paidéia*, 12 (23), pp. 77-92.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: Formação Pedagógica de educadores para a saúde*. Coimbra: Formasau - Formação e saúde, lda.

- Rogers, A. (2005). *Non-Formal Education: Flexible Schooling Or Participatory Education?* New York: Springer.
- Sáez, J., & Molina, G. J. (2006). *Pedagogía Social: Pensar la Educación Social como profesión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personalitu*, pp. 1985-211.
- Salovey, P., Bedell, B. T., Detweiller, J. B., & Mayer, J. D. (1999). Coping Intelligently: Emotional Intelligence and the Coping Process. In L. C. Sneider, & (Ed), *Coping: The Psychology of what Works* (pp. 141-164). New York: Oxford University Press.
- Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de Escalas de Medición en Salud. *Rev. Salud pública.*, 6 (3), pp. 302-318.
- Santos, A. M., & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), pp. 675-690. Obtido em 16 de Agosto de 2011, de Scielo: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a12.pdf>
- Santos, O. (2010). O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes & Obesidade*, 4 (3), pp. 127-134.
- Santos, R., Fonseca, M., Vasconcelos, M. L., & Tap, P. (2004). Análise do stress em função da situação sócio-económica, do sexo e da idade. In J. Ribeiro, I. Leal, & (Eds), *Actas do 5º. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 73-79). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. (2005). Risco, Protecção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), pp. 209-216.
- Saviani, D. (2008). Glossário Pedagógico. In D. Saviani, *A pedagogia no Brasil: história e teoria* (pp. 165-204). Campinas: Autores Associados.
- Schenker, M., & Minayo, M. (2005). Ciências & Saúde Coletiva. *Fatores de risco e de protecção para o uso de drogas na adolescência*, pp. 707-717.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Rev. Saúde Coletiva*, 17 (1), pp. 29-41.
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 43 (4), pp. 637-646.
- Serra, A. V. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. (A. V. Serra, Ed.) Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Serrano, G. P. (2009). *Pedagogía Social - Educación Social: Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea, s.a. de Ediciones.

- Serrano, G. P. (2009). *Pedagogía Social - Educación Social: Construcción científica e intervención práctica*. Madrid: Narcea, S. A. de ediciones.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D., Peuser, K., Erickson, D. J., & Wood, M. D. (2007). Stress-Response-Dampening Effects of Alcohol: Attention as a Mediator and Moderator. *Journal of Abnormal Psychology*, 116 (2), pp. 362-377.
- Silva, M. R., Elsen, I., & Lacharité, C. (2003). Resiliência: Concepções, Fatores associados e problemas relativos à construção do conhecimento na área. *Paidéia*, pp. 147-156.
- Silva, M. R., Lunardi, V., Filho, W., & Tavares, K. (2005). Revista Texto & Contexto Enfermagem. *Resiliência e promoção da saúde*, pp. 95-102.
- Sílvia, L. V., Malbergier, A., Stempliuk, V. A., & Andrade, A. G. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista Saúde Pública*, 40, pp. 280-288.
- Simões, C. (2008). Resiliência e Saúde. In M. G. Matos, & M. G. Matos (Ed.), *Comunicação, Gestão de Conflitos e saúde na escola* (pp. 74-94). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Simões, C., Matos, M. G., & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (2), pp. 147-164.
- Siqueira, M. M., & Padovam, V. A. (2008). Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (2), pp. 201-209.
- Skodol, A. E. (2010). The resilient personality. In J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Edits.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 112-125). New York: The Guilford Press.
- Slap, G. B. (2001). Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. *Adolescência Latino Americana*, 2, pp. 173-176.
- Slaski, M., & Cartwright, S. (2002). Health, performance and emotional intelligence: an exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, pp. 63-68.
- Soleimani, S., Rahimi, M. A., & Sepasi, N. (2013). Investigating the Relationship between Emotional Intelligence and Psychological Self-resiliency in Athletes. *International Journal of Management and Humanity Sciences*, 2(1), pp. 53-58.
- Souza, M. T., & Cervený, C. M. (2006). Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica. *Revista Interamericana de Psicologia*, 40, pp. 119-126.
- Sternberg, R. J., & Wagner, R. (1993). Inteligência prática e conhecimento tácito. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 29, pp. 7-34.
- Streiner, D., & Norman, G. (1996). *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Stys, Y., & Brown, S. L. (2004). *A Review of the Emotional Intelligence Literature*. Research Branch Correctional Service of Canada.

- Tabachnick, B., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. San Francisco: Allyn & Bacon.
- Taylor, A. N., & Pilati, M. L. (2000). Alcohol, Alcoholism, and stress: A Psychobiological Perspective. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (Vol. 1, pp. 131-136). San Diego: Academic Press.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and Alcohol Use Disorders: A Critical Review. *Addictive Behaviors*, 34 (3), pp. 237-245.
- Thorndike, L., & Stein, S. (1937). An Evaluation of the Attempts to Measure Social. *The Psychological Bulletin*, 34, pp. 275-285.
- Tinoco, R. (2004). Os actores e os contextos de consumo: anotações em torno da prevenção do abuso de drogas. *Psicologia e Educação*, III (1), pp. 93-107.
- Toldy, T., Jóluskin, G., Silva, I., & Meneses, R. (2011). Educação para a Saúde - Educação para a Cidadania: Relato de duas experiências de Extensão Comunitária. *Antropológicas*, nº 12, pp. 52-59.
- Trindade, M. F. (2011). *Inteligência Emocional e Resiliência. Estudo exploratório junto de uma população universitária*. Porto: Faculdade de Ciências Humana e Sociais.
- Trombeta, L. H., & Guzzo, R. S. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso: Estudo sobre a resiliência em adolescentes*. Campíneas: Alinea.
- Ugarriza, N. (2001). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventário de Bar-On (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. *Persona*, 4, pp. 129-160.
- Vara, M., & Sani, A. I. (2006). Escala de Resiliência de Wagnild & Young (1993): estudo preliminar. In C. Machado, L. Almeida, M. A. Guisande, M. Gonçalves, V. Ramalho, & (Coords.), *XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Actas* (pp. 333-340). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Vaz-Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), pp. 279-308.
- Vega, A. (1993). *La Acción Social ante las drogas. Propuestas de Intervención Socioeducativa*. Madrid: Narcea.
- Vega, A. (2003). Repensar a educação sobre drogas para uma nova prevenção. *Revista Espanhola de Drogodependências*, 28, pp. 7-23.
- World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization.
- Yunes, M. A. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, pp. 75-84.
- Yunes, M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org), *Resiliência e Educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.



ANEXOS

Anexo A – Breve resumo histórico sobre a evolução do conceito da inteligência emocional

Anexo B – Consentimento Informado

Anexo B – Protocolo de Investigação

Anexo A – Breve resumo histórico sobre a evolução do conceito da inteligência emocional

TABLE 1.1. The emergence of the emotional intelligence concept: An overview

<p>1900–1969: <i>Intelligence and Emotions as Separate, Narrow Fields</i></p>	<p><i>Intelligence research.</i> The realm of psychological testing for intelligence was developed during this period and a sophisticated technology of intelligence tests arose (see [3] for a review). <i>Emotions research.</i> In the separate field of emotion, debate centered on the chicken-and-egg problem of which happens first: physiological reaction, or emotion. In other areas of work, Darwin had argued for the heritability and evolution of emotional responses, but during this time, emotion was often viewed as culturally determined, largely a product of pathology, and idiosyncratic (see [4] for a review of Darwin’s work). <i>The search for social intelligence.</i> As intelligence testing emerged, the focus was on verbal and propositional intelligence. A number of psychologists sought to identify a social intelligence as well; however, efforts in this direction were discouraging and conceptions of intelligence remained cognitive.</p>
<p>1970–1989: <i>Precursors to Emotional Intelligence</i></p>	<p><i>Cognition and affect.</i> The precursors to emotional intelligence were put into place in this two-decade period. The field of <i>cognition and affect</i> emerged to examine how emotions interacted with thoughts. Researchers suggested that depressed people might be more realistic and accurate than others and that mood swings might enhance creativity [5]. The field of <i>nonverbal communication</i> developed scales devoted to perception of nonverbal information—some of it emotional—in faces and posture [6]. Those in the field of <i>artificial intelligence</i> examined how computers might understand and reason about the emotional aspects of stories [7]. <i>Multiple intelligences.</i> Gardner [8] described an “intrapersonal intelligence,” which involved, among other things, the capacity to perceive and symbolize emotions. <i>Social intelligence.</i> For example, empirical work on social intelligence found that it divided into social skills, empathy skills, prosocial attitudes, social anxiety, and emotionality (sensitivity) [9]. Brain research began to separate out connections between emotion and cognition (e.g., [10]). Occasional use of the term, “emotional intelligence” was made [11], [12, pp. 103, 107].</p>

(Continued)

TABLE 1.1. The emergence of the emotional intelligence concept: An overview

1990–1993: <i>The Emergence of Emotional Intelligence</i>	The four-year period beginning the 1990s saw the first sustained development of the first concept of emotional intelligence. The article, “Emotional Intelligence” provided a first review of areas potentially relevant to an emotional intelligence. At the same time, a demonstration study, including the first ability measure of emotional intelligence under that name, was published. An editorial in the journal <i>Intelligence</i> argued for the existence of an emotional intelligence as an actual intelligence (see [13–15]). During this time, further foundations of emotional intelligence were developed, particularly in the brain sciences (e.g., [16]).
1995–1997: <i>The Popularization and Broadening of Emotional Intelligence</i>	Goleman, a science journalist, published the popular book, <i>Emotional Intelligence</i> , loosely modeled on the academic writings in the area (see above). The book became a world-wide best seller and was widely copied. <i>TIME Magazine</i> used the term “EQ” on its cover. A number of personality scales were published under the name of emotional intelligence (e.g., [17–19]).
1998–present: <i>Research on and Institutionalization of Emotional Intelligence</i>	A number of refinements to the concept of emotional intelligence took place, along with the introduction of new measures of the concept, and a growing number of peer-reviewed research articles on the topic. These have now become too numerous to enumerate.

Mayer, J. (2006, , pp.5-6)

Anexo B – Consentimento Informado



Consentimento Informado para Participantes na Investigação



Caro Participante,

O meu nome é Filipa Coelho e encontro-me a desenvolver a minha tese de Doutoramento em Psicologia da Saúde pela Universidad Miguel Hernández. O meu estudo procura desenvolver um modelo preventivo de consumo de álcool considerando diferentes variáveis psicossociais, nomeadamente: o stress, consumo de álcool, resiliência e inteligência emocional. Desta forma, venho por este meio solicitar a sua colaboração no presente estudo.

A presente ficha de consentimento permite informar todos os participantes da investigação, de forma clara e inequívoca, qual o objetivo da mesma e qual o papel de cada participante na mesma.

Se aceitar participar no presente estudo solicito que preencha a todas as questões que lhe serão apresentadas nos diversos questionários. O preenchimento dos instrumentos de investigação ocorre em cerca de 30 minutos.

A participação no presente estudo é totalmente voluntária. Toda a informação recolhida será confidencial e será só utilizada para fins investigativos. As respostas aos questionários serão codificadas através de um número de identificação pelo que o anonimato é garantido.

Se tiver alguma dúvida ao longo de toda a investigação deverá questionar em qualquer momento. Da mesma forma que poderá interromper a sua colaboração, desde que essa seja a sua vontade. Para o esclarecimento de qualquer questão poderá contactar a investigadora através do endereço de e-mail filipavcoelho@gmail.com.

Agradecendo desde já a sua colaboração e disponibilidade.

Apresento os melhores cumprimentos,
Filipa Coelho

Aceito participar voluntariamente na presente investigação conduzida por Filipa Coelho. Foi-me informado que o objetivo do presente estudo é desenvolver um modelo preventivo de consumo de álcool considerando diferentes variáveis psicossociais, nomeadamente: o stress, consumo de álcool, resiliência e inteligência emocional.

Fui também informado(a) que a participação no estudo requer o preenchimento de questionários e que estes demoram cerca de 30 minutos.

Reconheço que toda e qualquer informação recolhida pelo presente estudo é estritamente anónima e confidencial e que não será utilizada em nenhum outro estudo sem o meu

consentimento, bem como, a minha participação no estudo é totalmente voluntária e pode ser interrompida em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Fui informado(a) que posso solicitar informações ao longo de toda a investigação e, futuramente, sobre os resultados do estudo quando este tiver sido concluído, para tal posso contactar a investigadora através do endereço de e-mail filipavcoelhoso@gmail.com.

Foi-me também informado que me será entregue um duplicado da presente ficha de consentimento informado na qual contém toda a informação necessária à minha participação no estudo.

Nome do Participante (letras maiúsculas)

Assinatura do participante

___/___/___
Data



Anexo C – Protocolo de Investigação



DOCTORADO EN PSICOLOGIA DE LA SALUD



Caro participante,

O meu nome é Filipa Coelho e encontro-me a desenvolver a minha tese de doutoramento em Psicologia da Saúde pela Universidad Miguel Hernández de Elche.

O presente estudo procura desenvolver um modelo preventivo de consumo de álcool considerando diferentes variáveis psicossociais.

Neste sentido, e apelando à sua sinceridade, peço a sua colaboração no preenchimento dos questionários que suportam a minha investigação. O preenchimento dos questionários demorará cerca de 30 minutos.

Garantindo o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos agradeço desde já a sua colaboração.

Os melhores cumprimentos e ao dispor para qualquer esclarecimento,

Filipa Coelho

916 318 196

filipavcoelho@gmail.com

Para efeitos de CODIFICAÇÃO e sem qualquer comprometimento do seu anonimato e confidencialidade dos dados, por favor, indique-nos:

						1	9	6	F	V	C
3 últimos números do nº de telemóvel						Iniciais do seu nome			Exemplo		

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

O presente questionário pretende recolher os dados gerais indispensáveis ao presente estudo. Agradecemos que seja totalmente sincero e que apresente as suas respostas de forma clara e perceptível.

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Naturalidade:** _____

4. **Concelho de Residência** _____

5. **Estado civil:**

Solteiro (a)	<input type="checkbox"/>	Casado (a)	<input type="checkbox"/>	União de Facto	<input type="checkbox"/>
Divorciado (a)	<input type="checkbox"/>	Viúvo (a)	<input type="checkbox"/>		

6. **Habilitações literárias:**

Formação Básica	1º Ciclo	<input type="checkbox"/>
	2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
	3º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Formação Secundária		<input type="checkbox"/>
Formação Superior	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
	Pós- Graduação	<input type="checkbox"/>
	Mestrado	<input type="checkbox"/>
	Doutoramento	<input type="checkbox"/>

7. **Situação Profissional:**

Sem Atividade Profissional		<input type="checkbox"/>
Actualmente Desempregado (a)		<input type="checkbox"/>
Em atividade Profissional		<input type="checkbox"/>
Condição Profissional	Por conta própria	<input type="checkbox"/>
	Por conta de outrem	<input type="checkbox"/>
Regime de atividade:	Part-time	<input type="checkbox"/>
	Full-time	<input type="checkbox"/>
Vínculo Laboral	Efetivo	<input type="checkbox"/>
	Contratado	<input type="checkbox"/>
	Trabalhador independente	<input type="checkbox"/>

8. **Situação Académica:**

Encontra-se actualmente em formação académica?

. Sim Não

(SE RESPONDER **NÃO** PASSE DIRETAMENTE PARA A QUESTÃO 9)

Se respondeu que **SIM** por favor assinale em que nível de ensino se encontra:

Formação Básica	1º Ciclo	<input type="checkbox"/>
	2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
	3º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Formação Secundária		<input type="checkbox"/>
Formação Superior	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
	Pós- Graduação	<input type="checkbox"/>
	Mestrado	<input type="checkbox"/>
	Doutoramento	<input type="checkbox"/>

Indique-nos em quanto tempo perspectiva terminar o grau académico em que se encontra:

1 ano 2 anos 3 anos Mais de 3 anos

9. É Trabalhador- Estudante?

Não	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Com estatuto trabalhador-estudante <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sem estatuto trabalhador-estudante <input type="checkbox"/>

10. Leia atentamente as seguintes afirmações e posicione-se segundo a escala:

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Quase Sempre
1	2	3	4	5
Sinto que vivo “em stress”...				
Sinto que o consumo de álcool me descontraí.				
Tenho vontade de “ir beber um copo” quando estou mais stressado(a), ansioso (a) ou nervoso (a).				
Normalmente celebro acontecimentos importantes na minha vida.				
Sinto que lido bem com as minhas emoções.				
Quando bebo álcool sinto que controlo melhor as minhas emoções.				
Sinto-me “de bem com a vida”.				
Lido com as adversidades de forma racional.				
Procuro desenvolver estratégias para não me deixar afectar emocionalmente pelos constrangimentos do dia-a-dia.				
Consigo organizar o meu dia-a-dia de forma a realizar todas as tarefas a que me proponho.				

TRADUÇÃO DA ESCALA DE RESILIÊNCIA DE WAGNILD & YOUNG (1993)

Por favor, lê com atenção as afirmações seguintes. À direita de cada uma delas irás encontrar sete números, desde "1" (discordo totalmente), à esquerda, até "7" (concordo totalmente) à direita. Faz um círculo à volta do número que melhor indica o que sentes acerca de cada afirmação. Por exemplo, se discordas totalmente de uma afirmação, faz um círculo à volta do "1". Se tens uma posição neutra, faz um círculo à volta do "4", e se concordas totalmente faz um círculo à volta do "7", etc.

	Discordo Fortemente			4	Concordo Fortemente		
	1	2	3		5	6	7
1. Quando faço planos, sigo-os até ao fim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Frequentemente, costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Sou capaz de depender de mim mesmo mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4. É importante para mim manter interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Se precisar, consigo estar por minha conta.	1	2	3	4	5	6	7
7. Sinto orgulho por ter realizado coisas na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sou amigo de mim mesmo.	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
10. Sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7
11. Raramente me interrogo sobre o objectivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7
12. Faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7
13. Consigo ultrapassar tempos difíceis porque já passei por dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7
15. Sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7
16. Mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
18. Frequentemente encontro motivo para me rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Acreditar em mim mesmo ajuda-me a ultrapassar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Numa emergência, sou alguém em que as pessoas geralmente podem confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Frequentemente, consigo olhar para uma situação de várias formas.	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
22. A minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Não insisto em coisas para as quais não posso fazer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando estou numa situação difícil, consigo frequentemente encontrar a minha forma de a resolver.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Não me importo se existirem pessoas que não gostem de mim.	1	2	3	4	5	6	7

© 1987 Gail M. Wagnild & Heather M. Young. Used by permission. All rights reserved. "The Resilience Scale" is an international trademark of Gail M. Wagnild & Heather M. Young.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO EU RESILIENTE – EAER
(Anabela Pereira & Jacinto Jardim, 2006)

Instruções: Assinale apenas um dos níveis com que mais se identifica, segundo a seguinte escala:

1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Quase Sempre
Eu tenho...	1. Pessoas em meu redor que me querem bem incondicionalmente.			1 2 3 4 5
	2. Pessoas que me estipulam limites para que eu aprenda a evitar perigos e problemas.			1 2 3 4 5
	3. Pessoas que querem que eu aprenda a desenvolver-me sozinho.			1 2 3 4 5
	4. Pessoas que cuidam de mim quando estou doente, em perigo ou quando preciso de aprender alguma coisa.			1 2 3 4 5
Eu sou...	5. Uma pessoa estimada e amada pelos outros.			1 2 3 4 5
	6. Feliz quando faço algo pelo os outros e lhes demonstro o meu afecto.			1 2 3 4 5
	7. Respeitador de mim mesmo e dos outros.			1 2 3 4 5
Eu estou...	8. Disposto a responsabilizar-me pelos meus actos.			1 2 3 4 5
	9. Confiante de que tudo correrá bem.			1 2 3 4 5
Eu posso...	10. Falar sobre coisas que me preocupam ou inquietam.			1 2 3 4 5
	11. Procurar o modo de resolver os meus problemas.			1 2 3 4 5
	12. Controlar-me quando tenho vontade de fazer algo perigoso ou nocivo			1 2 3 4 5
	13. Encontrar o momento certo para falar com alguém ou para actuar.			1 2 3 4 5
	14. Procurar alguém que me ajuda quando necessito.			1 2 3 4 5

ESCALA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DA RESILIÊNCIA – EAGR
(Anabela Pereira & Jacinto Jardim, 2006)

Instruções: responda com a maior sinceridade possível a cada uma das seguintes afirmações, assinalando apenas um dos níveis com que mais se identifica, segundo a escala:

1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Frequentemente	5 Quase Sempre
1. Perante as adversidades da vida, continuo a lutar até atingir os meus objectivos.				1 2 3 4 5
2. Mesmo em situações <i>stressantes</i> , mantenho a tranquilidade				1 2 3 4 5
3. Tenho total confiança nas minhas capacidades para resolver os meus problemas.				1 2 3 4 5
4. Tenho conseguido superar as adversidades que a vida em tem colocado.				1 2 3 4 5
5. Consigo minimizar os efeitos negativos das adversidades.				1 2 3 4 5
6. Assumo os meus problemas, dando-lhe a importância que têm, sem os subvalorizar ou sobrevalorizar.				1 2 3 4 5
7. Quando uma situação não é possível de ser mudada, aceito esse facto com serenidade.				1 2 3 4 5
8. Quando a vida me coloca novos desafios, considero-os oportunidades para amadurecer.				1 2 3 4 5

23 QVS
(Vaz Serra, 2000)

Instruções

Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com as pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratemplos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dou e recebo afecto com regularidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para resolver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Não concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Fico nervosos e aborrecido quando não me saio tão bem quanto esperava a realizar as minhas tarefas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Há em mim aspectos desagradáveis que me levam ao afastamento das outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Nas alturas oportunas custa-me exprimir abertamente aquilo que sinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Após preencher a escala veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!

TEIQue-SF

Petrides, K. V. (2001); Petrides, K. V. & Furnham, A. (2006)
Tradução portuguesa: Daniela C. Wilks (2007)

Instruções: Por favor faça um círculo no número que melhor reflecte o seu grau de concordância ou discordância com as frases apresentadas. Não pense muito sobre o significado exacto das frases. Trabalhe rapidamente e procure responder o mais correctamente possível. Não há respostas certas ou erradas. Para cada afirmação são possíveis sete respostas que vão desde 1='Discordo absolutamente' até 7= 'Concordo absolutamente'.

1 2 3 4 5 6 7
Discordo absolutamente **Concordo absolutamente**

1. Expressar as minhas emoções com palavras não é um problema para mim.	1	2	3	4	5	6	7
2. Frequentemente tenho dificuldade em ver as coisas do ponto de vista do outro.	1	2	3	4	5	6	7
3. De um modo geral, sou uma pessoa muito motivada.	1	2	3	4	5	6	7
4. Geralmente tenho dificuldade em controlar as minhas emoções.	1	2	3	4	5	6	7
5. Geralmente não acho a vida agradável.	1	2	3	4	5	6	7
6. Consigo lidar eficazmente com as pessoas.	1	2	3	4	5	6	7
7. Tendo a mudar de ideias frequentemente.	1	2	3	4	5	6	7
8. Muitas vezes não consigo perceber o que sinto.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto que tenho algumas qualidades.	1	2	3	4	5	6	7
10. Frequentemente acho difícil defender os meus direitos.	1	2	3	4	5	6	7
11. Costumo ser capaz de influenciar os sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
12. De uma maneira geral vejo tudo meio cinzento.	1	2	3	4	5	6	7
13. As pessoas que me são próximos queixam-se com frequência de que não as trato bem.	1	2	3	4	5	6	7
14. Frequentemente tenho dificuldade em adaptar a minha vida conforme as circunstâncias.	1	2	3	4	5	6	7
15. No geral, sou capaz de lidar com o stress.	1	2	3	4	5	6	7
16. Frequentemente acho difícil mostrar o meu afecto aos que me são próximos.	1	2	3	4	5	6	7
17. Normalmente sou capaz de me colocar no lugar dos outros e sentir as suas emoções.	1	2	3	4	5	6	7
18. Normalmente acho difícil manter-me motivado.	1	2	3	4	5	6	7
19. Habitualmente sou capaz de encontrar modos de controlar as minhas emoções quando quero.	1	2	3	4	5	6	7
20. De um modo geral, estou satisfeito com a vida.	1	2	3	4	5	6	7
21. Descrever-me-ia como um bom negociador.	1	2	3	4	5	6	7
22. Tenho tendência a envolver-me em coisas de que mais tarde me quero	1	2	3	4	5	6	7

livrar.							
23. Frequentemente paro para pensar e analisar os meus sentimentos.	1	2	3	4	5	6	7
24. Acredito que tenho muitos pontos fortes.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tenho tendência para recuar mesmo quando sei que tenho razão.	1	2	3	4	5	6	7
26. Parece que não tenho nenhum poder sobre os sentimentos dos outros.	1	2	3	4	5	6	7
27. Geralmente, acredito que tudo correrá bem na minha vida.	1	2	3	4	5	6	7
28. Acho difícil criar laços mesmo com as pessoas que me são próximas.	1	2	3	4	5	6	7
29. Geralmente sou capaz de me adaptar a novos ambientes.	1	2	3	4	5	6	7
30. Os outros admiram-me por ser uma pessoa calma.	1	2	3	4	5	6	7



ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST (AUDIT)

Teste de Identificação de Doenças Relacionadas com Bebidas Alcoólicas.

Instruções: Leia atentamente as questões e assinale apenas uma opção de resposta tendo em conta as escalas apresentadas em cada pergunta.

1. Com que frequência consome bebidas com álcool:

Nunca	Uma vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais vezes por semana
<input type="checkbox"/>				

2. Quantas bebidas com álcool toma num dia normal, quando bebe:

0 – Nunca bebe álcool	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 a 9	10 ou mais
<input type="checkbox"/>					

3. Com que frequência toma seis ou mais bebidas numa dada ocasião:

Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou na maior parte dos dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Com que frequência no último ano sentiu que NÃO ERA CAPAZ de parar de beber depois de ter ingerido bebidas alcoólicas:

Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou na maior parte dos dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Com que frequência no último ano deixou de fazer o que era esperado que fizesse por causa de ter bebido:

Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou na maior parte dos dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Com que frequência no último ano precisou de uma bebida de manhã para se sentir bem, depois de ter consumido bebidas alcoólicas em excesso na véspera:

Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou na maior parte dos dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Com que frequência no último ano sentiu culpa ou remorsos depois de ter bebido:

Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou na maior parte dos dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Com que frequência no último ano foi INCAPAZ de se lembrar do que se passou na noite anterior por causa de ter bebido:

Nunca	Menos do que uma vez por mês	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou na maior parte dos dias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Sofreu ou foi responsável por qualquer lesão em alguém pelo facto de ter bebido:

- Não
Sim, mas não no último ano
Sim, durante o último ano

10. Algum familiar, amigo ou médico ou outro técnico de saúde ficou preocupado acerca do seu comportamento com a bebida ou lhe sugeriu que deixasse de beber/diminuísse o consumo:

- Não
Sim, mas não no último ano
Sim, durante o último ano

**MUITO OBRIGADA PELA
SUA COLABORAÇÃO
E DISPONIBILIDADE!**