



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Associação entre a Personalidade, Impulsividade, Autoestima e Morbilidade Psicológica e os Comportamentos de Risco

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Vânia Helena Dias Esteves

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

JANEIRO 2019



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Associação entre a Personalidade, Impulsividade, Autoestima e Morbilidade Psicológica e os Comportamentos de Risco

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde**.

Vânia Helena Dias Esteves

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Cunha
Veiga Costa**

*“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”*

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Agradeço à **Universidade Católica Portuguesa**, pelas diversas oportunidades de ensino com professores de excelência que permitiram o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Agradeço à **Professora Eleonora Cunha Veiga Costa**, pelo acompanhamento, ao longo deste ano, pois, sem o seu apoio, este trabalho não se teria realizado. Por todo o apoio e compreensão em todos os momentos, obrigada.

Aos meus pais, **Carlos e Helena**, quero agradecer, do fundo do coração, por toda a confiança que depositaram em mim, desde o início. Não desde que comecei a minha formação, mas desde que nasci, sempre me ajudaram a ser a pessoa que sou hoje. Pelo amor, carinho, atenção, disponibilidade, por me mostrarem o que é o amor, o que é uma família, o que é um lar- e muito mais haveria a referir – obrigada. Obrigada ainda por me mostrarem os valores pelos quais hoje e sempre me sigo. Obrigada por serem os meus heróis!

À minha irmã **Joana**, desde pequenas que somos como o cão e o gato. Pela diferença de quatro anos de idade, as discussões seriam inevitáveis mas crescemos e aprendemos juntas e somos o que somos por influência uma da outra. Pelas noites sem dormir, pelas conversas com os pais do outro lado da parede a dizer que “já eram horas para dormir” mas o “piu” não dava para conter.

À **Bia**, por ser a afilhada mais incrível de sempre, obrigada por me acordares com um sorriso no rosto para me pedires o “bibi”, por me encheres o coração de uma forma que nem consigo explicar.

À minha família toda, em particular:

À minha **Madrinha**, que desde pequena me fazia comer os vegetais, às incansáveis explicações de Português, às tardes de conversa que desenvolvemos na cozinha sem dar pelo tempo a passar, obrigada pelo carinho que sempre me deste. Ao meu **Padrinho**, que sempre me demonstrou carinho e atenção e sempre esteve disponível para mim.

Aos meus **primos**, por crescerem comigo, pelas traquinices, pelas desavenças, pelas brincadeiras, pelas férias, pelas memórias.

Aos meus avós, **Lu, Guida e João**, por serem as pessoas incríveis que são, pela demonstração de carinho que sempre recebi, pelos valores que me transmitem todos os dias.

À **Chana**, pela amizade de dezassete anos (e muitos mais virão) - passamos pela fase da adolescência juntas, pela fase das paixonetas, pelas voltas à escola em Gualtar, pelas noitadas que fazemos desde pequenas - por sempre me apoiares, quando estou desanimada e por me felicitares, quando tenho sucesso. Ao **Gui**, por ser um irmão não de sangue mas de coração - sem termos consciência disso, a amizade forte que temos cresceu da noite para o dia - por sempre “darmos” na cabeça um no outro e aconselharmo-nos um ao outro. À **Débora**, obrigada pelas incansáveis noites de paciência que tens comigo, pelo apoio e carinho, obrigada pela tua amizade. À **Sofia**, minha madrinha de praxe, pela amizade, pelo apoio que sempre me deu desde que entrei na faculdade, por ter sido sempre um forte pilar.

Às minhas afilhadas de praxe, **Arriscado, Bastos, Carla, Luísa e Moreira**, por serem das pessoas mais incríveis e diferentes que tive o prazer de conhecer e ter ao meu lado, cada uma de vocês tem um lugar muito especial no meu coração.

À **Daenerys**, à **Shaki**, à **Dama** e ao **Charlie**, por serem as pestes mais “tregas” que alguma vez vi, por estarem sempre lá ao pé de mim quando me apetecia chorar e não queria que ninguém visse, por me darem a pata como quem diz “vai ficar tudo bem, eu estou aqui ao teu lado!”,

Obrigada a todas as pessoas que passaram na minha vida, seja por um período breve ou longo, seja por acontecimentos maus ou acontecimentos bons, obrigada por me ajudarem a ser quem sou hoje, com todos os defeitos e qualidades, por todas as aprendizagens feitas ao longo destes vinte e cinco anos.

Carlos, dedico-te esta dissertação de mestrado por diversos motivos. Sei que, apesar de já não estares aqui fisicamente estás aqui, dentro de mim e dentro das pessoas que te amam e nunca te vão esquecer. Sempre estivemos juntos, caímos juntos e levantamo-nos juntos, sempre. Desde o meu segundo ano da faculdade que te tornaste num pilar na minha vida, aquela presença, aquela segurança... O Porto Seguro, que foi a melhor maneira que sempre encontramos um no outro de explicar e definir o que eu e tu temos e o que sentimos um pelo outro.

Sei que vais estar do meu lado e que me vais continuar a apoiar. O nosso acordo permanece certo? Eu sei sempre onde tu estás e tu sabes sempre onde eu estou, vamos ser sempre aquele Porto Seguro onde podemos regressar e recuperar forças. Obrigada por tudo.

Estás e sempre ficarás em mim, Carlos.

Porto Seguro Para Sempre.

Resumo

O consumo de drogas (lícitas ou ilícitas) constitui um fenómeno transversal a todas as sociedades, classes etárias e grupos sociais, podendo dizer-se que tem marcado a evolução do homem no seu devir histórico. Assim, o problema não estará verdadeiramente nas drogas *per se*, mas sim na relação que se estabelece com elas. O presente estudo tem como objetivo focar-se nos comportamentos de risco, analisando as relações entre a personalidade, a impulsividade, o humor/depressão e a autoestima, observando de que forma estas variáveis têm impacto nos comportamentos de risco. Pretende-se, assim, com este estudo contribuir para um maior conhecimento acerca das variáveis psicológicas nos comportamentos de risco, fornecendo guias importantes para programas de intervenção.

O presente estudo é constituído por uma amostra de 155 participantes, de ambos os sexos. Para a obtenção dos dados foram utilizadas seis escalas: o Questionário Sociodemográfico, a Escala de autoestima de Rosenberg – RSES, a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11), o Perfil de Estado de Humor (POMS), o Questionário sobre o Uso de Álcool e Drogas e o Inventário da Personalidade NEO-FFI-20. Este estudo demonstra que existem diferenças significativas entre variáveis de consumo de substâncias psicoativas e as variáveis da personalidade, impulsividade, autoestima e nos estados de humor.

Palavras-chave: *Comportamentos de Risco, Substâncias psicoativas, personalidade, autoestima, impulsividade, estados afetivos.*

Abstract

The consumption of drugs (legal or illegal) is a phenomenon that transcends all societies, age groups and social groups, and can be said to have marked the evolution of man in his historical development. Thus, the problem will not truly be in drugs *per se*, but in the relationship that is established with them. The present study aims to focus on risk behaviors, analyzing the relationships between personality, impulsivity, mood/depression and self-esteem, observing how these variables impact on risk behavior. The purpose of this study is to contribute to a better understanding of psychological variables in risk behaviors, providing important guidelines for intervention programs.

The present study consists of a sample of 155 participants, of both sexes. To obtain the data, six scales were used: The Sociodemographic Questionnaire, The Rosenberg Self-esteem Scale (RSES), The Barratt Impulsivity Scale (BIS-11), The Profile of Mood States (POMS), The Use of Alcohol and Drugs Questionnaire and The Personality Inventory (NEO-FFI 20). This study that there are significant differences between the variables of psychoactive substance use and the variables of personality, impulsivity, self-esteem and mood states.

Keywords: *Risk Behaviors, Psychoactive Substances, Personality, Self-esteem, Impulsivity, Mood States.*

Agradecimentos	II
Resumo	III
Abstract	IV
Índice	V
Índice de Tabelas	VI
1. Introdução	10
1.1. Estados afetivos e comportamentos de risco	13
1.2. A personalidade e os comportamentos de risco.....	14
1.3. A impulsividade e os comportamentos de risco	15
1.4. Autoestima e comportamentos de risco	16
1.5. Variáveis Sociodemográficas e comportamentos de risco	17
2. Metodologia	18
2.1. Objetivo do estudo.....	18
2.2. Método e Hipóteses	18
2.3. Participantes.....	19
2.3. Instrumentos	19
1. <i>Questionário Sociodemográfico</i>	19
2. <i>Escala de autoestima de Rosenberg - RSES (Rosenberg, 1965; Versão Portuguesa de Santos e Maia, 2003)</i>	19
3. <i>Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995 - versão para investigação desenvolvida para português europeu por Cruz e Barbosa, 2012)</i>	20
4. <i>O Perfil de Estados de Humor (Profile of Mood States – POMS; McNair, Looor & Droppleman, 1971)</i>	21
5. <i>Questionário sobre o Uso de Álcool e Drogas de Hobfoll e col. (2002)</i>	21
6. <i>Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006)</i>	22
2.4. Análise Estatística.....	23
3. Amostra	23
4. Resultados	25
5. Conclusão e discussão de resultados	33
Referências Bibliográficas	37
ANEXOS	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica da amostra	24
Tabela 2 – Análise de diferenças nas variáveis psicossociais em pessoas que consomem substâncias psicoativas e pessoas que não consomem substâncias psicoativas, através do Teste de Mann-Whitney.....	25
Tabela 3 – Análise de diferenças nos Comportamentos de Risco em função do Sexo, através do Teste de Mann-Whitney	26
Tabela 4 – Coeficientes de correlação de Spearman entre os Comportamentos de Risco e as Dimensões do NEO-FFI 20	27
Tabela 5 – Coeficientes de correlação de Spearman entre os Comportamentos de Risco e a Autoestima	28
Tabela 6 – Coeficientes de correlação de Spearman entre os Comportamentos de Risco e a Impulsividade	29
Tabela 7 – Coeficientes de correlação de Spearman entre os Comportamentos de Risco e as Dimensões do POMS	30
Tabela 8 – Coeficientes de correlação de Spearman entre a Idade e a Escolaridade e os Comportamentos de Risco	31
Tabela 9 – Modelo de Regressão Logística Binária para os Consumos de Substâncias.....	32

1. Introdução

A influência do estilo de vida sobre os níveis de saúde e qualidade de vida dos diferentes grupos populacionais tem sido amplamente documentada na literatura na área da saúde (Gasparotto, Legnani, Legnani & Campos, 2015). Neste sentido, o levantamento, o monitoramento e a intervenção sobre os comportamentos de risco à saúde têm sido considerados prioridades de saúde pública. Entre os comportamentos de risco, é possível citar níveis insuficientes de atividade física, hábitos alimentares inadequados, tabagismo, consumo abusivo de álcool, consumo de drogas ilícitas, envolvimento em situações de violência e comportamentos sexuais de risco (Roberts, et al, 2004).

Segundo a Organização Mundial de saúde, droga é considerada toda a substância, natural ou sintética que, quando introduzida no organismo, modifica as suas funções, incorporando substâncias como o álcool, alguns medicamentos e tabaco, assim como outras substâncias ilícitas, tais como a cocaína, haxixe, heroína e outros opiáceos (Organização Mundial de Saúde, 2014). A toxicodependência é definida como um comportamento que resulta da compulsão do consumo pela experiência do seu efeito psíquico, e do evitar do desconforto causado pela sua ausência, no entanto, esta pode ser considerada uma doença fatal, capaz de destruir o organismo e potenciais danos irreversíveis (Costa et al., 2012).

O consumo de drogas (lícitas ou ilícitas) constitui um fenómeno transversal a todas as sociedades, classes etárias e grupos sociais, podendo dizer-se que tem marcado a evolução do homem no seu devir histórico (Escohotado, 1992). O problema não estará verdadeiramente nas drogas *per se*, mas sim na relação que se estabelece com elas. Podemos conceptualizar as toxicodependências (ou dependência de drogas) como uma enfermidade crónica e recidivante que provoca alterações na pessoa a nível biopsicossocial, e que se caracteriza por uma tendência compulsiva para o consumo de drogas (Repetto & Santos, 1985). Assim, o combate às toxicodependências passa pela sua prevenção. Para tal, e tendo em conta que esse combate também implica um conhecimento aprofundado do comportamento ou fenómeno estudado, é necessário que se tenha uma visão abrangente de todos os possíveis fatores que influem no mesmo (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2005), podendo afirmar-se que, no caso das toxicodependências, são inúmeros os seus fatores facilitadores – ou de risco – assim como os seus fatores impeditivos – ou de proteção –, os quais concorrem

probabilisticamente, quer para a ocorrência desta doença, quer para evitar que a mesma se manifeste (Gonzalez & Lanzano, 1999).

Nos seus estudos sobre a toxicod dependência, Dias (2003) definiu “toxicod dependente” como o indivíduo que sente uma necessidade dominadora de repetir sucessivamente os consumos de determinada substância, aumentando as doses progressivamente até ao ponto em que o seu comportamento passar a estar controlado pela necessidade de consumir. Por sua vez, o mesmo autor define “dependência” como a compulsão que força ao consumo continuado da droga, resultante do seu uso repetido. Dias (2003) considera dependência física quando se trata de evitar o desconforto físico da abstinência e dependência psicológica quando a compulsão diz respeito à necessidade de estímulo ou de prazer, ou ainda à necessidade de afastamento da realidade.

O consumo de substâncias psicoativas é um problema que afeta praticamente todos os países do mundo e o seu impacto tem vindo a aumentar. Esta destrói a vida de famílias devido ao seu carácter psicodpressivo, que provoca total dependência, e autodestrutivo, consumindo recursos económicos e emocionais dos agregados familiares (Fernandes, 2009).

O comportamento de uso de substâncias remete para qualquer substância que se torna o centro da vida de uma pessoa, afastando-a de outras atividades e prejudicando-a a diferentes níveis, seja físico, mental ou socialmente. Considera-se haver dependência de substância quando existem alterações bioquímicas que causam na pessoa a necessidade de dar continuidade ao consumo de determinada substância, de forma a evitar sintomas de abstinência. Por outro lado, a dependência psicológica traduz-se pelo prazer subjetivo que o alívio da ansiedade provoca no indivíduo (Crauss & Abaid, 2012). Hoje em dia, o uso abusivo de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema social.

O consumo destas tem acompanhado o homem em todo o mundo, tornando-se preocupante a massificação e a precocidade deste consumo, assim como a elevada taxa de doenças e mortalidade que o acompanha (Alarcão, 2000). O diagnóstico de um toxicod dependente ou de um alcoólico deve ser baseado em diferentes sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos que indicam o uso de substâncias por parte do indivíduo, sendo estes acompanhados por todos os problemas que surgem associados ao seu consumo, seja a nível social, laboral ou familiar (Cochran, Sullivan, & Mays, 2003).

O abuso de substância manifesta-se através de critérios específicos num período de um ano, como a tolerância, período em que o indivíduo necessita de substâncias em quantidades crescentes para conseguir atingir o nível de intoxicação, o consumo de substâncias em quantidades maiores e, por um período mais longo do que o pretendido, a constante vontade de diminuir ou controlar a sua utilização mas sem sucesso. Posto isto, verifica-se uma grande quantidade de tempo despendido na obtenção, utilização e recuperação do consumo da substância, bem como o abandono de atividades sociais, laborais e familiares importantes, de forma a poder consumir (Frances & Ross, 2004).

As substâncias psicoativas que atuam no sistema nervoso central alteram o funcionamento comportamental, cognitivo e perceptivo, sendo estas classificadas em três categorias: depressoras, estimulantes e perturbadoras (Pratta & Santos, 2006). As drogas depressoras condicionam o funcionamento cerebral e induzem o relaxamento corporal, as drogas estimulantes aumentam a atividade cerebral e prolongam o estado de vigília, e as drogas perturbadoras afetam o funcionamento do sistema nervoso central, condicionando a perceção das cores e formas, provocando, por vezes, alucinações e delírios (Pratta & Santos, 2006).

A toxicodependência apresenta diferentes variáveis importantes como o comportamental atual do consumo, ou seja, o prazer na repetição do prazer, a prevalência dos consumos, descontrolo do consumo, característica da personalidade e da droga e circunstâncias socioculturais (Mendes, 2015). Não existem ainda muitos trabalhos que expliquem a relação entre alguns transtornos emocionais como, por exemplo, a causa de comportamentos aditivos.

Neste sentido, vários estudos têm vindo a avaliar comportamentos e fatores metabólicos de risco à saúde, em todas as faixas etárias, tendo em vista que os fatores de risco adquiridos na fase da adolescência/jovem adultícia podem perdurar no envelhecimento e levar ao desenvolvimento de diferentes doenças (Gasparotto, Legnani, Legnani, & Campos, 2015).

Posto isto, para este estudo foram considerados fatores individuais, nomeadamente, a impulsividade, a autoestima, a personalidade e a morbidade psicológica, que podem apresentar diferenças em indivíduos que consomem substâncias psicoativas e ser preditores destes comportamentos de risco.

1.1. Estados afetivos e comportamentos de risco

As investigações realizadas são inconsistentes nos resultados apresentados em relação à associação entre morbidade psicológica e comportamentos de risco. A associação clínica do abuso de substâncias e os estados afetivos é bem conhecida, mas a sua sequência temporal é difícil de determinar, ou seja, segundo a literatura, é difícil de determinar se a morbidade psicológica precede o consumo de substâncias psicoativas ou se é consequência do mesmo. O álcool, assim como muitas substâncias ilícitas, são depressogênicos, cujo uso repetitivo produz sentimentos subjetivos de estados afetivos negativos, assim como sinais neurovegetativos, tais como distúrbios do sono e do apetite, déficit cognitivo, e diminuição de energia, sentimentos de tensão, cansaço e insegurança. (Weissman & Meyers, 1980).

O uso de substâncias psicoativas surge como um atalho para obtenção de um estado de felicidade artificial e imediata, baseada apenas nas diferentes formas de consumo que oferece e nos efeitos cerebrais que tem. O consumo de substâncias é relatado pelos consumidores como uma forma de experienciar diferentes estados psicológicos, sobressaindo, assim, a percepção do uso como uma tentativa, bem ou mal sucedida, de encontrar algum tipo de alívio para o sofrimento quotidiano (Lemes, et. al, 2017).

Diferentes estudos longitudinais, investigaram os correlatos demográficos e psicossociais do abuso de substâncias, mas os resultados foram conflitantes. Kaplan (1977) observou que características como a boa disposição, a tranquilidade e eficácia são fatores protetores em relação ao consumo de substâncias, ou seja, pessoas com altos níveis de estados afetivos positivos têm uma tendência menor a iniciar o consumo de substâncias (Kaplan, 1977).

No entanto, autores afirmam que a distinção entre estados afetivos como perturbação primária e como consequência do abuso de substâncias pode-se tornar confusa, após muitos anos de consumo, resultando num estado de incapacidade no qual é impossível determinar a sequência da evolução dos sintomas do funcionamento psicológico, ou padrão de consumo (O'Sullivan, Whillams, Daly, Clare & Cooney, 1983).

A investigação em relação aos comportamentos de risco tem-se focado na personalidade e noutras variáveis individuais enquanto fatores moderadores da relação entre comportamentos de risco e estados afetivos negativos (Bancroft, Janssen, Carnes, Goodrich, Strong, & Long, 2004).

1.2. A personalidade e os comportamentos de risco

Diferentes estudos têm investigado não a personalidade do indivíduo dependente de substâncias psicoativas, mas as principais características do mesmo, uma vez que se pensa não ser possível falar de uma única personalidade dependente, mas sim de características comuns existentes, Pagés-Berthier (2002), refere ainda que não existe um modelo único de personalidade de toxicómano, existem traços e perturbações da personalidade com maior propensão ao consumo de substâncias psicoativas, bem como uma procura de sensações, impulsividade, e evitação da frustração (Zocali et al., 2007).

Assim, a dependência de substâncias psicoativas integra-se na personalidade do indivíduo embora possam existir traços comuns a nível psicopatológico, tais como: o humor depressivo, baixos níveis de afetividade, e elevados níveis de impulsividade (Pagés-Berthier, 2002). Indivíduos dependentes de substâncias psicoativas apresentam, deste modo, traços comuns, como a elevada propensão à apatetividade, impulsividade, e imaturidade, evidenciando grande dificuldade em lidar com frustrações e contrariedades, assim como lidar com e resolver problemas do foro quotidiano (Saraiva, 2017). Estas características podem estar associadas a outras, presentes nas adições, como é o caso de traços disposicionais como a impulsividade, neuroticismo, procura de sensações, extroversão e uma personalidade antissocial (Harvanko, Odlaug, Grant, & Schreiber, 2012).

Madras (2012) sugere que se o indivíduo apresenta algum tipo de sofrimento psíquico, procura mitigar ou anular o mesmo “adormecendo-o” através dos consumos, funcionando estes, muitas vezes, como supressores da dor, que pode ser tanto a nível físico como psicológico.

Lavelle, Hammersley e Forsyth (1991), referem que, associados ao consumo de drogas, aparecem frequentemente citados dois perfis distintos de personalidade: um caracterizado pelo neuroticismo, envolve depressão, baixa autoestima, locus de controlo externo, ansiedade e outras facetas que contribuem para nomear uma constelação de sentimento de infelicidade e de auto desvalorização; um segundo perfil designado por personalidade antissocial, que agrega características como ausência de adesão às regras e instituições convencionais, *acting-out*, hostilidade, violação dos direitos dos outros e história de delinquência.

O consumo e a dependência de substâncias surgem quando o consumidor percebe que os efeitos das mesmas podem ser utilizados para lidar com sentimentos

perturbadores que derivam de um ego frágil e de um *self* vulnerável. Deste modo, a dependência é concebida como uma desordem de autorregulação que envolve a gestão dos afetos, a autoestima, as relações e a capacidade de cuidar de si mesmo, através do qual o indivíduo aprende a lidar com as suas fragilidades (Janeiro & Metelo, 2004).

1.3. A impulsividade e os comportamentos de risco

O comportamento impulsivo é uma parte que integra o desenvolvimento e manutenção da dependência de substâncias químicas (Ouzir & Errami, 2016). O vício é o produtor de um desequilíbrio entre dois sistemas neurais separados, mas que interagem um com o outro, controlando a tomada de decisão, um sistema impulsivo de amígdala para sinalizar dor ou prazer de perspectivas imediatas e um sistema reflexivo do córtex pré-frontal para sinalização de dor ou prazer de perspectivas futuras (Bechara, 2005).

Estudos sugerem que as diferenças no consumo de substâncias, ao longo da vida, são devidas, em parte, à maturidade separada e paralela nesses sistemas cerebrais em diferentes estágios de desenvolvimento, que, potencialmente, aumentam a probabilidade de comportamento impulsivo (Blakemore & Robbins, 2012; Crone & Dahl, 2012).

O agir com impulsividade é operacionalizado de várias formas, incluindo a falta de premeditação antes de agir, atuação prematura, ativação comportamental, procura de sensações, comportamento impulsivo, tanto a nível motor como cognitivo, e baixa capacidade de retardar a gratificação (Evenden, 1999; Verdejo Garcia, Lawrence, & Clark, 2008).

O próprio consumo/abuso de substâncias psicoativas é considerado um ato impulsivo, apesar de não estar ainda claro se essa característica precede o uso de substâncias ou se é uma consequência do mesmo (Petry, Kirby, & Kranzler, 2002). A impulsividade é considerada, assim, como um ajustamento às situações imprevisíveis, mas também uma predisposição ou resposta ao consumo de substâncias psicoativas (Spillane, Smith, & Kahler, 2010). O comportamento impulsivo inclui características biológicas e hereditárias que são importantes no entendimento da dependência do consumo, onde existem comportamentos repetitivos sem autocontrolo (Lejuez et al., 2010). Nesses comportamentos estão envolvidas atividades de sensação de prazer e procura de gratificação imediata (Lejoyeux, Loughlin, & Ades, 2000). Assim, o comportamento impulsivo revela estar associado ao aumento da possibilidade de o

indivíduo se envolver em comportamentos de risco, como o consumo de substâncias psicoativas (Echeburúa, Bravo, & Aizpiri, 2008).

É importante compreender a impulsividade em toxicómanos e alcoólicos, pois pode prever a capacidade de o indivíduo se manter em tratamento (Moeller et al., 2001), de forma a avaliar dificuldade de compreensão em assimilar conceitos básicos de terapia, descrever metas e objetivos que não envolvam uma recompensa imediata, assim como inibir respostas impulsivas inapropriadas (Cunha e Novaes, 2004).

1.4. Autoestima e comportamentos de risco

A autoestima é uma autoavaliação por parte da pessoa do autoconhecimento que tem sobre si, em que gostam de si mesmas e acreditam que são competentes (Brown & Marshall, 2006). Pessoas com elevados níveis de autoestima tendem a fazer uma autoavaliação relativamente positiva, enquanto pessoas com baixos níveis de autoestima tendem a autoavaliar-se de forma mais negativa ou neutra (Campbell, 1990). A autoestima é um tópico amplamente estudado na Psicologia, com milhares de pesquisas relacionados com causas, consequências e correlações potenciais. Esse conjunto de pesquisas demonstra que altos níveis de autoestima estão associados a uma variedade de desfechos desejáveis que incluem o bem-estar subjetivo (Furnham & Cheng, 2000), ajustamento psicológico (Zeigler-Hill, 2011), bom funcionamento nas relações interpessoais (Murray, 2006).

Por outro lado, baixos níveis de autoestima estão associados com resultados negativos (Zeigler Hill, Besser, Myers, Southard, & Malkin, 2013), tais como saúde precária (Stinson et al., 2008), e comportamento delinvente (Donnellan, Tzresniewski, Robins, Moffitt & Caspi, 2005). É importante salientar que a maioria dos estudos realizados demonstram que os níveis de autoestima tendem a influenciar as estratégias utilizadas pelos indivíduos perante sentimentos de auto desvalorização, pois indivíduos com altos níveis de autoestima têm maior probabilidade de aumentar os sentimentos de autoestima (ou seja, aperfeiçoamento), enquanto que indivíduos com baixos níveis de autoestima preocupam-se principalmente em não perder os seus recursos de autoestima já limitados (ou seja, autoproteção) (Baumeister, Tice & Hutton, 1989).

Assim, a autoestima tem sido identificada como um potencial fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas, pois é frequente que indivíduos com baixos níveis de autoestima possam consumir substâncias psicoativas para se sentirem melhor consigo próprios (Seeman & Seeman, 1992), para ganhar aceitação e apoio dos pares

(Korn e Maggs, 2004) e os ajudar a lidar ou escapar de estados emocionais negativos (Backer-Fulghum, Patock-Peckham, King, Roufa & Hagen, 2012).

1.5. Variáveis Sociodemográficas e comportamentos de risco

A educação, a idade, a escolaridade, o estado civil, a etnia e o meio em que o indivíduo vive constituem medidas relevantes da situação social e demográfica de cada pessoa (Dworkin, Lotfi, Khoei, Yaghmaei, & Tehrani, 2013).

Em relação à escolaridade, esta é uma variável que está relacionada com o nível de conhecimento e reflete as diferenças entre uma pessoa que tem acesso à cultura e a competência em adquirir e utilizar diferentes conhecimentos/estratégias. Esta variável é utilizada em estudo de saúde, pois esta informação pode ser facilmente obtida, sendo que estudos demonstram que possuir uma escolaridade inferior ao ensino secundário constitui um fator de risco ou de exposição para a adoção de comportamentos de risco (Dieter, Grobler, Loggerenberg, Mlisana, Sobieszczyk, & Werner, 2012). No estudo de Dieter e colaboradores (2012), o nível de educação apresentou uma forte associação com a utilização de drogas, e a escolaridade esteve também relacionada com os conhecimentos acerca dos riscos e consequências em relação aos consumos de substâncias. Em 2013, Feresu e Smith, realizaram um estudo em que verificaram que indivíduos com nenhuma educação ou com escolaridade até ao quarto ano eram mais propensos a adotar comportamentos de risco do que indivíduos com maior nível de escolaridade.

Também os recursos socioeconómicos são descritos, neste mesmo estudo, como sendo fatores importantes na aquisição de conhecimentos para os comportamentos de risco, sendo que os que têm recursos limitados têm maior risco relativo à sua saúde em comparação com aqueles que têm maiores recursos (Cade, Clapp, Reilly, Smith, & Woodruff, 2010).

No que diz respeito à residência em meio rural ou urbano, um estudo realizado por Essén, Hogberg, Ugarte e Valladares (2013), verificou que viver no meio rural constitui um fator de risco para a adoção de comportamentos de risco. Os participantes que viviam em áreas urbanas têm maior conhecimento do que aqueles que viviam em áreas rurais (Essén, Hogberg, Ugarte & Valadares, 2013).

Em relação ao estado civil, verificou-se, num estudo realizado por Cade, Clapp, Reilly, Smith e Woodruff, (2010), que estar casado diminui o risco de o indivíduo adotar comportamentos de risco.

2. Metodologia

2.1. Objetivo do estudo

Tendo em conta a literatura e modelo referido, este estudo foca-se nos comportamentos sexuais de risco, analisando as relações entre a personalidade, a impulsividade, o humor/depressão e a autoestima, observando de que forma estas variáveis têm impacto nos comportamentos de risco.

Pretende-se, assim, com este estudo, contribuir para um maior conhecimento acerca das variáveis psicológicas nos comportamentos de risco, fornecendo guias importantes para programas de intervenção.

2.2. Método e Hipóteses

O presente estudo segue uma metodologia quantitativa, com desenho de investigação transversal, descritivo, e analítico, analisando as relações entre a personalidade, a impulsividade, a morbilidade psicológica e a autoestima e o seu impacto nos comportamentos de risco.

Tendo por base este objetivo definiram-se as seguintes hipóteses:

H1: Espera-se que existam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis psicossociais entre consumidores e não consumidores.

H2: Espera-se encontrar diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres a nível do consumo de álcool e drogas, ou seja, espera-se que os homens consumam mais álcool e drogas quando comparados com as mulheres.

H3: Espera-se que problemas ao nível das dimensões da personalidade, como o neuroticismo, a extroversão, a amabilidade, a abertura à experiência e a consciencialidade, se correlacionem positivamente com os comportamentos de risco.

H4: Espera-se que a autoestima se correlacione negativamente com os comportamentos de risco.

H5: Espera-se que a impulsividade se correlacione positivamente com os comportamentos de risco.

H6: Espera-se que a morbilidade psicológica se correlacione positivamente com os comportamentos de risco.

H7: Espera-se que a idade se correlacione positivamente com os comportamentos de risco, e a escolaridade se correlacione negativamente com os comportamentos de risco.

2.3. Participantes

A amostra será de conveniência, prevê-se a recolha de dados em 200 utentes; foram critérios de inclusão:

1. Receber tratamento no Projecto Homem: Comunidade Terapêutica e Reinserção Social;

2. O utente saber ler e escrever;

3. O utente ser maior de idade;

Foram critérios de exclusão apresentar perturbação grave ou défice cognitivo.

2.4. Instrumentos

Os instrumentos selecionados tiveram em conta os objetivos do estudo, aplicabilidade e rapidez de preenchimento.

1. *Questionário Sociodemográfico*

Contém dados sociodemográficos e variáveis clínicas para a caracterização da amostra. O questionário sociodemográfico é constituído por duas partes, sendo a primeira parte composta por informações relativas: à idade, residência, escolaridade, origem étnica, estatuto profissional atual, profissão, coabitação (a sós, com a família, com familiares, com o companheiro, com amigos), estado civil, religião, religiosidade atual e número de filhos. A segunda parte do questionário sociodemográfico é composta por questões relativas ao consumo de substâncias sociodemográficas: idade do início do consumo, quais as substâncias que consome, se existem na família pessoas com problemas relacionados com o consumo e se o consumo de substâncias levou a consequências familiares, sociais e/ou laborais.

O Questionário Sociodemográfico é constituído por 18 itens com questões abertas e de escolha múltipla.

2. *Escala de autoestima de Rosenberg - RSES (Rosenberg, 1965; Versão Portuguesa de Santos e Maia, 2003)*

Esta escala, que avalia autoestima, é constituída por dez itens, sendo que 5 itens se dirigem à orientação positiva e 5 itens se dirigem à orientação negativa. Os itens têm um formato de resposta tipo Likert e que variam entre 1 e 4. Para se obter o valor total relativo à autoestima global, procede-se à soma dos valores obtidos em cada um dos

itens, variando o valor total da escala entre os 10 e 40 pontos. De salientar, que quanto maior for o resultado final obtido, mais elevado será o nível da autoestima global de cada indivíduo. Na escala original o alfa de Cronbach foi de .89 e na versão portuguesa foi .77.

3. Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995 - versão para investigação desenvolvida para português europeu por Cruz e Barbosa, 2012)

Em 1959, Barratt criou a Escala de Impulsividade de Barratt (BIS). A escala surgiu com o intuito de desenvolver um questionário para avaliar características da personalidade que influenciavam o desempenho em testes de avaliação psicomotora. Após estudos mais aprofundados, Barratt criou novas versões. A versão atual deste instrumento, a décima primeira (BIS-11), de Patton, Standford e Barratt, foi desenvolvida em 1995, tem um alfa de Cronbach de .82 ($M= 62.82$, $DP= 10.17$) e fornece informações relacionadas com três fatores: atenção, impulsividade motora e o não planeamento.

A BIS- 11 é uma escala de autorrelato composta por 30 itens relacionados com manifestações da impulsividade. O sujeito deve analisar cada um dos itens que descrevem formas habituais de agir, considerando o seu próprio comportamento e classificá-los de acordo com uma escala do tipo Likert de 1 a 4 (sendo 1 cotado como nunca e 4 cotado como quase sempre/sempre). A pontuação da escala varia entre 30 a 120 pontos, com os resultados elevados a apontarem para a presença de comportamentos impulsivos. A BIS- 11 obtém um resultado global e permite o cálculo de resultados parciais relativos aos três fatores de 1ª ordem constituintes da impulsividade e aos fatores de 2ª ordem, nomeadamente: a) fator “impulsividade atencional” que tem como fatores de 2ª ordem “atenção”; b) fator motor, com os fatores de 2ª ordem “motor” e perseverança; e c) “não- planeamento” que incluiu os fatores de 2ª ordem “autocontrolo” e “complexidade cognitiva”. Existem itens que são cotados inversamente: 20, 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 29 e 30. Na sua cotação, quanto mais elevado o valor, maior são os níveis de impulsividade.

Em termos de consistência interna da escala, Silva (2012), através do seu estudo com adolescentes, diz ser uma escala consistente para medir a impulsividade ($\alpha= .71$; $M= 2,73$; $DP= 11,87$).

4. O Perfil de Estados de Humor (*Profile of Mood States – POMS; McNair, Lorr & Droppleman, 1971*)

O Perfil de Estados de Humor tem sido um dos instrumentos mais utilizados em psicologia para avaliar os estados emocionais e os estados de humor, assim como a variação que lhes está associada. Foi originalmente construído para avaliar as variações dos estados de humor em populações psiquiátricas mas, rapidamente, a sua utilização foi direcionada para outras populações não clínicas. A forma original do POMS publicada por McNair e colaboradores (1971) é composta por 65 adjetivos que resultaram de estudos repetidos de análise fatorial tendo como ponto de partida um total de 100 dimensões comportamentais. Deste conjunto de trabalhos emergiram 6 fatores de estados de humor: Tensão-Ansiedade; Depressão-Melancolia; Hostilidade-Ira; Vigor-Atividade; Fadiga-Inércia; e Confusão-Desorientação. A versão reduzida da escala original, tendo a escala original sido traduzida para português por Cruz e Viana (1993), ficando constituída por 49 adjetivos. Assim, a versão reduzida é composta por 36 itens, que se agrupam em 6 escalas: “Tensão/Ansiedade”, “Depressão/Melancolia”, “Hostilidade/Ira”, “Vigor/Atividade”, “Fadiga/Inércia” e “Confusão/Desorientação” –, sendo cada uma das escalas constituída por 6 itens. Os autores acrescentaram ainda a escala de “Desajuste ao Treino”, desenvolvida por Raglin e colaboradores (1989), que permite ajudar no diagnóstico de avisadores da síndrome de sobretreino. Esta versão reduzida do POMS (36 itens + 6) resultou de um trabalho de análise fatorial da versão completa de 49 itens, tendo sido excluídos 7 itens da versão experimental.

Cada adjetivo é avaliado numa escala de 5 pontos (0=Nunca, 1=Um pouco, 2=Moderadamente, 3=Bastante, 4=Muitíssimo), sendo todos os itens cotados na mesma direção com exceção dos itens “Tranquilo” (escala de “Tensão/Ansiedade”), “Eficaz” e “Competente” (escala de “Confusão/Desorientação”).

No estudo de validação verificou-se que esta escala assumia um valor de alfa de Cronbach de .71 o que revela boa consistência interna ($M = 117.28$; $DP = 19.48$).

5. Questionário sobre o Uso de Álcool e Drogas de Hobfoll e col. (2002)

Em cada avaliação foi registada a frequência de utilização de bebidas alcoólicas ou uso de drogas nos seguintes intervalos de tempo: últimas duas semanas e últimos dois meses, assim como o número de ocasiões em que beberam 4 ou mais bebidas com álcool e beberam álcool antes de terem relações sexuais (6 itens) (e.g., “Durante as últimas duas semanas, quantas vezes...bebeu 1 ou mais tipos de bebida com álcool:

cerveja, vinho, whisky?”). Adicionalmente, foram considerados mais quatro itens relativos aos mesmos períodos de avaliação (últimas duas semanas e últimos dois meses) que avaliam a frequência do uso de drogas e o uso das mesmas antes de terem relações sexuais (e.g., “Durante as últimas duas semanas, quantas vezes... usou drogas antes de ter relações sexuais?”). No estudo de validação verificou-se que esta escala assumia um valor de alfa de Cronbach de .89 o que revela boa consistência interna.

6. *Inventário da Personalidade NEO-FFI-20 Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006)*

O NEO-FFI-20 foi desenvolvido e adaptado para a população portuguesa por Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006), tendo por base a versão original do Inventário de Personalidade NEO-PI-R desenvolvido por Costa e McCrae em 1999.

Esta versão reduzida do NEO-PI-R é constituída por 20 itens que permitem avaliar as cinco dimensões básicas da personalidade, nomeadamente: o Neuroticismo(e.g. “Houve alturas em que experimentei ressentimento e amargura”), a Extroversão(e.g. “Sou uma pessoa alegre e bem disposta”), a Abertura à Experiência(e.g. “A poesia pouco ou nada me diz”), a Amabilidade(e.g. “Tendo a pensar o melhor das pessoas”) e a conscienciosidade (e.g. “Sou eficiente e eficaz no meu trabalho”) (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006). As respostas aos itens possuem um formato tipo Likert de cinco pontos, de “discordo fortemente” a “concordo fortemente”. Os resultados de cada dimensão podem variar entre 0 e 16 pontos. Desta forma, elevadas pontuações numa determinada dimensão correspondem a uma maior presença do tipo de traço na personalidade.

Este inventário apresenta uma aceitável consistência interna no que concerne às cinco dimensões, sendo que os coeficientes de alfa de Cronbach na versão de Bertoquini e Pais-Ribeiro (2006) oscilam entre os valores mínimo e máximo de .70 e .76: Neuroticismo ($\alpha=.71$), Extroversão ($\alpha=.71$), Abertura à Experiência ($\alpha=.72$), Amabilidade ($\alpha=.70$) e Conscienciosidade ($\alpha=.76$). Este inventário apresenta, também, um excelente ajustamento em relação à análise fatorial confirmatória, bem como uma boa validade discriminante (as intercorrelações entre os fatores do NEO-FFI-20 foram baixas e moderadas) (Bertoquini & Pais-Ribeiro, 2006).

2.5. Análise Estatística

Os dados foram tratados com recurso do programa do SPSS 23. De forma a determinar se era possível a utilização de testes paramétricos, foi realizada uma análise exploratória de dados, para as variáveis quantitativas, de modo a analisar se apresentavam uma distribuição normal, pressuposto subjacente à utilização de estatística paramétrica. Não estando cumprido este pressuposto para as principais variáveis em estudo, os comportamentos de risco, optou-se pela utilização de estatística não paramétrica.

Foi utilizado o teste de Mann-Whitney para testar diferenças entre dois grupos da variável independente em relação a uma variável dependente quantitativa, sem distribuição normal (H1 e H2).

Para determinar a relação entre as variáveis psicológicas, tais como a personalidade, impulsividade, autoestima e estados de humor, e as variáveis relativas aos comportamentos de risco, foi utilizado coeficiente de correlação de Spearman (H3, H4 e H5 e H6).

Para determinar a relação entre a escolaridade e a idade e as variáveis relativas aos comportamentos de risco, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (H7).

3. Amostra

Participaram neste estudo 155 participantes, 67 indivíduos consumidores de substâncias psicoativas e 88 indivíduos não consumidores de substâncias psicoativas. 74 participantes são do sexo feminino (47.7%) e 81 são do sexo masculino (52.3%), com uma média de idades de 35.6 anos, ($DP = 12.89$), variando entre 18 anos e 61 anos.

Foram considerados os seguintes critérios de exclusão: ter idade inferior a 18 anos, e ter histórico de qualquer perturbação psicológica e/ou psiquiátrica, ou défice cognitivo.

Através do questionário sociodemográfico foram registados dados como a idade, estado civil, nível de escolaridade, meio, situação profissional, coabitação, número de filhos, religião, idade de início do consumo de substâncias psicoativas, se consome quais as substâncias que consome, existência de familiares com consumo de substâncias psicoativas, existência de problemas laborais, sociais ou familiares causados pelo consumo de substâncias. A Tabela 1 apresenta as medidas descritivas relativas aos dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica da amostra

		<i>N</i>	%
Estado civil			
	Solteiro	96	61.9
	Casado	37	23.9
	Divorciado	22	14.2
Escolaridade			
	4º Ano	12	7.7
	6º Ano	22	14.2
	9º Ano	15	9.7
	12º Ano	44	28.4
	Licenciatura	39	28.3
	Mestrado	23	14.8
Meio			
	Rural	64	41.3
	Urbano	91	58.7
Situação Profissional			
	Estudante	42	27.1
	Empregado	61	39.4
	Desempregado	47	30.3
	Reformado	5	3.2
Filhos			
	Não	90	58.1
	Sim	65	41.9
Religião			
	Sem religião	11	7.1
	Católica	144	92.9

4. Resultados

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise de diferenças nas variáveis psicossociais entre pessoas que consomem substâncias psicoativas e pessoas que não consomem substâncias psicoativas.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de elevada magnitude entre consumidores e não consumidores e a Impulsividade $r_s = 1641.59$, $p = .000$. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas de moderada magnitude entre consumidores e não consumidores e a Autoestima, $r_s = 2172.50$, $p = .004$.

Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas de baixa magnitude entre consumidores e não consumidores e a dimensão Neuroticismo do NEOFFI-20, $r_s = 2312.00$, $p = .016$, e diferenças estatisticamente significativas de alta magnitude entre consumidores e não consumidores e a dimensão Amabilidade do NEOFFI-20, $r_s = 1970.50$, $p = .000$.

Foram também encontradas diferenças significativas de baixa magnitude entre consumidores e não consumidores e o fator Depressão do POMS, $r_s = 2378.00$, $p = .031$, e o fator Confusão do POMS, $r_s = 2339.00$, $p = .030$.

Tabela 2.

Análise de diferenças nas variáveis psicossociais em pessoas que consomem substâncias psicoativas e pessoas que não consomem substâncias psicoativas, através do Teste de Mann-Whitney.

	Consumidores (n=70) Ordem Média	Não Consumidores (n=85) Ordem Média	U
BISTotal	97.05	62.31	1641.50***
RSESTotal	66.54	87.44	2172.50**
NEOFFI-20Total	74.31	81.04	2717.00
Neuroticismo	87.47	70.20	2312.00*
Extroversão	79.26	76.96	2887.00
Amabilidade	63.65	89.82	1970.50***

Abertura à experiência	78.50	77.59	2940.00
Conscienciosidade	72.02	82.92	2556.50
POMSTotal	83.72	72.42	2503.50
Depressão	86.53	70.98	2378.00*
Hostilidade	85.51	71.98	2449.50
Fadiga	76.93	76.93	2884.00
Confusão	86.10	70.52	2339.00*
Tensão	72.32	84.89	2492.50
Vigor	76.35	76.35	2859.50

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre participantes do sexo feminino e masculino em relação ao consumo de drogas, $r_s = 2134,000$, $p = .000$, e ao consumo de drogas antes das relações sexuais, $r_s = 2421,500$, $p = .001$. Participantes do sexo masculino apresentaram um consumo superior de drogas (Tabela 3).

Tabela 3.

Análise de diferenças nos comportamentos de risco em função do sexo, através do Teste de Mann-Whitney

	Sexo Feminino (n=74) Ordem média	Sexo Masculino (n=81) Ordem média	U
Álcool (1 ou mais) ¹	74.49	81.21	2737.00
Álcool (4 ou mais) ²	72.89	82.67	2619.00
Álcool (consumo antes de relações sexuais) ³	76.16	79.69	2826.50
Drogas ⁴	66.34	88.65	2134.00***
Drogas (consumo antes de relações sexuais) ⁵	70.22	85.10	2421.50**

1. Consumo de álcool de 1 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 2. Consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 3. Consumo de álcool antes de relações sexuais nos últimos dois meses 4. Consumo de drogas nos últimos dois meses. 5. Consumo de drogas antes de relações sexuais nos últimos dois meses.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A Tabela 4 apresenta os resultados das análises de correlações entre os comportamentos de risco e as dimensões de personalidade.

Foram encontradas correlações negativas significativas de baixa magnitude entre a amabilidade e o consumo de álcool de uma ou mais bebidas, $r_s = -.20$, $p = .012$, o consumo de álcool de 4 ou mais bebidas alcoólicas, $r_s = -.24$, $p = .003$ e o consumo de álcool antes das relações sexuais, $r_s = -.18$, $p = .024$, e correlações negativas de moderada magnitude entre a Amabilidade e o consumo de drogas, $r_s = -.23$, $p = .003$ e o consumo de drogas antes das relações sexuais, $r_s = -.23$, $p = .004$. Assim, participantes que reportaram um consumo mais baixo de álcool e drogas apresentaram pontuações mais elevadas em termos de amabilidade.

Encontram-se também correlações positivas estatisticamente significativas de magnitude baixa entre o Neuroticismo e o consumo de drogas, $r_s = .19$, $p = .020$, e o consumo de drogas antes das relações sexuais, $r_s = .19$, $p = .018$ (Tabela 4). Deste modo, participantes que reportaram um maior consumo de drogas apresentaram pontuações mais elevadas em termos de Neuroticismo. Não foram encontradas outras correlações estatisticamente significativas.

Tabela 4.

Coefficientes de correlação de Spearman entre os comportamentos de risco e as dimensões do NEOFFI-20.

	Álcool ¹ (1 ou mais)	Álcool ² (4 ou mais)	Álcool ³ (consumo antes de relações sexuais)	Drogas ⁴	Drogas ⁵ (consumo antes de relações sexuais)
Extroversão	-.03	-.01	.01	.07	.09
Neuroticismo	.13	.12	.11	.19*	.19*
Amabilidade	-.20*	-.24**	-.18*	-.23**	-.23**

Conscienciosidad	.01	-.01	-.03	-.19*	-.15
e					
Abertura à Experiência	.13	.14	-.02	-.13	-.09

1. Consumo de álcool de 1 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 2. Consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 3. Consumo de álcool antes de relações sexuais nos últimos dois meses 4. Consumo de drogas nos últimos dois meses. 5. Consumo de drogas antes de relações sexuais nos últimos dois meses.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Encontram-se correlações negativas estatisticamente significativas entre a Autoestima e o consumo de álcool de um ou mais tipos de bebidas alcoólicas, $r_s = -.16$, $p = .044$, o consumo de quatro ou mais tipos de bebidas alcoólicas, $r_s = -.18$, $p = .023$, o consumo de drogas, $r_s = -.21$, $p = .008$ e o consumo de drogas antes das relações sexuais, $r_s = -.22$, $p = .005$ (Tabela 5). Deste modo, participantes que indicaram consumir mais bebidas alcoólicas e drogas apresentaram uma autoestima mais baixa.

Tabela 5.

Coefficientes de correlação de Spearman entre os comportamentos de risco e a autoestima

	Álcool ¹ (1 ou mais)	Álcool ² (4 ou mais)	Álcool ³ (consumo antes de relações sexuais)	Drogas ⁴	Drogas ⁵ (consumo antes de relações sexuais)
RSES	-.16*	-.18*	-.16	-.21*	-.22*

1. Consumo de álcool de 1 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 2. Consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 3. Consumo de álcool antes de relações sexuais nos últimos dois meses 4. Consumo de drogas nos últimos dois meses. 5. Consumo de drogas antes de relações sexuais nos últimos dois meses.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

RSES = Escala de Autoestima de Rosenberg

Foram encontradas correlações positivas estatisticamente significativas de magnitude elevada entre a Impulsividade e consumo de álcool de uma ou mais bebidas alcoólicas, $r_s = .36$, $p = .000$, o consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas

alcoólicas, $r_s = .37$, $p = .000$, o consumo de álcool antes das relações sexuais, $r_s = .36$, $p = .000$, o consumo de drogas, $r_s = .29$, $p = .000$, e o consumo de drogas antes das relações sexuais, $r_s = .32$, $p = .000$ (Tabela 6). Assim, participantes que revelaram um maior consumo de álcool e drogas apresentaram mais impulsividade.

Tabela 6.

Coefficientes de correlação de Spearman entre os comportamentos de risco e a Impulsividade.

	Álcool ¹ (1 ou mais)	Álcool ² (4 ou mais)	Álcool ³ (consumo antes de relações sexuais)	Drogas ⁴	Drogas ⁵ (consumo antes de relações sexuais)
BIS-11	.36***	.37***	.36***	.29***	.32***

1. Consumo de álcool de 1 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 2. Consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 3. Consumo de álcool antes de relações sexuais nos últimos dois meses 4. Consumo de drogas nos últimos dois meses. 5. Consumo de drogas antes de relações sexuais nos últimos dois meses.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

BIS-11 = Escala de Impulsividade de Barrat

Encontram-se correlações positivas estatisticamente significativas, ainda que de magnitude baixa, entre a Depressão e o consumo de álcool de um ou mais tipos de bebidas, $r_s = .19$, $p = .018$, e o consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas alcoólicas, $r_s = .19$, $p = .017$ e entre a Hostilidade e o consumo de álcool de um ou mais tipos de bebidas alcoólicas, $r_s = .20$, $p = .012$, e o consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas alcoólicas, $r_s = .20$, $p = .011$. Participantes que revelaram um maior consumo de álcool apresentaram pontuações mais elevadas em termos de depressão e hostilidade.

Foram encontradas também correlações positivas estatisticamente significativas de magnitude moderada entre a Confusão e o consumo de álcool antes das relações sexuais, $r_s = .18$, $p = .030$, sendo que participantes que indicaram um maior consumo de álcool apresentaram pontuações mais elevadas em termos de Confusão (Tabela 7).

Tabela 7.

Coefficientes de correlação de Spearman entre os comportamentos de risco e as dimensões do POMS.

	Alcool ¹ (1 ou mais)	Alcool ² (4 ou mais)	Alcool ³ (consumo antes de relações sexuais)	Drogas ⁴	Drogas ⁵ (consumo antes de relações sexuais)
Depressão	.19*	.19*	.07	.03	.08
Hostilidade	.20*	.20*	.15	.04	.09
Fadiga	.04	.02	.06	.00	.09
Confusão	.16	.15	.18**	.13	.12
Tensão	.12	.12	.04	.09	.09
Vigor	-.05	-.07	-.02	-.09	-.05
POMSTotal	.13	.13	.09	.08	.09

1. Consumo de álcool de 1 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 2. Consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 3. Consumo de álcool antes de relações sexuais nos últimos dois meses 4. Consumo de drogas nos últimos dois meses. 5. Consumo de drogas antes de relações sexuais nos últimos dois meses.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

POMS = Perfil de Estados de Humor

Verificaram-se correlações positivas estatisticamente significativas de magnitude moderada entre a idade e o consumo de álcool de um ou mais tipos de bebidas alcoólicas, $r_s = .46$, $p = .000$, e o consumo de álcool de quatro ou mais tipos de bebidas alcoólicas, $r_s = .46$, $p = .000$, sendo que participantes mais velhos reportaram um maior consumo de álcool. Também foram encontradas correlações negativas estatisticamente significativas de magnitude moderada entre a escolaridade e o consumo de álcool de um ou mais tipos de bebidas, $r_s = -.35$, $p = .000$, o consumo de álcool de quatro ou mais tipos de bebidas alcoólicas, $r_s = -.37$, $p = .000$, o consumo de álcool antes das relações sexuais, $r_s = -.25$, $p = .002$, e o consumo de drogas, $r_s = -.32$, $p = .000$, sugerindo que um nível superior de escolaridade estava associado com um menor consumo de bebidas alcoólicas e drogas. E correlações negativas estatisticamente significativas de baixa magnitude entre a Escolaridade e o consumo de drogas antes das relações sexuais, $r_s = -.19$, $p = .017$ (Tabela 8).

Tabela 8.

Coefficientes de correlação de Spearman entre a idade e a escolaridade e os comportamentos de risco.

	Álcool ¹ (1 ou mais)	Álcool ² (4 ou mais)	Álcool ³ antes de relações sexuais	Drogas ⁴	Drogas ⁵ antes das relações sexuais
Idade	.46**	.46**	.11	.08	-.52
Escolaridade	-.35**	-.37**	-.25**	-.32**	-.19*

. 1. Consumo de álcool de 1 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 2. Consumo de álcool de 4 ou mais tipos de bebidas alcoólicas nos últimos dois meses 3. Consumo de álcool antes de relações sexuais nos últimos dois meses 4. Consumo de drogas nos últimos dois meses. 5. Consumo de drogas antes de relações sexuais nos últimos dois meses.

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

Em primeiro lugar, verificou-se que os pressupostos para a realização desta análise, nomeadamente a ausência de multicolinearidade e de *outliers* que estivessem a influenciar o modelo, estavam cumpridos.

O modelo de regressão foi estatisticamente significativo, $\chi^2(7) = 40.89$, $p < .001$ (R^2 Nagelkerke = .31, percentagem de casos corretamente preditos = 72.7%). Apenas o sexo e a impulsividade revelaram ser preditores estatisticamente significativos do consumo de substâncias, $B = -.85$, Wald = 4.31, $p = .038$ e $B = .06$, Wald = 7.96, $p = .005$, respetivamente. Assim, participantes do sexo masculino e participantes que revelaram mais impulsividade apresentaram maior probabilidade de consumo de substâncias (Tabela 9).

Tabela 9.

Modelo de regressão logística binária para o consumo de substâncias.

	B (EP)	IC 95% para Odds Ratio		
		Inferior	Odds Ratio	Superior
Sexo	-.85 (.41) *	.19	.43	.95
Impulsividade	.06 (.02) **	1.02	1.07	1.11
Autoestima	-.08 (.05)	.84	.93	1.02

Neuroticismo	.04 (.08)	.89	1.04	1.23
Amabilidade	-.14 (.08)	.74	.87	1.02
Depressão	.01 (.05)	.92	1.01	1.11
Confusão	-.08 (.10)	.77	.92	1.11

Nota. $R^2 = .23$ (Cox & Snell); $.31$ (Nagelkerke); Modelo $\chi^2 (7) = 40.89$, $p < .001$.

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

5. Conclusão e discussão de resultados

Os objetivos principais deste estudo foram analisar a relação entre a autoestima, a impulsividade, a personalidade e os estados afetivos com os comportamentos de risco, tal como estudar a influência destas variáveis nos comportamentos de risco.

Assim como a literatura evidencia, os nossos resultados indicam diferenças significativas de género a nível do consumo de drogas e do consumo de drogas antes das relações sexuais, sendo o consumo mais acentuado no género masculino. Estes resultados são corroborados pela literatura que afirma que o género masculino tem um consumo mais elevado de substâncias psicoativas, comparativamente ao género feminino (Sousa, 2008).

Observou-se neste estudo que a dimensão Neuroticismo da Personalidade obteve uma relação positiva com o consumo de drogas e o consumo de drogas antes das relações sexuais, o que é corroborado pela literatura. O Neuroticismo caracterizado pela tendência para vivenciar angústia afeto negativo constitui-se numa disposição psicológica para perceber ameaça (Schneider, 2004), conferindo particular vulnerabilidade ao consumo. Além desta evidência, o Neuroticismo tem sido considerado como um dos traços mais relevantes para a psicopatologia, em partilhar para a depressão e ansiedade (Roelofs, Huibers, Peeters, & Arntz, 2008). O Neuroticismo é o único traço da personalidade que desempenha um papel preditor da sintomatologia ansiosa, depressiva e stress, resultado confirmado por diferentes estudos (Dunkley, Blankstein, Zuroff, Lecce & Hui, 2006), que afirmam que este traço é preditor de sintomas depressivos e perturbações ansiosas que engloba características da personalidade que envolvem o afeto negativo, a ansiedade, a instabilidade emocional, a preocupação, a insegurança e o stress. Este traço da personalidade destaca-se nos estudos sobre a dependência de substâncias psicoativas, identificado no processo de recaída em dependentes abstinentes e nos estudos de comorbidades (Drummond & Phillips, 2002). Pessoas com altos níveis de Neuroticismo tendem a avaliar negativamente o ambiente que os rodeia, a interpretar estímulos ambíguos de forma negativa ou ameaçadora. E indivíduos com baixos níveis de Neuroticismo tendem a ser pessoas mais calmas, relaxadas, estáveis e menos agitadas, o que não indica que, no entanto, possuam melhor saúde mental, pois tanto níveis altos como baixos em Neuroticismo podem ser indicadores de problemas psicológicos (Hutz & Nunes, 2001).

A literatura indica, corroborando os resultados obtidos neste estudo, que em casos de dependência de substâncias psicoativas quanto maior é o nível de Neuroticismo maior é o consumo apresentado pelo indivíduo (Langguth et al., 2007).

Através da análise de resultados, foi verificada uma relação negativa entre a Amabilidade e todas as variáveis de consumo de substâncias psicoativas avaliadas, verificando que quanto menor é o nível de Amabilidade maior é o consumo de substâncias. Este resultado é concordante com a literatura que afirma que a Amabilidade é o traço da personalidade que diz respeito ao estado emocional da compaixão e que se relaciona com os tipos de interações que uma pessoa apresenta ao longo de um *continuum* que se estende da compaixão ao antagonismo (Nunes & Hutz, 2007). Este traço da personalidade diz respeito a pessoas que tendem a ser atenciosas e amáveis relativamente aos outros, demonstrando preocupação com as necessidades alheias, bem como, a pessoas mais generosas, bondosas, afáveis, prestativas e altruístas (Nunes, & Hutz, 2007). Por contraste, pessoas com baixos níveis de Amabilidade tendem a ser pessoas mais frias e indelicadas.

Nos nossos resultados, foi observada uma relação negativa entre a autoestima e o consumo de álcool de uma ou mais bebidas alcoólicas e o consumo de drogas, o que indica que quando menor é a autoestima do sujeito, maior é o nível de consumo de álcool e/ou drogas. Segundo Aguirre, Castillo e Zanetti (2010), ao gerar e manter competências sociais a partir da regulação que os indivíduos realizam por meio de um processo de avaliação (pensamento, sentimento e experiência) de si próprios, isto é, com o desenvolvimento da autoestima, a pessoa é capaz de inibir riscos atitudinais quanto ao uso excessivo de substâncias psicoativas (Navarro & Pontillo, 2002). Segundo a literatura, o indivíduo que apresenta uma elevada autoestima revela menor frequência não apenas na tendência dos comportamentos de risco, mas também na dependência do consumo (Aguirre, Castillo & Zanetti, 2010).

Os nossos resultados revelam uma relação positiva entre a Impulsividade e todas as variáveis de comportamentos de risco avaliadas, verificando que, quanto maior nível de impulsividade maior a possibilidade de consumo de substâncias psicoativas, o que vai ao encontro da literatura. A revisão de literatura afirma existir uma relação positiva entre a impulsividade e o uso de substâncias psicoativas (Tavares & Valentim, 2007; Pompili et al., 2009), pois o comportamento impulsivo tem sido associado com o aumento da probabilidade da pessoa se envolver em comportamentos de risco, incluindo

o consumo de substâncias psicoativas (MacDonald, Erickson, Wells, Hathaway, & Pakula, 2008)

Os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro à literatura que afirma que a Impulsividade pode ser caracterizada como um conjunto de comportamentos multidimensionais complexos (Dom, Wilde, Hulstijn, & Sabbe, 2007), que estão relacionados à incapacidade para o atraso da gratificação, devido a prejuízos na autorregulação do comportamento, bem como, da cognição (Correa, Tiviño, Pérez-Dueñas, Acosta, & Lupiáñez, 2010), e também envolve episódios de agressividade, violência e comportamento social negligente (Wu et al., 2009). Assim, a impulsividade pode ser considerada como um ajustamento às situações imprevisíveis, como também, uma pré-disposição ou resposta ao consumo de substâncias psicoativas (Spillane, Smith, & Kahler, 2010). Costa e McCrae (2004), por sua vez, associam uma pontuação alta na impulsividade a uma marcada dificuldade por parte da pessoa em resistir às tentações, tendem a responder em função dos seus impulsos, por não possuírem disciplina suficiente para controlar a sua impulsividade e a necessidade de procura de excitação.

A nível da morbilidade psicológica verificaram-se relações positivas entre as dimensões Depressão e Hostilidade e o Consumo de Álcool de uma ou mais bebidas alcoólicas e o Consumo de Álcool de quatro ou mais bebidas alcoólicas, estes resultados corroboram a revisão de literatura que afirma associações positivas entre quadros de consumos de substâncias psicoativas e depressão (Ratto & Cordeiro, 2004). Existem evidências de comorbilidade entre dependência química e depressão e associação entre sintomas depressivos e volume de consumo de substâncias (WHO, 2004). A hostilidade é um traço estável da personalidade, caracterizada por convicções cínicas e de desconfiança (Buss & Perry, 1992). Assim, a literatura afirma ainda que existe uma forte relação de comorbilidade entre a depressão maior e a hostilidade e o abuso de substâncias psicoativas, situações que conduzem a pessoa a um quadro de maior vulnerabilidade, ao procurar, através de crenças desadaptativas, a redução dos sintomas através do consumo de substâncias, seja para fazer face aos “stressores” sociais ou não, o indivíduo torna-se mais propensa a desenvolver uma dependência química e a perpetuar a sua perturbação depressiva (Wainer, Pergher & Piccoloto, 2003).

Também verificamos uma relação positiva entre a Idade e o consumo de Álcool de uma ou mais bebidas alcoólicas e o consumo de Álcool de quatro ou mais bebidas alcoólicas, o que indica que com o aumento da idade a pessoa tem tendência a aumentar o consumo de álcool, o que vai de encontro à literatura existente que indica que as

prevalências de consumo de álcool aumentam conforme a faixa etária, à medida que esta aumenta o consumo também aumenta (Strauch, Pinheiro, Silva & Horta, 2009).

As nossas análises obtiveram uma relação negativa de todas as variáveis de consumo com a escolaridade, indicando que quanto menor é o nível de escolaridade de um indivíduo, maior é o consumo de substâncias psicoativas. A literatura afirma que à escola é reconhecido um papel importante na prevenção do consumo de substâncias psicoativas (Botvin & Kantor, 2012). Esta variável está relacionada com o conhecimento e reflete as diferenças entre uma pessoa que tem acesso à cultura e a competência em adquirir e utilizar diferentes estratégias e conhecimentos, o nível de educação tem um forte impacto com a utilização de drogas, sendo a educação associada também a consequências e risco do consumo (Dieter, Van Luggenberg, Sobieszczyk, Werner, Grobler & Mlisana, 2012).

É importante ainda referir algumas limitações deste estudo, tratando-se de um estudo transversal, não representativo e que recorreu a uma amostra de conveniência. Em estudos futuros seria importante replicar o protocolo de investigação para explorar as relações significativas entre as variáveis, verificar se as dimensões da personalidade, a impulsividade e a morbidade psicológica são ou não preditores positivos dos comportamentos de risco e se a autoestima é um preditor negativo dos comportamentos de risco, num estudo longitudinal.

Por outro lado, é importante também referir as alterações intensas e rápidas dos contextos socioculturais que fazem com que estes se modifiquem, o que leva a que surjam novos fatores de risco e proteção e que se alterem alguns daqueles que já se haviam identificado. Assim, a sua investigação deverá ser uma constante, uma vez que só um conhecimento o mais completo e exaustivo possível permitirá uma intervenção eficaz a nível da prevenção e tratamento da toxicodependência e alcoolismo, a qual deverá incidir na redução dos fatores de risco e na procura de comportamentos alternativos ao consumo de drogas, nomeadamente a nível da promoção da responsabilidade individual e social na manutenção da saúde, entendida como um processo de desenvolvimento contínuo a nível físico, psíquico e social.

Referências Bibliográficas

- Aguirre, A., Alonso Castillo, M. M., & Zanetti, A. C. G. (2010). Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 634-640. doi:10.1590/s0104-11692010000700021
- Alarcão, M. (2000). *(Des) equilíbrios familiares: uma visão sistemática*. Coimbra: Quarteto.
- Bancroft, J. (2009). *Human Sexuality and Its Problems*. UK: Elsevier.
- Bancroft, J., Janssen, E., Carnes, L., Goodrich, D., Strong, D., & Long, J. (2004). Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: the relevance in sexual arousability, mood, and sensation seeking. *The Journal of Sex Research*, 41(2), 181-192. doi: 10.1080/00224490409552226
- Barbosa, J. (2009). A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicodependências*, 15(1), 33-42.
- Barroso, T., Mendes, A., & Barbosa, A. (2006). Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes: revisão sistemática. *Referência*, 2(3), 33-44. doi:10.14195/1647-8606_52-2_29
- Backer-Fulghum, L. M., Patock-Peckham, J. A., King, K. M., Roufa, L., & Hagen, L. (2012). The stress-response dampening hypothesis: How self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addictive behaviors*, 37(4), 477-484. doi:10.1016/j.addbeh.2011.12.012
- Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Hutton, D. G. (1989). Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of personality*, 57(3), 547-579. doi:10.1111/j.1467-6494.1989.tb02384.x

- Bertoquini, V., & Pais-Ribeiro, J. (2006). Estudio de Formas Reduzidas do NEO-PI-R. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 11*(1), 85-101.
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience, 8*(1458-1463). doi:10.1038/nm1584
- Blakemore, S., & Robbins, T. (2012). Decision-making in the adolescent brain. *Nature Neuroscience, 15*(9), 1184-1191. doi:10-1038/nm.3177
- Botvin, G. J., & Kantor, L. W. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skills training. *Alcohol research and health, 24*(4), 250-257.
- Bravo Medina, R., Echeburúa, E., & Aizpiri, J. (2010). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en pacientes adultos jóvenes dependientes del cannabis en tratamiento: un estudio comparativo. *Adicciones, 22*(3), 245-252. doi:10.20882/adicciones.185
- Brown, J. D., & Marshall, M. A. (2006). The three faces of self-esteem. In M.H. Kernis (Ed.), *Self-esteem: Issues and answers: a sourcebook of current perspectives* (pp. 4-9). New York: Psychology Press. doi:10.4324/9780203759745
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*(3), 452-459. doi:10.1037/0022-3514.63.3.452
- Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*(3), 538-549. doi:10.1037/0022-3514.59.3.538
- Correa, Á., Triviño, M., Pérez-Dueñas, C., Acosta, A., & Lupiáñez, J. (2010). Temporal preparation, response inhibition and impulsivity. *Brain and Cognition, 73*(3), 222-228. doi:10.1016/j.bandc.2010.05.006

- Crauss, R. M. G., & Abaid, J. L. W. (2012). A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos*, 5(1), 62-72. doi:10.4013/ctc.2012.51.07
- Crepaz, N., & Marks, G. (2001). Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 20(4), 291-299. doi: 10.1037//0278-6133.20.4.291
- Crone, E., & Dahl, R. (2012). Understanding adolescence as a period of social-affective engagement and goal flexibility. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(9), 636-650. doi:10.1038/nrn3313.
- Cunha, P. J., & Novaes, M. A. (2004). Neurocognitive assessment in alcohol abuse and dependence: implications for treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 23-27. doi:10.1590/s1516-44462004000500007
- Dias, F. N. (2003). *Educação e Projecto de Vida: antes e depois da toxicodependência*. Lisboa, Portugal: Instituto Piaget.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Dimensions of impulsive behaviour in abstinent alcoholics. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 465-476. doi:10.1016/j.paid.2006.08.007
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335. doi:10.1111/j.0956-7976.2005.01535.x
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Zuroff, D. C., Lecce, S., & Hui, D. (2006). Neediness and connectedness and the five-factor model of personality. *European Journal of Personality*, 20(2), 123-136. doi:10.1002/per.578

- Drummond, D. C., & Phillips, T. S. (2002). Alcohol urges in alcohol-dependent drinkers: further validation of the Alcohol Urge Questionnaire in an untreated community clinical population. *Addiction*, 97(11), 1465-1472. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00252.x
- Dweik, R. A., Boggs, P. B., Erzurum, S. C., Irvin, C. G., Leigh, M. W., Lundberg, J. O., ... & American Thoracic Society Committee on Interpretation of Exhaled Nitric Oxide Levels (FENO) for Clinical Applications. (2011). An official ATS clinical practice guideline: interpretation of exhaled nitric oxide levels (FENO) for clinical applications. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 184(5), 602-615. doi:10.1164/rccm.9120-11st
- Escohotado, A. (1992). *Para una fenomenología de las drogas*. Madrid, Espanha: Mondadori España S.A.
- Evenden, J. (1999). Varieties of impulsive behaviour. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361. doi:10.1007/PL00005481
- Fernandes, D. (2009). *O exercício pode prevenir ou tratar a toxicoddependência*. (Master thesis) Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Feresu, S., & Smith, L. (2013). Knowledge, attitudes, and beliefs about HIV/AIDS of Sudanese and Bantu Somali immigrant women living in Omaha, Nebraska. *Open Journal of Preventive Medicine*, 3(1), 84-98. doi:10.4236/ojpm.2013.31011
- Frances, A., & Ross, R. (2004). *DSM-IV: casos clínicos: guia para o diagnóstico diferencial*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002). *Informação geral para a prevenção das toxicoddependências*. (3ª ed.). Madrid: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicoddependência/Direcção Regional do Algarve.

- Furnham, A., & Cheng, H. (2000). Perceived parental behaviour, self-esteem and happiness. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(10), 463-470. doi:10.1007/s001270050265
- Gasparotto, G., Legnani, E., Legnani, R., & Campos, W. (2015). Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular em universitários: prevalência e comparação entre períodos de graduação. *Saúde (Santa Maria)*, 41(1), 185-194. doi:10.5902/2236583414942
- Harvanko, A. M., Odlaug, B. L., Schreiber, L. R., & Grant, J. E. (2012). Cognitive task performance and frequency of alcohol usage in young adults. *Journal of addiction medicine*, 6(2), 106-111. doi:10.1097/adm.0b013e31823ae56d
- Heyman, G. (2013). Quitting drugs: quantitative and qualitative features. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 29-59. doi:10-1146/annurev-clinpsy-032511-143041.
- Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. S. (2001). *Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo (EFN)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Janeiro, L., & Metelo, T. (2004). Contribuições para a descrição do perfil de personalidade dos utentes do CAT–Sotavento/Olhão. *Revista Toxicodependências*, 10(3), 25-35.
- Kandel, D. (1982). Epidemiologic and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4), 238-247. doi:10.1016/s0002-7138(09)60936-5
- Kaplan, H. (1977). Increase in self-rejection and continuing/descontinuing deviant response. *Journal of Youth and Adolescent*, 6(1), 77-87. doi:10.1007/bf02138925

- Korn, M. E., & Maggs, J. L. (2004). Why drink less? Diffidence, self-presentation styles, and alcohol use among university students. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(3), 201-211. doi:10.1023/b:joyo.0000025319.57979.13
- Langguth, B., Kleinjung, T., Fischer, B., Hajak, G., Eichhammer, P. S. P. G., & Sand, P. G. (2007). Tinnitus severity, depression, and the big five personality traits. *Progress in brain research*, 166(2), 221-225. doi:10.1016/s0079-6123(07)66020
- Lavelle, T. L., Hammersley, R., Forsyth, A., & Bain, D. (1991). The use of buprenorphine and temazepam by drug injectors. *Journal of Addictive Diseases*, 10(3), 5-14. doi:10.1300/j069v10n03_02
- Lejoyeux, M., Mc Loughlin, M., & Ades, J. (2000). Epidemiology of behavioral dependence: literature review and results of original studies. *European Psychiatry*, 15(2), 129-134. doi:10.1016/s0924-9338(00)00201-7
- Lejuez, C. W., Magidson, J. F., Mitchell, S. H., Sinhs, R., Stevens, M. C., & Wit, H. (2010). Behavioral and biological indicators of impulsivity in the development of alcohol use, problems, and disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34(8), 1334-1345. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01217.x
- Lotfi, R., Tehrani, F. R., Khoei, E. M., Yaghmaei, F., & Dworkin, S. L. (2013). How do women at risk of HIV/AIDS in Iran perceive gender norms and gendered power relations in the context of safe sex negotiations?. *Archives of sexual behavior*, 42(5), 873-881. doi:10.1007/s10508-012-0040-6
- Lopes-Quintero, C., Hasin, D., Los Cobos, J., Pines, A., Wang, S., Grant, B., & Blanco, C. (2011). Probability and predictor of remission from life-time nicotine, alcohol, cannabis or cocaine dependence: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Addiction*, 106(3), 657-669. doi: 10.1111/j.1360-2010-03194.x.

- MacDonald, S., Erickson, P., Wells, S., Hathaway, A., & Pakula, B. (2008). Predicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients. *Addictive behaviors, 33*(1), 201-205. doi:10.1016/j.addbeh.2007.07.002
- Madras, B. K. (2012). Designer drugs: an escalating public health challenge. *Journal of Global Drug Policy and Practice, 20*(6), 1-57.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences, 36*(3), 587-596. doi:10.1016/s0191-8869(03)00118-1
- Mendes, J. A. F. (2015). *Vivência familiar e personalidade em toxicodependentes* (Master's thesis). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry, 158*(11), 1783-1793. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1783
- Murray, S. L. (2006). Self-esteem: Its relational contingencies and consequences. In M.H. Kernis (Ed.), *Self-esteem: Issues and answers: a sourcebook of current perspectives* (pp. 350-366). New York: Psychology Press. doi:10.4324/9780203759745
- Navarro, M., & Pontillo, C. H. (2002). Autoestima del adolescente y riesgo de consumo de alcohol. *Actualización en Enfermería, 5*(1), 7-12.
- Nunes, C. H. S. D. S., & Hutz, C. S. (2007). Construção e validação da escala fatorial de socialização no modelo dos cinco grandes fatores de personalidade. *Psicologia: reflexão e crítica, 20*(1), 20-25. doi:10.1590/s0102-79722007000100004
- Organization, W. H. (2014). *Global status Report on alcohol and health* (pp. 392). Genebra, Suíça: World Health Organization.

- O'Sullivan, K., Whillans, P., Daly, M., Clare, A., & Cooney, J. (1983). A comparison of alcoholics with and without coexisting affective disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *143*(2), 133-138. doi:10.1192/bjp.143.2.133
- Ouzir, M., & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behaviour*, *148*(2), 59-68. doi:10.1016/j.pbb.2016.06.005.
- Pagès-Berthier, J. (2002). Personalidade e toxicomania: Abordagem psicanalítica. In Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (EDS.) *Toxicomanias* (pp. 179-185). Lisboa: Climepsi Editores.
- Petry, N. M., Kirby, K. N., & Kranzler, H. R. (2002). Effects of gender and family history of alcohol dependence on a behavioral task of impulsivity in healthy subjects. *Journal of studies on alcohol*, *63*(1), 83-90.
- Pompili, M., Innamorati, M., Lester, D., Akiskal, H. S., Rihmer, Z., Casale, A. D., ... & Tatarelli, R. (2009). Substance abuse, temperament and suicide risk: evidence from a case-control study. *Journal of Addictive Diseases*, *28*(1), 13-20. doi:10.1080/10550880802544757
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. D. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, *11*(3), 315-322 doi:10.1590/s1413-294x2006000300009
- Ratto, L., & Cordeiro, D. C. (2004). Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. In N. B. Figlie, S. Bordin & R. Laranjeira (Org.), *Aconselhamento em dependência química*, (pp.167-186). São Paulo: Roca.
- Repetto, J., & Santos, M. D. (1985). *Toxicología de la drogadicción*. Madrid: Ed. Díaz de Santos

- Reilly, T., Smith, L., Woodruff, S. I., Clapp, J. D., & Cade, J. (2010). Predictors of death and survival duration among a sample of persons living With HIV/AIDS. *Social work in health care, 49*(9), 783-798. doi:10.1080/00981381003745020
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2008). Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. *Personality and Individual differences, 44*(3), 576-586. doi:10.1016/j.paid.2007.09.019
- Roberts, C., Currie, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O., & Rasmussen, V. B. (2004). *Young people's health in context*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Robins, L. (1984). Natural history of adolescent drug use. *American Journal of Public Health, 74*(7), 656-657. doi:10.2105/ajph.74.7.656
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current directions in psychological science, 14*(3), 158-162. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
- Saraiva, C. A. F. (2017). *Tratamento às dependências em contexto prisional: o exemplo do programa de apoio ao recluso entrado toxicod dependente (PARET)* (Master Thesis). Universidade do Porto, Porto.
- Schneider, T. R. (2004). The role of neuroticism on psychological and physiological stress responses. *Journal of Experimental Social Psychology, 40*(6), 795-804. doi:10.1016/j.jesp.2004.04.005
- Seeman, M., & Seeman, A. Z. (1992). Life strains, alienation, and drinking behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 16*(2), 199-205. doi:10.1111/j.1530-0277.1992.tb01364.x

- Sousa, I. M. N. D. (2008). *Desenvolvimento psicossocial na toxicod dependência: Diferenças de género* (Doctoral dissertation). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Porto.
- Spillane, N. S., Smith, G. T., & Kahler, C. W. (2010). Impulsivity-like traits and smoking behavior in college students. *Addictive Behaviors*, 35(7), 700-705. doi:10.1016/j.addbeh.2010.03.008
- Stinson, D. A., Logel, C., Zanna, M. P., Holmes, J. G., Cameron, J. J., Wood, J. V., & Spencer, S. J. (2008). The cost of lower self-esteem: testing a self-and social-bonds model of health. *Journal of personality and social psychology*, 94(3), 412-428. doi:10.1037/0022-3514.94.3.412
- Strauch, E. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., & Horta, B. L. (2009). Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 647-655. doi:10.1590/s0034-89102009005000044
- Tavares H., & Valentim, G. (2007). Pathological gambling and obsessive-compulsive disorder: Towards a spectrum of disorders of volition. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 107-117. doi:10.1590/s1516-44462007000200005
- Ugarte, W. J., Högberg, U., Valladares, E., & Essén, B. (2013). Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community-level perspective. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 4(1), 37-44. doi:10.1016/j.srhc.2012.11.001
- Van Loggerenberg, F., Dieter, A. A., Sobieszczyk, M. E., Werner, L., Grobler, A., Mlisana, K., & CAPRISA 002 Acute Infection Study Team. (2012). HIV prevention in high-risk women in South Africa: condom use and the need for change. *PloS one*, 7(2). doi:10.1371/journal.pone.0030669

- Verdejo-Garcia, A., Lawrence, A., & Clark, L. (2008). Impulsive behaviour as a vulnerability marker for substance use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Behavioural Reviews*, 32(4), 777-810. doi:10-1016/j.neubiorev.2007.11.003.
- Wainer, R., Pergher, G. K., & Piccoloto, N. M. (2003). Terapia cognitivocomportamental das depressões. In R. Caminha (Org.) *Psicoterapias cognitivocomportamentais: teoria e prática* (pp. 61-85). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weissman, M., & Meyers, J. (1980). Clinical depression in alcoholism. . *The American Journal of Psychiatric*, 137(3), 372-373. doi:10.1176/ajp.137.3.372
- Wu, C. S., Liao, S. C., Lin, K. M., Tseng, M. M. C., Wu, E. C. H., & Liu, S. K. (2009). Multidimensional assessments of impulsivity in subjects with history of suicidal attempts. *Comprehensive Psychiatry*, 50(4), 315-321. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.09.00
- Zeigler-Hill, V. (2011). The connections between self-esteem and psychopathology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(3), 157-164. doi:10.1007/s10879-010-9167-8
- Zeigler-Hill, V., Besser, A., Myers, E. M., Southard, A. C., & Malkin, M. L. (2013). The status-signaling property of self-esteem: The role of self-reported self-esteem and perceived self-esteem in personality judgments. *Journal of Personality*, 81(2), 209-220. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00790.x
- Zocali, R., Ruscatello, M. R. A., Bruno, A., Bilardi, F., De Stefano, C., Felletti, E., Isgrò, S., Micalizzi, V., Micò, U., Romeo, A., & Meduri, M. (2007). Temperament and Character Dimensions in Opiate Addicts: Comparing Subjects Who Completed Inpatient Treatment in Therapeutic Communities vs

Incompleters. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33(5), 707-715. doi:10.1080/00952990701522635

ANEXOS

ANEXO I

Declaração de Consentimento Informado

Designação do estudo

Dissertação de Mestrado no âmbito da Psicologia Clínica e da Saúde

Universidade Católica Portuguesa

Investigadora responsável

Vânia H. D. Esteves

Eu, abaixo assinado, _____

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído(a). Foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e, de todas, obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que a participação é voluntária e que tenho o direito de recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem que isso possa ter alguma consequência. Os registos dos resultados poderão ser consultados única e exclusivamente pelo responsável do estudo e ser objeto de publicação, mas os elementos de identidade pessoal serão sempre tratados de forma estritamente confidencial.

Posto isto, consinto que me seja aplicado o protocolo proposto pelo responsável da investigação deste estudo.

Braga, ___ de _____ de 20___

Assinatura do(a) participante

Assinatura da investigadora responsável

ANEXO II

Questionário Sociodemográfico

Este questionário destina-se à recolha de informações demográficas e informações relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).

Data: __/__/____

1. Dados sociodemográficos

Idade: ____ Sexo: M:____ F:____ Meio rural:____ Meio Urbano:____

Escolaridade: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____ Situação profissional: _____

Coabitação: _____ Filhos: Sim____ Não____ Quantos? ____

Origem étnica: _____

Religião: _____ Considera-se religioso(a)? _____

2. Dados relacionados com o consumo de substâncias psicoativas

2.1 Idade do início do consumo de drogas: _____ anos

2.2. Que substâncias consumia? Assinale com uma cruz (x) a resposta mais adequada:

2.3. Álcool: ____ Haxixe: ____ ; Cocaína: ____ ; Heroína: ____ ; Outros opiáceos: ____

2.4. Familiares com problemas relacionados com drogas: Sim____ Não____ Quem? ____

2.5. Problemas familiares/sociais relacionados com o consumo de drogas:

Sim____ Não____

2.6 Problemas laborais relacionados com o consumo de drogas:

Sim____ Não____