



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

A Influência do Contexto Social e da Motivação no Consumo de  
Substâncias Psicoativas Lícitas nos Jovens Adultos Inseridos no  
Mercado de Trabalho

Maria do Carmo Passos Coelho Ribeiro Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social e das Organizações

Orientador:

Doutor Henrique Duarte, Professor Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de  
Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Setembro, 2018



Escola de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

A Influência do Contexto Social e da Motivação no Consumo de  
Substâncias Psicoativas Lícitas nos Jovens Adultos Inseridos no  
Mercado de Trabalho

Maria do Carmo Passos Coelho Ribeiro Ferreira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em  
Psicologia Social e das Organizações

Orientador:

Doutor Henrique Duarte, Professor Auxiliar, ISCTE Business School, Departamento de  
Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Setembro, 2018

A Influência do Contexto Social e da Motivação no  
Consumo de Substâncias Psicoativas Lícitas nos Jovens  
Adultos Inseridos no Mercado de Trabalho  
Maria do Carmo Passos Coelho Ribeiro Ferreira

Setembro  
2018

## **Agradecimentos**

Agradeço, primeiramente, a Deus pela força e perseverança necessárias ao longo de todo o meu percurso académico.

Um sincero e especial agradecimento ao meu orientador Prof. Doutor Henrique Duarte que desde o primeiro dia demonstrou interesse e confiança para a realização da presente tese, pelos conhecimentos transmitidos, acompanhamento e incessante disponibilidade.

À minha família, em especial aos meus pais, à tia Margarida e ao tio Pedro que tanto apoio me prestaram, pelas palavras de conforto e motivação.

Ao Francisco pelo apoio incondicional em momentos de maior *stress*, por acreditar em mim e incentivar, às minhas amigas que me ajudaram, em especial, na recolha de dados e aos meus colegas de curso, que se tornaram amigos e que ao longo destes cinco anos me acompanharam e partilharam conhecimento, permitindo criar um espírito de entreajuda, crescimento intelectual e amizade.

Por fim, dedico esta tese à minha avó materna que ensina a cada dia que a sabedoria e conhecimento não ocupa lugar nem idade e, também à minha avó paterna que, certamente, com orgulho acompanha eternamente este meu percurso, e a ambas por terem sido e serem um exemplo a seguir.

## **Resumo**

A presente tese aborda a temática do consumo de substâncias psicoativas lícitas, nomeadamente, o álcool e medicamentos. A necessidade de estudar este comportamento advém do facto de em Portugal o consumo de álcool ser muito elevado e prejudicial ao indivíduo e à sociedade, sendo por isso considerado uma área prioritária de atuação. De igual forma, o consumo de medicamentos, também, inúmeros riscos o que nos levou a considerá-lo no nosso estudo, uma vez que estes comportamentos representam uma importante questão de saúde e política social e organizacional.

A fim de compreendermos as variáveis que têm impacto no consumo de substâncias psicoativas lícitas abordou-se a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura para explicar como o consumo da família e dos amigos próximos e o constructo de solidão, denominadas de variáveis de contexto social, atuam no consumo individual de substâncias e para estudar a motivação que os jovens apontam, considerámos o quadro teórico do Modelo Motivacional do Consumo de Álcool (Cox & Klinger, 1998; Cooper, 1994).

Os participantes do estudo foram jovens adultos portugueses com idades entre os 18 e os 30 anos que se encontravam empregados (N=152). Os resultados mostraram que as variáveis de contexto social tiveram impacto no consumo de substâncias assim como os motivos de consumo, seja como preditores ou mediadores. Verificou-se, ainda, a existência de diferenças significativas na dependência de álcool, no consumo de medicamentos para dormir e para as dores quanto ao género, mais concretamente, a prevalência foi maior no género masculino na dependência de álcool e medicamentos para dormir e maior no género feminino no consumo de medicamentos para as dores.

**Palavras-chave:** Consumo de Substâncias Psicoativas Lícitas, Jovens Adultos, Contexto Social, Modelo Motivacional de Consumo de Álcool

### **PsycINFO Classification Categories and Codes:**

**2900 - Social Processes & Social Issues**

**2990 - Drug & Alcohol Usage (Legal)**

## **Abstract**

The present study concerns the consumption of legal psychoactive substances, namely alcohol and medications. The necessity of studying the above mentioned behavior, is due to the fact that in Portugal the consumption of alcohol is very high it is considered an area of priority engagement and concern. On the other hand, the consumption of medication also leads to innumerable risks, which leads us to consider this subject in our study, since this behavior represents an important issue of social and organizational policy.

In order to understand the variables that influence the use of substance, we approached Bandura's Social Learning Theory to explain how the consumption of these substances in family and friendship environment and the loneliness construct, also named as social context variables, act in the individual use of substance and in the stated reasons for it, we also considered the Motivational Model of Alcohol Use (Cox & Klinger, 1988; Cooper, 1994).

The participants of this study were Portuguese young adults, currently employed and aged between 18-30. The results showed that social context variables had an impact on substance use, as well as, on the reason for consumption, both as predictors or as mediators. Furthermore, significant statistical differences were detected in the alcohol dependence, sleep medication and pain medication, specifically, the prevalence of alcohol dependence and sleep medication was higher for men and pain medication was higher for women.

**Keywords:** Legal Psychoactive Substance Use, Young Adults, Social Context, Motivational Model of Alcohol Use

### **PsycINFO Classification Categories and Codes:**

**2900 - Social Processes & Social Issues**

**2990 - Drug & Alcohol Usage (Legal)**

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>I. Enquadramento Teórico</b> .....	6
1.1. A Motivação .....	6
1.2. A Teoria da Aprendizagem Social .....	6
1.2.1. A Influência do Consumo de Substâncias por Modelos Influenciadores no Consumo Individual de Substâncias .....	8
1.2.2. A Influência da Solidão no Consumo Individual de Substâncias .....	10
1.3. O Modelo Motivacional do Consumo de Álcool .....	12
1.4. O Papel do Género no Consumo Individual de Substâncias .....	18
<b>II. Metodologia</b> .....	22
2.1. Amostra .....	22
2.2. Instrumentos .....	23
2.2.1. Escala AUDIT .....	24
2.2.2. Escala do Consumo Individual de Medicamentos .....	25
2.2.3. Escala do Consumo de Substâncias pelos Modelos Influenciadores .....	25
2.2.4. Escala Drinking Motives Questionnaire .....	25
2.2.5. Escala de Solidão .....	26
2.3. Procedimento .....	26
<b>III. Resultados</b> .....	28
<b>IV. Discussão</b> .....	43
<b>CONCLUSÃO</b> .....	50
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	54
<b>ANEXOS</b> .....	61

## Índice de Quadros

<b>Quadro 2.1.</b> <i>Valores de KMO</i> .....	23
<b>Quadro 3.1.</b> <i>Matriz de Correlações</i> .....	29
<b>Quadro 3.2.</b> <i>Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de álcool</i> .....	31
<b>Quadro 3.3.</b> <i>Análise das regressões lineares com a variável critério dependência de álcool</i> .....	33
<b>Quadro 3.4.</b> <i>Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de medicamentos para as dores</i> .....	35
<b>Quadro 3.5.</b> <i>Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de medicamentos para dormir</i> .....	37
<b>Quadro 3.6.</b> <i>Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de medicamentos para a ansiedade</i> .....	39
<b>Quadro 3.7.</b> <i>Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de medicamentos estimulantes</i> .....	41

## **Glossário de Siglas**

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

DMQ-R: Drinking Motive Questionnaire Revised

DP: Desvio-Padrão

IDT: Instituto Nacional da Droga e da Toxicodependência

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

SNC: Sistema Nervoso Central

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

UCLA: University of California, Los Angeles Loneliness Scale

WHO: World Health Organization

## INTRODUÇÃO

Em Portugal, desde os anos 80, tem sido promovido, através do Instituto Nacional da Droga e da Toxicoddependência, a investigação orientada para a monitorização da situação de consumo de substâncias psicoativas lícitas como o álcool e medicamentos tranquilizantes ou sedativos e de solventes/inalantes (Feijão, 2010). Portugal sendo um dos países com maior consumo mundial e onde o consumo de álcool é muito elevado (Balsa, Vital & Urbano, 2014; De Melo, Barrias & da Silva Breda, 2001) houve a necessidade de considerar o consumo de álcool como uma área prioritária de atuação, criando-se em 2000 o Plano de Ação Contra o Alcoolismo, atualmente intitulado de Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, cujo objetivo é reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool e diminuir os seus efeitos sociais e de saúde, bem como incentivar a realização de estudos sobre a temática do consumo de álcool sobre as representações e motivações dos consumidores face aos consumos em diversos grupos etários (IDT, 2009 cit. por Santos, 2011).

O consumo de álcool tem o seu pico de consumo durante os 18 e os 25 anos, onde surgem as maiores taxas de consumo e em que o consumo excessivo parece ser um comportamento normativo (White & Jackson, 2005; Chassin, Pitts & Prost, 2002; Ham & Hope, 2003; Merrick et al., 2007). O consumo excessivo de álcool pode afetar o bem-estar físico e psicológico do indivíduo (White & Jackson, 2005), bem como o normal funcionamento do dia-a-dia a diversos níveis: a nível académico, resultando em fraco desempenho e ausências frequentes às aulas e outros compromissos académicos, como a nível familiar com discussões regulares, desentendimentos e rejeições, muitas delas envolvendo violência física entre membros da família; a nível social, nomeadamente, distância dos amigos, más condutas para com os outros e isolamento social e a nível legal, a desobediência face a regras e condutas inapropriadas tal como a condução sob o efeito de álcool (World Health Organization, 2006). Este comportamento tem também implicações na organização e no indivíduo que se encontra empregado implicando uma redução de produtividade, absentismo, aumento dos custos com assistência médica e outros danos pessoais e sociais (Merrick, Volpe-Vartanian, Horgan & McCann, 2007), tal como pode ficar comprometida a saúde e a segurança dos colaboradores, representando uma importante questão de política social e organizacional (Frone, 2004).

Por outro lado, o consumo de medicamentos sem prescrição médica está a tornar-se cada vez mais relevante nos países desenvolvidos, devendo-se a fatores político-económicos, como a diminuição da comparticipação aos medicamentos com prescrição médica pelo serviço de segurança social ou a fatores como o aumento do uso de remédios alternativos (Figueiras, Caamano & Gestal-Otero, 2000), à facilidade de compra via *online* sem prescrição (Manchikanti, 2007) ou à crença que os indivíduos detêm das suas capacidades de autocuidado, dando-se a automedicação (Hoai & Dang, 2017). O contexto em que a automedicação ocorre não tem sido consensual: este pode ocorrer quando qualquer substância não for prescrita por um profissional de saúde licenciado, não existindo uma receita médica ou quando existe qualquer alteração nas diretrizes da dose recomendada para o paciente ou, ainda, quando o indivíduo consome qualquer medicamento que, embora prescrito por um médico, o paciente tenha exercido pressão direta para que o medicamento fosse prescrito (Figueiras et al., 2000; Arria & Wish, 2006).

A nível nacional, um estudo efetuado na população portuguesa urbana concluiu que, tendo em consideração a idade, a prevalência da automedicação é mais elevada (31.40%) nos adolescentes e jovens adultos entre os 15 e os 19 anos, diminuindo na população mais idosa (21.40% em idades iguais ou superiores a 50 anos) (Martins et al., 2002). O mesmo estudo concluiu também que existiram diferenças estatisticamente significativas quanto à análise da prevalência do consumo de medicamentos sem prescrição médica, sendo estas mais elevadas entre estudantes ou cidadãos empregados (30.90%) em comparação com o grupo dos não trabalhadores onde a prevalência foi de 19.10% (Martins et al., 2002). Outros estudos realizados em diversos países demonstraram que o consumo de medicamentos sem prescrição médica é mais acentuado entre os jovens adultos em idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos (LeClair, Kelly, Pawson, Wells & Parsons, 2015; McCabe, Boyd & Teter, 2009).

Para melhor compreender o consumo de substâncias nos jovens adultos, é necessário ter presente que os indivíduos nesta fase se encontram em mudança e transição seja ao nível do seu desenvolvimento e descoberta de identidade pessoal seja ao nível da sociedade (Arnett, 2005; Friedrich, Macedo & Reis, 2015) ou em mudanças contextuais como a entrada no ensino superior ou a entrada no mundo laboral, que poderão propiciar o uso de substâncias (álcool e/ou medicamentos) (Frone, 1999; Schulenberg & Maggs, 2002, cit. por LeClair et al., 2015).

Desta forma, é importante estudar o comportamento do consumo de substâncias psicoativas lícitas, nomeadamente, o álcool e fármacos, pelos jovens adultos portugueses, com

idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos e empregados em Portugal. Para o efeito dividimos as substâncias psicoativas lícitas em duas categorias denominadas de reguladores negativos do sistema nervoso central (SNC), os medicamentos para as dores, para dormir e para a ansiedade/sedativos e reguladores positivos do sistema nervoso central, os medicamentos estimulantes. A escolha deste tipo de medicamentos para o nosso estudo baseou-se nos benefícios que estes podem ter para os usuários, porém também têm o potencial de serem consumidos inadequadamente e o seu consumo inadequado tem sido associado a resultados adversos como mortes por *overdose* ou acidentes de viação, entre outros danos para o bem-estar do indivíduo e da sociedade (Barrett, Meisner & Sherry, 2008).

Dado que o consumo de substâncias é determinado por variados fatores intrínsecos ao indivíduo como a disposição genética, características de personalidade e cognições e por fatores extrínsecos tais como os fatores contextuais como a influência da sociedade, da família e dos grupos de amigos (Kuntsche, Knibbe, Gmel & Engels, 2006; Loose & Acier, 2017), considerámos interessante e enriquecedor focar-nos nos fatores contextuais que poderão ser preditores do consumo de substâncias pelo indivíduo, uma vez que o maior foco na literatura tem sido nos fatores intrínsecos.

Como fatores contextuais considerámos o consumo de substâncias (álcool e medicamentos sem prescrição médico) pela família e pelos amigos próximos. A fim de compreender o impacto destas variáveis de contexto social na motivação de adotar o comportamento de consumo de substâncias pelo indivíduo, foi abordada a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, onde o autor refere que através dos constructos tais como reforço social, modelagem e processos cognitivos fornecem ao indivíduo pistas que o levam a adotar um determinado comportamento. Na literatura internacional muitos têm sido os autores que têm testado o impacto do contexto social e o consumo de substâncias referenciando o papel da Teoria da Aprendizagem Social (Baer, 2002; Liu, Wang, Bamberger, Shi & Bacharach, 2015; Kuntsche & Kuendig, 2006; Borsari, Borsari & Carey, 2006).

Adicionalmente, considerámos também como variável de contexto social a solidão, em que a ausência de uma rede social com significado para o indivíduo poderá levar a que este experiencie sentimentos de solidão, derivados da exclusão social, rejeição ou abandono levando ao consumo de substâncias e sua dependência (Nerviano & Gross, 1976 cit. por Russell, Peplau & Cutrona, 1980; Hawkey, Thisted, Masi & Cacioppo, 2010).

Ao se pretender estudar o consumo de substâncias e ao assumirmos que este comportamento é intencional, a análise das motivações específicas (Rigg & Ibañez, 2010) que estão na base da adoção deste comportamento por parte dos jovens, é fundamental. Quando um indivíduo decide consumir uma substância está subjacente uma razão que o levou a adotar esse comportamento, esperando que daí advenha um determinado resultado (Cooper, 1994) com base na sua experiência pessoal, situação e expectativa que detém através da observação e da exposição ao comportamento de consumo de outros indivíduos, sendo por isso pertinente considerar o contexto social e a motivação.

Para estudarmos as diferentes motivações, os indivíduos teriam que ao longo da vida consumir algum dos tipos de substâncias anteriormente mencionadas, pois só assim poderemos tirar conclusões sobre as suas motivações, uma vez que as motivações têm características cognitivas-afetivas que apenas podem ser avaliadas quando se verifica o comportamento (Kuntsche, Knibbe, Gmer & Engels, 2005; Hauck Filho & Pereira, 2011). Dessa forma, o interesse em estudar as motivações prende-se com o facto de se querer estudar o comportamento em si após este ter sido iniciado e não a expectativa que o indivíduo possui sobre o comportamento e sua consequência. A partir do estudo dos motivos que estão subjacentes ao consumo de um indivíduo procura-se entender as circunstâncias e os padrões em que um indivíduo é suscetível de as consumir.

Neste sentido, foram delineados os seguintes objetivos:

- i)* Identificar os preditores significativos do consumo de álcool e medicamentos sem prescrição médica;
- ii)* Analisar o papel mediador dos motivos de consumo;
- iii)* Analisar o papel do género no consumo de substâncias psicoativas lícitas.

Seguidamente à introdução encontrará o enquadramento teórico em que contextualizamos as variáveis do estudo, abordamos as teorias e estudos pertinentes para a execução do nosso estudo e onde postulámos as hipóteses de acordo com os objetivos anteriormente mencionados. No segundo capítulo consta a metodologia, com uma breve caracterização da amostra, do instrumento utilizado e suas propriedades psicométricas e o procedimento. No terceiro capítulo apresentamos os resultados obtidos no estudo onde verificamos se as hipóteses foram confirmadas através da análise dos resultados. Posteriormente é

apresentado no capítulo IV a discussão dos resultados e comparação com outros estudos sobre esta temática e, por fim, a conclusão com as implicações que o estudo teve e considerações finais.

## **I. Enquadramento Teórico**

### **1.1 A Motivação**

A motivação é um conceito fundamental para compreender o comportamento humano que incide em encontrar as razões que estão na gênese das ações individuais, sendo um fenómeno individual que opera em conjunto com a aprendizagem e percepção, dado que, a maioria dos motivos são aprendidos e adquiridos (Carochinho, 2016). É um conceito teórico relativamente amplo utilizado para explicar o porquê de indivíduos se envolverem em ações específicas em momentos específicos, sendo motivados por fatores internos ou externos (Beck, 2004).

Surgiram, assim, múltiplos modelos e teorias que, segundo o seu paradigma de investigação, pretendem estudar o comportamento humano (Bandura, 1977), entre elas as Teorias Biológicas, Teorias Comportamentais, Teoria Humanista de Maslow, Teorias Cognitivas e as Teorias da Aprendizagem Social, em que o conceito central aborda a questão do comportamento como algo adquirido através da imitação e observação dos outros em contexto social e desta teoria constam as seguintes: a Teoria da expectativa x valor de Atkinson, a Teoria de Nuttin e o Modelo de Bandura (Carochinho, 2016). Considerando o comportamento que se pretende estudar é escolhido o modelo teórico mais relevante e adequado para a análise do comportamento.

### **1.2 A Teoria da Aprendizagem Social**

A teoria da aprendizagem social, após reformulações denominada de teoria social cognitiva, foi aplicada com sucesso na explicação, previsão e influência de comportamentos (Rosenstock, Strecher & Becker, 1988; Bandura, 1977) tais como no comportamento do consumo de substâncias. Esta teoria estabelece que o consumo de substâncias corresponde a um comportamento funcional, socialmente aprendido, iniciado e mantido no contexto de fatores ambientais (Waldron & Kaminer, 2004; Barroso, Barbosa & Mendes, 2006).

De modo a explicar o funcionamento psicossocial, Bandura acreditava que a ação humana era o resultado do que denominou de causalção recíproca triádica a interação entre o indivíduo (I), comportamento (C) e os eventos ambientais (A) que operam como determinantes interativos que influenciam uns aos outros bidireccionalmente (Wood & Bandura, 1989).

Ao longo dos anos, diversos estudos têm demonstrado que a adoção de um determinado comportamento é influenciada por terceiros com base na teoria da aprendizagem social através do reforço social, da modelagem e dos processos cognitivos, nomeadamente, o consumo de substâncias (Baer, 2002; Liu et al., 2015; Kuntsche & Kuendig, 2006; Borsari et al., 2006; Andrews, Tildesley, Hops & Li, 2002).

Esta teoria reconhece a influência que certos eventos ambientais possuem na aquisição de um determinado comportamento através do papel dos processos cognitivos, ou seja, como as influências ambientais são percebidas e avaliadas na determinação de um comportamento (Bandura, 1977 cit. por Waldron & Kaminer, 2004). O processo cognitivo classificou-se em processos de atenção (estar atento ao modelo observado), processos de retenção (recordar os aspetos significativos), processos de produção (praticando para consolidar o que foi observado e registado) e os processos motivacionais (Bandura, 2008; Magalhães & Piteira, 2016).

Além dos processos cognitivos, o reforço social, os efeitos esperados das substâncias (expectativas), a autoeficácia ou a experiência direta dos efeitos das substâncias como gratificante, recompensada ou punitiva são também constructos importantes nesta abordagem (Waldron & Kaminer, 2004; Borsari et al., 2006). Estes fatores em combinação com as competências pessoais e sociais e, em especial, quando estas são pobres, conduzem a um aumento da suscetibilidade das influências sociais para o consumo de substâncias (Barroso et al., 2006).

O conceito de modelagem é, também, fulcral no modelo de Bandura, definido pela mudança de comportamento em função da observação do comportamento de outra pessoa e esta situação de modelagem tem características próprias, sendo influenciada por três fatores, designadamente, *i*) as características dos observadores; *ii*) as consequências associadas aos comportamentos; *iii*) as características dos modelos, em que observamos os modelos quanto à semelhança, sendo mais provável sermos influenciados por modelos semelhantes aos nossos, quanto à idade e género, imitando mais as pessoas do mesmo género e faixa etária, e quanto ao *status* e prestígio, quanto maior for o *status* e o prestígio observado, maior a probabilidade de ser um modelo influenciador (Magalhães & Piteira, 2016).

Neste sentido, focando-nos nas características dos modelos, achámos pertinente estudar o impacto que o consumo de substâncias pelos pais e amigos têm no consumo de substâncias pelo indivíduo, pois estes agentes possuem as características para serem considerados modelos influenciadores, nomeadamente, quanto à semelhança, por partilharem as mesmas normas e é-

lhes reconhecido um *status* e prestígio, e os amigos próximos, ainda partilham de outra característica como a semelhança na faixa etária.

### 1.2.1. A Influência do Consumo de Substâncias por Modelos Influenciadores no Consumo Individual de Substâncias

Para entender como o contexto social pode ter impacto na adoção de um comportamento por parte de um indivíduo é necessário ter em consideração que o ser humano é por natureza um ser social que possui a necessidade de pertencer a um grupo, que se rege por normas, com laços estabelecidos e fortes, que constitui uma motivação que impulsiona os pensamentos, emoções e comportamentos interpessoais (Baumeister & Leary, 1995 cit. por Heinrich & Gullone, 2006). Sendo o indivíduo um ser que vive em sociedade, as normas sociais são fundamentais para compreender a ordem social e possuem um peso significativo na tomada de decisão de adotar certos comportamentos. Os indivíduos tendem a adotar atitudes grupais e a atuar de acordo com as expectativas e comportamentos do grupo com base na necessidade de afiliação e processos de comparação social, pressões sociais para a conformidade do grupo e formação e aquisição de normas de grupos de referência (Perkins, 2002).

Os grupos em que o indivíduo está inserido podem exercer dois tipos distintos de influências sociais denominadas de ativas quando há oferta explícita de substâncias – a título de exemplo oferecer uma bebida ou encher o copo sem perguntar - e a influência passiva que se caracteriza pela percepção e interpretação de um indivíduo dos padrões de consumo e reforço de outros. A influência passiva pode ocorrer através da modelação social (Wood, Read, Mitchell & Brand, 2004; Capone, Wood, Borsari & Laird, 2007) ou através das normas percebidas que ajudarão o indivíduo a determinar o que é um comportamento social aceitável de um comportamento social inaceitável (Borsari & Carey, 2001).

Desta forma, é esperado que o consumo de álcool e o consumo de medicamentos sem prescrição médica por parte da família e dos amigos tenha impacto no consumo de álcool e medicamentos pelo indivíduo, verificando-se ser o consumo de outros um preditor significativo do consumo individual de substâncias.

A influência da família é uma fonte importante para a iniciação do consumo de substâncias, pois os indivíduos aprendem dos seus pais esses comportamentos, sendo a dinâmica da família um fator contextual decisivo associado ao consumo de substâncias (Trujillo, Obando

& Trujillo, 2016; Kuntsche & Kuendig, 2006). A dinâmica familiar é considerada uma pista ambiental importante para a formação de processos cognitivos associados ao consumo de substâncias através das normas e valores implementados e transmitidos no seio familiar quanto à permissão ou não de um comportamento.

De acordo com o anteriormente mencionado, iremos colocar hipóteses de investigação sobre o consumo de álcool e o consumo de medicamentos.

Considerando que os pais funcionam como modelos que socializam os seus filhos e que a um maior consumo de álcool pelos pais se relaciona um maior consumo de álcool por parte dos filhos devido aos diferentes processos de aprendizagem (Vanassche, Sodermans, Matthijs & Swicegood, 2014), esperamos que:

**Hipótese 1 a)** Exista uma associação positiva entre o consumo de álcool, para além das refeições, pela família e o consumo individual de álcool.

A influência dos pares torna-se um determinante poderoso nos comportamentos do consumo de álcool a partir da adolescência tardia (Wood et al., 2004; Capone et al., 2007), constituindo-se um forte preditor das taxas de consumo individual (Baer, 2002; Liu et al., 2015) à medida que o indivíduo envelhece (Kuntsche & Kuendig, 2006). Os amigos mais próximos exercem uma influência ativa no consumo de substâncias, nomeadamente de álcool, pelo que esperamos que:

**Hipótese 1 b)** Exista uma associação positiva entre o consumo de álcool, para além das refeições, pelos amigos próximos e o consumo de álcool pelo indivíduo.

No que concerne à influência dos contextos sociais no consumo de automedicação, Grigoryan e seus colaboradores (2008) examinaram a relação entre fatores predisponentes (atitudes e conhecimentos sobre o uso de antibióticos) e fatores determinantes (riqueza do país e o sistema de saúde) no consumo de automedicação de antibióticos em doze países europeus e os resultados indicaram que o comportamento mais provável da automedicação é fortemente correlacionado com crenças altamente percebidas sobre os tratamentos úteis em doenças menores e bronquite, bem como para doenças sazonais verificado nas áreas rurais de Portugal (Melo et al., 2006 cit. por Hoai & Dang, 2017).

Considerando essa prática como uma prática comum no seio da família, os membros da família que creem nas suas capacidades de cuidar de problemas de saúde consomem mais medicamentos sem prescrição médica e, por sua vez, devido ao seu papel no núcleo familiar

poderão ter impacto no consumo de medicamentos, tornando-se, assim, numa prática familiar aceite. As dores de cabeça, alergias e febre são os problemas de saúde mais automedicados (Hoai & Dang, 2017) e a família uma fonte de informação saliente para a automedicação (Shaghghi, Asadi & Allahverdipour, 2014; McCabe & Boyd, 2005; Boyd, McCabe & Teter, 2006b), pelo que esperamos que:

**Hipótese 1 c)** Exista uma associação positiva entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC.

No estudo de McCabe & Boyd (2005) foi considerada a família como uma das fontes mais relevantes para o indivíduo no que concerne ao consumo de medicamentos sem prescrição médica. Os participantes referiram que os familiares os medicavam em diversas ocasiões, sendo referido com maior prevalência a medicação para as dores, seguindo-se da medicação para dormir, medicação para tratar a ansiedade/sedativos e por fim, a medicação de estimulantes. Nesse mesmo estudo, a influência dos pares também se verificou ser uma fonte saliente para o indivíduo quanto ao consumo de medicamentos sem prescrição médica. Assim, a influência do consumo dos pares não se limita apenas ao álcool, como também aos medicamentos sem prescrição médica, postulando-se a seguinte hipótese:

**Hipótese 1 d)** Existe uma associação positiva entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pelos amigos próximos e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC.

### 1.2.2. A Influência da Solidão no Consumo Individual de Substâncias

Um indivíduo ao experienciar dificuldades na construção e gestão de relacionamentos com os demais e não satisfazendo as suas necessidades de pertença está suscetível de experimentar uma sensação de privação manifestada através da solidão, depressão e ansiedade (Heinrich & Gullone, 2006). Mais ainda, se o indivíduo possuir uma baixa autoeficácia social, isto é, baixa crença nas suas capacidades sociais como gerir conflitos ou conhecer novas pessoas, pode estar mais suscetível a evitar certos tipos de interações que percebe como ameaças aumentando os sentimentos de solidão (Erozkan & Deniz, 2012).

O constructo de solidão engloba sentimentos de isolamento, desconexão e não pertença, não sendo sinónimo de estar só (Hughes, Waite, Hawkey & Cacioppo, 2004). É uma experiência humana comum com dimensões emocionais, cognitivas, motivacionais e comportamentais

(Galanki, 2004, cit. por Ayazlar & Güzel, 2014). A solidão é também caracterizada por um modo psicológico – isolamento social percebido - causado pela fraca habilidade pessoal de comunicação e socialização, podendo ser definida como uma situação em que os indivíduos têm dificuldades em adaptar-se a nível social quando se sentem incompreendidos e infelizes, percecionando o outro como ameaça, acabando por se isolar da sociedade (Yilmaz, 2008; Hawkley & Cacioppo, 2010).

Nolen-Hoeksema e Ahrens (2002) dedicaram-se a estudar a solidão e os sintomas depressivos em grupos com diferentes faixas etárias inclusive indivíduos entre os 25 e 35 anos e concluíram que existe uma associação moderada e positiva entre a solidão e os sintomas depressivos em todos os grupos etários, ou seja, as preocupações com relacionamentos próximos estão relacionadas a sintomas depressivos em qualquer momento da vida (Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006; Masi, Chen, Hawkley & Cacioppo, 2011).

Se por um lado o indivíduo exposto às influências do meio é mais suscetível de consumir substâncias, por outro lado o indivíduo ao sentir solidão, através da exclusão social, rejeição, abandono ou luto, experiência estados emocionais hostis que impulsionam estados negativos (Cacioppo et al., 2006), levando a graves problemas individuais e sociais, incluindo o consumo e dependência de álcool (Nerviano & Gross, 1976, cit. por Russell et al., 1980; Hawkley et al., 2010), sendo expetável que:

***Hipótese 2 a)*** Exista uma associação positiva entre os níveis de solidão e a dependência de álcool.

A solidão está relacionada com sintomas fisiológicos como náuseas, dores de cabeça e fadiga, induzindo as pessoas a adotar estratégias como o consumo de substâncias em vez de uma estratégia mais ativa como ler, ouvir música ou fazer exercício físico (Heinrich & Gullone, 2006). Assim esperamos que:

***Hipótese 2 b)*** Exista uma associação positiva entre os níveis de solidão e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC.

### 1.3 O Modelo Motivacional do Consumo de Álcool

A fim de compreender o comportamento de consumo de substâncias psicoativas lícitas considerámos o papel das motivações para explicar os mecanismos através do qual as variáveis de influência do contexto social explicam as motivações internas na adoção do comportamento, abordando, assim, o Modelo Motivacional do Consumo de Álcool, desenvolvido em 1988 por Cox e Klinger com o objetivo de compreender os fatores que estão relacionados, direta ou indiretamente, ao consumo do álcool, concluindo que cada variável tem impacto na motivação do indivíduo para consumir álcool, pressupondo que o indivíduo tome uma decisão sobre se irá consumir ou não. Esta tomada de decisão é uma combinação dos processos emocionais e racionais, na medida em que a decisão é tomada com base na mudança afetiva que o indivíduo espera alcançar consumindo álcool, em comparação com a não tomada de álcool (Cox & Klinger, 1988; Kuntsche et al., 2005). Os modelos motivacionais afirmam, ainda, que as razões de um indivíduo para se envolver num comportamento são importantes tanto na iniciação quanto na perpetuação desse comportamento (Read, Wood, Kahler, Maddock & Palfai, 2003), sendo pertinente mencionar o modelo motivacional do consumo de álcool.

Os autores do modelo propuseram uma abordagem para categorizar os motivos, que podem ser caracterizados de forma significativa ao longo de duas dimensões subjacentes que refletem a valência - qualidade do reforço - classificada como positiva se apresentado um estímulo benéfico ou negativa quando retirado um estímulo e a fonte – origem do estímulo motivacional – classificada como interna se a origem do estímulo for a manipulação ou gestão do estado emocional do próprio ou externa se a fonte vier do contexto social como aceitação, aprovação ou evitar a rejeição por parte do grupo (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2005). E ainda, os indivíduos podem beber para obter um resultado positivo (reforço positivo) ou para evitar um resultado negativo (reforço negativo) (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2005).

Cruzando essas duas dimensões – valência e fonte - obtêm-se quatro classes de motivos (Cooper, 1994):

*i)* Motivo de Intensificação: motivo de reforço positivo produzido internamente, como por exemplo, beber para melhorar o humor ou o bem-estar positivo.

*ii)* Motivo Social: motivo de reforço positivo criado externamente como beber para obter recompensas sociais positivas.

iii) Motivo de *Coping*: motivos de reforço negativos produzido internamente, como beber para reduzir ou regular as emoções negativas.

iv) Motivo de Conformidade: motivo de reforço negativo criado externamente, a título de exemplo, beber para evitar a censura social ou a rejeição.

Adicionalmente aos quatro motivos acima mencionados, Liu e seus colaboradores (2015) propuseram um outro motivo: o motivo de *performance* que se refere à adoção do comportamento de consumir álcool para alcançar os resultados de desempenho esperados. Desempenho pode definir-se como um conjunto de comportamentos do indivíduo no trabalho que permitem que a organização onde o indivíduo se insere obtenha resultados positivos (Paula & Queiroga, 2015) ou quanto à eficácia com que os colaboradores desempenham atividades que contribuem para o núcleo técnico da organização (Dalal, 2005). Na sociedade competitiva de hoje, em que as organizações se caracterizam cada vez mais pela sua complexidade e dinamismo, procurando cada uma delas diferenciar-se com o intuito de sobressair no mercado e obter índices notáveis de desempenho por parte dos seus colaboradores (Porter, 1996 cit. por Paula & Queiroga, 2015), sendo pertinente enquadrar o motivo de *performance* como um motivo pelo qual os jovens consomem consumo substâncias.

Ao longo dos tempos, a pesquisa empírica sobre os motivos do consumo de bebidas alcoólicas centrou-se quase exclusivamente em apenas dois desses motivos como preditores do consumo de álcool: beber para regular o efeito negativo (motivo de *coping*) e beber para obter recompensas sociais positivas (motivo social), sendo que as validações preditivas para o uso do álcool foram adequadamente estabelecidas em amostras com adultos (Cooper, 1994) tendo-se ainda constatado uma associação positiva entre os motivos e o consumo de álcool (Cooper, 1994; Cooper, Frone, Russell & Mudar, 1995; Spear 2002; Ham & Hope 2003; Liu et al., 2015; White, Anderson, Ray & Mun, 2016; Lac & Donaldson, 2017; Loose & Acier, 2017).

Como preditor de consumo de álcool, os estudos de Cooper (1994), Ham e Hope (2003) e Spear (2002) apontaram como fortes preditores da ingestão de álcool os motivos de *coping*, que têm como objetivo evitar ou diminuir a experiência de estados afetivos negativos internos, como a tensão ou o *stress*, sendo o álcool usado como estratégia de *coping* centrada na emoção como forma de evitar uma realidade causada por *stress*. Uma meta análise com 82 estudos cujo o objetivo era investigar os motivos de consumo de álcool entre adolescentes e jovens adultos obtiveram como resultado que uma má saúde mental – elevados níveis de sensibilidade à

ansiedade e depressão – estava associada ao motivo de *coping* para beber (Kenney, Lac, LaBrie, Hummer & Pham, 2013). Assim esperamos provar que:

**Hipótese 3 a)** Existe uma associação positiva entre o motivo de *coping* e o consumo individual de álcool.

Os motivos sociais também na literatura se têm apresentado como preditores do consumo de álcool e estão positivamente relacionados com o consumo de álcool em contextos sociais e de celebração (e.g. em festas, com amigos) (Cooper, 1994), estando também associados à facilitação social (White et al., 2016; Balsa, Vital & Urbano, 2018), sendo dos motivos mais apontados pelos jovens quando consomem álcool (Read et al., 2003).

**Hipótese 3 b)** Existe uma associação positiva entre o motivo social e o consumo individual de álcool.

Os motivos de consumo apresentam relações diferentes em função dos vários aspetos do comportamento de beber: os motivos internos (*coping* e intensificação) estão associados a um consumo mais pesado de álcool, enquanto que os motivos de reforço negativo (*coping* e conformidade) estão diretamente associados a problemas com álcool (Cooper, 1994).

As conclusões sobre o motivo de conformidade e o consumo de álcool têm sido menos consistente e por vezes está associado negativamente ao consumo de álcool (Neighbors, Lee, Lewis, Fossos & Larimer, 2007; Kuntsche et al., 2006). Porém, há outros estudos que afirmam que o motivo de conformidade está associado a beber em situações em que existe fortes pressões para se conformar e adequar às normas de consumo dos seus pares, bem como está associado a problemas relacionados com o álcool (Cooper, 1994; Kuntsche et al., 2006). Dado que a nossa amostra é constituída por jovens adultos em que existe uma maior conformidade para as normas do grupo e necessidade de afiliação (Perkins, 2002), acreditamos que os jovens motivados pela pressão social acabam por se envolverem num consumo mais problemático. Assim:

**Hipótese 3 c)** Existe uma associação positiva entre o motivo de conformidade e a dependência de álcool.

O uso inadequado de medicamentos prescritos é também uma questão de crescente preocupação. Para melhor compreensão acerca dos riscos associados ao consumo indevido de drogas não prescritas é importante considerar e entender os motivos de consumo (McCabe et al., 2009). Estes podem ser motivos terapêuticos (auto tratamento) de consumo de ansiolíticos e sedativos como forma de reduzir o *stress* e a tensão (motivo de *coping*) e de estimulantes como

forma de melhorar a concentração e a atenção (motivo de *performance*) ou motivos não terapêuticos/ recreativos que incluem adotar o consumo destas substâncias com a finalidade de experienciar uma situação nova ou o uso em contextos sociais (motivo de intensificação e motivo social, respetivamente) (McLarnon, Damedeau, Chan & Barret, 2014).

A motivação para usar medicamentos de regulação negativa do SNC, fornecidos por pais e amigos, tem como propósito o alívio do desconforto do jovem de forma a aliviar as emoções negativas, dado que este comportamento é um tipo de resposta dirigido a um nível somático, com finalidade de alterar o estado emocional do indivíduo (Tomkins, 1966; Leventhal & Cleary, 1980; Koob & Le Moal, 1997; Sinha, 2001; Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998), não se verificando que o indivíduo utilize esta classe de medicamentos para fins recreativos (Boyd et al., 2006b). Assim esperamos que:

**Hipótese 3 d)** Exista uma associação positiva entre o motivo de *coping* e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC.

O motivo de *performance* está associado ao consumo de substâncias, por exemplo, em estudos empíricos com estudantes, o consumo de estimulantes tem como resultado final melhorar a concentração, desejando o sucesso académico com prevalência em períodos de *stress* (Garnier-Dykstra, Caldeira, Vincent, O'Grady & Arria, 2012; McCabe & Teter, 2007). Outros estudos concluíram que a ritalina e outros estimulantes têm aumentado constantemente nos últimos dez anos, particularmente na população adolescente e adulta que procuram aumentar a concentração, aumentar a energia para lidar com a carga de trabalho e melhorar o desempenho (Teter, McCabe, Cranford, Boyd & Guthrie, 2005; Arria & Wish, 2006; Herman-Stahl, Krebs, Kroutil & Heller, 2007; McLarnon et al., 2014; Green, Uryasz, Petr & Bray, 2001). No mundo laboral, nas organizações tem existido um aumento da pressão para prestar um serviço excecional, de tal forma que os motivos de desempenho são particularmente salientes para os colaboradores, em especial, para os novos colaboradores que sentem que têm que corresponder às expetativas das organizações (Liu et al., 2015).

**Hipótese 3 e)** Existe uma associação positiva entre o motivo de *performance* e o consumo de medicamentos reguladores positivos do SNC.

A nível nacional, ao comparar as razões apontadas para o consumo de álcool e de medicamentos nos dois últimos inquéritos realizados a nível nacional acerca do consumo de substâncias psicoativas, concluiu-se que no III Inquérito relativo ao ano 2012 as motivações para

o consumo de álcool mais referidas foram “ajudar a relaxar”, “ajudar a reduzir inibições ou timidez”, “necessidade de ser mais sociável” e “no grupo de amigos algumas pessoas bebem” (Balsa et al., 2014). Já no IV Inquérito relativo aos anos 2016/2017 as razões mais apontadas era o facto de o álcool “saber bem” e “melhorar as festas e comemorações” e “tornar os encontros sociais mais divertidos” (Balsa et al., 2018). Nos dois anos estudados foram referidos diferentes tipos de motivos que levaram os indivíduos a consumir álcool, sendo que no III Inquérito os indivíduos apontavam razões mais negativas como o motivo de *coping* e conformidade, enquanto que no IV Inquérito os indivíduos apontam motivos positivos como o motivo social e de intensificação para o consumo de álcool.

No que diz respeito ao consumo de medicamentos, em ambos os inquéritos os motivos apontados como mais frequentes foram os mesmos: “ajudar a relaxar”, “esquecer os problemas”, “melhorar o raciocínio” e “dar energia física para trabalhar”, ou seja, motivos sobretudo de *coping* e de *performance*.

Considerámos, assim, pertinente estudar de que forma os motivos de consumo predizem o consumo individual de álcool e de medicamentos sem prescrição médica nos jovens portugueses.

Na literatura os motivos apresentam um duplo papel: ora são encarados como preditores, como anteriormente apresentado, ora como mediadores. No estudo de Read e seus colaboradores (2003), estes propuseram-se a testar se os motivos de reforço social estariam positivamente associados a fatores sociais e se mediarão a relação entre os fatores de contexto social e o uso de álcool e o consumo problemático.

Na presente tese, além de querermos testar se as variáveis de contexto social estão positivamente associadas ao consumo de álcool, procuramos também saber se os motivos de reforço positivo (social e de intensificação) medeiam essa relação. Mais ainda, se os motivos de reforço negativo (*coping* e conformidade) medeiam a relação entre os fatores de contexto social e o consumo de substâncias quando considerado o consumo de álcool ou o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC.

Durante a idade adulta emergente, a influência e o controlo dos pais diminui e, portanto, também estes têm menos impacto nos padrões de consumo. Porém, foi demonstrado que os padrões de consumo dos pais afetam o consumo de álcool dos filhos ao longo da vida, uma vez que estes modelam o próprio comportamento nos padrões de consumo dos seus pais nas

situações, contextos de uso, frequência e quantidade (White & Jackson, 2005). Assim, a família ao consumir álcool para obter recompensas sociais ou melhorar o humor irá ter influência no consumo de álcool do indivíduo.

**Hipótese 4 a)** A relação entre o consumo de álcool pela família e o consumo de álcool pelo indivíduo é mediado pelo motivo social.

Mais ainda, os amigos mais próximos também demonstraram ter influência nos comportamentos dos indivíduos. Os pares através das suas ações fornecem informações sobre quais os comportamentos aceites num determinado contexto social e que tendem a levar à obtenção de uma recompensa social ou para ser parte de uma identidade de grupo, o que torna a influência dos pares tão poderosa no consumo individual (Borsari & Carey, 2001).

**Hipótese 4 b)** A relação entre o consumo de álcool pelos amigos próximos e o consumo de álcool pelo indivíduo é mediado pelo motivo social.

Os motivos também têm mediado a relação entre variáveis de personalidade e o consumo de álcool, nomeadamente, o motivo de *coping* e conformidade confirmaram ser mediadores entre a ansiedade social e os problemas relacionados ao consumo de álcool, em que o álcool é percebido como um meio de reduzir a ansiedade em situações sociais, assim, quanto mais ansioso socialmente um indivíduo está, ou seja, quanto mais preocupado com a aprovação dos outros, maior a probabilidade de consumo problemático como meio de evitar a rejeição social, desempenhando assim o motivo de conformidade um papel importante na relação entre a ansiedade social e problemas relacionados com o álcool (Lewis et al., 2008; Hauck Filho & Pereira, 2011).

Espera-se que o motivo de conformidade tenha um papel importante também na relação entre a solidão e a dependência de álcool, uma vez que como forma de reagir à rejeição social, o indivíduo que se sinta solitário encontrará no álcool um refúgio aos seus sentimentos, à censura e pressão social exercida. Os consumidores solitários quando consomem álcool, motivados pela conformidade, relatam mais baixos níveis de consumo do que outros indivíduos que apontam outros motivos para consumir álcool (Kuntsche et al., 2006), porém incorrem em maiores problemas relacionados com o álcool (Lewis et al., 2008; Hauck Filho & Pereira, 2011).

**Hipótese 4 c)** A relação dos níveis de solidão na dependência de álcool é mediado pelo motivo de conformidade.

No que se refere à automedicação, quando praticada de forma correta acarreta benefícios tanto para a sociedade como para os indivíduos (WHO, 2000b cit. por Hoai & Dang, 2017), permitindo aos indivíduos e às suas famílias gerirem e administrarem os seus problemas de saúde com baixos custos e economizando o seu tempo, como demonstrado nos estudos de McCabe e Boyd (2005) e de Boyd e seus colaboradores (2006b) em que os jovens perante estados emocionais hostis os pais exerciam uma influência direta ao fornecer os medicamentos para que os seus filhos se medicassem.

**Hipótese 4 d):** A relação entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família no consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC é mediado pelo motivo de *coping*.

#### **1.4 O Papel do Género no Consumo Individual de Substâncias**

O papel do género no consumo de substâncias é algo complexo e dinâmico face às múltiplas conclusões de diversos estudos nesta área, sendo os dados empíricos mais semelhantes quanto às diferenças entre os géneros no consumo de álcool, predominando o género masculino como o género que consome mais álcool, e menos consensual no que concerne às diferenças entre os géneros no consumo de medicamentos, aparecendo por vezes indicado que o consumo de medicamentos é mais elevado no género feminino e, outras vezes, maior prevalência do consumo de medicamentos, quando se trata de automedicação, para o género masculino.

Em relação ao consumo de álcool, mencionamos os estudos de Ham e Hope (2003) e Nolen-Hoeksema (2004), numa amostra com jovens universitários obtiveram como resultados que o consumo de álcool é mais frequente, mais intenso e ingerido em maiores quantidades por jovens do género masculino do que em estudantes do género feminino. Mais ainda, o consumo de álcool como forma de lidar com a angústia está fortemente mais relacionado com os homens do que com as mulheres (Nolen-Hoeksema, 2004), acreditando-se que abusam do consumo de álcool para esconder os sintomas depressivos por sentirem que não se podem expressar abertamente devido às sanções sociais contra este género quando expressam angústia e fraqueza (Cooper et al., 1997, cit. por Nolen-Hoeksema, 2004).

É exetável que existam diferenças significativas no consumo de álcool entre os géneros, sendo o género masculino a obter maior percentagem de consumo, indo de encontro também ao reportado nos inquéritos nacionais (Balsa et al., 2014; Balsa et al., 2018) em que os

investigadores mencionaram que em todos os períodos temporais – ao longa da vida, nos últimos doze meses e os últimos trinta dias -, bem como em todas as faixas etárias a taxa de prevalência do consumo de álcool foi superior no género masculino. Especificamente, reportando os dados do ano 2016/2017 na população jovem entre os 15 e os 24 anos e considerando o período temporal os últimos trinta dias, a taxa de prevalência foi de 47.4% para o género masculino e 28.5% para o género feminino, demonstrando ser superior no género masculino.

**Hipótese 5 a)** Os indivíduos do género masculino têm maior prevalência de consumo de álcool do que o género feminino.

Quando considerado o consumo de medicamentos, os resultados divergem. Na literatura internacional, os estudos indicaram que quanto à prevalência do consumo de medicamentos para as dores, antidepressivos e sedativos houve uma maior prevalência de consumo de medicamentos e de automedicação no género feminino como forma de gerir a ansiedade e a insónia (Figueiras et al., 2000; McLarnon et al., 2014; Kelly, Wells, LeClair, Tracy, Parsons & Golub, 2013; McCabe, Teter & Boyd, 2006), bem como no consumo de medicamentos para dormir estes têm sido mais comuns no género feminino (Omvik et al., 2010, Pallesen et al., 2001; Kassam & Patten, 2006).

Em Portugal, no III Inquérito Nacional do Consumo de Substâncias Psicoativas do ano 2012 (Balsa et al., 2014), assim como no estudo de Martins e colaboradores (2002) o recurso à automedicação obteve maiores percentagens nos usuários do género masculino, sendo o consumo de medicamentos com receita médica superior no género feminino (Balsa et al., 2014). Assim, esperamos encontrar diferenças no consumo de medicamentos consoante o género, especificamente, quando as substâncias são consumidas sem recurso a uma receita médica, o género masculino tem maior taxa de prevalência, com exceção do consumo de medicamentos para as dores dado a fisiologia humana do sexo feminino.

**Hipótese 5 b)** Os indivíduos do sexo masculino têm maior prevalência de consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC sem prescrição médica nas categorias de medicamentos para dormir e para a ansiedade e o género feminino tem maior prevalência no consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC sem prescrição médica na categoria de medicamentos para as dores.

No IV inquérito no ano 2016/2017 constatou-se que o consumo de medicamentos é maior entre o género feminino e aumenta à medida que a idade também aumenta com exceção na

faixa etária dos 15 aos 24 anos, em que o género masculino apresentou valores superiores aos das mulheres para a mesma faixa etária (Balsa et al., 2018).

Quanto à categoria de medicamentos estimulantes diversos estudos referem uma maior prevalência do género masculino no consumo desta classe de medicamentos (Kelly et al., 2013; Arria & Wish, 2006; Figueiras et al., 2000; Garnier-Dykstra et al., 2012), o que nos leva a formular a hipótese de que:

**Hipótese 5 c)** Os participantes do género masculino têm maior prevalência no consumo de medicamentos reguladores positivos do SNC.

Ao considerar a diferença entre os géneros e o impacto que o contexto social exerce no consumo de substâncias por parte dos jovens é esperado que os jovens com maior conformidade social adotem mais rapidamente o padrão de consumo do grupo, neste caso, da família que demonstrou ser um importante fator para o consumo dos jovens quando aprovam o consumo de álcool. Foi demonstrado que o género feminino é mais suscetível de alcançar pontuações maiores no consumo individual de álcool quando influenciado pelo consumo de álcool pela família (Knyazev, Slobodskaya, Kharchenko & Wilson, 2004), ou seja, quanto maior o consumo de álcool pela família, maior o consumo individual de álcool e esta relação tende a ser mais forte quando o indivíduo pertence ao género feminino.

**Hipótese 6 a)** O género modera a relação entre o consumo de álcool pela família e o consumo individual de álcool, tal que esta relação é mais forte entre o género feminino do que o género masculino.

Por sua vez, considerando o reforço social da teoria da aprendizagem social, o reforço social dos pares parece ser maior no género masculino em comparação ao género feminino em situações de consumo de álcool, dado que, as atividades de consumo social são um contexto importante para o género masculino em que estes vêem as situações de bebida como uma forma de estimular a proximidade e o apoio dos pares (Borsari et al., 2006).

**Hipótese 6 b)** O género modera a relação entre o consumo de álcool pelos amigos próximos e o consumo individual de álcool, sendo a relação mais forte quando consideramos o género masculino comparativamente ao género feminino.

As fontes de informação sobre medicamentos podem ser diversas desde o farmacêutico, aos *media*, a família ou os amigos, porém nos jovens a fonte de informação e conhecimento mais comum são os membros da família, em especial a mãe no que concerne a medicamentos para fins

terapêuticos (Afolabi, 2008). Segundo os fatores influenciadores da modelagem, evidenciando as características do modelo e de acordo com a literatura sendo a mãe a fonte de informação mais saliente e que detém um papel de *status* e prestígio em questões de saúde na família, o género feminino, por partilhar o mesmo género do modelo (mãe), é mais suscetível de ser influenciado. Assim, quanto maior o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família, maior o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC e, em especial, se o participante pertencer ao género feminino.

**Hipótese 6 c)** O género modera a relação entre o consumo de medicamentos pela família e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC sendo que esta relação é mais forte no género feminino do que no género masculino.

Koenig, Isaacs e Schwartz (1994) e Cacioppo e seus colaboradores (2006) investigaram potenciais diferenças na associação entre a solidão e sintomas depressivos em adolescentes do género feminino e masculino, descobrindo que embora os níveis de sintomas depressivos fossem superiores no género feminino, a associação entre solidão e sintomas depressivos foi comparativamente forte em ambos os géneros, bem como ambos os géneros são igualmente solitários. O indivíduo ao sentir-se solitário apresenta sintomas fisiológicos como dores de cabeça (Heinrich & Gullone, 2006), assim como poderá estar suscetível de relatar problemas individuais e sociais como o consumo de substâncias (Nerviano & Gross, 1976 cit. por Russell et al., 1980; Hawkey et al., 2010) e, uma vez que, tem sido relatado diferenças de género nos sentimentos de solidão sendo superior no género feminino, bem como diferenças no consumo de medicamentos quanto ao género, em especial, nos medicamentos para as dores, pretendeu-se investigar se:

**Hipótese 6 d)** O género modera a relação entre os níveis de solidão e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC e esta relação é mais forte no género feminino do que no género masculino.

## II. Metodologia

### 2.1. Amostra

A população-alvo delineada para o presente estudo foram jovens portugueses com idade compreendida entre os 18 e os 30 anos e que se encontrassem a trabalhar em Portugal. O tipo de amostragem escolhido foi a amostra não aleatória ou não probabilística, mais concretamente, a amostragem objetiva (*snowball*) (Bispo & Maroco, 2005), tendo como objetivo alcançar 200 participantes.

Caracterizando os participantes, 63.30% pertencem ao género feminino, com uma média de idade de 24.98 anos (DP= 3.657). Quanto às habilitações literárias, 16.10% dos participantes possuem o 12ºano, 34.90% dos participantes têm o grau académico correspondente à licenciatura e 36.20% com o grau académico de mestre, o que reflete que mais do que cinquenta por cento dos participantes tem habilitações literárias superiores.

Aos participantes foram ainda colocadas questões acerca da sua vida profissional: função que desempenha, tipo de vínculo contratual, tempo de permanência no presente emprego, média de horas trabalhadas por semana, se ocupa uma posição de chefia quantos subordinados tem, qual o número médio de colaboradores da empresa e, por fim, qual o setor de atividade da sua empresa.

A área de atuação dos participantes na organização demonstrou ser diversificada, tendo sido referido que a área com maior percentagem da nossa amostra foi a área comercial, seguindo-se a área da consultoria e, em terceiro, marketing e design.

Quando questionados acerca da permanência no atual emprego, foi referido que uma maior percentagem dos participantes se encontrava na organização há menos de doze meses, seguindo-se o grupo de indivíduos que se encontrava na organização entre doze meses e trinta e seis meses (três anos). Por fim, em relação à média de horas semanais de trabalho, maioritariamente os participantes referiram que trabalhavam entre vinte horas a quarenta horas semanais, seguindo-se o grupo que refere que trabalha entre quarenta e sessenta horas semanais.

## 2.2 Instrumentos

De forma a operacionalizar as variáveis foi criado o questionário para o presente estudo (Anexo A), com duração aproximada para o seu preenchimento de treze minutos. Ao participante foi apresentado na primeira página uma breve descrição do estudo e convidado a dar o consentimento para prosseguir com o questionário. Após este passo, deu-se início ao questionário propriamente dito, composto por duas partes, sendo que a primeira parte incidiu sobre o *stress* ocupacional, estratégias para lidar com o *stress* e tensão, consumo de substâncias psicoativas lícitas (álcool e medicação) do próprio participante, dos seus familiares e amigos próximos, bem como outras questões pertinentes acerca do consumo – i.g., tomado por iniciativa do próprio vs por prescrição médica; a influência de cada fator na tomada de decisão do consumo de medicamentos – e, ainda, questões relativas ao motivo do consumo de álcool e/ou medicamentos sem prescrição médica e sobre a solidão e o apoio sentido pela sua família e amigos próximos. A segunda parte do instrumento correspondia a questões sociodemográficas e de cariz profissional.

Para analisar e explorar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas, utilizou-se a técnica de análise fatorial exploratória de dados (Maroco, 2010). Para avaliar a qualidade dos dados utilizou-se a medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin representado no seguinte quadro.

Quadro 2.1. *Valores de KMO* (Maroco, 2010)

<b>Valor de KMO</b>	<b>Recomendação relativamente à AF</b>
]0,9; 1,0]	Excelente
]0,8; 0,9]	Boa
]0,7; 0,8]	Média
]0,6; 0,7]	Medíocre
]0,5; 0,6]	Mau mas ainda aceitável
≤ 0,5	Inaceitável

### 2.2.1. Escala AUDIT

A escala utilizada para medir o consumo de álcool foi o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), desenvolvido para detetar o consumo excessivo de álcool, bem como para entender se o indivíduo apresenta um consumo de risco, consumo prejudicial ou dependência de álcool. Foi criado a partir de um projeto colaborativo da Organização Mundial de Saúde em seis países, validado para diversas subpopulações, como estudantes universitários, desempregados, dependentes de drogas e pessoas com baixo *status* socioeconómico e foi o único teste desenhado especificamente para uso internacional (World Health Organization, 2006; Babor et al., 2001). É de salientar que o AUDIT apresenta boas propriedades psicométricas a nível de fiabilidade, validade e de critério e por essa razão a partir do final do século XX já se encontrava entre os instrumentos mais utilizados e recomendado a sua aplicação por organizações com prestígio (Fonte & Mota-Cardoso, 2013).

Através da análise fatorial que realizámos, a estrutura foi composta por três fatores, em que o primeiro fator, que correspondia aos três primeiros itens avaliam o consumo de álcool (frequência e ingestão), o segundo fator denominado por dependência do consumo de álcool, que consta igualmente os três itens seguintes e o terceiro fator que representa as consequências negativas do consumo de álcool, com os últimos três itens. É importante referir que o item “com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar” foi eliminado, pois demonstrou ser um item ambíguo. Quanto às propriedades psicométricas, esta reportou uma adequação média ( $KMO = .74$ ) e quanto à fiabilidade de cada fator, estes foram de:  $\alpha$  de Cronbach Fator 1 = .82;  $\alpha$  de Cronbach Fator 2 = .70;  $\alpha$  de Cronbach Fator 3 = .51).

As primeiras oito questões são avaliadas numa escala de quatro pontos de nunca (0) a quatro ou mais vezes por semana (4). As últimas duas perguntas são avaliadas de forma diferente: o indivíduo ao responder “Não” é cotado com 0 pontos; caso responda “Sim, mas não nos últimos 12 meses” é cotado com 2 pontos e se afirmar “Sim, aconteceu nos últimos 12 meses” é atribuído 4 pontos. Por essa razão, no instrumento os últimos dois itens encontravam-se separados dos oito itens iniciais. Em suma, é apurado o resultado final somando os pontos em cada item. Os valores entre 1 e 7 corresponde a um consumo de baixo risco, os valores entre 8 e 19 é considerado consumo nocivo/abuso e os valores entre 20 e 40 indica dependência. No nosso

estudo, 59.4% dos participantes têm um consumo de baixo risco, 36.1% apresenta um comportamento de consumo nocivo e abuso e 4.5% dependência de álcool.

### 2.2.2. Escala do Consumo Individual de Medicamentos

De forma a apurar o consumo de diferentes tipos de medicamentos, os indivíduos utilizando uma escala de pontos que varia entre (0) nunca a (4) quatro ou mais vezes por semana avaliavam a frequência do seu consumo quanto à tomada de medicamentos para as dores, estimulantes, para dormir ou para a ansiedade/sedativos (Boyd, McCabe, Cranford & Young, 2006).

### 2.2.3. Escala do Consumo de Substâncias pelos Modelos Influenciadores

Com o objetivo de estudar se os comportamentos de consumo dos familiares próximos, na toma de álcool para além das refeições e automedicação, bem como os comportamentos de consumo de amigos íntimos exerciam influência no consumo individual de substâncias foram colocadas duas questões para que os indivíduos indicassem a frequência desse consumo, cotando de nunca (0) a sempre (4).

### 2.2.4. Escala Drinking Motive Questionnaire

Para apurar os motivos pelos quais os sujeitos consomem álcool e/ou automedicação, recorreremos à escala Drinking Motive Questionnaire (DMQ-R), versão reduzida da escala original de Cooper (1994), constituída por 20 itens que se agrupam em quatro fatores/motivos: social, *coping*, intensificação e conformidade. A versão reduzida da escala é constituída por 12 itens, repartidas pelas dimensões anteriormente mencionadas. Acrescentou-se ao DMQ-R cinco itens, que segundo Liu e seus colaboradores (2015), avaliaria um outro motivo de consumo de substâncias: o motivo de *performance*. A escala foi medida através de uma escala cotada de nunca (1) a sempre (5).

No estudo de validação à população portuguesa o DMQ verificou-se ter boa a excelente consistência interna com *alpha* de *Cronbach* a variar entre os .78 e os .94 pelos diferentes grupos de motivos (Fernandes-Jesus et al., 2016 cit. por Mostardinha & Pereira, 2018)

Com base nas características psicométricas positivas que o instrumento apresentou para a população portuguesa, utilizou-se este instrumento.

Inicialmente procedeu-se à execução da análise fatorial que agrupou os itens em quatro fatores, ao invés de cinco motivos de consumo. O motivo social e o motivo de intensificação foram agrupados em um só fator que contempla seis itens – “Porque me ajuda a divertir numa festa” e “Porque torna os encontros sociais mais divertidos”. O fator 2, motivo de *performance*, com três itens composto por afirmações como consumi substâncias “Para maior sucesso”; “Para realizar o meu trabalho melhor”. O fator 3, agrupa três itens que incidem sobre o motivo de *coping*, nomeadamente com afirmações como “Para esquecer as minhas preocupações/ problemas” e “Para me animar quando estou de mau humor”. O quarto e último fator da análise fatorial exploratória é o motivo de conformidade que engloba três itens com frases como consumi substâncias “Para fazer parte de um grupo de que gosto” e “Para que não me sinta posto de lado”.

Esta revelou ter uma boa adequação ( $KMO=.80$ ), bem como uma boa fiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach do fator 1= .93;  $\alpha$  de Cronbach do fator 2= .92;  $\alpha$  de Cronbach do fator 3= .83;  $\alpha$  de Cronbach do fator 4= .77).

#### 2.2.5. Escala de Solidão

De forma, a medir os níveis de solidão foi utilizada a escala três itens da UCLA, uma versão reduzida da escala original constituída por 20 itens (Hughes et al., 2004) no sentido de avaliar os sentimentos subjetivos de solidão. Os sujeitos indicavam com que frequência se identificavam com as situações apresentadas recorrendo à escala de pontos em que (1) correspondia a nunca e (4) muitas vezes.

A análise fatorial exploratória agrupou os itens em um fator, com média adequação ( $KMO= .71$ ) e boa fiabilidade ( $\alpha$  de Cronbach= .85).

### **2.3. Procedimento**

Em primeiro lugar, procedeu-se à formulação do questionário através da plataforma *Qualtrics*. Após a construção do questionário, iniciou-se a seleção e recrutamento dos participantes de acordo com os critérios de inclusão. Este processo ocorreu de forma *online*, sendo que o questionário foi enviado pessoalmente, através do *Facebook* e do *LinkedIn*. Também

foram impressos questionários para distribuir a indivíduos que assim o preferissem, bem como para distribuir em empresas.

Das 243 respostas ao questionário foram consideradas 152, uma vez que, não foram contabilizados os questionários que se encontravam incompletos ou que não correspondiam aos critérios de inclusão requeridos para a participação no estudo.

Posteriormente, através da plataforma IBM SPSS *Statistics 23* ocorreu o tratamento e análise dos dados, designadamente, iniciando-se com a análise fatorial exploratória às escalas utilizadas no estudo, de seguida procedeu-se à realização das correlações para averiguar se as variáveis estavam correlacionadas e, por fim, procedeu-se à realização dos modelos de regressões lineares para testar as associações entre as variáveis de controlo e as variáveis predictoras nas variáveis de critério.

No bloco 1 constaram o género, a idade, habilitações literárias, tempo de permanência no atual emprego e tempo de horas no trabalho, variáveis denominadas de controlo, no bloco 2 as variáveis de contexto social, nomeadamente, a solidão e o consumo de substâncias psicoativas lícitas pela família e pelos amigos próximos e no bloco 3 os motivos do consumo. A hierárquica dos blocos foi feita através do método *enter*. Realizou-se, ainda, modelos de moderação quando o género apresentava um coeficiente significativo e o *medgraph* para calcular o efeito indireto através do teste de Sobel para as mediações.

Finalmente, foi realizado o test-T para aferir se as médias do consumo de substâncias psicoativas lícitas variavam conforme o género.

### **III. Resultados**

Na fase inicial do tratamento de dados, analisou-se os valores das médias, desvios padrões, correlações entre as variáveis do estudo e os  $\alpha$  de *Cronbach* na diagonal.

Quadro 3.1. *Matriz de Correlações*

	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15			
<b>1- Consumo de álcool</b>	2.35	.86	<b>.82</b>	.40**	n.s	n.s	n.s	n.s	.40**	.17*	.31**	n.s	n.s	.60**	n.s	.34**	n.s			
<b>2-Dep. de álcool</b>	1.20	.44		<b>.70</b>	n.s	.20*	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	n.s	.20*	.20*	.20*	.28**	.43**			
<b>3-Consumo med. dores</b>	1.95	.94			-	n.s	n.s	.19*	n.s	.20*	n.s	.29**	.37**	n.s	n.s	n.s	n.s			
<b>4-Consumo med.estimulante</b>	1.09	.994				-	.32**	.40**	n.s	.22**	n.s	n.s	n.s	.18*	.52**	.28**	.27**			
<b>5-Consumo med.dormir</b>	1.23	.71					-	.32**	n.s	n.s	n.s	n.s	.18*	n.s	.16*	.20*	.24**			
<b>6-Consumo med.ansiedade</b>	1.23	.71						-	n.s	.22**	.19*	n.s	.19*	n.s	.21*	.34**	n.s			
<b>7-Consumo álcool pela família</b>	2.23	1.01							-	.35**	.56**	.17*	n.s	.35**	n.s	.23**	n.s			
<b>8- Consumo med.pela família</b>	2.19	.995								-	.33**	.58**	n.s	n.s	.27**	.20*	n.s			
<b>9- Consumo álcool pelos amigos</b>	2.86	.95									-	.27**	n.s	.30**	n.s	.24**	n.s			
<b>10- Consumo med. pelos amigos</b>	2.03	.86										-	n.s	n.s	n.s	.21*	n.s			
<b>11- Solidão</b>	2.06	.85											-	.71	n.s	n.s	.23**	n.s		
<b>12- Motivo social e intensificação</b>	2.24	1.02												-	.93	.16*	.46**	.24**		
<b>13- Motivo performance</b>	1.19	.596													-	.92	.29**	.44**		
<b>14- Motivo coping</b>	1.62	.80															-	.83	.27**	
<b>15- Motivo conformidade</b>	1.14	.42																	-	.77

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Considerando as correlações apresentadas no quadro 1, o consumo de álcool individual está correlacionado mais fortemente com o motivo social e de intensificação ( $r=.60$ ;  $p<.01$ ), seguidamente com o consumo da família de álcool para além das refeições ( $r=.40$ ;  $p<.01$ ), depois com o motivo de *coping* ( $r=.34$ ;  $p<.01$ ) e por fim, com o consumo de álcool para além das refeições pelos amigos ( $r=.31$ ;  $p<.01$ ).

Quanto à dependência do consumo de álcool, encontra-se correlações significativas e mais forte com o motivo de conformidade ( $r=.43$ ;  $p<.01$ ) e com o motivo de *coping* ( $r=.28$ ;  $p<.01$ ) e de forma mais moderada com o motivo de *performance* ( $r=.20$ ;  $p<.05$ ), com o motivo social e de intensificação ( $r=.20$ ;  $p<.05$ ), com a solidão ( $r=.20$ ;  $p<.05$ ) e com o consumo de medicamentos estimulantes ( $r=.20$ ;  $p<.05$ ).

Quando é analisado as correlações do consumo de medicamentos para as dores este encontra-se correlacionado com a solidão ( $r=.37$ ;  $p<.01$ ), com o consumo de medicamentos sem prescrição médica pelos amigos ( $r=.29$ ;  $p<.01$ ) e com o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família ( $r=.20$ ;  $p<.05$ ). O consumo de medicamentos estimulantes está correlacionado fortemente com o motivo de *performance* ( $r=.52$ ;  $p<.01$ ), com o motivo de *coping* ( $r=.28$ ;  $p<.01$ ), com o motivo de conformidade ( $r=.27$ ;  $p<.01$ ), com o consumo de medicação sem prescrição médica pela família ( $r=.22$ ;  $p<.05$ ) e com o motivo social e intensificação ( $r=.18$ ;  $p<.05$ ). O consumo de medicamentos para dormir está correlacionado positivamente com o motivo de conformidade ( $r=.24$ ;  $p<.01$ ), com o motivo de *coping* ( $r=.20$ ;  $p<.05$ ), com a solidão ( $r=.18$ ;  $p<.05$ ) e com o motivo de *performance* ( $r=.16$ ;  $p<.05$ ). O consumo de medicamentos para a ansiedade/sedativos está fortemente correlacionado com o motivo de *coping* ( $r=.34$ ;  $p<.01$ ) e com o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família ( $r=.22$ ;  $p<.01$ ) e, ainda, mas de forma mais moderada com o motivo de *performance* ( $r=.21$ ;  $p<.01$ ) e com a solidão ( $r=.19$ ;  $p<.05$ ).

O consumo de álcool, pela família, para além das refeições está correlacionado, além das anteriores correlações mencionadas, com o motivo social e intensificação ( $r=.35$ ;  $p<.01$ ) e com o motivo de *coping* ( $r=.23$ ;  $p<.01$ ). Já o consumo da família em relação à tomada de medicação sem prescrição médica está correlacionada com o motivo de *performance* ( $r=.27$ ;  $p<.01$ ) e com o motivo de *coping* ( $r=.20$ ;  $p<.05$ ).

Quanto às correlações do consumo pelos amigos, considerando a toma de álcool esta está correlacionada com o motivo social e intensificação ( $r=.30$ ;  $p<.01$ ) e com o motivo de *coping*

( $r=.24$ ;  $p<.01$ ) e quanto à toma de medicação está correlacionada com o motivo de *coping* ( $r=.21$ ;  $p<.05$ ).

Por fim, a solidão encontra-se correlacionada, ainda além das anteriores correlações mencionadas, com o motivo de *coping* ( $r=.23$ ;  $p<.01$ ).

Após a análise das correlações para compreender quais as variáveis que estão relacionadas entre si, recorreu-se às regressões lineares para estudar as possíveis associações entre as variáveis predictoras e variáveis critérios, iniciando-se com o estudo das mesmas na variável consumo de álcool.

Quadro 3.2. *Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de álcool*

		Variável Critério		
		Consumo de álcool		
Bloco 1		Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	Género	.12	.10	-.02
	Idade	.13	.08	.08
	Habilitações literárias	.01	.01	.006
	Tempo de permanência no atual emprego	-.10	-.07	-.02
	Tempo de horas no trabalho	.15	0.13	.07
	$\Delta R^2$	<b>.01</b>		
	$R^2$	<b>.06</b>		
Bloco 2				
	Solidão		.03	-.01
	Consumo de álcool pela família		.32**	.20*
	Consumo de álcool pelos amigos		.20*	.10
	$\Delta R^2$		<b>.20**</b>	
	$R^2$		<b>.26**</b>	
Bloco 3				
	Motivo social e de intensificação			.45**
	Motivo de <i>performance</i>			-.04
	Motivo de <i>coping</i>			.02
	Motivo de conformidade			-.10
	$\Delta R^2$			<b>.34**</b>
	$R^2$			<b>.41**</b>

\*\*  $p<.01$ ; \* $p<.05$

No quadro anteriormente apresentado as variáveis de controlo não tiveram uma associação significativa, como se pode observar no primeiro modelo de regressão linear.

Mantendo as variáveis de controlo no bloco 1, analisou-se se as variáveis de contexto social (a solidão, o consumo de álcool para além das refeições pela família e o consumo de álcool

para além das refeições pelos amigos próximos) poderiam ter impacto no consumo individual de álcool. Este modelo predisse 20% da variância do consumo individual de álcool [ $F(8,101) = 4.49$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_{ajustado} = .20$ ]. A variável consumo de álcool para além das refeições pela família verificou ser um preditor do consumo de álcool individual pois teve uma associação significativa ( $Beta = .32$ ;  $t(101) = 3.19$ ;  $p < .01$ ) e positiva, o que permitiu validar a hipótese 1 a) existe uma associação positiva entre o consumo de álcool para além refeições pela família e o consumo individual de álcool.

O consumo de álcool para além das refeições pelos amigos confirmou ser um preditor do consumo de álcool individual, pois, também, teve uma relação significativa ( $Beta = .20$ ;  $t(101) = 1.98$ ;  $p \leq .05$ ) e positiva, confirmando-se a hipótese 1 b) existe uma associação positiva entre o consumo de álcool para além das refeições pelos amigos próximos e o consumo individual de álcool.

Concluindo-se que quanto maior o consumo de álcool para além das refeições por parte da família e dos amigos, maior o consumo individual de álcool.

Quando se introduziu, no modelo 3, os diferentes tipos de motivos, o modelo explicou 34% do consumo de álcool individual [ $F(12,97) = 5.63$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_{ajustado} = .34$ ].

O motivo social e de intensificação demonstrou ser o único preditor no consumo individual de álcool. Desta forma, não se confirmou a hipótese 3 a) “existe uma associação positiva entre o motivo de *coping* e o consumo individual de álcool”, porém validou-se a hipótese 3 b) “existe uma associação positiva entre o motivo social e o consumo individual de álcool”, dado que o motivo social e de intensificação apresentou uma associação positiva e significativa predizendo o consumo de álcool individual, o que significa que quanto maior o consumo de álcool como forma de melhorar o humor/por diversão ou em celebrações, maior a adoção do comportamento de consumo individual de álcool ( $Beta = .45$ ;  $t(97) = 4.41$ ;  $p < .01$ ).

Ao analisarmos os coeficientes das variáveis de consumo de álcool pela família, primeiramente e, seguidamente a dos amigos próximos, observamos que face ao consumo de álcool pela família, o valor do coeficiente diminuiu [ $Beta = .32$ ;  $t(101) = 3.19$ ;  $p < .01$ ] para  $Beta = .20$ ;  $t(97) = 2.04$ ;  $p < .05$ ], continuando este a ser significativo. Assim, estamos perante uma mediação parcial, confirmando-se a hipótese 4 a) de que o motivo social e de intensificação medeia, embora parcialmente, a relação entre o consumo de álcool para além das refeições pela família e o consumo individual de álcool.

O consumo de álcool para além das refeições pela família teve um efeito indireto no consumo individual de álcool mediado pelo motivo social e de intensificação ( $ab = .16$ ; Sobel  $Z = 3.86$ ;  $p < .01$ ; 95% IC = .08;.24).

No que concerne ao valor do coeficiente do consumo de álcool pelos amigos próximos, verificámos que do modelo de regressão linear 2 para o modelo de regressão linear 3, este deixou de ser significativo [ $Beta = .20$ ;  $t(101) = 1.98$ ;  $p < .05$  para  $Beta = .10$ ;  $t(97) = 1.10$ ;  $p = .27$ ]. Assim, pode-se dizer que ocorreu uma mediação total, o que nos leva a confirmar a hipótese 4 b) a relação entre o consumo de álcool pelos amigos próximos e o consumo de álcool pelo indivíduo é mediado pelo motivo social e de intensificação.

O género não apresentou relações significativas ao longo dos três modelos, o que não nos permite avançar para a realização dos modelos de moderações. Assim, a hipótese 6 a) “o género modera a relação entre o consumo de álcool pela família e o consumo individual de álcool, tal que esta relação é mais forte entre o género feminino do que o género masculino” e a hipótese 6 b) “o género modera a relação entre o consumo de álcool pelos amigos próximos e o consumo individual de álcool, sendo a relação mais forte quando consideramos o género masculino comparativamente ao género feminino” não foram testadas.

Prosseguindo, realizou-se o quadro 3 para a análise da regressão linear entre as variáveis de controlo e predictoras e a variável critério dependência de álcool.

Quadro 3.3. *Análise das regressões lineares com variável critério dependência de álcool*

		Variável Critério		
		Dependência de álcool		
Bloco 1		Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
	Género	-.02	.05	.004
	Idade	.08	.10	.13
	Habilitações literárias	.18	.20	.12
	Tempo de permanência no atual emprego	-.09	-.07	-.07
	Tempo de horas no trabalho	.08	-.10	-.09
	$\Delta R^2$	<b>.001</b>		
	$R^2$	<b>.05</b>		
Bloco 2				
	Solidão		.30**	.23*
	Consumo de álcool pela família		.07	.02
	Consumo de álcool pelos amigos		.13	.11
	$\Delta R^2$		<b>.09*</b>	
	$R^2$		<b>.15*</b>	

<b>Bloco 3</b>	
Motivo social e de intensificação	.03
Motivo de <i>performance</i>	-.004
Motivo de <i>coping</i>	.11
Motivo de conformidade	.22*
$\Delta R^2$	.13*
$R^2$	.22*

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

No modelo 4, não se demonstrou a existência de uma associação significativa das variáveis de controlo na variável critério. Construiu-se o modelo 5 em que 9% da variabilidade total da dependência de álcool é explicada pelas variáveis de contexto social [ $F(8,101) = 2.29$ ;  $p < .05$ ;  $R^2_{ajustado} = .09$ ], sendo a solidão a variável que demonstrou ser um preditor significativo e este foi positivo ( $Beta = .30$ ;  $t(101) = 3.11$ ;  $p < .01$ ), permitindo validar a hipótese 2 a) “existe uma associação positiva entre os níveis de solidão e a dependência de álcool”, ou seja, quanto maior os níveis de solidão, maior a dependência de álcool.

Acrescentou-se no bloco 3 os motivos do consumo a fim de se verificar se existia uma associação entre os motivos e a dependência de álcool. Este modelo explicou 13% da dependência de álcool [ $F(12,97) = 2.3$ ;  $p < .05$ ;  $R^2_{ajustado} = .13$ ]. Apenas o motivo de conformidade apresentou uma relação significativa e positiva ( $Beta = .22$ ;  $t(97) = 2.05$ ;  $p < .05$ ), confirmando-se a hipótese 3 c) “existe uma associação positiva entre o motivo de conformidade e a dependência de álcool”. Interpretando, quanto maior o consumo de álcool devido à pressão social sentida e de forma a evitá-la, maior os níveis de dependência de álcool.

Uma vez que não existiu uma correlação significativa entre a solidão e o motivo de conformidade, não sendo possível determinar uma associação entre essas variáveis, não se avançou para se testar o modelo de mediação. Assim, não se pode testar a hipótese 4 c) “a relação entre os níveis de solidão na dependência de álcool é mediado pelo motivo de conformidade”.

Conclui-se, apenas, que a dependência de álcool é predita tanto pela solidão como pelo motivo de conformidade.

Nos quadros seguintes encontram-se representados as análises aos modelos de regressão linear dos medicamentos reguladores negativos do SNC isoladamente cada categoria de medicamentos, iniciando-se com os medicamentos para as dores.

Quadro 3.4. *Análise das Regressões Lineares com variável critério consumo de medicamentos para as dores*

		Variável Critério				
		Consumo de medicamentos para as dores				
Bloco 1		Modelo 7	Modelo 8	Modelo 9	Modelo 10	Modelo 11
	Género	-.51**	-.46**	-.45**		
	Idade	.11	.11	.12		
	Habilitações literárias	-.19*	-.21*	-.22*		
	Tempo de permanência emprego	.16	.14	.13		
	Tempo de horas no trabalho	-.08	-.06	-.05		
	$\Delta R^2$	.27**				
	$R^2$	.30**				
<b>Bloco 2</b>						
	Solidão		.17***	.15***		
	Consumo de medicamentos pela família		.20*	.22*		
	Consumo de medicamentos pelos amigos		.02	-.007		
	$\Delta R^2$		.33**			
	$R^2$		.38**			
<b>Bloco 3</b>						
	Motivo social e de intensificação			-.11		
	Motivo de <i>performance</i>			.02		
	Motivo de <i>coping</i>			.08		
	Motivo de conformidade			.05		
	$\Delta R^2$			.32**		
	$R^2$			.39**		
<b>Bloco 4</b>						
	Solidão_centrada				.28**	
	Género masculino				-.38**	
	Efeito de interação				-.06	
	$\Delta R^2$				.24**	
	$R^2$				.25**	
<b>Bloco 5</b>						
	Consumo de medicamentos pela família_centrado					.31**
	Género masculino					-.45**
	Efeito de interação					-.14
	$\Delta R^2$					.24**
	$R^2$					.27**

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*\*  $p < .1$

O modelo de regressão linear múltipla demonstra que existiu uma associação negativa e significativa para o género (Beta= -.51;  $t(104) = -6.11$ ;  $p < .01$ ) e para as habilitações literárias (Beta = -.19,  $t(104) = -2.16$ ;  $p < .05$ ), explicando 27% da variabilidade do consumo de

medicamentos para as dores [ $F(5,104) = 9.08$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_{a} = .27$ ]. Ao adicionar ao modelo o bloco 2 as variáveis de contexto social, o consumo de medicamentos para as dores foi explicado em 33% pelas variáveis de contexto social presentes no modelo [ $F(8,101) = 7.77$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_{a} = .33$ ]. Constatou-se que como preditores significativos do modelo existe o consumo de medicamentos pela família ( $Beta = .20$ ;  $t(101) = 1.98$ ;  $p = .05$ ) e a solidão ( $Beta = .17$ ;  $t(101) = 1.97$ ;  $p < .1$ ), validando, respetivamente, a hipótese 1 c) “ existe uma associação positiva entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC”. Mais concretamente, quanto maior o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família, maior o consumo de medicamentos para as dores, bem como foi validada a hipótese 2 b) existe uma associação positiva entre os níveis de solidão e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC, sendo que quanto maior o nível de solidão percecionado, maior o consumo de medicamentos para as dores.

No modelo 9, ao verificar se os motivos estavam associados ao consumo de medicamentos para as dores, estes não se manifestaram, não sendo significativos e, por isso, nesta categoria de medicamentos não foi possível testar a hipótese 3 d) existe uma associação positiva entre o motivo de *coping* e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC.

Seguidamente, realizou-se uma análise estatística a fim de testar o modelo de moderação com a variável preditora consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família e a variável critério consumo de medicamentos para as dores e o género como variável moderadora. O modelo explicou 25% da variação do consumo de medicamentos para as dores [ $F(3,144) = 17.40$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_{ajustado} = .25$ ]. Posteriormente, analisou-se o efeito de interação e este não foi significativo ( $B = -.20$ ;  $t(144) = -1.47$ ;  $p = .14$ ), não sendo possível validar a hipótese 6 c) “o género modera a relação entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC, sendo que esta relação é mais forte no género feminino do que no género masculino”.

De seguida, procedeu-se à realização do segundo modelo de moderação com a variável preditora solidão, a moderadora o género e a variável critério consumo de medicamentos para as dores.

Ao analisar a qualidade e a adequabilidade do modelo de moderação, este explica 24% da variação do consumo de medicamentos para as dores e é significativo [ $F(3,146) = 16.59$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_{ajustado} = .24$ ]. O efeito de interação não foi significativo no modelo ( $B = -.11$ ;  $t(146) = -.62$ ;

p=.54), ou seja, o género não modera a relação entre a solidão e o consumo de medicamentos para as dores, não se confirmando a hipótese 6 d) o género modera a relação entre os níveis de solidão e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC.

A fim de estudarmos as relações entre as variáveis no consumo de medicamentos para dormir realizámos os modelos de regressão linear apresentados no quadro abaixo.

Quadro 3.5. *Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de medicamentos para dormir*

		<b>Variável Critério</b>			
		Consumo de medicamentos para dormir			
<b>Bloco 1</b>		<b>Modelo 12</b>	<b>Modelo 13</b>	<b>Modelo 14</b>	<b>Modelo 15</b>
	Género	.14	.21*	.27*	
	Idade	-.12	-.15	-.11	
	Habilitações literárias	.03	-.008	-.04	
	Tempo de permanência no emprego	-.06	-.06	-.10	
	Tempo de horas no trabalho	.09	.11	.15	
	$\Delta R^2$	<b>-.01</b>			
	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>.04</b>			
<b>Bloco 2</b>					
	Solidão		.08	.03	
	Consumo de medicamentos pela família		-.05	.03	
	Consumo de medicamentos pelos amigos		.26*	.16	
	$\Delta R^2$		<b>.02</b>		
	<b>R<sup>2</sup></b>		<b>.09</b>		
<b>Bloco 3</b>					
	Motivo social e de intensificação			-.33**	
	Motivo de <i>performance</i>			-.19	
	Motivo de <i>coping</i>			.37**	
	Motivo de conformidade			.22	
	$\Delta R^2$			<b>.13**</b>	
	<b>R<sup>2</sup></b>			<b>.22**</b>	
<b>Bloco 4</b>					
	Motivo de <i>coping</i> _centrado				.02
	Género masculino				.09
	Efeito de interação				.31**
	$\Delta R^2$				<b>.09**</b>
	<b>R<sup>2</sup></b>				<b>.11**</b>

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Através da análise ao quadro, as variáveis de controlo não tiveram associações significativas no consumo de medicamentos no modelo 12, tendo apenas o género uma associação significativa e positiva no modelo 13 (Beta= .21;  $t(100) = 2.00$ ;  $p < .05$ ) e no modelo 14 (Beta= .27;  $t(96) = 2.62$ ;  $p < .05$ ), quando se acrescentou as variáveis de contexto social e os motivos do consumo. O consumo de medicamentos sem prescrição médica pelos amigos mais próximos teve uma associação positiva e significativa no consumo de medicamentos para dormir (Beta = .26;  $t(100) = 2.05$ ;  $p < .05$ ), porém anteriormente não se verificou uma correlação entre as variáveis, o que não nos permite considerar esta relação.

Do mesmo modo, quando analisamos os motivos que predizem o consumo de medicamentos para dormir não podemos considerar o motivo social e de intensificação pois não apresentou *a priori* uma correlação significativa com esta variável, embora no modelo de regressão tenha apresentado um valor significativo.

O motivo de *coping* teve impacto positivo e significativo (Beta = .37;  $t(96) = 3.20$ ;  $p < .01$ ), o que significa que a hipótese 3 d) existe uma associação positiva entre o motivo de *coping* e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC foi validada, explicando 13% da variação do consumo de automedicação para dormir [ $F(12,96) = 2.28$ ;  $p < .05$ ;  $R^2_a = .13$ ]. Ou seja, quanto mais se consome medicamentos para dormir para alívio da tensão ou outras emoções negativas, maior a frequência deste comportamento.

Como o género mostrou ser significativo quando adicionado os motivos do consumo, realizou-se um modelo de moderação, em que a variável motivo de *coping* explicou 9% da variação do consumo de automedicação para dormir [ $F(3,143) = 5.91$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_a = .09$ ]. Ao analisar o impacto dos coeficientes, estes não se mostraram significativos, sendo apenas a interação entre o motivo de *coping* e o género significativa (Beta= .31;  $p < .01$ ).

De seguida, executou-se uma análise de regressão linear para compreender os preditores do consumo de medicamentos para a ansiedade.

Quadro 3.6. *Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de automedicação para a ansiedade*

		Variável Critério		
		Consumo de medicamentos para a ansiedade		
<b>Bloco 1</b>		<b>Modelo 16</b>	<b>Modelo 17</b>	<b>Modelo 18</b>
	Género	-.07	-.04	-.009
	Idade	.002	-.02	.00
	Habilitações literárias	-.11	-.14	-.13
	Tempo de permanência no atual emprego	-.08	-.12	-.11
	Tempo de horas no trabalho	.10	.13	.10
	$\Delta R^2$	<b>-.02</b>		
	$R^2$	<b>.03</b>		
<b>Bloco 2</b>				
	Solidão		.08	.05
	Consumo de medicamentos pela família		.31*	.26*
	Consumo de medicamentos pelos amigos		-.13	-.06
	$\Delta R^2$		<b>.06***</b>	
	$R^2$		<b>.13***</b>	
<b>Bloco 3</b>				
	Motivo social e de intensificação			-.12
	Motivo de <i>performance</i>			.12
	Motivo de <i>coping</i>			.33**
	Motivo de conformidade			-.13
	$\Delta R^2$			<b>.13**</b>
	$R^2$			<b>.23**</b>

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ;  $p^{***} < .10$

No bloco das variáveis de controlo não se encontrou nenhuma relação significativa. Quando se acrescentou ao modelo as variáveis de contexto social, a variabilidade do consumo de substâncias para a ansiedade foi explicada 6% pelas variáveis preditoras [F (8, 100) = 1.8;  $p < .1$ ;  $R^2_{ajustado} = .06$ ]. O consumo de medicamentos por parte da família teve uma associação positiva e significativa (Beta = .31;  $t(100) = 2.55$ ;  $p < .05$ ), confirmando-se a hipótese 1 c) “existe uma associação positiva entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC”, ou seja, o maior consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família está associado a uma maior frequência do consumo de medicamentos para a ansiedade pelo indivíduo. Ao adicionar os motivos, as variáveis do modelo explicaram 13% do consumo de medicamentos para a ansiedade [F (12,96) = 2.34;  $p < .05$ ;  $R^2_{ajustado} = .13$ ] e encontrou-se uma relação significativa e positiva entre o motivo de *coping* e o consumo de medicamentos para a ansiedade (Beta = .33;  $t(96) = 2.91$ ;  $p < .01$ ).

Deste modo, quanto mais a motivação apontada para consumir medicamentos para a ansiedade for a redução/alívio das emoções negativas, maior o consumo desta substância, confirmando-se a hipótese 3 d).

Quando analisado o coeficiente e a associação da variável consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família no modelo 17 e 18, verificamos que houve uma diminuição no valor do coeficiente, permanecendo este sempre com uma associação significativa e positiva [Beta= .31;  $t(100) = 2.55$ ;  $p < .05$  para Beta= .26;  $t(96) = 2.05$ ;  $p < .05$ ], ocorrendo, assim, uma mediação parcial, em que houve um efeito indireto do consumo de medicamentos pela família no consumo de medicamentos para a ansiedade através do motivo de *coping* ( $ab = .04$ ; Sobel  $Z = 2.04$ ;  $p < .05$ ; 95% IC .001, .08).

Desta forma confirmou-se a hipótese 4 d) “a relação entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família no consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC é mediado pelo motivo de *coping*”.

Por fim, recorreremos aos modelos de regressão linear para verificar os possíveis preditores do consumo de medicamentos reguladores positivos do SNC, nomeadamente, os medicamentos estimulantes.

Apenas quando considerados os motivos houve associações significativas. A variação do consumo de estimulantes foi explicada 34% pelas variáveis dos motivos de consumo em estudo [ $F(12, 97) = 5.73$ ;  $p < .01$ ;  $R^2_{ajustado} = .34$ ]. O motivo de *performance* predisse o consumo de automedicação de estimulantes de forma positiva e significativa (Beta = .64;  $t(97) = 6.52$ ;  $p < .01$ ), demonstrando que quanto maior a necessidade de alcançar um desempenho desejado, maior a toma de medicamentos estimulantes, indo de encontro à hipótese 3 e) “existe uma associação positiva entre o motivo de *performance* e o consumo de medicamentos reguladores positivos do SNC”. O motivo de conformidade demonstrou também ser um preditor do consumo de estimulantes, porém com uma associação negativa (Beta= -.33;  $t(97) = -3.37$ ;  $p < .01$ ).

Quadro 3.7. *Análise das regressões lineares com a variável critério consumo de medicamentos estimulantes*

<b>Variável Critério</b>				
Consumo de medicamentos estimulantes				
<b>Bloco 1</b>	<b>Modelo 19</b>	<b>Modelo 20</b>	<b>Modelo 21</b>	
Género	-.04	-.04	-.09	
Idade	-.05	-.09	-.08	
Habilitações literárias	.06	.02	.003	
Tempo de permanência no atual emprego	.08	.05	.10	
Tempo de horas no trabalho	.17	.21	.12	
<b>Δ R<sup>2</sup></b>	<b>-.001</b>			
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>.05</b>			
<b>Bloco 2</b>				
Solidão		-.06	-.11	
Consumo de medicamentos pela família		.20	.02	
Consumo de medicamentos pelos amigos		.09	.12	
<b>Δ R<sup>2</sup></b>		<b>.04</b>		
<b>R<sup>2</sup></b>		<b>.11</b>		
<b>Bloco 3</b>				
Motivo social e de intensificação			.11	
Motivo de <i>performance</i>			.64**	
Motivo de <i>coping</i>			.07	
Motivo de conformidade			-.33**	
<b>Δ R<sup>2</sup></b>			<b>.34**</b>	
<b>R<sup>2</sup></b>			<b>.42**</b>	

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

Para analisar o papel do género no consumo individual de substâncias procedeu-se à realização do Test-T, tendo obtido como resultado que existiram diferenças significativas nomeadamente na dependência de álcool [ $t(147) = -1.34$ ;  $p < .10$ ], no consumo de medicamentos para dormir [ $t(147) = -1.05$ ;  $p < .05$ ] e no consumo de medicamentos para as dores [ $t(148) = 6.03$ ;  $p < .10$ ].

Comparando as médias na dependência de álcool, o género masculino teve 1.25 (DP = .52) e o género feminino obteve 1.16 (DP = .37), demonstrando que o género masculino tem maior prevalência no que diz respeito ao álcool, nomeadamente, quando analisado a diferença nas médias da dependência de álcool, permitindo-nos validar a hipótese 5 a) “os indivíduos do género masculino têm maior prevalência de consumo de álcool do que o género feminino”.

Quanto ao consumo de medicamentos reguladores negativos houve diferenças significativas nos gêneros, sendo que quando analisamos as médias do consumo de medicamentos para dormir o gênero masculino teve maior prevalência no consumo de medicamentos para dormir face à prevalência do consumo da mesma substância pelo gênero feminino, sendo as médias respectivamente de 1.31 (DP = .84) e 1.18 (DP = .64). Quando analisado o consumo de medicamentos para as dores verificou-se que o gênero feminino teve uma média de 2.25 (DP = .92) e o gênero masculino 1.40 (DP = .66), o que nos permite concluir que o consumo de medicamentos para as dores teve maior prevalência no gênero feminino. Assim, a hipótese 5 b) “os indivíduos do gênero masculino têm maior prevalência de consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC, com exceção da categoria de medicamentos para as dores em que a prevalência do consumo de medicamentos para as dores é superior no gênero feminino” foi confirmada.

No que diz respeito à classe de medicamentos reguladores positivos do SNC seria de esperar que o gênero masculino tivesse maior prevalência, porém, não houve diferenças significativas nas médias, não sendo possível validar a hipótese 5 c) “os participantes do gênero masculino têm maior prevalência no consumo de medicamentos reguladores positivos do SNC”.

#### IV. Discussão

No presente estudo foi abordada a Teoria da Aprendizagem Social numa perspectiva abrangente para expor a forma como o contexto social está associado e tem impacto no consumo de substâncias psicoativas lícitas pelos jovens portugueses. Considerando que o consumo de substâncias psicoativas lícitas – álcool e fármacos - é frequente em diversos contextos culturais, o estudo do consumo do mesmo deve ser analisado incidindo no contexto da vida social, ou seja, o consumo de substâncias pela família e pelos amigos e a solidão. Recorremos, também, ao Modelo Motivacional do Consumo de Álcool pois para compreender um comportamento, qualquer que seja, é imprescindível abordar o conceito de motivação, neste caso a motivação dos jovens adultos quando consomem uma substância psicoativa lícita.

Das análises aos modelos de regressão linear, concluímos que como preditores do consumo de álcool pelo indivíduo, o consumo de álcool pela família e pelos amigos predisseram o consumo individual de álcool. Diversos estudos realizados nesta área têm demonstrado que durante a idade adulta emergente, os pais têm menor impacto nos padrões de consumo, dando lugar a uma maior influência dos amigos (White & Jackson, 2005; Ham & Hope, 2003), visto que os jovens cada vez mais despendem menos tempo com os seus pais e mais tempo com os seus amigos (Andrews et al., 2002; Borsari & Carey, 2001), sendo os amigos próximos mais fortemente modelos influenciadores neste período de vida, que proporcionam oportunidades de socialização, verificando-se que as atitudes e comportamentos em relação ao álcool pelos amigos estão consistentemente relacionados a atitudes e comportamentos pessoais (Borsari et al., 2006) e as atitudes parentais têm tido um pequeno papel no comportamento de beber (Ham & Hope, 2003).

Nas análises dos resultados obtidos nos medicamentos reguladores negativos do SNC, as variáveis de contexto como o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família e a solidão apresentaram uma associação positiva com o consumo de automedicação para as dores. Segundo Boyd e colegas (2006) o consumo de medicamentos para as dores é excessivo devido à modelagem por parte de membros da família e amigos, sendo a “partilha amigável” de medicamentos para as dores comum entre os membros da família e amigos, o que percebe aos jovens que a automedicação é normativa e segura.

Os indivíduos que têm níveis mais elevados de solidão adotam como forma de lidar com esse sentimento estratégias de *coping* centradas na emoção, como comportamentos compensatórios de consumo e abuso de álcool e medicamentos para alívio da dor. A solidão considerada como sentimento de desconexão e não pertença é um constructo saliente para os jovens que estão numa fase de transição para a idade adulta de início do trabalho remunerado, separação da família e constituição de uma nova família ou podem sentir-se solitários devido à falta de comunicação interpessoal de boa qualidade no ambiente de trabalho (Ayazlar & Güzel, 2014), que afeta, inevitavelmente, a esfera pessoal, a interação entre o indivíduo e a organização, bem como o desempenho no trabalho (Yilmaz, 2008) e que os leva a isolarem-se da sociedade (Hawkey & Cacioppo, 2010) e a adotar estratégias como o consumo de substâncias (Heinrich & Gullone, 2006).

Na categoria de medicamentos para dormir, as variáveis de contexto social não tiveram impacto no consumo de medicamentos para dormir, não sendo, por isso, preditores. O motivo de *coping* manifestou ser um preditor do consumo de automedicação para dormir, assim o indivíduo quando aponta este motivo como razão para o consumo, irá consumir mais estas substâncias com a finalidade de aliviar as emoções negativas. Este comportamento pode ser entendido como uma estratégia de *coping* considerada passiva, em que o indivíduo escolhe consumir substâncias ao invés de optar por outras estratégias mais ativas para a resolução dos problemas e do alívio as emoções negativas.

Quanto à última categoria de medicamentos reguladores negativos do SNC, houve uma associação positiva e significativa entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família no consumo de automedicação para a ansiedade.

Os nossos resultados demonstraram que ambos os modelos influenciadores (pais e amigos) tiveram impacto no consumo de substâncias pelo indivíduo. Esta questão torna-se pertinente para entender o indivíduo como um ser que observa, absorve e imita o que o rodeia e a influência que estes agentes socializadores possuem num comportamento adotado pelo indivíduo (Boyd et al., 2006; Compton & Volkow, 2006), dadas as suas características como modelos (Magalhães & Piteira, 2016). O papel da família foi comprovado como sendo um fator importante e com impacto no comportamento de consumo do indivíduo, seja a substância o álcool ou medicamentos, enquanto que o comportamento de consumo pelos amigos apenas está associado ao consumo de álcool pelo indivíduo.

No que diz respeito aos medicamentos reguladores positivos, nomeadamente, a categoria de medicamentos estimulantes, nenhuma das variáveis de contexto teve impacto no consumo, o que significa que o consumo dos pais e de amigos não teve uma relação com o consumo de medicamentos estimulantes. Tal poderá ser por não terem nas suas normas o consumo de medicamentos estimulantes e o indivíduo procura outra fonte de informação, sendo influenciado por outros agentes que não os pais e os amigos próximos, nomeadamente, pelos colegas com quem trabalha e que têm nas suas normas o consumo de estimulantes. Esta justificação parece-nos plausível, dado que, o motivo de *performance* predisse de forma positiva e significativa o consumo de medicamentos estimulantes. O indivíduo consome estimulantes com o objetivo de alcançar um certo resultado como um desempenho excepcional na organização, para ter mais energia ou maior foco e atenção. O motivo de conformidade apresentou uma associação significativa, porém com um valor negativo com o consumo de medicamentos estimulantes, o que poderá querer dizer que, quando o indivíduo sente pressão social para consumir estimulantes, irá consumi-los, porém, de forma menos frequente, pois só o irá fazer no contexto em que sinta pressão social e para estar em conformidade para com o grupo, contudo não está livre de se comprometer mais problemáticamente com esta substância.

Analisando os preditores da dependência de álcool, a solidão demonstrou ser um preditor da dependência de álcool. Este resultado confirma as conclusões semelhantes de outros estudos como o estudo de Page e Cole em 1991 e o de Sadava e Pak em 1994 que afirmaram que a solidão era um preditor do abuso de álcool (Heinrich & Gullone, 2006). As pessoas mais solitárias encontram no álcool um refúgio e um escape, envolvendo-se num consumo problemático de álcool. Porém quando equacionado o consumo de álcool, outros estudos indicaram que, devido ao facto de nesta faixa etária o álcool estar associado a circunstâncias sociais, um indivíduo que tem dificuldades a nível social, isola-se mais e não está exposto tanto às situações mais propícias ao consumo de álcool, sendo a relação entre a solidão e o consumo de álcool negativa (Beck et al., 2008 cit. por Santos, 2011). De facto, a solidão, no nosso estudo, não teve significado no consumo de álcool.

O motivo de conformidade manifestou ser também um preditor da dependência de álcool, apresentando uma associação positiva com a dependência de álcool confirmando os resultados em outros estudos (Lewis et al., 2008; Hauck Filho & Pereira, 2011).

As associações entre o motivo de conformidade e o consumo de substâncias não têm sido consensuais, e, esperamos, assim, que ajude a torná-lo mais consensual na literatura pois as conclusões sobre o impacto do motivo de conformidade no consumo de álcool e nos problemas relacionados com o álcool divergem, estando negativamente associados ao consumo de álcool (Neighbors et al., 2007). No nosso estudo, por sua vez, a associação negativa entre o motivo de conformidade ocorreu quando considerada a variável consumo de medicamentos estimulantes.

É interessante refletir sobre o papel preditor e mediador dos motivos que se obteve neste estudo ao verificar-se que os motivos social e de intensificação e *coping* são um mecanismo pelo qual as variáveis de contexto social têm impacto no consumo individual de substâncias e explicam esta relação.

Os resultados indicaram que os jovens portugueses consomem substâncias por diversos motivos e cada substância que decidem consumir tem em vista alcançar um resultado que difere consoante a substância que consomem.

O consumo de álcool demonstrou estar mais associado a fatores e motivos positivos, como o motivo social, enquanto que o consumo de medicamentos parece ser encarado como uma estratégia de regulação de afetos negativos adotada pelos jovens, conclusão também encontrada em outros estudos que afirmam que a maioria dos jovens adultos indica o motivo social e de intensificação no consumo de álcool e menos o motivo de conformidade e de *coping* (White et al., 2016; Kuntsche et al., 2005; Santos, 2011).

Os motivos de consumo social e de intensificação mediaram a relação entre o consumo de álcool por parte da família e dos amigos e o consumo individual de álcool. Através das análises aos modelos de regressões lineares verificou-se que a variável consumo de álcool pelos amigos deixou de ter uma associação significativa quando se acrescentou os motivos de consumo ao modelo, enquanto que o consumo de álcool pela família continuou a ter um impacto significativo na presença dos motivos de consumo no modelo. Assim, ocorreu os dois tipos de mediação: por um lado, uma mediação total e por outro lado uma mediação parcial. O consumo de álcool pelos amigos no consumo individual de álcool foi totalmente explicado pelo motivo social e de intensificação, enquanto que, o consumo de álcool pelos pais no consumo individual de álcool foi parcialmente explicado pelo motivo social e de intensificação, sendo esta relação explicada por outras possíveis razões que não os motivos de *coping*, conformidade ou *performance*, nomeadamente, esta relação poderá ser explicada por fatores intrínsecos ao

indivíduo, como as características de personalidade ou pelas atitudes que os pais têm em relação ao consumo de álcool que reflete posteriormente no consumo por parte do jovem.

O papel mediador do motivo de *coping* foi estabelecido quando se tratava de automedicação para a ansiedade e quando considerado o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família, presumindo que o comportamento dos jovens está mais suscetível de ser predito pela família no que toca a questões de saúde. Mesmo quando o motivo de *coping* entra no modelo, o consumo de medicamentos sem prescrição médica não deixa de estar associado ao consumo de medicamentos para a ansiedade pelo indivíduo, ou seja, o comportamento de consumo de medicamentos pela família continua a ter uma relação importante para o indivíduo também consumir medicamentos.

Já o motivo social e de intensificação não teve qualquer impacto no consumo de medicamentos o que é um ponto bastante positivo, pois significa que os jovens portugueses que responderam ao estudo não consomem medicamentos para fins recreativos, mas sim para fins terapêuticos. O nosso resultado foi consistente com as evidências de Boyd e seus colaboradores (2006b) que notaram que os jovens que receberam medicamentos dos seus pais relataram que não usavam os medicamentos para fins recreativos, mas sim para se automedicarem a fim de melhorar a sua saúde.

As análises ao género demonstraram que houve diferenças significativas na dependência de álcool, no consumo de medicamentos para as dores e no consumo de medicamentos para dormir. Quanto ao álcool, as nossas evidências vão de encontro ao reportado em diversos estudos em que o género masculino tem tendência a consumir álcool com mais frequência e em maior quantidade (Ham & Hope, 2003; Nolen-Hoeksema, 2004; Balsa et al., 2018; Santos, 2011).

No que concerne à análise do consumo de medicamentos, Boyd e colegas (2006) concluíram que não havia diferenças significativas, embora na categoria de medicamentos para as dores tenha havido uma prevalência do consumo no género feminino. Outros estudos reportaram que nas classes de medicamentos como os antidepressivos e sedativos, para dormir e para as dores o género feminino prevalece (Figueiras et al., 2000; McLarnon et al., 2014; Kelly et al., 2013; McCabe et al., 2006). O resultado obtido na análise das diferenças de médias veio de encontro ao reportado nos estudos em que o género feminino alcançou uma média superior no consumo de medicamentos para as dores.

O mesmo resultado não foi obtido quando considerada a categoria de medicamentos para dormir. O género masculino obteve uma média superior quanto ao consumo de medicamentos para dormir em comparação com o género feminino. Os resultados em estudos nacionais indicaram uma maior prevalência referente à automedicação no género masculino, como relatado no estudo de Martins e seus colaboradores (2002) onde a prevalência da automedicação foi de 28.40% para o género masculino e 25.20% para o género feminino, reportando haver diferenças significativas, bem como no III inquérito nacional (Balsa et al., 2014). Em parte, os nossos resultados foram consistentes com os resultados dos estudos já realizados em Portugal, uma vez que, o género masculino teve maior prevalência no consumo de medicamentos para dormir.

Esperávamos, ainda, que houvesse diferenças significativas no consumo de medicamentos estimulantes como encontrado em outros estudos a nível internacional (Kelly et al., 2013; Arria & Wish, 2006; Figueiras et al., 2000; Garnier-Dykstra et al., 2012), nomeadamente, que o género masculino consumisse, em média, mais do que o género feminino, porém não houve diferenças significativas entre os géneros nesta categoria de medicamentos.

Em suma, os objetivos previamente traçados foram cumpridos: o primeiro objetivo de identificar os preditores significativos do consumo de álcool e medicamentos, as hipóteses foram todas testadas e confirmadas, com exceção da hipótese 1 d) “existe uma associação positiva entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pelos amigos próximos e o consumo de medicamentos reguladores negativos do SNC” e da hipótese 3 a) “existe uma associação positiva entre o motivo de *coping* e o consumo de álcool pelo indivíduo”.

O objetivo seguinte de analisar o papel mediador dos motivos de consumo foi cumprido, uma vez que, as hipóteses da mediação foram, na sua maioria testadas e confirmadas, com exceção da hipótese 4 c) “a relação entre os níveis de solidão na dependência de álcool é mediado pelo motivo de conformidade” em que não foi possível testar.

O terceiro objetivo delineado era analisar o papel do género no consumo de substâncias. Encontrámos diferenças nas médias de consumo entre os géneros, o que permitiu validar as nossas hipóteses, deparando-nos com diferenças significativas nas médias quanto à dependência de álcool, consumo de medicamentos para dormir e para as dores. Apenas não se confirmou a hipótese 5 c) “os participantes do género masculino têm maior prevalência no consumo de medicamentos reguladores positivos do SNC”. Propusemo-nos, também, a analisar o género

como variável moderadora, porém nenhuma das quatro hipóteses foram confirmadas, não tendo o gênero um efeito moderador no nosso estudo.

Com os resultados e posterior análise podemos entender os motivos que estão subjacentes ao consumo do indivíduo e que estes fornecem importantes informações sobre as circunstâncias em que um indivíduo é suscetível de consumir substâncias, bem como o impacto que os fatores sociais têm.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu clarificar o papel das variáveis de contexto social e da motivação no consumo de substâncias pelo indivíduo, apurando em que situações é mais favorável ocorrer o consumo.

Como principais resultados evidenciámos o papel que as variáveis de contexto tiveram no consumo individual de substâncias. O consumo de substâncias pela família teve impacto no consumo de substâncias (álcool e medicamentos) e o comportamento de consumo pelos amigos próximos, quando considerado o consumo de álcool, mostrou-se relacionado com o consumo de álcool pelo indivíduo, não sendo possível afirmar o mesmo quando considerado o consumo de medicamentos pelo indivíduo. Assim, o consumo de álcool pela família e pelos amigos foram preditores do consumo individual de álcool, bem como o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família também teve uma relação preditiva no consumo de medicamentos para a ansiedade, demonstrando que, os jovens em idade adulta são influenciados e adquirem comportamentos dos pais e amigos no consumo de álcool e quanto às questões de saúde e medicação são os pais os modelos influenciadores. Relativamente ao constructo da solidão, demonstrámos que os indivíduos que percecionam maiores níveis de solidão estão mais propícios à dependência de álcool e ao consumo de medicamentos para as dores, mostrando, assim, um comportamento de consumo mais problemático, em relação ao álcool, face aos indivíduos que não sentem solidão, uma vez que, apenas a solidão demonstrou estar associada à dependência de álcool.

Quanto aos motivos do consumo estes apresentaram ser preditores significativos do consumo de substâncias, designadamente, o motivo de conformidade predisse a dependência de álcool e o consumo de medicamentos estimulantes, o motivo de *performance* predisse o consumo de medicamentos estimulantes e o motivo de *coping* predisse o consumo de medicamentos para dormir como também apresentou-se como um mediador entre o consumo de medicamentos sem prescrição médica pela família e o consumo de medicamentos para a ansiedade, sendo esta evidência um dos pontos fortes do nosso estudo: o facto de estes serem preditores de determinadas substâncias e serem mediadores de outras relações.

Considerando o papel do género, houve diferenças significativas no consumo de substâncias, sendo a prevalência da dependência de álcool mais forte no género masculino, bem como no consumo de medicamentos para dormir e a prevalência do consumo de medicamentos para as dores relatou ser mais forte no género feminino.

Em suma, as hipóteses previamente postuladas foram na sua maioria confirmadas. Das hipóteses que não foram validadas, esperávamos, especialmente, que o consumo de medicamentos sem prescrição médica pelos amigos tivesse impacto no consumo de medicamentos por parte do indivíduo, pois os amigos são também considerados uma fonte importante para o indivíduo no que concerne ao consumo de medicamentos (McCabe & Boyd, 2005), bem como é comum a partilha de medicamentos pela rede de amigos, e o mesmo não se verificou.

Os objetivos inicialmente definidos foram cumpridos e a nossa investigação ofereceu validações gratificantes para a compreensão da forma como o contexto social e a motivação estão associados ao consumo de substâncias pelos jovens, provando-se que os fatores contextuais conjuntamente com a motivação também merecem atenção, dado que, são capazes de prever e explicar o consumo de substâncias e não têm sido amplamente equacionados.

Mais ainda, o nosso estudo contribuiu teoricamente para demonstrar a validade do conceito do motivo de consumo tem na utilidade para a pesquisa da etiologia do consumo de álcool, do consumo excessivo e dos problemas relacionados com o álcool como também para a pesquisa do consumo de medicamentos.

Pretendemos elucidar sobre a necessidade de maior atenção às motivações positivas no que diz respeito ao álcool, nomeadamente, o motivo social e de intensificação, razão mais apontada pelos jovens no nosso estudo e a nível nacional (Balsa et al., 2018) e internacional (Read et al., 2003), contrariamente ao proposto por Kuntsche e seus colaboradores (2006) que sugeriu uma maior atenção ao motivo de *coping* no início da idade adulta.

Com a presente investigação pretendemos ajudar a saber um pouco mais sobre as forças motivadoras por de trás, não só do consumo de álcool, como também sobre as escolhas dos indivíduos acerca do consumo de medicamentos, uma vez que, é um campo pouco investigado (Rigg & Ibañez, 2010).

Como implicações práticas e a partir da análise, é possível delinear intervenções considerando os momentos em que os indivíduos estão mais suscetíveis de consumir substâncias.

Por exemplo, os consumidores solitários e os consumidores sociais diferem no que diz respeito à frequência e aos problemas relatados com as substâncias, por isso, os programas preventivos traçados deverão ser personalizados para determinado problema, como um programa de fortalecimento de competências e resistência social (Kuntsche et al., 2006). Ou ainda, intervenções que incorporem os amigos e os pais, visto que, os seus comportamentos de consumo têm impacto no consumo de substâncias pelos jovens.

Segundo Neighbors e seus colaboradores (2007), as estratégias que são eficazes na mudança de normas percebidas podem ter um impacto maior sobre o consumo do que as estratégias sem componente normativa, seria, assim, pertinente programas preventivos envolvendo os modelos influenciadores que procurem facilitar a comunicação entre as diversas partes em relação aos níveis aceitáveis de consumo (Wood et al., 2004) e, através de estratégias de intervenção que abordem diretamente as motivações do consumo, explorar comportamentos alternativos como forma de substituir as substâncias por atividades que possam ter os mesmos efeitos (Neighbors et al., 2007) e em que o consumo de substâncias não seja incentivado e permitido.

Embora o presente estudo ofereça vários pontos fortes, este também apresenta algumas limitações, nomeadamente, quanto ao método utilizado para recolha da amostra, o método não probabilístico e quanto à amplitude da amostra, que não nos permite generalizar para a população jovem portuguesa como também o facto de não ser um estudo longitudinal. Seria uma mais valia aplicar o questionário aos indivíduos em diversos momentos temporais e com mais frequência para que se possa acompanhar a evolução, prevenir problemas futuros e prever com maior precisão em que circunstâncias e período os jovens têm um maior consumo de substâncias.

Constatámos que existe inúmeros estudos que incidem sobre o consumo de substâncias em amostras com estudantes, particularmente, em contexto universitário, mas reduzidos estudos em amostras com jovens adultos empregados, uma sugestão para o futuro seria realizar mais estudos com esta amostra, pois demonstrou-se que estes jovens têm uma alta percentagem de consumo nocivo/abuso e, por isso, carecem de uma atenção primordial que não tem sido dada, nomeadamente, no nosso estudo 36.10% dos participantes apresentou um comportamento de consumo nocivo e 4.50% dependência de álcool, segundo as pontuações do AUDIT.

Como sugestão para futuros estudos seria pertinente continuar a explorar o impacto das outras variáveis de contexto social introduzindo o consumo de álcool e de medicamentos sem

prescrição médica pelos colegas de trabalho como uma das possíveis variáveis preditoras. Os colegas de trabalho poderão constituir uma importante fonte de influência dado que o indivíduo passa a maior parte do seu tempo no trabalho, rodeado pelos colegas e chefia que poderão exercer um papel importante como modelos e agentes socializadores. Propomos também para um futuro estudo aprimorar o papel do *stress* ocupacional no consumo de substâncias, pois acreditamos que esta variável possa ter capacidade de predizer este comportamento, embora no nosso estudo não se tenha verificado relações significativas entre o *stress* ocupacional e o consumo de substâncias.

Concluindo, o nosso maior intuito é despertar um maior interesse e dedicação em estudar este fenómeno no contexto organizacional, tendo em vista que a saúde dos colaboradores é um fator essencial para o sucesso de uma organização.

## BIBLIOGRAFIA

- Afolabi, A. O. (2008). Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population. *Annals of African medicine*, 7(3), 120-127.
- Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H., & Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use. *Health psychology*, 21(4), 349-357.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia (Natal)*, 3 (2), 273-294.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of drug issues*, 35(2), 235-254.
- Arria, A. M., & Wish, E. D. (2006). Nonmedical use of prescription stimulants among students. *Pediatric annals*, 35(8), 565-571.
- Ayazlar, G., & Güzel, B. (2014). The effect of loneliness in the workplace on organizational commitment. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 319-325.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). Audit. *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): guidelines for use in primary care*.
- Baer, J. S. (2002). Student factors: understanding individual variation in college drinking. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (14), 40-53.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2014). III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012. *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*, 89-98. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Claudia\\_Urbano2/publication/315837776\\_III\\_Inquerito\\_Nacional\\_ao\\_Consumo\\_de\\_Substancias\\_Psicoativas\\_na\\_Populacao\\_Geral\\_Portugal\\_2012/links/58f13171aca27289c2128610/III-Inquerito-Nacional-ao-Consumo-de-Substancias-Psicoativas-na-Populacao-Geral-Portugal-2012.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Claudia_Urbano2/publication/315837776_III_Inquerito_Nacional_ao_Consumo_de_Substancias_Psicoativas_na_Populacao_Geral_Portugal_2012/links/58f13171aca27289c2128610/III-Inquerito-Nacional-ao-Consumo-de-Substancias-Psicoativas-na-Populacao-Geral-Portugal-2012.pdf)
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. *Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*, 54-60,75-78.
- Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. *Teoria social cognitiva: conceitos básicos*. Porto Alegre: Artmed, 15-41.
- Bandura, A. (1977). Theoretical Perspective. *Social learning theory*. Prentice-Hall, Inc., 4-13.
- Barrett, S. P., Meisner, J. R., & Stewart, S. H. (2008). What constitutes prescription drug misuse? Problems and pitfalls of current conceptualizations. *Current drug abuse reviews*, 1(3), 255-262.
- Barroso, T., Barbosa, A., & Mendes, A. (2006). Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes—Revisão sistemática. *Referência-Revista de Enfermagem*, 2(3).
- Beck, R. C. (2004). The Nature of Motivation Theory. *Motivation: Theories and principles*, 5<sup>th</sup> ed. Pearson Education, 3-.

- Bispo, R & Maroco, J (2005). Estatística aplicada às Ciências Sociais e Humanas. *Climepsi Editores*. Lisboa 2ª Edição, 3, 77-84.
- Borsari, B., Borsari, B., & Carey, K. B. (2006). How the quality of peer relationships influences college alcohol use. *Drug and alcohol review*, 25(4), 361-370.
- Borsari, B., & Carey, K. B. (2001). Peer influences on college drinking: A review of the research. *Journal of substance abuse*, 13(4), 391-424.
- Boyd, C. J., McCabe, S. E., Cranford, J. A., & Young, A. (2006). Adolescents' motivations to abuse prescription medications. *Pediatrics*, 118(6), 2472-2480.
- Boyd, C. J., McCabe, S. E., & Teter, C. J. (2006b). Medical and nonmedical use of prescription pain medication by youth in a Detroit-area public school district. *Drug and alcohol dependence*, 81(1), 37-45.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1), 140-151.
- Capone, C., Wood, M. D., Borsari, B., & Laird, R. D. (2007). Fraternity and sorority involvement, social influences, and alcohol use among college students: a prospective examination. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 316-327.
- Carochinho, J. (2016). Motivação. MGI, Lda., *Fundamentos de Psicologia*, 3(4), 281-288. Lisboa.
- Chassin, L., Pitts, S. C., & Prost, J. (2002). Binge drinking trajectories from adolescence to emerging adulthood in a high-risk sample: predictors and substance abuse outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(1), 67-78.
- Compton, W. M., & Volkow, N. D. (2006). Major increases in opioid analgesic abuse in the United States: concerns and strategies. *Drug and alcohol dependence*, 81(2), 103-107.
- Cooper, M. L. (1994). Motivations for alcohol use among adolescents: Development and validation of a four-factor model. *Psychological assessment*, 6(2), 117-128.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 990-1005.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of abnormal psychology*, 97(2), 168-180.
- Dalal, R. S. (2005). A meta-analysis of the relationship between organizational citizenship behavior and counterproductive work behavior. *Journal of applied psychology*, 90(6), 1241-1255.
- De Melo, M. L. M., Barrias, J., & da Silva Breda, J. J. R. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Direcção-Geral de Saúde.
- Erozkan, A., & Deniz, S. (2012). The influence of social self-efficacy and learned resourcefulness on loneliness. *Journal of Counseling and Education*, 1 (2), 57-74.
- Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Revista toxicodependências*, 16(1), 29-46

- Figueiras, A., Caamano, F., & Gestal-Otero, J. J. (2000). Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *European journal of epidemiology*, *16*(1), 19-26.
- Fonte, A., & Mota-Cardoso, R. (2013). MAST e AUDIT. Avaliação de Características Psicométricas em Doentes com Dependência de Álcool. *Acta Medica Portuguesa*, *26*(4), 335-340.
- Friedrich, A. C. D., Macedo, F., & Reis, A. H. (2015). Vulnerabilidade ao stress em adultos jovens. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, *15*(1), 59-70.
- Frone, M. R. (2004). Alcohol, drugs, and workplace safety outcomes: A view from a general model of employee substance use and productivity. *The psychology of workplace safety*, 127-156.
- Frone, M. R. (1999). Work stress and alcohol use. *Alcohol research and health*, *23*(4), 284-291.
- Garnier-Dykstra, L. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., O'Grady, K. E., & Arria, A. M. (2012). Nonmedical use of prescription stimulants during college: Four-year trends in exposure opportunity, use, motives, and sources. *Journal of American College Health*, *60*(3), 226-234.
- Green, G. A., Uryasz, F. D., Petr, T. A., & Bray, C. D. (2001). NCAA study of substance use and abuse habits of college student-athletes. *Clinical journal of sport medicine*, *11*(1), 51-56.
- Grigoryan, L., Burgerhof, J.G., Degener, J.E., Deschepper, R., Lundborg, C.S, Monnet, D.L, ... & Haaijer-Ruskamp, F.M. (2008). Determinants of self-medication with antibiotics in Europe: the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, *61* (5), 1172-1179.
- Ham, L. S., & Hope, D. A. (2003). College students and problematic drinking: A review of the literature. *Clinical psychology review*, *23*(5), 719-759.
- Hauck Filho, N., & Pereira, M. (2011). Avaliação de motivos para o uso de álcool: uma revisão de literatura. *Psico*, *42*(1), 7-15.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, *40*(2), 218-227.
- Hawkey, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and aging*, *25*(1), 132-141.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical psychology review*, *26*(6), 695-718.
- Herman-Stahl, M. A., Krebs, C. P., Kroutil, L. A., & Heller, D. C. (2007). Risk and protective factors for methamphetamine use and nonmedical use of prescription stimulants among young adults aged 18 to 25. *Addictive behaviors*, *32*(5), 1003-1015.
- Hoai, N. T., & Dang, T. (2017). The determinants of self-medication: Evidence from urban Vietnam. *Social work in health care*, *56*(4), 260-282.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*, *26*(6), 655-672.

- Kassam, A., & Patten, S. B. (2006). Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians. *Population health metrics*, 4(1), 15. doi:10.1186/1478-7954-4-15.
- Kelly, B. C., Wells, B. E., LeClair, A., Tracy, D., Parsons, J. T., & Golub, S. A. (2013). Prevalence and correlates of prescription drug misuse among socially active young adults. *International Journal of Drug Policy*, 24(4), 297-303.
- Kenney, S. R., Lac, A., LaBrie, J. W., Hummer, J. F., & Pham, A. (2013). Mental health, sleep quality, drinking motives, and alcohol-related consequences: a path-analytic model. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 74(6), 841-851.
- Knyazev, G. G., Slobodskaya, H. R., Kharchenko, I. I., & Wilson, G. D. (2004). Personality and substance use in Russian youths: The predictive and moderating role of behavioural activation and gender. *Personality and Individual Differences*, 37(4), 827-843.
- Koenig, L. J., Isaacs, A. M., & Schwartz, J. A. (1994). Sex differences in adolescent depression and loneliness: Why are boys lonelier if girls are more depressed?. *Journal of Research in Personality*, 28(1), 27-43.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (1997). Drug abuse: hedonic homeostatic dysregulation. *Science*, 278(5335), 52-58.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2006). Replication and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among adolescents in Switzerland. *European Addiction Research*, 12(3), 161-168.
- Kuntsche, E., Knibbe, R., Gmel, G., & Engels, R. (2005). Why do young people drink? A review of drinking motives. *Clinical psychology review*, 25(7), 841-861.
- Kuntsche, E. N., & Kuendig, H. (2006). What is worse? A hierarchy of family-related risk factors predicting alcohol use in adolescence. *Substance use & misuse*, 41(1), 71-86.
- Lac, A., & Donaldson, C. D. (2017). Higher-order and bifactor models of the Drinking Motives Questionnaire: Examining competing structures using confirmatory factor analysis. *Assessment*, 24(2), 222-231.
- LeClair, A., Kelly, B. C., Pawson, M., Wells, B. E., & Parsons, J. T. (2015). Motivations for prescription drug misuse among young adults: considering social and developmental contexts. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 22(3), 208-216.
- Leventhal, H., & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological bulletin*, 88(2), 370-405. DOI: 10.1037//0033-2909.88.2.370.
- Lewis, M. A., Hove, M. C., Whiteside, U., Lee, C. M., Kirkeby, B. S., Oster-Aaland, L., ... & Larimer, M. E. (2008). Fitting in and feeling fine: Conformity and coping motives as mediators of the relationship between social anxiety and problematic drinking. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(1), 58-67.
- Liu, S., Wang, M., Bamberger, P., Shi, J., & Bacharach, S. B. (2015). The dark side of socialization: A longitudinal investigation of newcomer alcohol use. *Academy of Management Journal*, 58(2), 334-355.

- Loose, T., & Acier, D. (2017). Drinking motives and alcohol consumption behaviors among young French people. *Addictive behaviors*, 72, 120-125.
- Magalhães, J. & Piteira, M. (2016). Aprendizagem. MGI, Lda., *Fundamentos de Psicologia*, 3(4), 185-188. Lisboa.
- Manchikanti, L. (2007). National drug control policy and prescription drug abuse: facts and fallacies. *Health Policy Review*, 10, 399-424.
- Maroco, J. (2010). Análise Estatística Com o PASW Statistics (ex-SPSS). *ReportNumber*, Lda. Pêro Pinheiro, 10, 492-493.
- Marshal, M. P., & Chassin, L. (2000). Peer influence on adolescent alcohol use: The moderating role of parental support and discipline. *Applied developmental science*, 4(2), 80-88.
- Martins, A., da Costa Miranda, A., Mendes, Z., Soares, M. A., Ferreira, P., & Nogueira, A. (2002). Self-medication in a Portugueseurban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 11(5), 409-414.
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266.
- McCabe, S. E., & Boyd, C. J. (2005). Sources of prescription drugs for illicit use. *Addictive behaviors*, 30(7), 1342-1350.
- McCabe, S. E., Boyd, C. J., & Teter, C. J. (2009). Subtypes of nonmedical prescription drug misuse. *Drug & Alcohol Dependence*, 102(1), 63-70.
- McCabe, S. E., & Teter, C. J. (2007). Drug use related problems among nonmedical users of prescription stimulants: A web-based survey of college students from a Midwestern university. *Drug & Alcohol Dependence*, 91(1), 69-76.
- McCabe, S. E., Teter, C. J., & Boyd, C. J. (2006). Medical use, illicit use and diversion of prescription stimulant medication. *Journal of psychoactive drugs*, 38(1), 43-56.
- McLarnon, M. E., Darredeau, C., Chan, J., & Barrett, S. P. (2014). Motives for the non-prescribed use of psychiatric medications: relationships with psychopathology, other substance use and patterns of use. *Journal of Substance Use*, 19(6), 421-428.
- Merrick, E. S. L., Volpe-Vartanian, J., Horgan, C. M., & McCann, B. (2007). Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace: key issues and a research agenda. *Psychiatric services (Washington, DC)*, 58(10), 1262-1264.  
doi: [10.1176/appi.ps.58.10.1262](https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.10.1262).
- Mostardinha, A. R., & Pereira, A. (2018). Prevenção no consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino superior. In *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 137-145). ISPA–Instituto Universitário.
- Neighbors, C., Lee, C. M., Lewis, M. A., Fossos, N., & Larimer, M. E. (2007). Are social norms the best predictor of outcomes among heavy-drinking college students?. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 68(4), 556-565.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical psychology review*, 24(8), 981-1010.

- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and aging, 17*(1), 116-124.
- Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Sivertsen, B., Havik, O. E., & Nordhus, I. H. (2010). Patient characteristics and predictors of sleep medication use. *International clinical psychopharmacology, 25*(2), 91-100.
- Pallesen, S., Nordhus, I. H., Nielsen, G. H., Havik, O. E., Kvale, G., Johnsen, B. H., & Skjøtskift, S. (2001). Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. *Sleep, 24*(7), 771-779.
- Paula, A. & Queiroga, F. (2015). Satisfação no trabalho e clima organizacional: a relação com autoavaliações de desempenho. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho, 15*(4), 362-373.
- Perkins, H. W. (2002). Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. *Journal of Studies on Alcohol, supplement, (14)*, 164-172.
- Read, J. P., Wood, M. D., Kahler, C. W., Maddock, J. E., & Palfai, T. P. (2003). Examining the role of drinking motives in college student alcohol use and problems. *Psychology of addictive behaviors, 17*(1), 13.
- Rigg, K. K., & Ibañez, G. E. (2010). Motivations for non-medical prescription drug use: A mixed methods analysis. *Journal of substance abuse treatment, 39*(3), 236-247.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly, 15*(2), 175-183.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of personality and social psychology, 39*(3), 472-480.
- Santos, M. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários* (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro. Aveiro.
- Shaghghi, A., Asadi, M., & Allahverdipour, H. (2014). Predictors of self-medication behavior: a systematic review. *Iranian journal of public health, 43*(2), 136-146.
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology, 158*(4), 343-359.
- Spear, L. P. (2002). The adolescent brain and the college drinker: biological basis of propensity to use and misuse alcohol. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement, (14)*, 71-81.
- Teter, C. J., McCabe, S. E., Cranford, J. A., Boyd, C. J., & Guthrie, S. K. (2005). Prevalence and motives for illicit use of prescription stimulants in an undergraduate student sample. *Journal of American College Health, 53*(6), 253-262.
- Tomkins, S. S. (1966). Psychological model for smoking behavior. *American Journal of Public Health and the Nations Health, 56*(12), 17-20.
- Trujillo, Á., Obando, D., & Trujillo, C. A. (2016). Family dynamics and alcohol and marijuana use among adolescents: The mediating role of negative emotional symptoms and sensation seeking. *Addictive behaviors, 62*, 99-107.
- Vanassche, S., Sodermans, A. K., Matthijs, K., & Swicegood, G. (2014). The effects of family type, family relationships and parental role models on delinquency and alcohol use among Flemish adolescents. *Journal of child and family studies, 23*(1), 128-143.

- Waldron, H. B., & Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction, 99*, 93-105.
- White, H. R., Anderson, K. G., Ray, A. E., & Mun, E. Y. (2016). Do drinking motives distinguish extreme drinking college students from their peers?. *Addictive behaviors, 60*, 213-218.
- White, H. R. & Jackson, K. (2005). Social and Psychological Influences on Emerging Adult Drinking Behavior. *Alcohol Research & Health, 28 (4)*, 182-190.
- Wood, R., & Bandura, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of management Review, 14(3)*, 361-384
- Wood, M. D., Read, J. P., Mitchell, R. E., & Brand, N. H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors, 18(1)*, 19-30.
- World Health Organization (2006). *Alcohol... use and abuse.. what you should know* (No. Alcohol Control Series-4). WHO Regional Office for South-East Asia.
- Yilmaz, E. (2008). Organizational commitment and loneliness and life satisfaction levels of school principals. *Social Behavior and Personality: an international journal, 36(8)*, 1085-1096.

## **ANEXOS**

## Anexo A – Questionário

O presente estudo enquadra-se na dissertação da tese para conclusão do Mestrado em Psicologia Social e das Organizações, do ISCTE-IUL, cujo o tema é automedicação e consumo de álcool em situações de stress e outros motivos.

Para proceder com a sua participação, é solicitado que preencha o questionário, com duração de **13 minutos**, de forma mais sincera possível. As suas respostas serão anónimas e os dados serão analisados confidencialmente.

Agradeço o interesse e a sua disponibilidade na participação do nosso estudo.

Para informações adicionais e/ou esclarecimento de dúvidas acerca do questionário ou se pretender acompanhar o estudo e receber os resultados poderá enviar um e-mail para: [mdcpc@iscte-iul.pt](mailto:mdcpc@iscte-iul.pt)

**M<sup>a</sup> do Carmo Ferreira,**

Antes de iniciar o estudo é necessário que tome conhecimento e que concorde com as seguintes informações:

1. Estou consciente de que a minha participação é voluntária e posso interromper a qualquer momento;
2. As minhas respostas serão anónimas e confidenciais;
3. As minhas respostas serão utilizadas exclusivamente para investigação e cedidos apenas pelos investigadores envolvidos no estudo.

Tomei conhecimento e concordo em participar no estudo

Não concordo em participar no estudo

Para começar, vai encontrar um conjunto de itens acerca da percepção de stress ocupacional na sua vida no **último mês**. É solicitado que responda às seguintes afirmações, de acordo com o grau de stress ocupacional percebido. Se tiver empregado em mais do que uma organização escolha a que considera ter maiores níveis de exigências, seja física, cognitivas e/ou relacionais.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
1. Sentir que tem demasiada responsabilidade pelo trabalho de outros	1	2	3	4	5
2. Ter de fazer ou decidir coisas em que erros podem custar muito	1	2	3	4	5
3. Não ter ajuda ou equipamento suficiente para se fazer o trabalho bem feito	1	2	3	4	5
4. Pensar que a quantidade de trabalho que tem interfere com a qualidade do que realiza	1	2	3	4	5
5. Sentir que tem de fazer coisas com as quais não concorda	1	2	3	4	5
6. Sentir-se inapto(a) para influenciar as decisões e ações do seu chefe hierarquicamente superior, que o(a) afetem	1	2	3	4	5
7. Pensar que não é capaz de dar resposta aos diversos pedidos conflitantes das várias pessoas com quem trabalha	1	2	3	4	5
8. Não saber o que as pessoas com quem trabalha esperam de si	1	2	3	4	5
9. Ter de lidar ou satisfazer demasiadas pessoas	1	2	3	4	5
10. Sentir que o seu trabalho tende a interferir com a sua vida familiar	1	2	3	4	5
11. Ser-lhe pedido que faça horas extras quando não deseja	1	2	3	4	5
12. Sentir-se encurralado(a) num trabalho que não gosta, mas que não pode largar	1	2	3	4	5
13. Com que frequência o seu trabalho requer que trabalhe muito rápido	1	2	3	4	5
14. Com que frequência o seu trabalho requer que trabalhe afincadamente (física ou mentalmente)	1	2	3	4	5
15. Com que frequência o seu trabalho o(a) deixa com pouco tempo para ter tudo feito	1	2	3	4	5

O seguinte grupo de itens correspondem a formas possíveis de lidar com *stress* ou tensão. Este grupo deverá ser respondido por pessoas empregadas, considerando o **último mês**.

	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
16. Pedi conselhos aos meus colegas quando discordei do(a) meu(minha) chefe	1	2	3	4	5
17. Quando existiram dificuldades fingi que estava tudo bem	1	2	3	4	5
18. Pensei que também podia aprender com certas experiências desagradáveis	1	2	3	4	5
19. Apercebi-me que bebia mais bebidas alcoólicas quando tinha problemas	1	2	3	4	5
20. Apercebi-me que consumi mais medicação sem prescrição médica quando tinha problemas	1	2	3	4	5
21. Perguntei a pessoas que tiveram o mesmo problema que eu sobre como fizeram para o resolver	1	2	3	4	5
22. Quando surgiram problemas evitei pensar neles	1	2	3	4	5
23. Em alturas de stress tentei pensar nos aspetos agradáveis do meu trabalho	1	2	3	4	5
24. Quando tive problemas tendi a ver mais TV	1	2	3	4	5
25. Falei com colegas que me pudessem realmente ajudar com um problema	1	2	3	4	5
26. Sempre que possível tentei afastar-me dos problemas	1	2	3	4	5
27. Quando houve um problema fiquei otimista acerca do futuro	1	2	3	4	5
28. Saí com mais frequência quando estive com problemas	1	2	3	4	5
29. Quando tive problemas discutia-os com o(a) meu/minha parceiro(a) ou com os meus amigos	1	2	3	4	5
30. Evitei confrontações difíceis com os meus chefes e/ou colegas	1	2	3	4	5
31. Tentei ver os problemas numa perspetiva diferente de forma a que tentassem parecer mais positivos	1	2	3	4	5
32. Sob pressão perdi-me em sonhos ou fantasias	1	2	3	4	5
33. Falei sobre como me sentia acerca do meu trabalho	1	2	3	4	5
34. Em situações problemáticas apenas esperei e vi o que iria acontecer	1	2	3	4	5
35. Em situações problemáticas tentei convencer a pessoa responsável	1	2	3	4	5
36. Quando existiram problemas tendi a assumir mais riscos	1	2	3	4	5
37. Quando houve problemas procurei compreensão e simpatia	1	2	3	4	5
38. Quando houve problemas fingi que não estava a acontecer nada	1	2	3	4	5
39. Em alturas de stress consegui planear bem o meu trabalho	1	2	3	4	5

40. Sob pressão tornei-me implicativo (a)	1	2	3	4	5
41. Organizei o meu trabalho de modo a que não tivesse que me preocupar	1	2	3	4	5

De seguida será questionado acerca da frequência do seu comportamento de consumir álcool, **no último mês**. Assinale a resposta que mais se adequa ao seu comportamento.

	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
42. Com que frequência consumiu bebidas que contivessem álcool?	0	1	2	3	4
43. Quando consumiu, quantas bebidas contendo álcool consumiu num dia normal?	0	1	2	3	4
44. Com que frequência consumiu, pelo menos, seis bebidas alcoólicas numa ocasião?	0	1	2	3	4
45. Com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?	0	1	2	3	4
46. Com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por causa de ter bebido?	0	1	2	3	4
47. Com que frequência precisou de consumir álcool logo de manhã para curar uma ressaca?	0	1	2	3	4
48. Com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?	0	1	2	3	4
49. Com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?	0	1	2	3	4

No seguinte grupo de itens assinale a sua resposta que melhor se enquadra as situações apresentadas

	Não	Sim, mas não no último mês	Sim, aconteceu no último mês
50. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por ter consumido álcool?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em quantas ocasiões no **último mês** consumiu os seguintes tipos de medicamentos?  
Assinale a resposta que melhor se adequa ao seu comportamento.

	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
52. Medicamentos para as dores	0	1	2	3	4
53. Medicamentos estimulantes	0	1	2	3	4
54. Medicamentos para dormir	0	1	2	3	4
55. Medicamentos para a ansiedade/sedativos	0	1	2	3	4

Caso tenha consumido os seguintes medicamentos, é pedido que assinale com uma **X** quais os tipos de medicamentos que foram prescritos pelo médico ou tomados por sua iniciativa.

	Tomado por minha iniciativa	Tomado por prescrição médica
56. Medicamentos para as dores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Medicamentos estimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Medicamentos para dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Medicamentos para a ansiedade/sedativos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso tenha consumido algum medicamento por sua iniciativa, em que medida os seguintes aspectos influenciaram a sua decisão?

	Nenhuma influência	Pouca influência	Alguma influência	Muita influência
60. Publicidade	1	2	3	4
61. Familiares, amigos, namorado(a)	1	2	3	4
62. Prescrições anteriores do próprio(a)	1	2	3	4
63. Prescrição médica de outro familiar	1	2	3	4

Indique a frequência com que percebe que as pessoas da sua **família próxima** consomem as seguintes substâncias:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
64. Álcool para além das refeições	0	1	2	3	4
65. Medicamentos sem prescrição médica	0	1	2	3	4

Gostaríamos também de saber com que frequência os seus **amigos mais próximos** consomem as seguintes substâncias:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
66. Álcool para além das refeições	0	1	2	3	4
67. Medicamentos sem prescrição médica	0	1	2	3	4

Identifique com um **X** se algum dos seguintes membros possui um problema de dependência de:

	Pai/Padrasto	Mãe/Madrasta	Irmão/Irmã	Familiar próximo	Amigo/a íntimo/a
68. Álcool	<input type="checkbox"/>				
69. Medicamentos sem prescrição médica	<input type="checkbox"/>				

Classifique, consoante com o que se identifica, quais as suas motivações para adotar o comportamento de consumir substâncias (álcool e/ou medicamentos sem prescrição médica)

	Nunca	Algumas vezes	Metade das vezes	A maioria das vezes	Sempre
70. Porque gosto da sensação	1	2	3	4	5
71. Para ficar alterado(a)	1	2	3	4	5
72. Porque é divertido	1	2	3	4	5
73. Porque me ajuda quando me sinto deprimido(a) ou nervoso(a)	1	2	3	4	5
74. Para me animar quando estou de mau humor	1	2	3	4	5
75. Para esquecer as minhas preocupações/problemas	1	2	3	4	5
76. Porque me ajuda a divertir numa festa	1	2	3	4	5

77. Porque torna os encontros sociais mais divertidos	1	2	3	4	5
78. Porque melhora as festas	1	2	3	4	5
79. Para que gostem de mim	1	2	3	4	5
80. Para fazer parte de um grupo de que gosto	1	2	3	4	5
81. Para que não me sinta posto de lado	1	2	3	4	5
82. Para realizar o meu trabalho melhor	1	2	3	4	5
83. Para benefício da minha organização	1	2	3	4	5
84. Para um bom negócio	1	2	3	4	5
85. Para maior sucesso no trabalho	1	2	3	4	5
86. Para atingir objetivos importantes relacionados com o trabalho	1	2	3	4	5

Indique com que frequência, **no último mês**, se identificou com as seguintes situações

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes
87. Sentiu falta de companhia	1	2	3	4
88. Sentiu-se magoado(a)	1	2	3	4
89. Sentiu isolado(a) dos outros	1	2	3	4

Dos seguintes grupos sociais, classifique o grau de apoio desses grupos que contribuem para o seu desenvolvimento pessoal.

	Nenhum apoio			Muito apoio	
90. Membros da família	1	2	3	4	5
91. Amigos íntimos	1	2	3	4	5

Considerando os **membros da sua família**, qual o grau de apoio que percebe para cada um dos seguintes tipos de apoio?

	Nenhum apoio			Muito apoio	
92. Emocional quando estou sem confiança	1	2	3	4	5
93. Ajudam-me nos problemas no emprego	1	2	3	4	5
94. Ajudam-me nos problemas pessoais	1	2	3	4	5

Pensando agora no apoio dos seus **amigos mais próximos**, qual o grau de apoio que percebe para cada um dos seguintes tipos de apoio?

	Nenhum apoio			Muito apoio	
95. Emocional quando estou sem confiança	1	2	3	4	5
96. Ajudam-me nos problemas no emprego	1	2	3	4	5
97. Ajudam-me nos problemas pessoais	1	2	3	4	5

Para terminar, é solicitado que preencha os seguintes campos com os seus dados pessoais, apenas para caracterização da amostra.

98. **Sexo:** Feminino  Masculino

99. **Idade:** \_\_\_\_\_

100. **Estado Civil:** \_\_\_\_\_

101. **Habilitações Literárias:** Assinale apenas o último grau de ensino completo

Inferior ao 9ºano  9ºano  12ºano

Licenciatura  Pós-graduação  Mestrado

Doutoramento

102. **Atualmente encontra-se a estudar?**

Sim  Ano a frequentar: \_\_\_\_\_ Não

103. **Atualmente encontra-se a trabalhar?**

Sim  Não

104. **Função Desempenhada:** \_\_\_\_\_

105. **Qual o tipo de contrato?**

Permanente  Temporário  Trabalho por conta própria

106. **Tempo de permanência no seu atual emprego (meses):** \_\_\_\_\_

107. **Média de horas trabalhadas por semana:** \_\_\_\_\_

108. **Ocupa uma posição de supervisão ou gestão de equipa?**

Sim  Não

109. **Quantas pessoas reportam diretamente a si?** \_\_\_\_\_

110. **Qual o número aproximado de pessoas da sua empresa?**

Menos de 10       Entre 10 e 50       Entre 51 e 100  
 Entre 101 e 250       Entre 251 e 500       Mais de 5

111. **Qual o setor de atividade da sua empresa atual?**

Administração Pública ou outros serviços públicos	<input type="checkbox"/>	Saúde e outros serviços de proteção social	<input type="checkbox"/>
Hotelaria ou Restauração	<input type="checkbox"/>	Indústria	<input type="checkbox"/>
Construção civil e imobiliário	<input type="checkbox"/>	Banca e Seguros	<input type="checkbox"/>
Ensino/Investigação	<input type="checkbox"/>	Agricultura, pescas ou minas	<input type="checkbox"/>
Comércio	<input type="checkbox"/>	Outra	<input type="checkbox"/>
Novas Tecnologias (informática/biotecnologias)	<input type="checkbox"/>		

112. **Atualmente trabalha em mais do que uma empresa?**

Sim  Quantas? \_\_\_\_\_ Não

**Muito obrigada pela sua colaboração!**