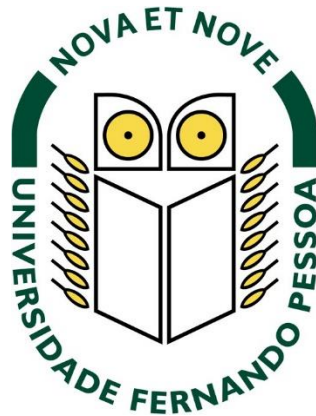


Joana Martins Rangel



Inteligência emocional e consumo de substâncias em estudantes universitários

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Porto, 2017

Joana Martins Rangel



Inteligência emocional e consumo de substâncias em estudantes universitários

Joana Martins Rangel

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação das Professoras Doutoras Laura Nunes e Sónia Caridade.

Agradecimentos

A finalização desta dissertação de mestrado marca um momento importante no meu percurso académico e também na minha vida pessoal e profissional. Tal não seria possível sem a ajuda e apoio de várias pessoas que, direta ou indiretamente, estiveram envolvidas nesta jornada.

Primeiramente, gostaria de agradecer às professoras Laura Nunes e Sónia Caridade, pelo papel extremamente importante que tiveram em me orientar e guiar nesta etapa, estando sempre disponíveis para ajudar e ensinar de forma bastante profissional.

Gostaria também de agradecer a todos os participantes que se voluntariaram para participar nesta investigação e que sem os quais este feito não teria sido possível.

Quero igualmente agradecer à minha família e amigos, que sempre me motivaram e ajudaram a crescer enquanto pessoa, tornando possível um bom equilíbrio entre a vida académica e pessoal.

Por último, agradeço à Universidade Fernando Pessoa e a todos os docentes que contribuíram para a minha formação, pelo profissionalismo e proximidade que são tão importantes para a qualidade do ensino.

Obrigada a todos!

Resumo

Os consumos de substâncias ilícitas entre adolescentes e jovens adultos tem vindo a aumentar significativamente. Além disso, é sabido que as competências emocionais estão relacionadas com os consumos, na medida em que quanto maiores os níveis de inteligência emocional (IE), mais mecanismos possuem os jovens para reduzir a sua vulnerabilidade aos consumos de risco. Face a estas evidências, com a presente investigação pretende-se caracterizar os níveis de IE em estudantes universitários que sejam consumidores de substâncias lícitas e/ou ilícitas. Para tal foram administrados o Questionário de Competência Emocional (QCE) e o Questionário Vitimação do Toxicodependente a uma amostra de 239 estudantes universitários, sendo a maioria do sexo feminino (72.8%), com uma média de 22 anos de idade (DP = 3.009). Em termos de resultados foram encontrados valores elevados na escala total do QCE (M = 196.81; DP = 21.09) e nas subescalas capacidade para lidar com a emoção (CL – M = 70.82; DP = 7.241), expressão emocional (EE – M = 60.05; DP = 9.486) e perceção emocional (PE – M = 65.94; DP = 8.006), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre sexos. Os participantes admitiram consumir mais regulamente o álcool (72%), o tabaco (21.3%) e a canábis (20.5%). Verificou-se a existência de policonsumos, sendo a frequência dos consumos maioritariamente semanal (61.9%) e esporádica (14.2%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os valores do QCE e a idade de início dos consumos, frequência dos consumos e tipo de substância consumida, à exceção do álcool e do *ecstasy*. Uma vez que boas competências emocionais promovem comportamentos mais saudáveis e adaptativos, acredita-se que o treino da IE possa ser uma boa estratégia para prevenção dos consumos problemáticos e de risco.

Palavras-chave: Inteligência emocional; drogas; consumos; estudantes universitários.

Abstract

There's been a significant increase in illicit substance consumption among adolescents and young adults. Besides, it's known that emotional competences are related to consumptions, since the higher levels of emotional intelligence (EI), the more mechanisms young people have to reduce their vulnerability to risky consumption. Therefore, the present research proposes to characterize EI levels in a sample of university students who are consumers of licit and/or illicit drugs. The instruments administered were the Emotional Skills and Competence Questionnaire (EMCQ) and the Victimization Questionnaire of the Drug Addict, to a sample of 239 university students, mostly females (72.8%), with a mean age of 22 years ($SD = 3.009$). The results show that the sample presented high values in total EMCQ scale ($M = 196.81$; $SD = 21.09$) and in the subscales manage and regulate emotion (MR – $M = 70.82$; $SD = 7.241$), express and label emotion (EL – $M = 60.05$; $SD = 9.486$) and perceive and understand emotion (PU – $M = 65.94$; $SD = 8.006$), with no statistically significant differences between sexes. The participants admitted to consume more regularly alcohol (72%), tobacco (21.3%) and cannabis (20.5%). There were polyconsumptions and the frequency of consumptions was mostly weekly (61.9%) and sporadic (14.2%). There were no statistically significant differences between EMCQ scores and the onset age of consumption, frequency of consumption or type of substance, except for alcohol and ecstasy. Since good emotional competences promote healthier and adaptative behaviours, we believe that EI training can be a good strategy to prevent risky and problematic consumption.

Keywords: Emotional intelligence; drugs; consumption; university students.

Índice

Introdução	1
Capítulo I: Inteligência emocional e consumo de substâncias	4
Nota introdutória.....	4
1. Definição do conceito de inteligência emocional	5
1.1. Componentes da inteligência emocional.....	8
1.2. Estudos epidemiológicos sobre a inteligência emocional.....	11
1.3. Treino da inteligência emocional e suas implicações	15
2. Consumo de substâncias e dependência	19
2.1. Conceitos básicos associados ao uso, abuso e dependência.....	23
2.2. Caracterização atual dos consumos.....	27
2.3. Antecedentes e consequências dos consumos.....	35
3. Relação entre a inteligência emocional e os consumos de substâncias	44
3.1. Estudos sobre a relação entre a inteligência emocional e os consumos.....	48
Capítulo II: Estudo empírico	51
1. Método	51
1.1. Objetivo geral e específicos	51
1.2. Amostra	51
1.3. Instrumentos	52
1.4. Procedimento.....	55
1.5. Análise de dados.....	55
2. Apresentação de resultados	56
2.1. Caracterização da competência emocional dos participantes	56
2.2. Caracterização dos consumos dos participantes.....	59

2.3. Caracterização da competência emocional em função da idade de iniciação dos consumos.....	66
2.4. Caracterização da competência emocional em função da frequência dos consumos.....	67
2.5. Caracterização da competência emocional em função do tipo de drogas consumidas.....	68
3. Discussão de resultados	72
4. Conclusão.....	76
Referências	80

Índice de Tabelas

Tabela 1: Valores obtidos no QCE para a amostra total	57
Tabela 2: Teste t para diferenças entre sexos nos valores do QCE	58
Tabela 3: Análise de frequências para a idade de início dos consumos	60
Tabela 4: Teste Mann-Whitney para diferenças entre sexos na idade de início dos consumos	60
Tabela 5: Análise de frequências para substâncias de início.....	61
Tabela 6: Análise de frequências para substâncias de consumo regular	62
Tabela 7: Teste Pearson para associação entre consumos iniciais e consumos regulares	63
Tabela 8: Frequência dos consumos dos participantes.....	63
Tabela 9: Teste Mann-Whitney para diferenças entre sexos na frequência de consumos	64
Tabela 10: Diferentes aspetos sobre os consumos mencionados pelos participantes ...	65
Tabela 11: ANOVA para comparação dos valores do QCE com a idade de início dos consumos	66
Tabela 12: ANOVA para comparação dos valores do QCE com a frequência dos consumos	68
Tabela 13: Teste t para diferenças no QCE em função do consumo regular de álcool. 69	
Tabela 14: Teste t para diferenças no QCE em função do consumo regular de tabaco 70	
Tabela 15: Teste t para diferenças no QCE em função do consumo regular de canábise 70	
Tabela 16: Teste t para diferenças no QCE em função do consumo regular de haxixe 71	

Índice de Figuras

Figura 1: Valores do QCE nos diferentes cursos/ domínios científicos	59
---	----

Introdução

O consumo de drogas é um problema complexo e de natureza multifatorial (Limonero, Gómez-Romero, Fernández-Castro, & Tomás-Sábado, 2013). Os períodos de transição durante a infância, adolescência e adultez são períodos críticos para levar a cabo comportamentos de risco, como é o caso dos consumos (Caña, Michelini, Acuña, & Godoy, 2015; Palmer & McGeary, 2016). Estes períodos geralmente acarretam sentimentos negativos para os jovens e ocorrem na transição do seio familiar para a escola, entre diferentes escolas, para a universidade e posteriormente para o mercado de trabalho (Palmer & McGeary, 2016). A adolescência é a fase do desenvolvimento onde se dá maioritariamente o início dos consumos de tabaco e álcool e se criam hábitos de vida pouco saudáveis que, posteriormente, se tornam difíceis de alterar na vida adulta (Cuberos, Sánchez, Cáliz, Ruz, Fernández, & Ortega, 2016). Face aos sentimentos negativos e numa tentativa de lidar com os mesmos, os jovens ficam mais suscetíveis de adotar comportamentos de risco – passam a estar cada vez mais expostos a uma maior oferta de drogas (legais e ilegais), sofrem pressão por parte do grupo de pares (que por vezes já é consumidor) e as atividades sociais e de lazer passam também a estar bastante próximas dos consumos, especialmente em contexto universitário (Palmer & McGeary, 2016).

O mercado de droga Europeu tem apresentado indicadores de aumento do consumo de drogas ilícitas, especialmente de canábis e drogas estimulantes (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA, 2016). A complexidade do mercado em si aumentou igualmente, acrescentando a oferta de novas substâncias psicoativas para além das já existentes e surgindo o fornecimento de drogas em linha devido ao impacto das tecnologias (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a). Contudo, é possível reduzir o número de pessoas dependentes de substâncias para que se tornem indivíduos saudáveis

passíveis de contribuir para uma sociedade produtiva e com baixa criminalidade (Iravani & Mosavi, 2012). É aqui que a inteligência emocional (IE) assume um papel de destaque. A IE está relacionada com as competências emocionais necessárias para promover interações e comportamentos saudáveis e adaptativos e confere mecanismos aos adolescentes para reduzir a sua vulnerabilidade aos consumos de risco (Castillo et al., 2013; Coelho, 2012; Ghee & Johnson, 2008). Os jovens emocionalmente mais inteligentes conseguem resistir mais eficazmente à pressão grupal e, conseqüentemente, consomem menos (Fernández, Jorge, & Bejar, 2009).

Perante estas afirmações, torna-se clara a importância da realização de estudos relacionados com a temática das drogas na sociedade atual, de forma a encontrar meios e estratégias cada vez mais eficazes para a prevenção e intervenção. De facto, existem já várias e diversas investigações neste âmbito que caracterizam os consumos, bem como o seu impacto em diversas áreas da vida. Os estudos sobre a IE também são vastos e têm surgido diversas aplicações práticas deste construto, no entanto, são ainda poucos aqueles que o relacionam com os consumos de substâncias e aprofundam o seu potencial como um meio para dotar os indivíduos de estratégias para prevenir as dependências. A maioria dos estudos existentes são estrangeiros (e.g., Hill & Maggi, 2011; Kun & Demetrovics, 2010; Limonero, Tomás-Sábado, & Fernández-Castro, 2006; Trinidad & Johnson, 2002), o que destaca a importância de conhecer melhor o panorama nacional a este nível, tornando o tema desta investigação bastante pertinente, atual e útil para a comunidade científica e toda a sociedade em geral.

O presente trabalho de investigação tem como principal objetivo caracterizar a IE em estudantes universitários que admitam apresentar um determinado padrão de consumos de substâncias lícitas e/ou ilícitas (entenda-se tipo de droga consumida e frequência de consumo ocasional e/ou regular). Neste sentido, o mesmo encontra-se

dividido em duas grandes partes: revisão de literatura e estudo empírico. A primeira parte, como o próprio nome indica, será dedicada à revisão de literatura – desde os clássicos até aos estudos mais atuais – acerca da temática da IE e dos consumos de substâncias. De forma a melhor organizar a leitura, esta parte encontra-se subdividida em três pontos principais. O primeiro é sobre a IE e todos os aspetos considerados relevantes relacionados com o conceito (definições, perspetivas de diferentes autores, caracterização das diferentes componentes que a constituem, explicação da sua importância nas mais diversas vertentes, estudos já realizados, vantagens do respetivo treino, entre outros). O segundo ponto será dedicado à temática das substâncias e dos consumos, nomeadamente à caracterização de diferentes drogas, aos seus efeitos, explicação e diferenciação de alguns conceitos, enumeração de fatores protetores e de risco, caracterização atual dos consumos em Portugal e na Europa, consequências para a saúde e para a sociedade e uma breve abordagem à importância da prevenção e intervenção. O terceiro e último ponto da primeira parte será exclusivamente dedicado a estudos previamente realizados por diversos autores que englobem e, de alguma forma, relacionem as variáveis IE e consumo de substâncias (ou outras variáveis pertinentes para esta relação). Passando à segunda grande parte deste trabalho – o estudo empírico –, a mesma será iniciada com uma breve explicação dos objetivos gerais e específicos da investigação. Segue-se o ponto do método, onde será caracterizada a amostra, os instrumentos utilizados, todos os procedimentos e respetiva análise de dados. Posteriormente serão apresentados em detalhe os resultados da investigação, caracterizando a IE e os consumos da amostra e fazendo as respetivas associações de forma a dar resposta e alcançar os objetivos previamente estabelecidos. Como seria expectável (e fundamental), após uma breve síntese de resultados e discussão dos mesmos, o trabalho terminará com uma reflexiva conclusão.

Capítulo I: Inteligência emocional e consumo de substâncias

Nota introdutória

Durante a adolescência e até ao início da idade adulta (cerca dos 20 anos) ocorrem muitas alterações a nível interno, externo e social, sendo uma fase bastante importante para a formação da identidade e onde os jovens começam a conviver mais com o seu grupo de pares ao invés da família (Toscano Jr., 2001a). No que diz respeito aos consumos de álcool, a perceção que os estudantes universitários têm acerca daquilo que é mais típico entre o seu grupo de pares é um bom preditor dos seus consumos futuros (Ghee & Johnson, 2008). Atualmente sabe-se que o consumo prejudicial de álcool (e outras drogas) origina um grande fardo social e económico na sociedade (WHO, 2014). Nesta faixa etária a vida social adquire especial importância, surgindo vários esforços para aderir ao grupo de pares, grupo este que funciona como um modelo identificatório, sendo nesta fase que geralmente se dá início não só aos consumos de substâncias, mas também outros comportamentos de risco (Toscano Jr., 2001a).

Os consumos de substâncias por parte dos adolescentes são um assunto de estudo bastante atual e relevante, tendo em conta o meio sociocultural e os valores partilhados pelos jovens hoje em dia. Este consumo é cada vez mais precoce e tem vindo a crescer, sendo que nesta fase da vida (adolescência/início da idade adulta) torna-se ainda mais problemático, tendo em conta que o potencial para produzir consequências indesejáveis a diversos níveis, a curto e/ou longo prazo, é acrescido, pois os jovens não possuem ainda os recursos psicológicos necessários para lidar com essas experiências. Desta forma, quanto mais cedo se instala uma possível dependência, maior a probabilidade de prejudicar ou atrasar o desenvolvimento cognitivo (Toscano Jr., 2001a).

Iravani e Mosavi (2012) referem que quando uma pessoa dependente entra em abstinência e deixa de o ser, as probabilidades de ter uma recaída são menores quanto mais a pessoa for realista, otimista e mantiver maior *locus* de controlo, o que significa que é possível reduzir a dependência de substâncias aumentando as competências da IE na sociedade. É também possível reduzir a dependência de substâncias reduzindo os níveis de stresse (Mosavi et al., 2012). Estando o stresse negativamente relacionado com os níveis de IE, esta pode munir os indivíduos de estratégias adequadas para lidar e ultrapassar situações problemáticas (Coelho, 2012). Desta forma, gera-se uma sociedade mais otimista que tem, conseqüentemente, menor probabilidade de vir a consumir drogas (Iravani & Mosavi, 2012).

1. Definição do conceito de inteligência emocional

Os estudos da inteligência têm evoluído bastante ao longo dos anos (Castillo et al., 2013). Salovey e Mayer (1990) desenvolveram o conceito de Inteligência Emocional (IE), definindo-a inicialmente como uma parte da inteligência social que inclui a capacidade de controlar as próprias emoções e a dos demais, discriminá-las e usar essa informação para guiar o pensamento e comportamento. A teoria da IE de Mayer e Salovey (1997) começou a ganhar terreno, relacionando a inteligência lógica com a inteligência social e atribuindo às emoções um papel ativo. De acordo com estes autores, as emoções e os pensamentos formam uma rede de elementos importantes para a tomada de decisão e resolução de problemas. Alguns anos mais tarde, Mayer e Salovey reformularam o conceito de IE, referindo que esta implica as capacidades para perceber e avaliar com exatidão a emoção, para aceder e gerar sentimentos quando estes facilitam o pensamento, para compreender a emoção e o conhecimento emocional e para regular as emoções que promovem o crescimento emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 2007, citados por

Castillo et al., 2013). De acordo com esta definição verifica-se que a IE integra a emoção e a razão, influenciando a forma como os indivíduos interpretam e se empenham nos seus relacionamentos (Mayer, Salovey, & Caruso, 2000, citados por Ghee & Johnson, 2008). A combinação do sistema emocional com o sistema cognitivo favorece um processamento da informação mais exato e adaptado à realidade (Mayer & Salovey, 1997). A IE é, portanto, uma variável moderadora que está relacionada com os processos de adaptação, facilitando respostas adequadas aos diferentes tipos de acontecimentos a que um sujeito está exposto e diminuindo as respostas emocionais desadaptativas (Limonero et al., 2013).

De uma maneira global, a IE refere-se à capacidade para reconhecer e processar informação transmitida pelas emoções, de forma a resolver problemas eficazmente (Mayer & Salovey, 1997). É uma capacidade que determina entre o que uma pessoa é capaz de fazer e aquilo que realmente conseguirá fazer, prevendo o êxito nos relacionamentos e no trabalho e funcionando como um guia do comportamento social (Simmons & Simmons, 2000). De certa forma, trata-se de um construto que indica o grau de atenção que os indivíduos prestam aos seus sentimentos, a clareza com que os experienciam e a sua forma de regulá-los (Mayer & Salovey, 1997). As pessoas que possuam estas habilidades são consideradas emocionalmente hábeis e bem ajustadas, enquanto as que não possuem podem apresentar alguns défices no seu funcionamento social e emocional (Fernández et al., 2009). Por este motivo, a IE é uma capacidade que acentua as diferenças individuais no processamento cognitivo da informação afetiva (Lizeretti & Rodríguez, 2011), estando relacionada com as relações interpessoais, os comportamentos e o crescimento pessoal dos indivíduos (Salovey & Mayer, 1990).

Apesar da definição de Mayer e Salovey ser a mais aceite atualmente, outros autores também se dedicaram ao estudo da IE e desenvolveram as suas próprias perspetivas (Ghee

& Johnson, 2008). Existem duas perspectivas distintas no que diz respeito à classificação da IE e ambas têm em comum o facto de assumirem que não só as habilidades cognitivas são um fator preditor de uma adaptação bem sucedida, mas também as habilidades emocionais têm aqui um papel fundamental (Nelis et al., 2009). Uma das perspectivas é o modelo de habilidade/capacidade proposto por Mayer e Salovey (1997), que descreve a IE como uma habilidade que engloba quatro dimensões: identificação de emoções, utilização de emoções, compreensão de emoções e regulação de emoções. De acordo com esta perspectiva, a IE é acedida através de testes de inteligência que dão mais importância aos aspetos cognitivos e capacidades mentais (Mayer, Salovey & Caruso, 2000, citados por Castillo et al., 2013). A outra perspectiva é o modelo de traço/misto proposto por Petrides e Furnham (2001), que considera a IE um construto multifacetado que engloba várias predisposições comportamentais relacionadas com as emoções que afetam a forma como os indivíduos superam exigências e pressões no quotidiano. Segundo esta perspectiva, a IE é acedida através de testes de personalidade que combinam as capacidades mentais com traços de personalidade como a perseverança e otimismo. Mayer, Salovey e Caruso (2004) defendem que a melhor conceptualização da IE é como habilidade/capacidade, pois trata-se de um conjunto de capacidades que se podem manifestar ou não no dia-a-dia. Contudo, apesar de serem vistas como perspectivas distintas, a IE como capacidade e a IE como traço podem ser dimensões complementares, uma vez que a IE como habilidade pode promover o desenvolvimento da IE como traço (Schutte, Malouff, & Hine, 2011).

Ao longo do tempo, a discussão entre estas duas perspectivas deu lugar à criação de um modelo tripartido da IE proposto por Mikolajczak e colaboradores (2009), que defendem existirem três níveis de IE:

a) Conhecimento – refere-se à complexidade e amplitude do conhecimento acerca das emoções; o foco é aquilo que as pessoas sabem acerca das emoções e de como lidar com situações com grande carga emocional;

b) Habilidades – refere-se à habilidade para aplicar o conhecimento que se possui das emoções numa situação com carga emocional e adotar uma estratégia; o foco é aquilo que as pessoas são capazes de fazer;

c) Traços – refere-se às predisposições emocionais, nomeadamente a tendência para as pessoas se comportarem de determinada maneira perante situações emotivas; o foco aqui é o que as pessoas efetivamente fazem.

Estes três níveis de IE estão apenas ligeiramente interligados, o que significa que nem sempre o conhecimento se traduz numa habilidade, nem esta, por sua vez, se traduz obrigatoriamente num traço (Mikolajczac et al., 2009).

1.1. Componentes da inteligência emocional

A perspetiva de Mayer e Salovey (1997) defende que existem quatro componentes básicas da IE, que vão desde os processos biológicos mais básicos como a perceção emocional, até aos mais complexos como a regulação de estados emocionais. Essas quatro componentes básicas da IE são (Mayer & Salovey, 1997):

a) Perceção, avaliação e expressão emocional – engloba a capacidade de identificar emoções em si mesmo e nos outros, a capacidade de expressar essas emoções e as necessidades a elas relacionadas e também a capacidade de avaliar a autenticidade de uma expressão emocional;

b) Assimilação ou facilitação emocional do pensamento – capacidade para ter em conta os sentimentos na resolução de problemas; capacidade para utilizar as emoções para modelar e melhorar o pensamento, para dirigir a atenção para a informação significativa

e para facilitar a mudança de perspectiva e adoção de novos pontos de vista; capacidade para utilizar a emoção como um sistema de alerta para informações mais relevantes, facilitando e dirigindo a atenção e o pensamento;

c) Compreensão e análise de emoções – capacidade de rotular as emoções e distinguir as suas diferentes nuances, bem como a compreensão de sentimentos complexos e transições de sentimentos; capacidade de empregar o conhecimento emocional e conhecer as consequências futuras do mesmo;

d) Regulação emocional – capacidade para regular as próprias emoções e as das pessoas próximas, moderando as negativas e intensificando as positivas, sem reprimir ou exagerar nenhuma informação que advém dessas emoções; capacidade para controlar reflexivamente as emoções, de forma a promover o crescimento emocional e intelectual; capacidade para tolerar diferentes reações emocionais, compreendê-las sem exagero ou diminuição da sua importância e controlá-las/d Descarregá-las no momento apropriado; capacidade de estar aberto aos sentimentos positivos e negativos e refletir sobre os mesmos, de forma a descartar a informação desnecessária em função da sua utilidade.

Apesar da perspectiva de Mayer e Salovey ser a mais consensual, importa também abordar um ponto de vista de outro autor que, embora seja diferente, tem também algumas semelhanças e permite compreender as componentes da IE. Trata-se da teoria multidimensional da IE de Goleman (2012), que defende existirem cinco competências emocionais e sociais básicas, sendo elas:

a) Autoconsciência – responsável pela capacidade do indivíduo de reconhecer e compreender as suas próprias emoções, humor e motivações, ou seja, possuir uma avaliação realista das suas próprias capacidades;

b) Autorregulação – capacidade do indivíduo de gerir as suas emoções, de forma a que estas facilitem as suas tarefas e não interfiram negativamente, ou seja, controlar e

redirecionar impulsos disruptivos e suspender o julgamento para pensar antes de agir, fornecendo à pessoa mecanismos eficazes para mudar a sua perspectiva e adotar diferentes estratégias e abordagens para os diferentes problemas do dia-a-dia;

c) Motivação – é a capacidade dos indivíduos de serem perseverantes faces às contrariedades e frustrações do dia-a-dia, ou seja, de trabalharem ativamente para atingirem os seus objetivos;

d) Empatia – capacidade de compreender as emoções do outro e ajudá-lo tendo em conta a forma como ele se sente, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do outro e estabelecer laços com uma grande diversidade de pessoas;

e) Aptidões sociais – capacidade do indivíduo para gerir eficazmente as suas emoções e comportamentos nas relações interpessoais, para interagir em harmonia com os outros e ajudar a resolver conflitos, cooperar e liderar.

Analisando mais detalhadamente estas componentes propostas por Goleman (2012), verifica-se que as pessoas com uma elevada autoconsciência têm maior probabilidade de falar clara e objetivamente sobre as suas emoções e o impacto que estas têm no seu desempenho académico, familiar e social. Estas pessoas têm também maior facilidade em falar das suas forças e limitações, o que resulta num maior nível de autoconfiança quando fazem as suas escolhas (seja em contexto familiar ou em situações de pressão do grupo de pares, como é o caso dos consumos) (Goleman, 2012). As pessoas com elevado nível de autorregulação têm maior facilidade em criar um ambiente de confiança e integridade à sua volta, são mais justos consigo próprios e com os outros e, portanto, têm um suporte familiar e social mais forte e mais estável (Coelho, 2012). Pessoas altamente motivadas apresentam elevado otimismo, energia e paixão pelo seu trabalho, estando constantemente à procura de novos desafios e de novas aprendizagens (Goleman, 2012). As pessoas com maior capacidade de empatia usam a informação

emocional que possuem dos outros à sua volta com o objetivo de serem naturalmente mais receptivos aos sentimentos destes. Desta forma, têm maior facilidade em identificar-se com os outros e compreendê-los. A dimensão das competências sociais funciona como um meio para criar laços fortes entre familiares e amigos bem ajustados – e que não sejam consumidores de drogas (Coelho, 2012).

1.2. Estudos epidemiológicos sobre a inteligência emocional

O construto IE, de uma forma global, refere-se às diferenças individuais na percepção, processamento, regulação e utilização da informação emocional, diferenças estas que têm um impacto significativo em diferentes áreas da vida, tais como a saúde física e mental, desempenho no trabalho e relações sociais (Nelis et al., 2009). Um estudo revelou que a IE está associada ao desempenho no trabalho e ao sucesso ocupacional, nomeadamente em trabalhos que envolvam um maior nível de contacto interpessoal (Daus & Ashkanasy, 2005). As mulheres tendem a pontuar mais na IE do que os homens e a IE tende a aumentar com a idade (Van Rooy, Alonso, & Viswesvaran, 2005). As questões relacionadas com a IE têm particular importância quando se fala de adolescentes e jovens adultos, uma vez que vários estudos (e.g., Lizeretti & Rodríguez, 2011; Nelis et al., 2009; Schutte et al., 2011) têm mostrado que maiores níveis de IE estão positivamente correlacionados com mais-valias pessoais e sociais, tais como interações sociais favoráveis, relações interpessoais de qualidade e boa capacidade de empatia, estando a IE também significativamente relacionada de forma positiva com diferentes variáveis associadas ao bem-estar.

O bem-estar psicológico refere-se aos aspetos pessoais e relacionais que funcionam como fatores protetores da saúde física e mental (Lizeretti & Rodríguez, 2011). De uma maneira geral, as pessoas emocionalmente inteligentes sentem-se melhor consigo

mesmas, estão mais satisfeitas com a sua vida e são mais felizes (Nelis et al., 2009). Os adolescentes com elevados níveis de satisfação com a vida apresentam menos problemas de comportamento e influenciam os outros em seu redor, o que se deve ao facto de possuírem uma maior capacidade de empatia, maior autoestima, serem mais otimistas e terem melhores habilidades sociais e melhores relações interpessoais. Isto prova que a IE é um excelente indicador de bem-estar psicológico e constitui um fator protetor para a saúde física e mental (Lizeretti & Rodríguez, 2011).

Por sua vez, baixos níveis de IE estão associados a comportamentos sociais e interpessoais menos adaptativos, maior número de conflitos nas relações, condutas desviantes, mais consumos problemáticos de álcool e outras drogas e, conseqüentemente, mais problemas daí decorrentes (Trinidad & Johnson, 2002), assim como maior número de problemas médicos, judiciais e vocacionais, especialmente nos homens (Brackett, Mayer, & Warner, 2004). As pessoas com baixa IE têm uma incapacidade inerente para gerir os seus afetos negativos e, nos jovens, uma falta de competências socio emocionais que lhes permita resistir à pressão indesejada dos pares (Trinidad & Johnson, 2002). Por este motivo, adolescentes com elevada IE possuem uma melhor capacidade mental para identificar nos outros e perceber rapidamente a pressão indesejada dos pares, lidando eficazmente com a mesma (Hill & Maggi, 2011; Iravani & Mosavi, 2012). De uma forma geral, a IE permite uma boa gestão do *stress* e também predizer, compreender e atenuar problemas de comportamento (Coelho, 2012).

Existem também alguns estudos mais específicos da IE como capacidade ou como traço. Estes estudos mostram que as mulheres apresentam maiores pontuações de IE como habilidade, assim como as pessoas mais velhas (homens e mulheres) (Brackett et al., 2004). Também se verifica que estudantes com maiores níveis de IE do tipo traço

apresentam um melhor rendimento escolar e que este tipo de IE está negativamente associada a diferentes tipos de psicopatologias (Nelis et al., 2009).

Relativamente às componentes da IE, existe também um estudo (e.g., Cabello et al., 2006) que mostra, por exemplo, que as componentes atenção e reparação emocional são boas preditoras da empatia e as componentes de expressão e regulação emocional são boas preditoras da autoestima. A componente da regulação emocional está também relacionada com comportamentos de risco, tais como o consumo de substâncias lícitas e ilícitas (Léon, 2009). Por sua vez, pessoas com altos níveis de compreensão e regulação emocional e níveis médios de percepção emocional são as que apresentam um maior ajuste emocional. Níveis médios de atenção e elevada clareza e reparação emocional estão relacionados com um processamento emocional mais adequado e ajustado. Desta forma, a clareza e reparação emocional estão associadas a um maior número e melhor qualidade de relações interpessoais de amizade e familiares, fatores estes que incidem de forma positiva na satisfação com a vida (Fernández et al., 2009). Baixos níveis de IE estão associados a uma maior sintomatologia depressiva, sendo a componente da regulação emocional a mais importante para a saúde mental em geral (Hertel, Schütz, & Lammers, 2009).

No que diz respeito a traços de personalidade, também existem evidências que os relacionam com a IE. Por exemplo, pessoas com maiores níveis de IE tendem a ser mais extrovertidas, emocionalmente estáveis, conscientes e abertas a novas experiências, revelando ter maior autocontrolo nas suas decisões e comportamentos, independentemente das normas do seu grupo de pares (Ghee & Johnson, 2008). De uma maneira geral, pessoas com maiores níveis de IE apresentam traços de personalidade mais positivos, são mais felizes, são mais bem sucedidas na vida e apresentam mais estratégias de *coping* adaptativas (Mayer & Salovey, 1997). Estes estudos mostram que o estilo de

resposta emocional está relacionado com os traços de personalidade de cada um (Lizeretti & Rodríguez, 2011).

A relação entre a IE e alguns problemas físicos e psicológicos também tem sido investigada. Existem mesmo autores (e.g., Lizeretti & Rodríguez, 2011) que defendem que os pacientes com psicopatologia podem distinguir-se de sujeitos sem psicopatologia pelo nível de IE que apresentam. A verdade é que as emoções negativas e baixos níveis de IE têm consequências a longo prazo ao nível de transtornos psicológicos como a ansiedade e depressão, problemas fisiológicos como a hipertensão, problemas cardiovasculares e úlceras, alterações no sistema imunitário, alterações na dieta e atividade física, desenvolvimento de comportamentos adictivos e diminuição da vontade para estabelecer contactos interpessoais (Fernández et al., 2009).

No que concerne às diferentes componentes da IE e a sua relação com algumas patologias mentais, verifica-se que os pacientes com perturbação de ansiedade generalizada prestam excessiva atenção às suas emoções, mas têm mais dificuldades em reparar eficazmente os seus estados de humor negativos, ou seja, apresentam pontuações muito elevadas na componente de atenção emocional e pontuações muito baixas na componente de regulação emocional (Lizeretti & Extremera, 2011). Por sua vez, os pacientes com depressão prestam uma adequada atenção às suas emoções, mas apresentam mais dificuldades em discriminá-las com clareza e reparar adequadamente os seus estados de humor negativos (Lizeretti & Rodríguez, 2011). Relativamente a pacientes dependentes de substâncias, estes apresentam défices na capacidade de utilização das emoções para facilitar o pensamento, na compreensão de emoções e na regulação de estados emocionais (Hertel et al., 2009).

Em suma, todas estas evidências científicas permitem perceber que, embora a IE não seja a causa direta da existência dos transtornos psicológicos, esta contribui

significativamente para aumentar ou reduzir a sua gravidade (Lizeretti & Rodríguez, 2011). Tem sido, deste modo, fundamentado que a IE está relacionada com os processos de adaptação, facilitando as respostas adequadas aos diferentes acontecimentos com que uma pessoa se depara no seu dia-a-dia, diminuindo as reações emocionais negativas e desadaptativas e facilitando a experiência de emoções positivas (Mayer & Salovey, 1997).

1.3. Treino da inteligência emocional e suas implicações

As competências emocionais e a aprendizagem social das emoções reforçam e apoiam os esforços feitos para prevenir o consumo de álcool e outras drogas, violência e outros problemas de comportamento, que geralmente são problemáticas que criam barreiras à aprendizagem de boas condutas e promovem outros comportamentos de alto risco. Estes atributos emocionais e sociais são essenciais para construir relacionamentos duradouros, que são importantes para levar a cabo uma vida saudável, com sucesso académico e civilizada (Coelho, 2012). O treino da IE tem potencial para preparar cognitivamente e emocionalmente os estudantes a empenharem-se em programas de prevenção de consumos de álcool e outras drogas (Ghee & Johnson, 2008), uma vez que vários estudos têm mostrado que as habilidades emocionais são um fator protetor face aos consumos (Fernández et al., 2009). Nos Estados Unidos da América (EUA) este tipo de treino já tem sido implementado, sendo a aprendizagem de habilidades emocionais um dos objetivos educativos indispensáveis para assegurar um desenvolvimento saudável dos adolescentes. Através destes programas implementados nos EUA verificou-se uma redução do consumo de substâncias adictivas e diminuição dos comportamentos agressivos em sala de aula e do número de casos de abandono escolar (Fernández et al., 2009).

Desenvolver as competências inerentes à IE é não só importante para a vida pessoal, mas também no ramo do trabalho, da educação, da política e dos cuidados de saúde, no sentido em que promove o desenvolvimento de comportamentos mais adaptativos (Coelho, 2012). Recentemente têm sido cada vez mais as intervenções criadas para melhorar a IE. Contudo, apenas alguns programas têm por base uma sólida sustentação teórica e são, de facto, testados. A maioria apenas se foca numa determinada dimensão da IE e junta algumas capacidades que não são do âmbito da IE (Nelis et al., 2009). De acordo com Fernández e colaboradores (2009), os programas de treino da IE devem abordar a educação emocional, o uso de técnicas de controlo emocional e também estratégias para o professor lidar com os problemas emocionais dos alunos. Devem também incluir o treino de habilidades emocionais, nomeadamente a perceção, compreensão e análise de emoções (treinar a capacidade para identificar as emoções e entender as relações entre as emoções e as situações em que estas surgem), a expressão de emoções (expressar corretamente os próprios sentimentos e necessidades associadas aos mesmos) e a regulação emocional (estar aberto a estados emocionais positivos e negativos, regulando as próprias emoções sem exagerá-las ou evitá-las) (Fernández et al., 2009; Limonero et al., 2013).

Limonero e colaboradores (2013) sugerem ainda que se deveria potenciar a utilização de técnicas de reparação emocional, reestruturando a perceção de elementos stressantes no meio envolvente que possam representar algum tipo de pressão ou influência para o consumo. Estas competências podem ser treinadas através de perguntas, exercícios de autorreflexão, modelagem e expressão emocional, programas de educação para a saúde, treino de condutas adaptativas, treino da capacidade de resistência à pressão social e dos pares e provas de exposição a estados emocionais positivos e negativos, partindo sempre dos interesses do próprio aluno e fazendo com que este tenha sempre um

papel ativo no seu processo de aprendizagem (Fernández et al., 2009; Limonero et al., 2013).

Um exemplo de um modelo de intervenção proposto por Nelis e colaboradores (2009) teve por base a teoria de Mayer e Salovey e era constituído por quatro sessões com a duração de duas horas e meia, com uma periodicidade semanal, para que os participantes pudessem implementar e colocar em prática o que aprenderam ao longo da semana no seu dia-a-dia. Neste programa eram abordadas técnicas para realçar as capacidades do modelo, especialmente a regulação emocional (intrapessoal e interpessoal), através de breves palestras, *role plays*, discussões em grupo, trabalhos a pares e leituras, havendo sempre o registo diário das suas experiências emocionais que cada um fazia no seu próprio caderno. Os resultados mostraram que o grupo de treino apresentou pontuações significativamente mais elevadas de IE (em quase todas as dimensões) do que o grupo de controlo e estas mudanças verificaram-se após seis meses, o que comprova a eficácia dos programas de treino de IE a longo prazo (Nelis et al., 2009). Tendo em conta que os resultados podem permanecer ao longo do tempo, o treino da IE torna-se uma mais-valia para a prevenção ou tratamento de certas patologias ou problemáticas, criando uma base para programas de intervenção futuros (Coelho, 2012; Nelis et al., 2009).

As patologias do humor e de ansiedade caracterizam-se por períodos de desadaptação emocional, pelo que o treino da IE pode prevenir o seu desenvolvimento, uma vez que quanto mais elevada esta for, maior a probabilidade de ter um humor mais positivo e maior a capacidade de regular os estados emocionais (Hertel et al., 2009). O treino da IE também funciona como um fator protetor para reduzir a suscetibilidade dos indivíduos à exposição a fatores de risco, como é o caso dos consumos de substâncias (Coelho, 2012). A capacidade de reconhecer, compreender e regular as expressões emocionais vai motivar os indivíduos a estarem mais conscientes de si mesmos, do seu

comportamento e daqueles que os rodeiam e a regular os seus próprios comportamentos, o que, por sua vez, irá fazer com que se comportem de forma adaptativa e, conseqüentemente, diminuir o risco de virem a desenvolver uma dependência de álcool ou outras drogas no futuro (Coelho, 2012). Schutte e colaboradores (2011) consideram que se deveria encorajar os indivíduos a construir e treinar as suas habilidades emocionais e, posteriormente, convertê-las em traços, para que a sua IE fosse mais eficaz no dia-a-dia. Os traços tendem a manter-se estáveis ao longo do tempo, porém, apenas podem ser modificados com um treino intensivo (Nelis et al., 2009). No entanto, é possível que após o treino e com o passar do tempo sem treinar as competências, algumas pessoas voltem à origem, o que significa que pode ser necessário que determinados traços sejam constantemente praticados ao longo do tempo para se manterem os ganhos (Nelis et al., 2009).

Durante a criação de um programa de prevenção de adicções com base no treino da IE, é importante conjugar vários componentes, devidamente estudados e validada a sua eficácia no contexto onde serão implementados (Castillo, Castillo-López, & López-Sánchez, 2014). O conceito de adesão preventiva deve igualmente ter-se em consideração, de forma a compreender previamente a intenção que os alvos terão em cumprir o programa e, conseqüentemente, antecipar a taxa de adesão dos mesmos e a respetiva eficácia. O conceito de adesão engloba a capacidade da pessoa para realizar as mudanças recomendadas no seu estilo de vida e pode determinar o êxito ou fracasso dos resultados de um programa de prevenção (Castillo et al., 2014). Quando os programas cumprem todos os requisitos necessários para alcançar bons resultados e tal não acontece, foi muito provavelmente consequência de uma baixa adesão à prevenção. Por estas razões, nos programas de prevenção e intervenção é extremamente importante transferir

a responsabilidade para os próprios indivíduos para o cumprimento das tarefas e respetiva eficácia (Castillo et al., 2014).

2. Consumo de substâncias e dependência

O termo “substâncias psicoativas” foi bastante utilizado como um sinónimo de drogas, para designar as substâncias que modificam o estado de consciência da pessoa (Seibel & Toscano Jr., 2001). Contudo, esse termo já não é atualmente utilizado, pois nem todas as drogas possuem o efeito de ativação cerebral (Nunes, 2016). Segundo Nunes (2016), droga é a substância “cujos efeitos dependerão da dose administrada, do seu grau de pureza, das condições do seu uso e do contexto sociocultural que rege esse consumo” (pp. 184-185), pelo que, por este motivo, nos dias de hoje as drogas se podem designar apenas por substâncias. Esta explicação vai de encontro à de MacRae (2001), que salienta que os efeitos individuais, subjetivos e sociais do consumo de drogas devem ser entendidos segundo uma perspetiva biopsicossocial. Canzenave (2001) afirma que uma droga de abuso é uma substância que provoca efeitos estimulantes e/ou tranquilizantes, atuando nos mecanismos de recompensa do sistema nervoso central (SNC). Desta forma, o mesmo autor refere que as substâncias podem ser classificadas consoante a sua ação no organismo em: depressores do SNC (e.g., álcool, tranquilizantes e heroína), estimulantes do SNC (e.g., tabaco, anfetaminas, cocaína e *crack*), perturbadores do SNC (e.g., canábis e derivados, alucinogénios e inalantes), alucinogénios propriamente ditos e drogas de ação mista.

Atualmente as drogas lícitas em Portugal são o álcool e o tabaco. O álcool é uma substância utilizada há séculos em diferentes culturas. Fatores ambientais como o desenvolvimento económico, cultura, disponibilidade e nível de eficácia das políticas sobre o álcool são importantes para explicar as diferenças e evolução histórica do

consumo desta substância (WHO, 2014). Sendo um depressor do SNC, o álcool pode provocar efeitos de diminuição dos reflexos da pessoa, consoante a quantidade ingerida (Cazenave, 2001). É uma substância que provoca dependência e é a de mais fácil acesso em Portugal (WHO, 2014). O tabaco também provoca dependência, mais concretamente da nicotina, sendo o alívio do stresse e da ansiedade a principal razão que os fumadores apresentam para fumar (Perea-Baena, Oña-Compan, & Ortiz-Tallo, 2009).

Face ao contexto mundial, a Europa é um grande mercado para drogas ilícitas, sejam elas produzidas a nível interno ou traficadas a partir de outras regiões do mundo. A canábis é a droga responsável por cerca de 38% do mercado total, seguindo-se a heroína (28%), a cocaína (24%), as anfetaminas (8%) e o MDMA (3%) (EMCDDA, 2016). A canábis é também a droga com maior número de apreensões na Europa (mais de 70%), seguida pela cocaína (9%), anfetaminas (5%), heroína (5%) e MDMA (2%) (EMCDDA, 2017a). Os mercados de drogas ilícitas desenvolveram-se em locais físicos, mas na última década emergiram os mercados eletrónicos devido ao avanço das novas tecnologias ligadas à internet (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a). Estes últimos podem atuar na internet de superfície, através da venda de químicos precursores não controlados, de novas substâncias psicoativas e de medicamentos contrafeitos, e na internet oculta ou *deep web*, através de mercados privados e encriptados (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a). Estes mercados privados são plataformas em linha, cuja privacidade dos utilizadores é protegida por altas tecnologias, sendo possível vender bens, serviços ilícitos e drogas (as mais comuns são a canábis, MDMA e alguns medicamentos). Atualmente os mercados eletrónicos ainda representam apenas uma pequena quota do comércio de drogas ilícitas, contudo, estima-se que se encontrem em expansão (EMCDDA, 2016).

Os dados revelam que o nível de pureza ou potência da maior parte das substâncias ilícitas é elevado e está a aumentar a médio prazo (EMCDDA, 2016), sendo que a pureza

da heroína, cocaína e anfetaminas continuou a aumentar em 2015 (EMCDDA, 2017a). A cocaína é um estimulante do SNC e é produzida a partir das folhas de *Coca*, tendo como principais efeitos a sensação de bem-estar e redução da fadiga (Cazenave, 2001). Trata-se da droga estimulante mais apreendida na Europa e em Portugal, sendo a forma mais comum o pó (sal hidrocloreto) e a menos comum o *crack* (base livre). As anfetaminas (anfetamina e metanfetamina) são igualmente estimulantes, mas sintéticos (EMCDDA, 2017a). A 3,4-metilenodioximentanfetamina (MDMA) é uma substância sintética quimicamente relacionada com as anfetaminas, mas difere quanto aos efeitos, que podem ser também alucinogénios (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a). Os comprimidos de *ecstasy* têm sido o produto de MDMA mais comum no mercado, tendo-se verificado um aumento da oferta destes sob a forma de pó ou cristais. O teor de MDMA nos comprimidos de *ecstasy* aumentou nos últimos anos, estando agora esta droga associada a mortes (EMCDDA, 2017a).

O ópio, por sua vez, trata-se de uma droga depressora do sistema nervoso central, extraída do látex da *Papaver somniferum* (Toscano Jr., 2001b). Os opiáceos já foram muito utilizados em Medicina no combate à dor (Cazenave, 2001). O ópio e seus derivados (e.g., morfina e heroína) são muitas vezes utilizados pelos seus efeitos analgésicos e calmantes, podendo ser fumados, inalados ou injetados (EMCDDA, 2017a; Toscano Jr., 2001b). No entanto, o uso continuado destas substâncias provoca uma rápida tolerância (que leva à necessidade de aumentar cada vez mais a quantidade de droga ingerida para surtir os mesmos efeitos iniciais), forte dependência e graves sintomas de síndrome de abstinência (Cazenave, 2001). Embora a heroína seja o opiáceo mais comum na Europa, a morfina, metadona, buprenorfina, tramadol e fentanil são opiáceos frequentemente desviados do comércio farmacêutico ou fabricados especialmente para o comércio ilícito de drogas (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a).

Dentro das substâncias depressoras do SNC encontram-se ainda as benzodiazepinas ou tranquilizantes, substâncias geralmente prescritas pelas suas propriedades relaxantes musculares, para problemas físicos ou psiquiátricos, sendo dos fármacos mais prescritos e utilizados em todo o mundo. São exemplos de tranquilizantes o *diazepam*, *nitrazepam* e *temazepam*. Estes também desenvolvem grande tolerância e síndrome de abstinência (Cazenave, 2001).

No que diz respeito às substâncias perturbadoras do SNC, a resina de cânabis (haxixe) e a cânabis herbácea (marijuana) são os principais produtos de cânabis comercializados no mercado europeu, embora se tenha verificado um aumento da produção doméstica desta droga (EMCDDA, 2017a). Os canabinoides sintéticos causam um período inicial de euforia, alegria e bem-estar, seguido por uma fase de sonolência e sedação. Os seus efeitos subjetivos passam também por fluxo descontínuo de ideias, alteração da percepção e dissociação (Cazenave, 2001). Outro exemplo de perturbadores do SNC são os inalantes, vapores químicos respirados com o intuito de alterar a percepção. Alguns exemplos são a cola de sapateiro, removedor de verniz, diluente, éter e clorofórmio. Os seus efeitos são semelhantes aos anestésicos: inicialmente experienciam-se efeitos de excitação, euforia, tonturas e distúrbios visuais e auditivos e depois segue-se a fase de confusão, desorientação ou até mesmo inconsciência, dependendo da substância e da quantidade administrada (Cazenave, 2001).

O dietilamida do ácido lisérgico (LSD), os cogumelos alucinogénicos, a cetamina e o gama-hidroxibutirato (GHB) são substâncias com propriedades alucinogénicas, anestésicas, dissociativas e depressoras. O consumo destas drogas entre jovens adultos mantém-se baixo e estável, sendo sua prevalência inferior a 1% (EMCDDA, 2017a). No entanto, o número de novas substâncias psicoativas não pára de aumentar. No final de 2016, mais de 620 novas substâncias psicoativas eram monitorizadas pelo EMCDDA.

Dentro dessas, 423 (70%) foram detetadas durante o ano de 2015, o que mostra o aumento da complexidade do mercado de drogas (EMCDDA, 2017a). As catinonas e os canabinoides sintéticos representam mais de 60% das novas substâncias psicoativas. As catinonas sintéticas são quimicamente semelhantes à catinona (uma droga estimulante proveniente da planta *Khat*) e encontram-se majoritariamente sob a forma de pó. Estes dados mostram a grande variedade atual de substâncias e a existência de padrões de policonsumos cada vez mais comuns (EMCDDA, 2017a).

2.1. Conceitos básicos associados ao uso, abuso e dependência

O uso recreativo de substâncias refere-se ao uso em momentos sociais ou relaxantes, sem que haja dependência (Seibel & Toscano Jr., 2001). Cruz, Machado e Fernandes (2010) referem que o consumo de drogas ilícitas é um comportamento que tem vindo a ser adotado por sujeitos bem ajustados às normas convencionais, como é o caso de alguns estudantes universitários. Os mesmos autores designam estes consumidores como “não problemáticos”. Segundo um estudo levado a cabo por Cruz e colaboradores (2010), estes consumidores “não problemáticos” caracterizam-se por um processo constante de autorregulação dos consumos, que são moldados em função das suas experiências: se estas forem positivas e lhes proporcionarem prazer, vão contribuir para a manutenção desse consumo; se forem negativas, contribuem para uma adaptação de comportamentos de modo a evitar futuramente os aspetos negativos, ou contribuem mesmo para o abandono do consumo. Estes consumidores “não problemáticos” apresentam constantemente um conjunto de cuidados que lhes permitem manter a funcionalidade nas diversas áreas da vida, nomeadamente: controlar o consumo (cuidados relacionados com o tipo de drogas consumidas, a frequência e regularidade do consumo e contexto), preservar a imagem social (ocultação dos consumos) e obter efeitos positivos,

evitando experiências desagradáveis (cuidados relacionados com a quantidade de droga ingerida, o tipo de drogas, o contexto e vivências com pares consumidores). Geralmente este tipo de consumidores tende a estabilizar os seus consumos apenas em torno da canábis e, por vezes, da cocaína. Desta forma, conseguem manter-se ajustados nas diversas áreas da vida, tornando-se consumidores responsáveis (Cruz et al., 2010).

A expressão “abuso de drogas” é comumente utilizada para descrever consumos que originam problemas para o indivíduo e/ou para a sociedade. Atualmente os sistemas classificativos das doenças mentais não utilizam este termo (Cruz, 2016). O que distingue abuso de dependência é o facto de o primeiro se tratar de uma fase inicial e menos severa de um consumo problemático, sendo a dependência uma fase mais avançada e de maior gravidade e que envolve uma maior compulsão para o uso de determinada droga (Cruz, 2016). No fenómeno de dependência, o indivíduo está constantemente e a longo prazo exposto à droga (Cazenave, 2001). Este termo é muitas vezes utilizado como um sinónimo de adicção, contudo, trata-se de termos um pouco diferentes: a adicção refere-se ao uso desadaptativo de uma substância psicoativa, enquanto a dependência se refere a uma resposta normal ao uso continuado e em excesso da mesma. Por esta ordem de ideias, a adicção refere-se a uma desordem crónica e um estado psicológico temporários, condição na qual algumas pessoas permanecem durante mais tempo e outras alteram o seu comportamento sozinhas ou com ajuda de profissionais (Quintas, 2016). A adicção a substâncias pode também definir-se tendo em conta um conjunto de parâmetros relacionados com a frequência, dinheiro investido, necessidade ou compulsão e as interferências na vida diária das pessoas que possam levar a um incumprimento das suas obrigações (Castillo et al., 2013).

A maioria das ações de prevenção do consumo de drogas é realizada nas escolas, mas também existem intervenções direcionadas para as famílias que ajudam os pais a dar

suporte aos filhos para desenvolverem objetivos específicos associados à redução do risco de consumos e de outros problemas comportamentais (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a). Gutiérrez e Romero (2014) desenvolveram um estudo que comprova o impacto positivo da autoestima, do controlo emocional e do apoio familiar na vida dos adolescentes, sendo o apoio familiar o fator que mais impacto teve na prevenção dos consumos de drogas. No entanto, alguns autores consideram que os programas de prevenção de consumo de drogas deveriam iniciar-se cada vez mais cedo, em idades ainda mais precoces, como por exemplo nos últimos anos do ensino primário e no início do 2º ciclo, pois os anos seguintes são a fase mais crítica para a o início da experimentação de substâncias (Fernández et al., 2009).

Existe ainda uma certa tendência para considerar mais urgente prevenir e intervir nos consumos de drogas ilícitas, desvalorizando a gravidade do panorama atual de consumos de drogas lícitas como é o caso do álcool e do tabaco (MacRae, 2001). Tanto o álcool como o tabaco causam dependência física e psicológica, pelo que se torna necessário recorrer a fármacos e ajuda psicológica para a desabituação e para evitar a síndrome de abstinência e reduzir o desejo de ingerir bebidas alcoólicas (Arbesú et al., 2015). É aqui que o psicólogo tem um papel importante, no sentido de compreender os fatores de risco e protetores inerentes à componente genética e social, de forma a planear tratamentos e intervenções mais personalizados e, conseqüentemente, mais eficazes para combater os comportamentos adictivos (Palmer & McGeary, 2016). Por exemplo, numa intervenção com um paciente com consumo problemático de álcool ou dependência alcoólica é necessário criar uma relação de empatia, evitando a confrontação, de forma a facilitar que o paciente altere os seus padrões de consumo. O aconselhamento deve ser personalizado e incluir informação positiva sobre os benefícios da moderação do consumo de álcool, assim como informação sobre os perigos do seu consumo excessivo.

O paciente deve ter um papel ativo na negociação e tomada de decisão acerca do seu tratamento e o profissional de saúde deve enfatizar a responsabilidade do mesmo, reforçando a sua confiança e elogiando os progressos, de forma a manter a motivação (Arbesú et al., 2015).

Também o apoio social tem uma grande importância e se torna bastante útil nas intervenções com consumidores de substâncias (Gutiérrez & Romero, 2014). Este caracteriza-se por uma relação humana onde se trocam recursos socio emocionais (como a compreensão, aceitação e conselhos), instrumentais (bens e serviços do dia-a-dia) e recreativos (companhia e diversão) (Gutiérrez & Romero, 2014; Pilatti et al., 2014).

Existem vários meios de prevenção da toxicod dependência e dos respetivos problemas associados. Com o avanço das tecnologias têm igualmente surgido cada vez mais prevenções e intervenções em linha, cuja grande vantagem reside no facto de poder atingir uma grande maioria da população (EMCDDA, 2016). Entretanto, determinados países europeus já disponibilizam meios de natureza farmacológica e social para o combate à propagação de doenças infecciosas e mortes por *overdose* (EMCDDA, 2016). São estes os tratamentos de substituição de opiáceos (sendo a metadona o medicamento mais receitado), a realização de testes de despistagem de infeções e os programas de troca de seringas. Também existem alguns programas comunitários que fornecem naloxona aos consumidores de opiáceos e aos toxicod dependentes que saem da prisão, com o objetivo de reduzir o número de mortes por *overdose*. A naloxona trata-se de um medicamento utilizado para reverter os efeitos da sobredosagem com opiáceos e cujo fornecimento ao domicílio também já se encontra em vista (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a).

Em Portugal, no ano de 2015, os utentes em tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas eram, na maioria, do sexo masculino (69% a 89%), com idade média entre os 32 e os 42 anos, solteiros (51% a 73%), a viver com a família de origem (39% a

55%), com baixas habilitações literárias (64% a 83% com habilitações iguais ou inferiores ao 3º ciclo do ensino básico) e em situação laboral precária (43% a 67% estavam desempregados) (SICAD, 2016). Tendo-se constatado uma maior heterogeneidade nas idades dos utentes que iniciaram tratamento no ambulatório, nos perfis demográficos e nos de consumo, reforça-se a necessidade de encontrar respostas mais diversificadas e investir nas prevenções cada vez mais precoces (SICAD, 2016).

As salas de consumo assistido existentes em alguns países da Europa (atualmente um total de 78 salas presentes em 6 países) também servem o propósito da prevenção da ocorrência de *overdoses* e assegurar apoio profissional em caso de necessidade (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a). O próprio EMCDDA (2017b) estabeleceu objetivos gerais a longo prazo até 2025 para a contribuição para uma Europa mais saudável e mais segura. Em termos de alcançar o objetivo de uma Europa mais saudável, o EMCDDA (2017b) defende a implementação de uma perspetiva compreensiva do uso de drogas, promoção de respostas rápidas para as novas ameaças à saúde, promoção de intervenções que reduzam as consequências do consumo de drogas e apoio a iniciativas políticas. Face ao objetivo de uma Europa mais segura, o EMCDDA (2017b) pretende apoiar respostas políticas, promover a compreensão das consequências inerentes aos crimes relacionados com as drogas, dar respostas rápidas às novas ameaças à segurança e promover uma melhor compreensão do mercado e drogas.

2.2. Caracterização atual dos consumos

A adolescência é um período crítico para o desenvolvimento de experiências de consumo de drogas (Uceda-Maza, Navarro-Pérez, & Pérez-Cosín, 2016). O consumo de drogas legais e ilegais inicia-se cada vez mais cedo, acarretando graves riscos para a saúde (Cuberos et al., 2016; Limonero et al., 2013). Nos países desenvolvidos, é entre os jovens,

especialmente estudantes universitários, que se verifica maior intensidade no consumo (Iravani & Mosavi, 2012; León, 2009). Os padrões de consumo de álcool e outras drogas emergem durante a adolescência e são determinantes para o consumo e dependência no futuro (Swendsen et al., 2012). Em certas sociedades, o consumo de álcool está enraizado como parte de uma cultura académica entre os universitários (León, 2009) e o seu consumo constitui, na grande maioria das vezes, a sua primeira aproximação ao mundo das drogas (Balda-Cabello & Silva, 2011). Os consumos entre jovens e estudantes universitários estão frequentemente associados a atividades recreativas noturnas, fazendo parte do seu processo de socialização (Uceda-Maza et al., 2016).

Existe uma certa aceitação ou tolerância social entre adolescentes no que diz respeito ao consumo de drogas legais como o tabaco e o álcool e também em relação a drogas ilegais, mais concretamente a canábis (Limonero et al., 2013). Esta tolerância verifica-se maioritariamente nesses contextos recreativos noturnos ou de lazer/fim-de-semana e verifica-se entre adolescentes que mantêm níveis médios e altos de integração social (Uceda-Maza et al., 2016). Inclusivamente, dentro dos consumidores regulares de cocaína, podem distinguir-se dois tipos, sendo eles os que estão mais bem integrados socialmente e os marginalizados. Os primeiros tendem a inalar cocaína em pó e os segundos consomem-na por via injetável ou fumam *crack* (EMCDDA, 2017a). Estes aspetos mostram que, ao contrário do que acontecia antigamente, hoje em dia o consumo de drogas não é um comportamento característico apenas de grupos marginais e minoritários, mas sim de grupos de pessoas que apresentam níveis consideráveis de integração social como é o caso dos adolescentes e jovens em geral (Uceda-Maza et al., 2016). Por estas razões, o consumo de álcool e tabaco constitui um problema de saúde pública em vários países desenvolvidos (Fernández et al., 2009).

Os padrões de consumo de álcool variam consoante a sociedade e o contexto de vida, sendo que fatores como as normas sociais, a acessibilidade e a valorização do consumo entre os pares são os que têm um maior impacto (Fernández et al., 2009; León, 2009). Como a adolescência é um período de grandes mudanças, um ano pode igualmente representar grandes mudanças nos padrões de consumo de drogas nesta faixa etária (Neto, Fraga, & Ramos, 2012). A verdade é que os jovens se tornam cada vez mais cedo dependentes de diferentes tipos de drogas e, como consequência, o seu desenvolvimento saudável fica comprometido e não podem contribuir devidamente para a sua sociedade (Iravani & Mosavi, 2012).

O consumo atual de drogas na Europa envolve um maior número de substâncias do que no passado, verificando-se que o policonsumo é cada vez mais comum (Díaz et al., 2011; EMCDDA, 2016). O consumo atinge principalmente a faixa etária dos jovens adultos (entre os 15 e os 34 anos) e varia desde o experimental ao habitual, até à dependência (EMCDDA, 2017a). Os estudos têm revelado que a maioria dos dependentes de drogas iniciam os seus consumos entre os 13 e os 35 anos e idade (Guo et al., 2010). Mais concretamente, o *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), que inclui na sua amostra estudantes entre os 15 e os 16 anos de 35 países europeus (entre eles Portugal), mostra dados recentes que apontam para a percentagem de estudantes que consumiu pela primeira vez aos 13 anos ou antes, sendo estes valores os seguintes: 47% para o álcool, 23% para o tabaco, 3% para a canábis e 1% para drogas como *ecstasy*, anfetaminas, metanfetaminas, cocaína e *crack* (EMCDDA, 2015). Aqueles que iniciam os seus consumos de drogas numa idade mais precoce apresentam um maior risco de virem a desenvolver uma dependência na idade adulta, sendo que os padrões de consumos estabelecidos durante a adolescência são mais difíceis de mudar na idade adulta (Guo et al., 2010; León, 2009).

O consumo de substâncias tende a aumentar com a idade e estabilizar-se na idade adulta (Cuberos et al., 2016). Este aumento pode dever-se a vários fatores, entre eles a maior permissividade parental concedida com o aumento da idade, a maior frequência de festas ou saídas noturnas e a necessidade de socializar com grupos de pares consumidores (Caneto et al., 2015). Para todas as drogas, de maneira geral, o consumo é maior no sexo masculino (EMCDDA, 2017a). Os consumidores moderados tendem a apreciar mais os benefícios grupais (sejam estes em família, trabalho ou académicos) e os consumidores excessivos tendem a apreciar os benefícios individuais, ou seja, os efeitos da substância em si mesmos (Díaz et al., 2011). Relativamente à perceção que os estudantes têm acerca da facilidade de adquirir as diferentes drogas, em média a mais fácil é o álcool (78%), seguida pelo tabaco (61%), canábis (30%), *ecstasy* (12%), cocaína (11%), anfetaminas (9%), *crack* (8%) e metanfetaminas (7%) (EMCDDA, 2015).

O álcool tem maior poder psicoativo do que o tabaco e está relacionado com sensações de prazer procuradas pelos adolescentes que pretendem esquecer os seus problemas ou estados de ânimo negativos (Arbesú et al., 2015). Segundo a Organização Mundial de Saúde – World Health Organization (WHO, 2014) – em Portugal a prevalência de episódios de elevado consumo de álcool (60gr ou mais de puro álcool em, pelo menos, uma ocasião por mês) em pessoas a partir dos 15 anos é superior a 30% (11.5% nas mulheres e 20.4% nos homens). A prevalência de dependência alcoólica em Portugal é de 4.9% para os homens e 1.4% para as mulheres (WHO, 2014). Segundo o EMCDDA (2015), a percentagem de adolescentes em Portugal que referiu já ter sofrido uma intoxicação alcoólica encontra-se abaixo dos 10%, embora a frequência de consumo nos últimos 30 dias seja entre 4 a 4.9 ocasiões e a quantidade de álcool ingerida seja entre 4 a 4.9cl por ocasião. Em 2010, o consumo de álcool a nível mundial rondava os 6.2L de álcool puro por cada jovem de 15 anos, sendo que cerca de 50% desse consumo era feito

sob a forma de bebidas espirituosas e 16% desses jovens de 15 anos já experienciaram, pelo menos, um episódio de embriaguez (WHO, 2014). A nível europeu, 47% dos adolescentes referiu já ter consumido álcool aos 13 anos ou antes, sendo os rapazes mais prováveis de consumir álcool numa idade precoce. Cerca de 50% dos jovens referiu já se ter embriagado pelo menos uma vez na vida (EMCDDA, 2015). A diferença entre sexos é, em média, 5%, sendo as percentagens mais elevadas nos rapazes (EMCDDA, 2015), contudo, este é um panorama que está a mudar e as diferenças ao longo do tempo entre homens e mulheres têm sido cada vez menores (Léon, 2009).

Em média, 80% dos estudantes são consumidores regulares de bebidas alcoólicas, sendo as bebidas espirituosas as preferidas em Portugal (53%) (EMCDDA, 2015). O consumo de álcool modifica bastante a forma de comportamento habitual dos universitários, sendo que os próprios referem que o contexto social e de universidade não só permite, como também incita ao consumo desta substância (Balda-Cabello & Silva, 2011). Relativamente à sua relação com o nível socioeconómico, verifica-se que existem mais consumidores, mais ocasiões de consumo e mais consumidores de baixo risco em classes socioeconómicas mais elevadas (WHO, 2014). A nível europeu verifica-se que entre os adolescentes que já consumiram alguma vez álcool, 54% consumiu tabaco, 19% cânabis, 9% inalantes, 7% tranquilizantes ou sedativos e 5% novas substâncias psicoativas (EMCDDA, 2015). Apesar dos valores bastante elevados de consumo de álcool, verificou-se uma evolução positiva desde 1995 até 2015, dos 89% para os 81% no que diz respeito ao consumo exagerado de álcool (EMCDDA, 2015). Contudo, ultimamente tem-se assistido a uma generalização do consumo de álcool e tabaco entre os jovens, especialmente entre o sexo feminino, como consequência da aceitação e permissividade sociais das drogas legais (Fernández et al., 2009).

Relativamente ao consumo de tabaco, alguns dados mostram que esta é a segunda droga mais consumida entre os estudantes, sendo também a droga com a qual se iniciam os jovens de ambos os sexos a partir dos 13 anos (Fernández et al., 2009). A nível europeu, 60% dos jovens referiu ser fácil ou muito fácil adquirir cigarros caso quisessem, 23% referiu já ter fumado cigarros aos 13 anos ou antes e, em média, 4% começou a fumar regularmente nessa idade e 46% é fumador regular atualmente. De uma forma geral, os resultados mostram um desenvolvimento positivo, uma vez que a maioria dos adolescentes nunca fumou, sendo que em 2003 a percentagem de estudantes que iniciaram o consumo diário de tabaco antes dos 13 anos era de 10%, mas esses valores baixaram para os 4% em 2015 (EMCDDA, 2015). Em Portugal, a percentagem de adolescentes que são fumadores diários de tabaco encontra-se entre os 5-9%, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre sexos (EMCDDA, 2015). Num estudo realizado por Neto e colaboradores (2012) com adolescentes portugueses, verificou-se que 45% fumavam ou já tinham fumado e 49% iniciara os consumos antes dos 13 anos. Entre os adolescentes que já consumiram alguma vez tabaco, 93% consumiu álcool, 32% canábis, 12% inalantes, 10% tranquilizantes ou sedativos e 8% novas substâncias psicoativas (EMCDDA, 2015).

Passando agora às drogas ilícitas, num estudo realizado por Swendsen e colaboradores (2012) com adolescentes nos EUA verificou-se que a maioria (60.2%) referiu já ter tido oportunidade de consumir drogas ilegais. Comparando os consumos de estudantes americanos e europeus entre os 15 e os 16 anos de idade no ano de 2016, verifica-se que, no geral, em ambos os casos houve uma redução do consumo de tabaco e de álcool, mantendo-se estável o consumo de canábis. Contudo, salientam-se algumas diferenças: os estudantes europeus referem padrões mais intensos de consumo de álcool do que os americanos; na Europa os níveis de consumo de canábis são inferiores aos dos

EUA e a sua frequência de consumo é menor que a do tabaco; por sua vez, o consumo de canábis nos estudantes americanos excede o consumo de tabaco; na Europa a canábis é fumada com tabaco, ao contrário do que se passa nos EUA (EMCDDA, 2017a).

Na Europa, mais de um quarto da população adulta entre os 15 e os 64 anos (93 milhões) já experimentou alguma droga ilícita em algum momento da sua vida, sendo a frequência maior no sexo masculino (56.8 milhões) do que no feminino (36.8 milhões). As estimativas dos consumos de drogas no último ano em jovens adultos da União Europeia com idades compreendidas entre os 15 e os 34 anos foram as seguintes: 17.1 milhões (13.9%) para a canábis, 2.3 milhões (1.9%) para a cocaína, 2.3 milhões (1.8%) para a MDMA e 1.3 milhões (1.1%) para as anfetaminas (EMCDDA, 2017a). Em Portugal, segundo um inquérito realizado em 2015 a jovens de 18 anos participantes no Dia da Defesa Nacional, verificou-se que as prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida foram de 31% e nos últimos 30 dias de 15% (SICAD, 2016). Cerca de 48% dos consumidores recentes afirmou consumir, na mesma ocasião, uma substância ilícita com, pelo menos, outra substância lícita ou ilícita. Dentro dos consumidores de canábis, 30% referiu ter um consumo diário ou quase desta droga (SICAD, 2016).

Quanto à acessibilidade das drogas ilegais, 30% dos adolescentes europeus referiu que a canábis era de fácil acessibilidade, seguida pelo *ecstasy* (12%), cocaína (11%), anfetaminas (9%), *crack* (8%) e metanfetaminas (7%) (EMCDDA, 2015). A canábis é a droga ilícita mais consumida (cerca de cinco vezes mais, em comparação com outras drogas) e mais suscetível de ser experimentada em todas as faixas etárias. Trata-se igualmente da droga ilícita mais consumida na população escolar entre os 15 e os 16 anos e estima-se que cerca de 1% dos adultos europeus sejam consumidores diários ou quase diários (EMCDDA, 2017a). Em média, 3% dos estudantes europeus referiu que o seu primeiro consumo de canábis se deu aos 13 anos ou antes, sendo a percentagem de rapazes

mais elevada do que a de raparigas (EMCDDA, 2015; Neto et al., 2012). Cerca de 13.3% dos jovens adultos europeus com idades entre os 15 e os 34 anos consumiu canábis no último ano e cerca de 16% dos adolescentes são consumidores regulares (EMCDDA, 2015).

A evolução do consumo de canábis ao longo da vida aumentou, de maneira geral, entre 1995 e 2015 dos 11% para os 17% (EMCDDA, 2015). Esta tendência de aumento também foi constatada por Swendsen e colaboradores (2012), sendo que os autores afirmam que tal se deve ao efeito da aceitação face ao consumo de drogas ilegais. A canábis é considerada a droga que mais une diferentes estilos de vida (Uceda-Maza et al., 2016) e a variável mais influente para o seu consumo é o consumo de álcool, pois num estudo verificou-se que quase a totalidade de consumidores de canábis eram consumidores de álcool (Limonero et al., 2013). Num estudo realizado com estudantes portugueses, verificou-se que a droga ilícita mais experimentada foi a canábis, em cerca de 12.5% dos casos (Neto et al., 2012). Segundo os últimos dados disponibilizados pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2016), em Portugal, entre 2007 e 2012 registou-se um aumento do número de dependentes de canábis, sobretudo na faixa etária dos jovens entre os 15 e os 24 anos, de 9.8% para 22.1%. Atualmente, a prevalência do consumo de canábis no último ano entre jovens adultos portugueses encontra-se entre os 5.1% e os 10% (EMCDDA, 2017a). Sendo esta faixa etária onde normalmente se iniciam e consolidam os consumos de diferentes substâncias, torna-se fundamental o reforço de medidas preventivas junto dos jovens (SICAD, 2016).

Ainda de acordo com os últimos dados do SICAD (2016), entre 2007 e 2012 verificou-se uma descida das prevalências de consumo recente e ao longo da vida para quase todas as drogas na população portuguesa. No entanto, os valores atuais não deixam

de ser preocupantes, uma vez que os jovens adultos (15-34 anos) apresentam prevalências de consumo ao longo da vida, de consumo recente e de continuidade de consumos muito superiores à população total, sendo estas prevalências sempre superiores no sexo masculino para todo o tipo de drogas. As regiões que apresentam prevalências de consumo de qualquer droga ao longo da vida e no último ano acima da média nacional são, respetivamente, Lisboa, Região Autónoma dos Açores e Alentejo (SICAD, 2016). Segundo um inquérito realizado em 2012 na população portuguesa entre os 15 e os 64 anos, a canábis (9.4%), o ecstasy (1.3%) e a cocaína (1.2%) foram, respetivamente, as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas (SICAD, 2016). A heroína, por sua vez, surgiu com prevalências de consumo muito residuais (SICAD, 2016), verificando-se igualmente que a prevalência de consumidores de heroína europeus de alto risco é de 0.4%, sendo na sua maioria pessoas entre os 40 e os 50 anos de idade (EMCDDA, 2017a). Na Europa, o consumo de drogas por via injetável diminuiu de 28% em 2006 para 19% em 2015, o que mostra uma evolução bastante positiva (EMCDDA, 2017a).

Na Europa, cerca de 2.3 milhões (1.9%) de jovens adultos com idades entre os 15 e os 34 anos consumiu cocaína no último ano, 2.3 milhões (1.8%) consumiu MDMA e 1.3 milhões (1.1%) consumiu anfetaminas. Em Portugal, a prevalência de consumo de cocaína nesta faixa etária encontra-se abaixo dos 5% e em 2012 a prevalência do consumo de alto risco era de 0,62%. Relativamente ao consumo de anfetaminas, neste mesmo país a prevalência é de apenas 0.1% (EMCDDA, 2017a).

2.3. Antecedentes e consequências dos consumos

O início do consumo de drogas é o resultado da interação de vários fatores intra e interpessoais (Guo et al., 2010). Sendo os comportamentos adictivos uma conduta multifatorial, torna-se difícil encontrar variáveis que expliquem o seu início e

consolidação (Castillo et al., 2013). No entanto, o comportamento do grupo de pares é um grande fator preditivo do consumo de álcool e outras substâncias em jovens, pois funciona como uma grande pressão sobre estes para a necessidade de se enquadrarem no grupo (Léon, 2009). As motivações que levam os jovens a consumir álcool podem ter por base recompensas internas, como mudar o estado de ânimo, ou recompensas externas, como ter aprovação social ou pertencer a um grupo. Os indivíduos mais preocupados com a impressão social que causam tendem a ceder mais facilmente à pressão social e/ou dos pares (Léon, 2009). As motivações entre estudantes universitários também são semelhantes para ambos os sexos, sendo as principais referidas os problemas familiares e emocionais, depressão, aborrecimento, falta de poder e inconformidade com o meio ou consigo próprios (Balda-Cabello & Silva, 2011).

Os fatores que influenciam o consumo de substâncias adictivas podem ser vários, entre eles, encontram-se os fatores individuais como a genética, fatores demográficos, temperamento, comorbidades e fatores sociais como o tipo de família, a pobreza, o nível cultural, o apoio social e as condutas antissociais (Perea-Baena et al., 2009). Aspectos psicológicos como a impulsividade (Caña et al., 2015), a procura de sensações fortes, a baixa IE e determinados traços de personalidade também têm impacto no consumo de substâncias adictivas (Perea-Baena et al., 2009). Deste modo, León (2009) identifica alguns fatores protetores do consumo de drogas, mais concretamente o álcool, tais como: estilos parentais afetivos e de apoio, elevado autoconceito, relações interpessoais variadas, bom humor, boa tolerância à frustração, espírito de colaboração, segurança em si mesmo, alimentação saudável, prática de atividade física, boa adesão educativa, vinculação positiva à escola, bom uso da informação, religião, arte, conhecimento das consequências do consumo e boa capacidade de controlo de impulsos. Este aspeto da impulsividade é bastante importante, uma vez que esta se trata de uma característica da

personalidade que não só pode ser um fator de risco para o consumo de substâncias, como também para as condutas desadaptativas em geral (Caña et al., 2015; Limonero et al., 2013).

Também a elevada autoestima é uma característica de destaque, pois é essencial para o desenvolvimento saudável, tendo um papel fulcral na faixa etária da adolescência e funcionando igualmente como um fator protetor das condutas sociais desajustadas em geral (Pilatti et al., 2014). Entre os adolescentes, também é comum que fatores como os valores e hábitos de vida saudáveis como a prática de exercício físico, a boa capacidade de tolerância e o amor e respeito a si mesmos funcionem como protetores do consumo problemático de álcool. As amizades tanto podem funcionar como um fator protetor (no caso de um grupo de pares não consumidores) ou como um fator de risco (quando existe pressão de pares para o consumo num grupo consumidor) (Balda-Cabello & Silva, 2011).

Relativamente ao motivo para a experimentação, de uma maneira geral, os adolescentes referem a curiosidade como sendo a principal razão, sendo a canábica a droga ilícita mais consumida e geralmente a primeira a ser experimentada (Neto et al., 2012). Estes autores defendem que este aspeto pode dever-se a diferentes motivos, entre eles o baixo preço, o fácil acesso ou o facto de a canábica ser percebida como sendo a droga ilícita de menor risco para a saúde e mais fácil de abandonar. No entanto, a baixa perceção de risco e a facilidade de acesso no que diz respeito às drogas legais como o tabaco e o álcool são igualmente fatores preocupantes, pois desde cedo estas começam a fazer parte das relações interpessoais entre adolescentes, tornando-se quase imprescindíveis por estes nas suas atividades de lazer (Fernández et al., 2009).

Léon (2009) destacou alguns fatores de risco associados ao consumo de drogas, mais concretamente o álcool, sendo estes: estilos parentais autoritários e reprovadores, problemas familiares, rutura e disfunção familiar, antecedentes de dependência na

família, baixa aceitação do próprio corpo e baixa autoestima em geral, temperamento agressivo e impulsivo, amizades com características de agressividade, delinquência ou consumo, abusos, episódios depressivos, problemas escolares, publicidade às drogas, prática de comportamentos de risco, início de experimentação precoce e cultura de consumo enraizada no seio familiar e de amizades. Também outros autores como Palmer e McGeary (2016) destacam o historial familiar de consumos de risco e comportamentos adictivos como sendo um aspeto de grande importância, pois não só exerce influência a nível genético, mas também a nível social e de aprendizagem. Por este motivo, a genética é uma componente importante a ter em consideração, pois existem vários genes que influenciam o início e manutenção do consumo e o metabolismo de diferentes formas, contribuindo para aumentar a suscetibilidade à dependência em pessoas mais vulneráveis (WHO, 2014). Assim sendo, a predisposição para o desenvolvimento de consumos de risco de substâncias é influenciada pela genética e pelo meio ambiente em que o indivíduo está inserido (Palmer & McGeary, 2016). Em certas fases da vida os indivíduos podem estar sujeitos a maiores níveis de stress, o que contribui fortemente para aumentar a probabilidade do início de consumo de drogas em adolescentes e adultos (Coelho, 2012). Hill e Maggi (2011) corroboram esta associação, referindo que uma boa capacidade de gestão do stress funciona como um fator protetor para o consumo de tabaco entre homens e mulheres.

Em termos de consequências, o uso indevido e a adicção de drogas legais, ilegais e de prescrição médica constituem uma das piores pandemias das sociedades atuais. Estima-se que as suas consequências sejam comparáveis às que produzem as guerras, fomes e grandes catástrofes naturais (Roche et al., 2014). O consumo de todo o tipo de drogas contribui para o aumento global de doenças e problemas de saúde crónicos, tais como dependências e doenças infecciosas (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a). É

também uma causa direta (*overdoses*) e indireta de mortalidade, por meio de doenças, acidentes, homicídios e suicídios (SICAD, 2016). No ano de 2014 registou-se um aumento (mais de 32%) do número de mortes relacionadas com o consumo de drogas em Portugal. Já em 2015, 22% dos óbitos com presença de, pelo menos, uma substância psicoativa, foram considerados *overdoses* (em 53% dos casos trata-se de opiáceos, 30% de canábis, 28% de cocaína e 25% de metadona). Em 90% destes casos, foi detetada a presença de mais do que uma substância, estando na maioria associadas a drogas ilícitas as benzodiazepinas (43%) e o álcool (30%). Relativamente às outras causas de morte nestes casos, 36% deveu-se a acidentes, 33% a morte natural, 20% a suicídio e 6% a homicídio (SICAD, 2016). Estes problemas dependem de vários fatores como a via de administração, a vulnerabilidade individual e o contexto social em que são consumidas (EMCDDA, 2016; EMCDDA, 2017a).

O consumo de todo o tipo de drogas acarreta também inúmeros custos para a sociedade, nomeadamente ao nível de tratamentos médicos e perda de produtividade. Estes custos resultam, em grande parte, da exposição dos adolescentes e jovens adultos a diferentes tipos de substâncias desde uma idade precoce que engloba um período crítico de desenvolvimento (Palmer & McGeary, 2016). Como o organismo dos adolescentes não se encontra devidamente desenvolvido, os efeitos nocivos das substâncias podem comprometer esse mesmo desenvolvimento, que não chegará à vida adulta na melhor forma (Caña et al., 2015).

O consumo excessivo de álcool constitui um dos cinco maiores fatores de risco de doenças, incapacidade e morte em todo o mundo (WHO, 2014). Este consumo em excesso pode ser prejudicial à saúde, decorrente de um único episódio ou de episódios repetidos ao longo do tempo (Peterson, Malouff, & Thorsteinsson, 2011). Estima-se que resulte em aproximadamente 3,3 milhões de mortes por ano a nível mundial (WHO, 2014), sendo o

alcoolismo e o tabagismo as principais causas de morte nos países desenvolvidos devido às doenças daí decorrentes a nível físico e psicológico, estando à frente das drogas ilícitas no que a isto diz respeito (Neto et al., 2012). Um início precoce do consumo de álcool, mais concretamente antes dos 14 anos, é um fator preditor do prejuízo do estado de saúde em idades mais tardias, devido à sua associação com o risco aumentado de vir a desenvolver dependência (WHO, 2014).

Este consumo interfere no desenvolvimento adequado do sistema de controlo inibitório, o que contribui, por sua vez, a uma inapropriada regulação da ingestão de álcool, mantendo-se um ciclo (Caña et al., 2015). Este ciclo leva à dependência, sendo que o consumo e respetivas consequências variam consoante fatores de vulnerabilidade sociais e individuais. Entre os fatores sociais estão o nível de desenvolvimento, a cultura, o contexto em que se bebe e as leis regulamentares de produção e distribuição de álcool. Nos fatores individuais incluem-se a idade, sexo, fatores associados à família e nível socioeconómico (WHO, 2014). Tudo isto se reflete futuramente em inúmeras doenças como a cirrose hepática, doenças cardiovasculares, diferentes tipos de cancro, hipertensão, problemas metabólicos e problemas de saúde mental como a depressão e ansiedade, que se podem refletir a curto e a longo prazo (Arbesú et al., 2015; WHO, 2014; Peterson et al., 2011).

Aqui importa também mencionar que as consequências não intencionais derivadas do consumo de álcool, como é o caso dos acidentes de trânsito, quedas e afogamentos, são maiores (Léon, 2009), assim como os comportamentos sexuais de risco e a violência (Peterson et al., 2011). Isto mostra que o consumo problemático de álcool não só afeta o próprio consumidor, mas também aqueles que o rodeiam como a sua família, amigos e, possivelmente, vítimas de acidentes (Arbesú et al., 2015). A gravidade de todos estes problemas depende do volume de álcool consumido, do padrão de consumo e da

qualidade do álcool em questão (WHO, 2014). Para além dos riscos para a saúde, o consumo prejudicial de álcool também tem um grande impacto negativo a nível psicológico (Limonero et al., 2013), social e económico (Van Gils et al., 2010). Neste último incluem-se os custos económicos diretos (tais como hospitais, sistema de saúde, prescrição de medicamentos, acidentes de viação, prisões, polícia e sistema de justiça criminal) e indiretos (como o absentismo, a baixa produtividade, desemprego, diminuição da produção e anos de trabalho perdidos devido a reformas ou mortes prematuras) (Van Gils et al., 2010).

Focando agora nas consequências do consumo de drogas ilícitas, as evidências mostram que o seu impacto na mortalidade e morbidade é inferior ao estimado para o álcool e tabaco (Neto et al., 2012). No entanto, verifica-se um consecutivo aumento de mortes por *overdose* na Europa, que se deve ao aumento do consumo indevido de opiáceos de prescrição, de heroína e de outros opiáceos sintéticos muito potentes, nomeadamente derivados do fentanil, que apresentam graves riscos para a saúde (EMCDDA, 2017a). As novas substâncias psicoativas continuam igualmente a representar um grande problema para a saúde pública, sendo que os canabinoides sintéticos são atualmente substâncias muito potentes e cujas consequências podem ser letais (EMCDDA, 2017a).

Ao longo da história, o consumo de canábis passou de um consumo medicinal para um consumo recreativo e psicologicamente estimulante. Esta droga provoca efeitos adversos na estrutura, funcionamento e conectividade cerebral. O seu efeito agudo atinge o pico após 30min e até 4h, sendo que as reações podem ser diversas, tais como euforia, ansiedade, depressão, distorção da realidade, desinibição frontal, falta de controlo social, descoordenação, tonturas e redução do tempo de reação (Rivera-Olmos & Parra-Bernal, 2016). Os problemas associados ao consumo de canábis podem ter consequências a nível

populacional, uma vez que esta é a droga ilegal com maior prevalência a nível europeu (EMCDDA, 2016). Os consumidores regulares apresentam o dobro da probabilidade de virem a desenvolver doenças psicóticas e apresentam também um risco elevado de desenvolver problemas respiratórios e dependência. Quando o consumo se dá durante a adolescência e se prolonga pela vida adulta, o risco de vir a ter esquizofrenia ou défice intelectual é acrescido (EMCDDA, 2016). Estima-se que cerca de 1% dos consumidores de canábis esteja em risco de desenvolver uma patologia psiquiátrica como a esquizofrenia, alucinações ou suicídio (Rivera-Olmos & Parra-Bernal, 2016).

No entanto, em casos de indivíduos com esclerose múltipla, verificou-se que a canábis produz efeitos positivos, nomeadamente no controlo das dores, redução dos espasmos e aumento do desempenho cognitivo. Estudos mostram, inclusive, que o consumo de canábis é teoricamente menos perigoso e tóxico a longo prazo do que o consumo de tabaco, álcool e outras drogas ilícitas (Rivera-Olmos & Parra-Bernal, 2016). Embora os problemas de saúde associados ao consumo canábis sejam menores, a elevada prevalência deste consumo pode ter um impacto negativo ao nível da saúde pública. No entanto, atualmente encontram-se em debate em alguns países as questões relacionadas com a permissão da produção de canábis para consumo pessoal e a legalização da mesma para fins de tratamentos clínicos (EMCDDA, 2017a). Os canabinoides sintéticos, por sua vez, atuam nos mesmos recetores cerebrais que o tetrahydrocannabinol (THC – um dos principais compostos ativos da canábis natural), contudo, apresentam um grau de toxicidade muito mais elevado, havendo registos de envenenamento massivo e mortes, pois os consumidores desconhecem os químicos contidos nestes produtos (EMCDDA, 2016).

Em termos de relação com o delito, geralmente a canábis está associada a trajetórias delitivas iniciais, ao passo que, por exemplo, a cocaína se associa a trajetórias já

consolidadas. No entanto, o consumo de ambas acontece tanto em cenários habituais diurnos como em cenários de ócio noturnos (Uceda-Maza et al., 2016). A dependência de cocaína afeta significativamente o funcionamento social da pessoa. O seu consumo gera dificuldades ao nível da IE (mais concretamente na identificação de emoções através da expressão facial), da gestão do stresse e do controlo de impulsos (Fernández-Serrano et al., 2012). Um estudo realizado por Fernández-Serrano e colaboradores (2012) mostrou também que os pacientes dependentes de cocaína apresentam pontuações significativamente mais baixas no pensamento construtivo, apresentando rigidez do pensamento e dificuldade na tomada de decisões sobre as suas ações em situações de stresse, o que, por sua vez, conduz a uma maior dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais gratificantes. Este estudo revelou ainda que estes comprometimentos persistem ao longo do tempo, mesmo após os pacientes começarem a receber tratamento para a sua dependência.

A administração de drogas por via injetável atingiu os valores mais baixos da última década e estima-se que, a longo prazo, o uso desta via continue a diminuir a nível mundial. Consequentemente, as taxas de novos diagnósticos de VIH relacionados com o consumo de drogas também diminuíram, embora ainda representem um problema de saúde pública (EMCDDA, 2017a). Nos grupos marginalizados, o consumo de estimulantes injetáveis ainda continua associado a surtos de VIH e a comportamentos sexuais de elevado risco. Para além do VIH, a hepatite B e C, o tétano e o botulismo são as doenças mais associadas a consumidores de drogas injetáveis (EMCDDA, 2016). Apesar de todos os perigos já mencionados, são os opiáceos (mais concretamente a heroína) que constituem a maior causa de mortes por *overdose* na Europa – cerca de 82% das *overdoses* fatais –, sendo que cerca de 78% são do sexo masculino (EMCDDA, 2017a). Isto pode dever-se à maior disponibilidade desta droga, ao aumento do seu nível de pureza e à idade mais envelhecida

dos consumidores, que os torna mais vulneráveis, sendo que, por vezes, já apresentam também padrões de consumo bastante enraizados (EMCDDA, 2016).

As infeções, acidentes de viação, violência e suicídio são também outras causas indiretas de morte relacionadas com os consumos de droga na Europa (EMCDDA, 2016), sendo as principais causas de morte nos adolescentes consumidores entre os 15 e os 19 anos (Neto et al., 2012). De uma maneira geral, as comorbidades psiquiátricas mais associadas aos consumos de drogas ilícitas são as depressões, perturbações de ansiedade (mais concretamente as perturbações de pânico e de stresse pós-traumático) e perturbações de personalidade (maioritariamente transtornos antissociais e de personalidade *borderline*) (EMCDDA, 2016).

3. Relação entre a inteligência emocional e os consumos de substâncias

Freud (1930, citado por Kun & Demetrovics, 2010), tomando em consideração o papel das emoções no desenvolvimento de dependência de substâncias, sugeriu que o consumo funcionava como uma forma de fugir a um ambiente ameaçador, à dor ou à desilusão. Segundo Wurmser (1974, citado por Kun & Demetrovics, 2010), as pessoas dependentes de substâncias são incapazes de diferenciar e regular os seus sentimentos, impulsos e stresse e, por esse motivo, as substâncias psicoativas funcionam como uma tentativa de auto tratamento e uma forma compulsiva de canalizar emoções. Isto significa que as pessoas que são mais agressivas e menos capazes de gerir o stresse tendem a escolher opiáceos, enquanto pessoas que reprimem a sua agressividade, que têm sentimentos de vazio, tendência para a depressão, problemas de autoavaliação e dificuldades em expressar as suas emoções tendem a preferir estimulantes (Kun & Demetrovics, 2010). Já durante a Guerra Colonial Portuguesa entre 1961 e 1974, os combatentes recorriam ao consumo de álcool e canábis como um meio para lidar com a

pressão, ansiedade e violência vividas, aliviando a tensão emocional (Calado, 2016). Como se pode verificar, existem alguns aspectos que tendem a ser comuns à perspectiva de vários autores ao longo do tempo, no que diz respeito à dependência de substâncias, aspectos estes que estão relacionados com o construto da IE, como é o caso da predominância de sentimentos negativos e dolorosos e da dificuldade em expressar e regular as emoções (Kun & Demetrovics, 2010).

A IE não é o único indicador para o consumo de drogas, mas está relacionada com as competências emocionais necessárias para promover comportamentos saudáveis e adaptativos e tem-se revelado um bom meio para reduzir a vulnerabilidade dos estudantes aos consumos de risco sendo, portanto, um bom preditor de comportamentos de abuso em geral (Castillo et al., 2013; Coelho, 2012; Ghee & Johnson, 2008). As emoções negativas descontroladas têm uma influência determinante no consumo de tabaco e canábis nos jovens, pois os estudantes menos capazes de reparar o seu estado emocional referem ter uma maior tentação para iniciar o consumo, sendo que o consumo regular destas substâncias os ajuda a combater este défice emocional (Limonero et al., 2006). Isto mostra a importância de possuir boas capacidades para compreender e reparar as emoções negativas, assim como manter e prolongar por mais tempo as positivas (Fernández et al., 2009).

A pressão dos pares também é um importante fator para os consumos em geral (Fernández et al., 2009). Um pobre controlo de impulsos, elevada desinibição e a existência de um grupo de pares consumidor de substâncias estão fortemente associados a um início precoce do consumo de álcool e outras drogas (Pilatti et al., 2014). Os adolescentes emocionalmente mais inteligentes detetam melhor a pressão exercida pelos pares e enfrentam mais eficazmente a discrepância entre as motivações do grupo e as suas próprias emoções, conseguindo resistir à pressão grupal e, conseqüentemente, consomem

menos (Fernández et al., 2009). Por sua vez, aqueles que prestam atenção em excesso às suas emoções mas carecem de mecanismos adequados para regulá-las, tendem a utilizar como estratégia de enfrentamento o consumo excessivo de álcool que, por si só, é facilitador do consumo de canábis (Limonero et al., 2013). Relativamente ao consumo de canábis, Heitzeg e colaboradores (2015) realizaram um estudo longitudinal sobre o impacto do abuso desta substância durante a adolescência no funcionamento emocional. O estudo revelou uma correlação negativa significativa entre o consumo de canábis e a capacidade de resiliência e uma correlação positiva significativa entre esse mesmo consumo e a experiencição de emoções negativas. Por outras palavras, quanto maior o consumo de canábis no início e durante a adolescência (a partir dos 13 anos), menor a capacidade de resiliência futura dos jovens e mais acentuadas as suas emoções negativas futuras (aos 20 anos).

A regulação emocional é a componente mais relevante para predizer o consumo de substâncias no geral, pois trata-se da competência que permite ter um melhor ou pior controlo emocional (Kun & Demetrovics, 2010). A descodificação e diferenciação de emoções também é bastante importante – segundo Kornreich e colaboradores (2003), no caso das pessoas com dependência de álcool, certos danos em algumas áreas específicas do cérebro podem ser responsáveis pela dificuldade em descodificar emoções. Isto porque o consumo excessivo de álcool pode causar danos nessas áreas responsáveis pela descodificação de emoções a partir de expressões faciais. Contudo, os mesmos autores também afirmam que o contrário pode igualmente ser possível: as dificuldades em descodificar emoções funcionam como um fator de risco para o consumo excessivo de álcool. O que é importante ter em conta é se a pessoa começou a ter um consumo problemático de álcool devido à sua dificuldade em descodificar e lidar com as suas

emoções e as dos outros ou se isto foi uma consequência do seu consumo (Kun & Demetrovics, 2010).

No que diz respeito às recaídas em pacientes em abstinência, estas frequentemente acontecem devido ao surgimento de episódios de vida negativos. Um fator que explica estas recaídas é o desejo e ânsia intensos que a pessoa experiencia, cujo fenómeno se denomina *craving*. O *craving* é controlado pelo sistema de processamento de emoções, que influencia as respostas fisiológicas como, por exemplo, o forte desejo e necessidade de consumir determinadas drogas. Este aspeto reforça a importância de uma boa capacidade de regulação emocional para o controlo dos consumos (Uva et al., 2010).

Baixos níveis de IE estão relacionados com pobres estratégias de *coping*, pouca motivação, baixa autorregulação e baixa autoconsciência o que, por sua vez, são também indicadores do consumo de álcool e outras drogas (Coelho, 2012). Pessoas com baixa IE que apresentem uma pobre compreensão e regulação emocional têm, geralmente, menos mecanismos internos que lhes permitam regular os seus afetos e, portanto, maior probabilidade de consumir álcool e tabaco de forma regular e dependente como um meio externo de autorregulação emocional (Fernández et al., 2009; Schutte et al., 2011). Todas as competências relacionadas com a IE são também protetoras da iniciação do consumo tabágico, uma vez que permitem lidar melhor com os afetos negativos e, por consequência, as pessoas não terão tanta necessidade das substâncias para se autorregular (Hill & Maggi, 2011). As emoções negativas, especialmente aquelas ligadas à impulsividade, predizem problemas de dependência de substâncias, pois o controlo de impulsos é um dos principais fatores subjacentes aos comportamentos adictivos, que reflete dificuldades na compreensão e regulação emocional. Esta regulação emocional fica afetada em situações de stresse, o que pode influenciar a perceção de risco sobre determinados comportamentos (Fox et al., 2011).

Em suma, independentemente da substância ou comportamento adictivo em causa, a IE atua como uma variável moduladora do comportamento final, o que leva a crer que possa atuar como uma medida preventiva de eficácia em programas de prevenção de consumos, uma vez que a IE é uma capacidade passível de ser treinada e melhorada (Castillo et al., 2013). Com o treino, maiores níveis de IE como habilidade predis põem os indivíduos para exibirem mais frequentemente características emocionalmente inteligentes, fazendo com que aumente a sua IE como traço e o seu funcionamento adaptativo geral (Schutte et al., 2011).

3.1. Estudos sobre a relação entre a inteligência emocional e os consumos

Kun e Demetrovics (2010) referem que baixos níveis de IE estão associados a um maior consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas. Um estudo realizado por Díaz e colaboradores (2011) mostrou que 50.7% dos estudantes universitários consome duas ou mais substâncias psicoativas e que a variável autocontrolo é a habilidade com maior importância para o avanço para um consumo prejudicial destas substâncias (variável esta que pode ser aprendida). Neste mesmo estudo verificou-se que os consumidores moderados e excessivos de substâncias psicoativas apresentavam pontuações mais baixas na sua estabilidade emocional.

No que diz respeito ao consumo de drogas lícitas como o álcool e tabaco, verifica-se que baixos níveis de IE estão associados a um maior consumo de ambos, sendo que o consumo aumenta quando os consumidores não conseguem enfrentar adequadamente a suas experiências emocionais desagradáveis e têm dificuldade em expressar as suas emoções e interpretar o significado do que sentem (Fernández et al., 2009). Verifica-se também que a IE desempenha um papel moderador entre a percepção que os jovens universitários têm das normas dos pares e o respetivo consumo de álcool, pois jovens com

menores índices de IE estavam fortemente associados a um maior consumo de álcool (Ghee & Johnson, 2008). Um estudo mostrou que a capacidade para identificar emoções está negativa e significativamente associada a problemas interpessoais em pessoas com dependência de álcool, pois estas tendem a interpretar expressões faciais de tristeza ou aversão erradamente, como se fossem expressões típicas de conflitos como a raiva ou o desprezo, não tendo consciência destas dificuldades (Kornreich et al., 2003). Por este motivo, os fumadores e consumidores regulares de bebidas alcoólicas apresentam níveis de atenção, compreensão e especialmente regulação emocional mais baixos do que os fumadores e consumidores de álcool ocasionais, bem como dificuldade na gestão do stress (Fernández et al., 2009; Uva et al., 2010). Desta forma, verifica-se que a IE (seja como habilidade ou como traço) está associada a um maior número de episódios de consumo excessivo de álcool e, conseqüentemente, um maior número de problemas relacionados com o álcool (Peterson et al., 2011; Schutte et al., 2011).

Relativamente ao consumo de tabaco, as pessoas que consideram ser menos bem sucedidas a controlar as suas emoções têm maior probabilidade de fumar e de experimentar o seu primeiro cigarro numa idade mais jovem, sendo que aquelas com mais dificuldade em compreender claramente os seus estados emocionais tendem a fumar uma maior quantidade de cigarros (Kun & Demetrovics, 2010). Estas pessoas tendem a não apresentar uma perceção negativa sobre o tabaco, o que se reflete numa menor resistência para aceitar cigarros quando oferecidos (Trinidad & Johnson, 2002). Baixos níveis de IE estão também associados a uma experimentação do primeiro cigarro numa idade mais jovem e a um consumo de tabaco mais intensivo ao longo da vida (Kun & Demetrovics, 2010). Um estudo levado a cabo por Hill e Maggi (2011) revelou dados interessantes relativos à diferença entre sexos no que diz respeito ao consumo ocasional ou diário de tabaco, mostrando que baixos níveis de IE estão associados a um consumo diário de

tabaco nos homens e a um consumo ocasional nas mulheres. Ainda neste estudo, verificou-se que elevadas competências interpessoais estavam associadas a um consumo ocasional de tabaco. Peterson e colaboradores (2011) afirmam que estas diferenças nas competências emocionais e nos padrões de consumo são também influenciadas pelos genes.

Relativamente ao consumo de canábis, o seu abuso está relacionado negativa e significativamente com as componentes de atenção e clareza emocionais, assim como a reparação emocional (Limonero et al., 2013). Baixos níveis nas dimensões de identificação e perceção e do controlo de emoções são um fator preditor para o consumo regular de canábis e para um início de consumo numa idade mais jovem (Limonero et al., 2006). Por outro lado, as pessoas com pontuações mais altas nessas dimensões da IE consideram a canábis uma droga perigosa e, portanto, têm menor probabilidade de a vir a consumir ocasional ou regularmente (Limonero et al., 2006).

Mencionando agora a cocaína, um estudo realizado por Romero-Ayuso e colaboradores (2016) revelou que pessoas dependentes de cocaína apresentavam pontuações significativamente mais baixas de IE do que não consumidores, tendo também dificuldades em analisar emoções complexas e regular a sua resposta emocional. De forma mais concreta, estes pacientes dependentes de cocaína apresentavam dificuldades em compreender o significado das emoções, gerir as suas próprias emoções e adequar-se às emoções dos outros (Romero-Ayuso et al., 2016). Segundo os mesmos autores, estes são aspetos que podem dificultar as interações com os outros na vida diária.

Por fim, um estudo com pessoas dependentes de opiáceos verificou que estas têm mais dificuldade na identificação de emoções do que no controlo das mesmas, sendo estas as componentes da IE mais relevantes neste tipo de droga (Kornreich et al., 2003).

Capítulo II: Estudo empírico

1. Método

A presente investigação trata-se de um estudo quantitativo, obediente a um desenho de estudo correlacional, comparativo e transversal, recorrendo ao inquérito por questionário, cuja administração ocorreu via *online*.

1.1. Objetivo geral e específicos

O objetivo geral desta investigação é caracterizar a IE em estudantes universitários que admitam apresentar um determinado padrão de consumos de substâncias lícitas e/ou ilícitas (entenda-se por padrão de consumo o tipo de droga e frequência dos consumos). Pretende-se, portanto, verificar se existe algum tipo de associação entre os níveis de IE e as suas respetivas componentes e o consumo de drogas.

Em termos de objetivos específicos, pretende-se analisar concretamente os seguintes aspetos:

- a) Verificar se os níveis de IE estão relacionados com a frequência dos consumos;
- b) Verificar se os níveis de IE estão relacionados com a idade de iniciação dos consumos;
- c) Verificar a relação entre os níveis de IE e o tipo de drogas consumidas.

1.2. Amostra

A amostra é constituída exclusivamente por atuais estudantes universitários. Trata-se de uma amostra não-probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram: ser estudante universitário e ser maior de idade (ter 18 anos ou mais), sendo que não existiram quaisquer critérios de exclusão relativamente ao sexo, idade, curso, ano ou universidade que frequenta.

O número total de participantes foi 246, contudo, 7 foram excluídos logo à partida, uma vez que referiram nunca ter consumido qualquer tipo de substância (o que não ia de encontro ao objetivo geral deste estudo). Assim sendo, o tamanho da amostra passou a ser de 239 sujeitos. Desses 239, 174 são do sexo feminino (72.8%) e 65 do sexo masculino (27.2%). As idades variam entre os 18 e os 39 anos, sendo a média de, aproximadamente, 22 anos ($M = 21.89$; $DP = 3.009$). Relativamente ao estado civil, a grande maioria (97.9%) são sujeitos solteiros e os restantes são casados (1.7%) ou divorciados (0.4%).

Os participantes são, na sua maioria, apenas estudantes (85.8%), embora também existam alguns estudantes-trabalhadores (14.2%). Cerca de 61.9% encontra-se deslocado de casa dos pais, ao contrário dos outros 38.1%. Relativamente ao ano/ciclo de estudos atual que frequentam, a grande maioria encontra-se na licenciatura (21.8% no 1º ano, 12.6% no 2º ano, 18% no 3º ano e 9.6% no 4º ano), seguida pelos alunos de mestrado (9.6% no 1º ano e 20.9% no 2º ano) e de doutoramento (7.5%). Os cursos/domínios científicos mais representados na amostra dizem respeito à área das Ciências Humanas e Sociais (31%), seguidas pela área das Ciências da Saúde (28.9%), Ciências e Tecnologia (26.8%) e, por último, a área das Artes (13.4%).

1.3. Instrumentos

Para avaliar o construto da inteligência emocional utilizou-se a versão portuguesa do *Emotional Skills and Competence Questionnaire* (EMCQ), o Questionário de Competência Emocional (QCE), criado originalmente na Croácia por Vladimir Taksic em 2000, tendo por base a teoria da inteligência emocional de Mayer e Salovey. A sua adaptação à população portuguesa foi feita por Luísa Faria e Nelson Lima Santos. Este questionário é constituído por 45 itens divididos em três subescalas: perceção emocional (PE) com 15 itens; expressão emocional (EE) com 14 itens; capacidade para lidar com a

emoção (CL) com 16 itens (Faria & Lima Santos, 2006). As opções de resposta são dadas numa escala do tipo *Likert* de “nunca” a “sempre”, sendo que cada item é cotado numa escala de 1 a 6, respetivamente, onde 1 indica “baixa competência emocional” e 6 indica “elevada competência emocional”, não existindo normas de referência para a escala (Faria & Lima Santos, 2011).

Os resultados da adaptação ao contexto português evidenciam boas qualidades psicométricas, tendo por base um estudo com uma amostra de 730 estudantes (61% sexo feminino e 39% sexo masculino) do secundário e universitários (Faria & Lima Santos, 2006). Relativamente à consistência interna, o instrumento apresentou os seguintes valores de *alfa* (Faria & Lima Santos, 2006): 0.84 para a subescala da perceção emocional (boa consistência interna); entre 0.83 e 0.84 para a subescala de expressão emocional (boa consistência interna); entre 0.64 e 0.67 para a subescala da capacidade para lidar com a emoção (consistência interna aceitável, ligeiramente inferior à da versão original); entre 0.88 e 0.90 para a escala total (boa consistência interna, ligeiramente superior à da versão original). Relativamente à validade interna dos itens, os indicadores são, na sua maioria, superiores a 0.40, indicando uma correlação satisfatória entre os itens e as três dimensões da competência emocional (Faria & Lima Santos, 2006). O instrumento adaptado também evidencia boa sensibilidade e poder discriminativo satisfatório, assim como correlações positivas e significativas entre as três dimensões, que são ligeiramente mais elevadas do que na versão croata (Faria & Lima Santos, 2006).

No presente estudo procedeu-se à análise da consistência interna do QCE, verificando os valores de *alfa* para a escala total e para cada subescala do instrumento. De maneira geral, todas as escalas apresentaram boa consistência interna. O valor de *alfa* para a escala total foi de 0.804, o que indica uma boa consistência interna. Relativamente às subescalas, a de expressão emocional (EE) foi a que apresentou consistência mais baixa

($\alpha = 0.772$), ao passo que a de percepção emocional (PE) e de capacidade para lidar com a emoção (CL) apresentam ambas um valor de *alfa* de 0.818, o que indica igualmente boa consistência interna das mesmas. Comparando com os valores de referência do estudo de validação para a população portuguesa de Faria e Lima Santos (2006), todos os valores aqui apresentados são ligeiramente mais baixos, à exceção da subescala CL, que apresentou um valor mais elevado. Curiosamente, esta foi a subescala que no estudo de Faria e Lima Santos (2006) apresentou uma consistência interna mais baixa.

Para caracterizar os consumos de substâncias foram selecionadas duas das quatro partes que compõem o Questionário Vitimação do Toxicodependente (Nunes & Sani, 2014). Essas quatro partes são: dados sociodemográficos, história/padrões de consumos, vitimação prévia (período anterior aos consumos) e vitimação (período de consumos). Para a presente investigação utilizaram-se apenas as partes relativas aos dados sociodemográficos e à história/padrões de consumos, uma vez que os objetivos não se prendiam com as questões da vitimação. As partes selecionadas focam essencialmente questões relacionadas com o sexo, idade dos indivíduos, a idade de iniciação dos consumos, a frequência dos mesmos e o tipo de substâncias consumidas regularmente, incluindo drogas legais e ilegais (Nunes & Sani, 2014). Foram também acrescentados alguns itens ao questionário, de modo a recolher informação mais específica da amostra a ser estudada (estudantes universitários), nomeadamente o curso e ano que frequentam, se estão deslocados de casa no tempo de aulas e se existe alguma outra informação relativa aos consumos que não tenha sido mencionada no questionário, mas que considerassem relevante dizer. Todas estas questões permitiram caracterizar os indivíduos e a sua história de consumos de forma a melhor responder aos objetivos desta investigação.

1.4. Procedimento

O primeiro passo para a concretização deste estudo foi a solicitação da autorização aos autores dos instrumentos, para a utilização dos mesmos.

Posteriormente, foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa o protocolo de investigação. Após a respetiva aprovação, foi estabelecida a hiperligação, a um Uniform Resource Locator (URL), para acesso aos questionários, que foi divulgado via *email*, solicitando-se a cada um dos participantes que reencaminhasse a mensagem por forma a gerar-se uma amostra em rede ou “bola de neve”. Os questionários foram precedidos por uma declaração de assentimento na participação, cuja aceitação era obrigatória para prosseguir para o preenchimento dos instrumentos. Nessa declaração foram garantidos o anonimato e confidencialidade aos participantes, assim como também foram explicados os objetivos da investigação. No final da administração dos questionários, foi apresentada aos participantes uma janela com contactos de linhas nacionais de apoio ao consumo de drogas (Linha Vida SOS Droga; Linha Narcóticos Anónimos; Linha Alcoólicos Anónimos).

Por fim, foi criada a base de dados com recurso ao *software* Statistical Package for Social Sciences (SPSS) e feitas as respetivas análises estatísticas para obtenção de resultados.

1.5. Análise de dados

No sentido de responder aos objetivos gerais e específicos desta investigação, foi criada a base de dados e feita a respetiva análise dos mesmos no programa *Statistical Package for Social Sciences (IBM SPSS)*. Primeiramente analisou-se o questionário de dados sociodemográficos, de forma a caracterizar a amostra (cf. 1.2). Para tal, solicitaram-se essencialmente frequências e médias. De seguida, procedeu-se à análise dos dados

relativos ao QCE, de forma a caracterizar a competência emocional da amostra. Os detalhes desta análise estatística serão descritos no ponto seguinte (cf. 2.1). O mesmo foi feito relativamente ao questionário da história/padrão de consumos (cf. 2.2). Por último, solicitaram-se maioritariamente correlações entre os valores do QCE e os consumos, sendo que os detalhes serão igualmente descritos nos pontos seguintes, a par da apresentação de respetivos resultados (cf. 2.3; 2.4; 2.5).

2. Apresentação de resultados

2.1. Caracterização da competência emocional dos participantes

Como não existem valores de referência da escala do QCE para a população, os resultados apenas podem ser interpretados com base no pressuposto de que quanto mais elevado for o valor obtido, maior o nível de competência emocional. No entanto, com base na cotação do teste, podemos verificar que os valores obtidos poderão variar entre 45 a 270 para a escala total (ponto médio = 157.5), entre 16 a 96 para a subescala CL (ponto médio = 56), entre 14 a 84 para a subescala EE (ponto médio = 49) e entre 15 a 90 para a subescala PE (ponto médio = 52.5). Posto isto, será mais fácil a posterior interpretação dos resultados obtidos.

Relativamente aos valores do QCE, foram calculados os valores para a escala total e respetivas subescalas (cf. Tabela 1). Os níveis de competência emocional total da amostra variaram entre 143 e 246, apresentado uma média de 196.81 (DP = 21.09). No que diz respeito às subescalas, a média obtida para a CL foi 70.82 (DP = 7.241), para a EE foi 60.05 (DP = 9.486) e para a PE foi 65.94 (DP = 8.006).

Tabela 1

Valores obtidos no QCE para a amostra total

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
QCE Total	239	143	246	196.81	21.090
QCE Capacidade para Lidar com a Emoção	239	51	87	70.82	7.241
QCE Expressão Emocional	239	23	81	60.05	9.486
QCE Percepção Emocional	239	44	87	65.94	8.006

Posteriormente solicitou-se o teste *t* para amostras independentes, de forma a poder comparar diferenças entre sexos para os valores do QCE (cf. Tabela 2). De uma maneira geral, verificou-se que as mulheres apresentam níveis ligeiramente mais baixos de competência emocional, tanto na escala total ($M = 196.05$; $DP = 21.374$) como nas diferentes subescalas CL ($M = 70.55$; $DP = 7.283$), EE ($M = 59.64$; $DP = 9.827$) e PE ($M = 65.86$; $DP = 8.064$). No entanto, essas diferenças não foram estatisticamente significativas, nem para a escala total ($t = -0.906$; $p = 0.366$), nem para as subescalas CL ($t = -0.937$; $p = 0.350$), EE ($t = -1.073$; $p = 0.284$) e PE ($t = -0.268$; $p = 0.789$).

Tabela 2

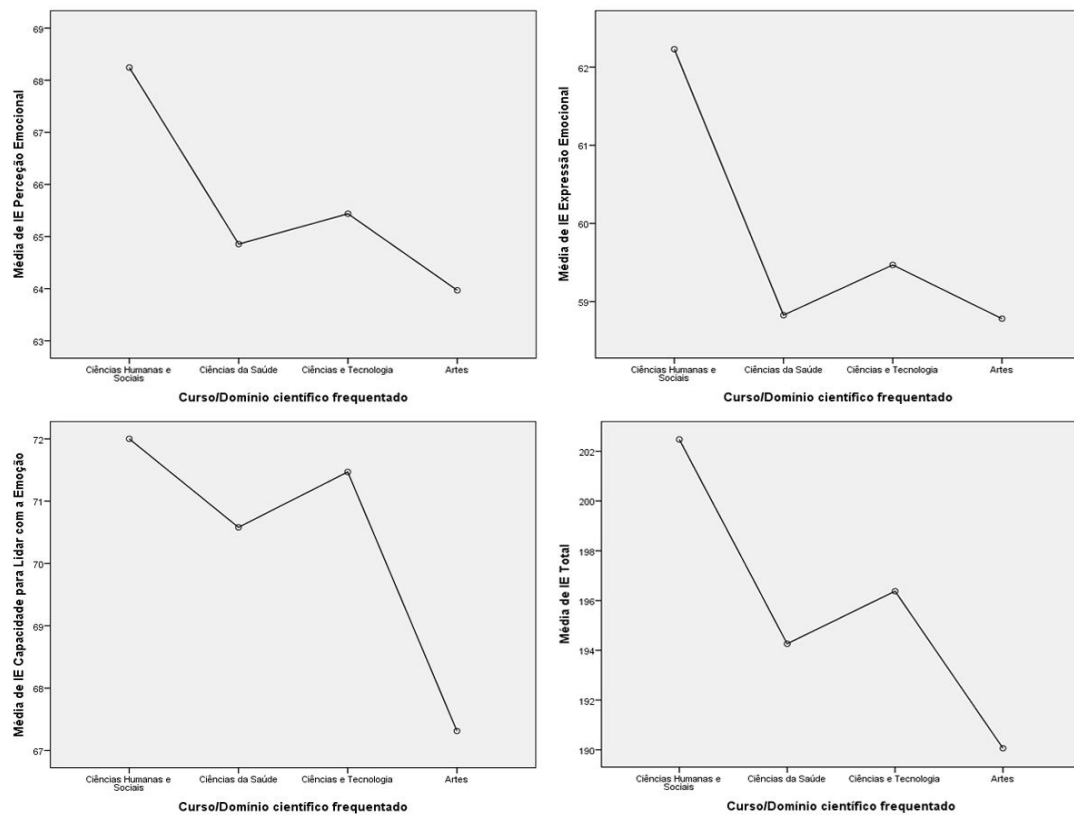
Teste t para diferenças entre sexos nos valores do QCE

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média	t (237)
QCE Total	Feminino	174	196.05	21.374	1.620	-.906
	Masculino	65	198.83	20.334	2.522	
QCE Capacidade para Lidar com a Emoção	Feminino	174	70.55	7.283	.552	-.937
	Masculino	65	71.54	7.133	.885	
QCE Expressão Emocional	Feminino	174	59.64	9.827	.745	-1.073
	Masculino	65	61.12	8.486	1.053	
QCE Percepção Emocional	Feminino	174	65.86	8.064	.611	-.268
	Masculino	65	66.17	7.907	.981	

Analisando agora as médias dos níveis de competência emocional nos diferentes cursos/ domínios científicos representados pela amostra total (cf. Figura 1), destacou-se a área das Ciências Humanas e Sociais (e.g. cursos de Psicologia, Serviço Social, Direito, Criminologia, Relações Internacionais e Ciências da Comunicação) como sendo aquela onde existem sujeitos emocionalmente mais competentes, tanto no QCE total ($M = 202.5$), como nas subescalas PE ($M = 68.24$), EE ($M = 62.23$) e CL ($M = 72$). Por oposição, na área das Artes (e.g., cursos de Artes Plásticas, Artes Visuais, Música e História da Arte) foi onde se verificaram os valores de competência emocional mais baixos, tanto na escala Total ($M = 190.1$), como nas subescalas PE ($M = 63.97$), EE ($M = 58.78$) e CL ($M = 67.31$). Apenas os resultados para a subescala EE não foram estatisticamente significativos ($F = 1.980$; $p = 0.118$). De modo geral, pode verificar-se que os sujeitos emocionalmente mais competentes frequentam cursos da área das Ciências Humanas e Sociais, seguida pela área das Ciências e Tecnologias, Ciências da Saúde e, por último, Artes, respetivamente.

Figura 1

Valores do QCE nos diferentes cursos/ domínios científicos



2.2. Caracterização dos consumos dos participantes

Através da análise de frequências para a idade de início dos consumos (cf. Tabela 3), verificou-se que a maioria dos participantes (72.8%) começou a consumir drogas (legais e/ou ilegais) entre os 16 e os 20 anos, seguindo-se a faixa etária entre os 11 e os 15 anos (22.6%), a faixa etária dos 21 aos 25 anos (4.2%) e, por último, a faixa etária antes dos 10 anos (0.4%).

Tabela 3

Análise de frequências para a idade de início dos consumos

Idade de início dos consumos	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Antes dos 10 anos	1	.4
Entre os 11 e os 15 anos	54	22.6
Entre os 16 e os 20 anos	174	72.8
Entre os 21 e os 25 anos	10	4.2
Total	239	100.0

Para verificar se existiam diferenças entre sexos relativamente à idade de início dos consumos, realizou-se um teste *Mann-Whitney* (cf. Tabela 4), que não se revelou estatisticamente significativo ($U = 5328.5$; $p = 0.376$). Assim sendo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade de início dos consumos e o sexo do participante ($U = 5328.500$; $p = 0.376$).

Tabela 4

Teste Mann-Whitney para diferenças entre sexos na idade de início dos consumos

	Sexo do participante	N	Posto Médio	U
Idade de início dos consumos	Feminino	174	118.12	5328.500
	Masculino	65	125.02	
	Total	239		

Analisando agora o tipo de substâncias com que iniciaram os seus consumos, verificou-se que o álcool foi a substância de início de eleição (91.6%), seguida pelo tabaco (14.2%), canábis (13.8%) e, por último, o haxixe (8.8%).

Tabela 5

Análise de frequências para substâncias de início

Substância	Consumidor		Não Consumidor	
	N	%	N	%
Álcool	219	91.6	20	8.4
Tabaco	34	14.2	205	85.8
Canábis	33	13.8	206	86.2
Haxixe	21	8.8	218	91.2

No que diz respeito ao tipo de substâncias consumidas regularmente, a variedade de drogas identificada pelos participantes foi maior do que as substâncias de início, tendo os sujeitos referido vários tipos, tais como: álcool, tabaco, canábis, haxixe, *ecstasy*, MDMA, psilocibina, cocaína, anfetaminas e LSD. A tabela 6 mostra a análise de frequências para cada tipo de droga, verificando-se que o álcool continuou a ser a mais consumida (72%), seguido pelo tabaco (21.3%), canábis (20.5%) e haxixe (10.5%). As drogas menos consumidas regularmente foram o *ecstasy* (1.3%), MDMA (1.3%), psilocibina (0.8%), cocaína (0.8%) e, por último, as anfetaminas e o LSD (0.4% para ambas).

Tabela 6

Análise de frequências para substâncias de consumo regular

Substância	Consumidor		Não Consumidor	
	N	%	N	%
Álcool	172	72	67	28
Tabaco	51	21.3	188	78.7
Canábis	49	20.5	190	79.5
Haxixe	25	10.5	214	89.5
Ecstasy	3	1.3	236	98.7
MDMA	3	1.3	236	98.7
Psilocibina	2	.8	237	99.2
Cocaína	2	.8	237	99.2
Anfetaminas	1	.4	238	99.6
LSD	1	.4	238	99.6

De forma a verificar se existia uma relação entre a substância de iniciação e o seu posterior consumo regular, solicitou-se uma tabela de referência cruzada para os casos do álcool, tabaco, canábis e haxixe (cf. Tabela 7). Os resultados do teste de Pearson indicaram que, para todas estas substâncias, existe uma associação estatisticamente significativa entre a iniciação dos consumos com determinada droga e o seu posterior consumo regular (cf. Tabela 7).

Tabela 7

Teste Pearson para associação entre consumos iniciais e consumos regulares

		Consumo regular		$\chi^2(1)$	<i>p</i>
		Ausente	Presente		
Iniciação com álcool	Ausente	14	6	19.054	.000***
	Presente	53	166		
Iniciação com tabaco	Ausente	184	21	105.681	.000***
	Presente	4	30		
Iniciação com canábis	Ausente	177	29	37.780	.000***
	Presente	13	20		
Iniciação com haxixe	Ausente	205	13	53.569	.000***
	Presente	9	12		

*** $p < 0.001$

Analisando a tabela 8 relativa à frequência dos consumos, verificou-se que a maioria da amostra (61.9%) apresentou consumos semanais, seguida pelos consumos esporádicos (14.2%), mais de uma vez por dia (10%), quatro vezes por semana (7.9%) e, por último, uma vez por dia (5.9%).

Tabela 8

Frequência dos consumos dos participantes

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Mais de uma vez/dia	24	10.0
Uma vez/dia	14	5.9
4 vezes/semana	19	7.9
Semanalmente	148	61.9
Esporadicamente	34	14.2
Total	239	100.0

Para analisar a associação da frequência dos consumos com o sexo dos participantes, foi realizado um teste *Mann-Whitney*, tendo-se apurado a existência de diferenças de sexo estatisticamente significativas, com as mulheres a assumirem maior número de consumos ($U = 4270.5$; $p = 0.001$) (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Teste Mann-Whitney para diferenças entre sexos na frequência de consumos

	Sexo do participante	N	Posto Médio	U
Frequência dos consumos	Feminino	174	127.96	
	Masculino	65	98.70	4270.5***
	Total	239		

*** $p < 0.001$

Como no questionário da história e padrão de consumos se acrescentou uma última questão opcional para que os participantes mencionassem algum aspeto que considerassem relevante acerca dos seus consumos, foram criadas categorias para essas mesmas respostas, que se apresentarão na Tabela 10. A maioria dos participantes (82.4%) não respondeu à questão. No entanto, relativamente aos restantes que responderam, foram mencionados alguns aspetos relevantes. Os aspetos mais mencionados foram o facto de consumirem apenas pontualmente (6.3%) e em situações de convívio/ lazer (6.3%) (e.g. *“O consumo não é bem regular, depende das festas universitárias essencialmente”*; *“Os meus consumos são apenas sociais”*; *“Consumo apenas em ocasiões festivas”*; *“Apenas consumo em convívios com amigos”*; *“Os meus consumos são bastante irregulares”*). Também foram mencionados os efeitos positivos dos consumos (2.1%) como principal motivo (e.g. *“As drogas abrem a nossa mente se as usarmos corretamente”*; *“O consumo potencia a prática artística e o pensamento criativo”*; *“O consumo de drogas promove a*

abertura à experiência”; “A erva e a ganza acalmam imenso a minha ansiedade”; “Uso as drogas para potenciar os meus sentidos e sentimentos”). Por outro lado, houve quem apontasse efeitos negativos ou más experiências que teve decorrentes do consumo de drogas (1.3%) (e.g. “Aparecimento de tiques”, “Consumia porque o pessoal com quem me dava mais consumia, mas vi que isso só me fazia mal”; “Os jovens não se controlam no consumo de drogas para agradarem ao grupo de amigos”). Houve ainda quem referisse que não considerava os seus consumos problemáticos (1.7%) (e.g. “Todas as drogas têm a sua vertente boa e má. Sempre consumi drogas diferentes, recreativamente e de forma inteligente. Sou um adulto responsável, com bastantes estudos, trabalhador e não me considero dependente de droga nenhuma sem ser nicotina. Simplesmente não uso as drogas para lidar com os meus problemas e aqui está todo o cerne da questão”; “Tenho um consumo responsável e consciente”; “Algumas alturas consumo mais regularmente, outras menos, mas sei os meus limites e sei no que não devo tocar”).

Tabela 10

Diferentes aspetos sobre os consumos mencionados pelos participantes

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Consumo nos convívios/ lazer	15	6.3
Efeitos positivos dos consumos	5	2.1
Efeitos negativos dos consumos	3	1.3
Consumos esporádicos/ pontuais	15	6.3
Consumos não problemáticos	4	1.7
<i>Missing</i>	197	82.4
Total	239	100.0

2.3. Caracterização da competência emocional em função da idade de iniciação dos consumos

De forma a verificar se existia uma relação entre os níveis de competência emocional e a idade de iniciação dos consumos, solicitou-se uma ANOVA para comparar grupos, não se verificando a existência de quaisquer diferenças estatisticamente significativas, tanto para a escala total ($F = 1.009$; $p = 0.389$), como para as subescalas CL ($F = 0.748$; $p = 0.525$), EE ($F = 0.748$; $p = 0.524$) e PE ($F = 1.216$; $p = 0.304$).

Tabela 11

ANOVA para comparação dos valores do QCE com a idade de início dos consumos

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA	
					F(3)	p
QCE Total	Antes dos 10 anos	1	179.00	.		
	Entre os 11 e os 15 anos	54	200.63	22.898		
	Entre os 16 e os 20 anos	174	195.66	20.567	1.009	.389
	Entre os 21 e os 25 anos	10	197.90	19.852		
	Total	239	196.81	21.090		
QCE Capacidade para Lidar com a Emoção	Antes dos 10 anos	1	66.00	.		
	Entre os 11 e os 15 anos	54	71.98	7.388		
	Entre os 16 e os 20 anos	174	70.47	7.118	.748	.525
	Entre os 21 e os 25 anos	10	71.10	8.837		
	Total	239	70.82	7.241		
QCE Expressão Emocional	Antes dos 10 anos	1	55.00	.		
	Entre os 11 e os 15 anos	54	61.20	10.853		
	Entre os 16 e os 20 anos	174	59.57	9.221	.748	.524
	Entre os 21 e os 25 anos	10	62.60	5.420		
	Total	239	60.05	9.486		
QCE Percepção Emocional	Antes dos 10 anos	1	58.00	.		
	Entre os 11 e os 15 anos	54	67.44	8.245		
	Entre os 16 e os 20 anos	174	65.62	7.932	1.216	.304
	Entre os 21 e os 25 anos	10	64.20	7.700		
	Total	239	65.94	8.006		

2.4. Caracterização da competência emocional em função da frequência dos consumos

Para verificar se existia uma relação entre os diferentes níveis de competência emocional e a frequência dos consumos, solicitou-se igualmente uma ANOVA para comprar grupos. Tal como no ponto anterior, os resultados não foram estatisticamente significativos para a escala total ($F = 0.890$; $p = 0.471$), nem para as subescalas CL ($F = 0.671$; $p = 0.613$), EE ($F = 0.767$; $p = 0.548$) ou PE ($F = 1.172$; $p = 0.324$) (cf. Tabela 12).

Tabela 12

ANOVA para comparação dos valores do QCE com a frequência dos consumos

		N	Média	Desvio Padrão	ANOVA	
					F(4)	p
QCE Total	Mais de uma vez/dia	24	197.21	19.941	.890	.471
	Uma vez/dia	14	199.57	21.368		
	4 vezes/semana	19	198.05	23.754		
	Semanalmente	148	195.07	21.346		
	Esporadicamente	34	202.24	19.114		
	Total	239	196.81	21.090		
QCE Capacidade para Lidar com a Emoção	Mais de uma vez/dia	24	69.71	7.504	.671	.613
	Uma vez/dia	14	73.07	7.087		
	4 vezes/semana	19	71.26	6.943		
	Semanalmente	148	70.53	7.361		
	Esporadicamente	34	71.68	6.870		
	Total	239	70.82	7.241		
QCE Expressão Emocional	Mais de uma vez/dia	24	60.25	9.247	.767	.548
	Uma vez/dia	14	60.36	8.418		
	4 vezes/semana	19	61.11	10.208		
	Semanalmente	148	59.32	9.880		
	Esporadicamente	34	62.32	7.842		
	Total	239	60.05	9.486		
QCE Percepção Emocional	Mais de uma vez/dia	24	67.25	8.629	1.172	.324
	Uma vez/dia	14	66.14	9.071		
	4 vezes/semana	19	65.68	10.166		
	Semanalmente	148	65.22	7.663		
	Esporadicamente	34	68.24	7.140		
	Total	239	65.94	8.006		

2.5. Caracterização da competência emocional em função do tipo de drogas consumidas

Para comparar os níveis de competência emocional em função do tipo de substância consumida regularmente, realizou-se um teste *t* para amostras independentes.

Relativamente ao consumo regular de álcool, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a subescala PE ($t = 1.971$; $p = 0.05$), o que mostra que os sujeitos não consumidores apresentaram maior competência de percepção emocional ($M = 67.57$; $DP = 7.235$) do que aqueles que consomem álcool regularmente ($M = 65.31$; $DP = 8.220$) (cf. Tabela 13).

Tabela 13

Teste t para diferenças no QCE em função do consumo regular de álcool

	Consumo regular de álcool	N	Média	Desvio Padrão	$t(237)$	p
QCE Total	Ausente	67	200.70	17.904	1.790	.075
	Presente	172	195.29	22.070		
QCE Capacidade para Lidar com a Emoção	Ausente	67	71.61	6.169	1.055	.292
	Presente	172	70.51	7.612		
QCE Expressão Emocional	Ausente	67	61.52	8.450	1.506	.133
	Presente	172	59.47	9.824		
QCE Percepção Emocional	Ausente	67	67.57	7.235	1.971	.050*
	Presente	172	65.31	8.220		

* $p < 0.05$

Passando aos consumos regulares de tabaco, canábis e haxixe, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma escala do QCE entre consumidores e não consumidores, para essas substâncias. Os valores das médias, teste t e significância podem ser consultados nas tabelas 14, 15 e 16 para o tabaco, canábis e haxixe, respetivamente.

Tabela 14

Teste t para diferenças no QCE em função do consumo regular de tabaco

	Consumo regular de tabaco	N	Média	Desvio Padrão	t(237)	p
QCE Total	Ausente	188	198.10	20.161	1.829	.069
	Presente	51	192.04	23.822		
QCE Capacidade para Lidar com a Emoção	Ausente	188	71.19	7.373	1.505	.134
	Presente	51	69.47	6.625		
QCE Expressão Emocional	Ausente	188	60.55	8.797	1.575	.117
	Presente	51	58.20	11.597		
QCE Percepção Emocional	Ausente	188	66.37	7.545	1.583	.115
	Presente	51	64.37	9.434		

Tabela 15

Teste t para diferenças no QCE em função do consumo regular de canábis

	Consumo regular de canábis	N	Média	Desvio Padrão	t(237)	p
QCE Total	Ausente	190	196.91	21.698	.141	.888
	Presente					
QCE Capacidade para Lidar com a Emoção	Ausente	190	71.22	7.417	1.692	.092
	Presente	49	69.27	6.347		
QCE Expressão Emocional	Ausente	190	59.88	9.657	-.535	.593
	Presente	49	60.69	8.278		
QCE Percepção Emocional	Ausente	190	65.81	6.901	-.517	.606
	Presente	49	66.47	9.434		

Tabela 16

Teste *t* para diferenças no QCE em função do consumo regular de haxixe

	Consumo regular de haxixe	N	Média	Desvio Padrão	<i>t</i> (237)	<i>p</i>
QCE Total	Ausente	214	196.98	21.044	.362	.718
	Presente	25	195.36	21.865		
QCE Capacidade para Lidar com a Emoção	Ausente	214	70.91	7.165	.568	.570
	Presente	25	70.04	7.976		
QCE Expressão Emocional	Ausente	214	60.06	9.054	.048	.962
	Presente	25	59.96	12.844		
QCE Percepção Emocional	Ausente	214	66.01	8.276	.383	.702
	Presente	25	65.36	5.235		

No que diz respeito ao consumo regular de *ecstasy*, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre consumidores e não consumidores na subescala CL ($t = 2.553$; $p = 0.011$). Isto significa que os consumidores regulares de *ecstasy* são menos competentes emocionalmente, especialmente no que diz respeito à capacidade para lidar com a emoção ($M = 60.33$; $DP = 7.024$), do que os sujeitos que não consomem esta substância ($M = 70.95$; $DP = 7.160$).

Relativamente ao consumo regular de MDMA, psilocibina, cocaína, anfetaminas e LSD, o teste *t* não revelou diferenças estatisticamente significativas para nenhuma das escalas do QCE para estas substâncias, entre consumidores e não consumidores. Importa referir que o número de consumidores deste tipo de drogas da amostra é bastante reduzido (entre um a três sujeitos para cada uma).

Analisando os valores da média do QCE para a escala total, verificou-se que os consumidores regulares de cocaína foram os que apresentaram pontuações mais elevadas ($M = 201.50$), seguidos pelo consumidor de LSD ($M = 198$), psilocibina ($M = 197$), cânabis ($M = 196.43$), anfetaminas ($M = 196$), haxixe ($M = 195.36$), álcool ($M = 195.29$),

tabaco ($M = 192.04$), MDMA ($M = 185.67$) e *ecstasy* ($M = 181.67$). No entanto, importa salientar que o número de consumidores para cada substância varia bastante (entre um consumidor no caso do LSD e anfetaminas e 172 no caso do álcool), pelo que estes resultados devem ser interpretados com alguma prudência.

3. Discussão de resultados

O presente estudo teve como principal objetivo caracterizar a inteligência emocional de estudantes universitários que admitissem apresentar um determinado padrão de consumos de substâncias (lícitas e/ou ilícitas). Neste sentido, começou-se por caracterizar a competência emocional da amostra, depois os seus consumos e, por último, verificar se existia uma associação entre estas variáveis.

Relativamente à pontuação do QCE total da amostra, esta apresentou uma média de 196.81. Uma vez que não existem valores de referência definidos para a população, este resultado apenas pode ser interpretado com base no pressuposto estabelecido pelos autores do questionário de que, quanto maior a pontuação, maiores são os níveis de competência emocional dos sujeitos (Faria & Lima Santos, 2011). Tendo em conta que os valores para a escala total poderiam variar entre 45 e 270 (existindo um ponto médio de 157.5), considera-se que a média da amostra foi elevada e, portanto, os sujeitos apresentaram bons níveis de competência emocional. O mesmo ponto de vista se verificou para as diferentes subescalas do QCE. Relativamente às diferenças entre sexos, segundo Van Rooy e colaboradores (2005), seria de esperar que as mulheres apresentassem pontuações mais elevadas do que os homens, contudo, tal não se verificou na nossa amostra. Tal poderá ser melhor explicado pelo facto de existir um considerável desequilíbrio amostral em termos de sexo (72.8% eram mulheres).

No que diz respeito aos consumos dos participantes, verificou-se que a maioria (72.8%) iniciou os mesmos (sejam substâncias legais e/ou ilegais) entre os 16 e os 20 anos, seguida pela faixa etária entre os 11 e os 15 anos (22.6%). Tais resultados poderão ser melhor compreendidos se considerarmos que a adolescência e a entrada no contexto universitário constituem as fases mais críticas, onde maioritariamente se iniciam e estabelecem os consumos de substâncias (Cuberos et al., 2016; Palmer & McGeary, 2016). As drogas de início mais comuns foram, respetivamente, o álcool (91.6%), tabaco (14.2%), canábis (13.8%) e haxixe (8.8%), sendo que todas elas estavam relacionadas com o seu posterior consumo regular. Em termos de drogas consumidas regularmente, as preferências da amostra foram o álcool (72%), tabaco (21.3%), canábis (20.5%) e haxixe (10.5%), tendo-se verificado a existência de policonsumos. Estes resultados seriam algo expectáveis, considerando-se que as substâncias lícitas (álcool e tabaco) são, regra geral, as mais consumidas por serem de mais fácil acesso e mais aceites socialmente (Fernández et al., 2009; Limonero et al., 2013). O destaque do álcool como sendo a droga mais presente nos consumos da amostra, ilustra o panorama atual dos consumos entre os estudantes universitários, que reflete o facto de se tratar de uma substância que está enraizada na cultura académica (Léon, 2009). Como também seria de esperar, o tabaco surgiu como sendo a segunda droga mais consumida entre os estudantes, corroborando o encontrado no estudo de Fernández e colaboradores (2009). Relativamente às drogas ilícitas, os dados mais recentes do EMCDDA (2017a) indicam que a substância mais consumida entre jovens adultos europeus (e também a mais suscetível de ser experimentada) é a canábis (herbácea e resina). Este cenário foi corroborado nesta investigação, o que poderá dever-se ao facto da canábis ser também considerada a substância ilegal de mais fácil acesso (EMCDDA, 2015) e também a mais aceite e tolerada socialmente (Limonero et al., 2013). As restantes substâncias como o *ecstasy*,

MDMA, psilocibina, cocaína, anfetaminas e LSD surgiram neste estudo com percentagens muito mais reduzidas do que os canabinoides, o que foi congruente com os dados do EMCDDA relativos aos consumos na União Europeia (2017a).

No que diz respeito à frequência dos consumos, a grande maioria da amostra apresentou consumos semanais (61.9%) e esporádicos (14.2%), verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre sexos, com as mulheres a assumirem um maior número de consumos do que os homens. Estes resultados para as diferenças de sexo contrariam os dados mais recentes do EMCDDA (2017a), que indicam que, para todas as drogas, os consumos são mais elevados no sexo masculino. Os resultados deste estudo podem ser explicados pelo facto da amostra ser constituída maioritariamente por sujeitos do sexo feminino. No entanto, estudos têm mostrado que, de maneira geral, estas diferenças entre homens e mulheres têm vindo a diminuir ao longo dos anos (Fernández et al., 2009; León, 2009), o que pode também ser um cenário refletido nesta amostra.

O facto da esmagadora maioria dos sujeitos apresentar consumos semanais e esporádicos, referindo ainda que estes se dão essencialmente em contexto social e de convívios em festas com amigos, mostra que se trata de uma amostra com sujeitos socialmente bem integrados e sem serem necessariamente dependentes de determinada substância. Nesta amostra é visível o uso recreativo das drogas, como parte do convívio e socialização com o grupo de pares, corroborando o verificado em outros estudos anteriores (Fernández et al., 2009; Seibel & Toscano Jr., 2001; Uceda-Maza et al., 2016). Cruz e colaboradores (2010) designam estes consumidores como “não problemáticos”, referindo que são bastante comuns entre os estudantes universitários e que se caracterizam por uma grande capacidade de autorregulação dos seus consumos, estando bem inseridos socialmente e mantendo-se funcionais e ajustados em todas as áreas da sua vida. Alguns sujeitos do presente estudo referiram aspetos que vão ao encontro do que é referido por

estes autores, nomeadamente no que diz respeito ao controlo dos seus consumos (e.g. “...sei os meus limites e sei no que não devo tocar”). O facto de todos os sujeitos da amostra serem estudantes universitários também pode ajudar a explicar esta frequência de consumos essencialmente semanal e pontual, uma vez que dados da literatura mostram que quanto menores as habilitações literárias, mais problemáticos serão os consumos e os problemas daí decorrentes (SICAD, 2016).

Passando agora às associações entre as competências emocionais e os consumos, constatou-se que, ao contrário do que seria esperado, não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma escala do QCE em relação à idade de início dos consumos e à frequência dos mesmos. No entanto, o facto da amostra apresentar elevados níveis de competência emocional é um importante fator a ter em consideração na análise dos seus consumos: quanto mais elevados forem os níveis de IE, melhor será a capacidade dos sujeitos para resistir à pressão indesejada dos pares e, conseqüentemente, menores são os seus consumos problemáticos de drogas (Fernández et al., 2009; Trinidad & Johnson, 2002). Da mesma forma, quanto melhores forem as suas competências emocionais, melhores serão as suas interações sociais, as suas relações interpessoais e a capacidade de gerir o stresse e ansiedade (Fernández et al., 2009; Lizeretti & Rodríguez, 2011; Nelis et al., 2009).

No que diz respeito à relação entre as competências emocionais e o tipo de substância consumida, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os valores do QCE em substâncias como o tabaco, canábis, haxixe, MDMA, psilocibina, cocaína, anfetaminas e LSD. Embora não expectáveis, estes resultados poderão ser explicados pelos aspetos anteriormente referidos, nomeadamente o facto da maioria da amostra apresentar consumos “não problemáticos” e apresentar competências emocionais elevadas a todos os níveis – capacidade para lidar com a emoção, expressão emocional e

percepção emocional. As únicas substâncias onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas em termos de competências emocionais foram o álcool e o *ecstasy*. No caso do álcool, estas diferenças foram apenas na subescala PE, verificando-se que os sujeitos não consumidores revelaram uma melhor percepção emocional do que os consumidores regulares. No caso do *ecstasy*, as diferenças foram apenas relativas à subescala CL, verificando-se que os não consumidores apresentaram melhor capacidade para lidar com a emoção do que os consumidores regulares.

4. Conclusão

Nos dias de hoje já é conhecido o fardo social e económico que os consumos prejudiciais de substâncias legais e ilegais têm para a sociedade (WHO, 2014). No que diz respeito aos países desenvolvidos, a maior intensidade dos consumos ocorre entre os adolescentes e jovens adultos, como é o caso dos estudantes universitários (Iravani & Mosavi, 2012; León, 2009). O presente estudo confirmou este panorama atual e constitui, a nosso ver, um importante contributo para compreender melhor a realidade nacional de alguns estudantes universitários, uma vez que são escassos os estudos nacionais que abordam a temática dos consumos e a sua relação com a competência emocional. Neste sentido, considera-se que os objetivos propostos inicialmente para este estudo foram alcançados com sucesso, na medida em que foi possível caracterizar as competências emocionais de uma amostra de estudantes universitários consumidores de substâncias lícitas e ilícitas, assim como analisar a relação entre essas competências e fatores como a idade de iniciação, frequência dos consumos e tipos de substâncias.

Os resultados obtidos despoletaram uma análise crítica sobre os mesmos, um pouco diferente da que seria esperada, o que se tornou numa mais-valia. Isto porque se verificou que se trata de uma amostra com elevadas competências emocionais; que não apresenta,

na sua maioria, consumos problemáticos, o que reflete um panorama recente que se tem vindo a verificar; de que, ao contrário do que acontecia antigamente, atualmente o consumo de drogas não é um comportamento característico apenas de grupos marginais e minoritários, mas sim de pessoas que apresentam uma boa integração social, como é o caso dos adolescentes e jovens em geral (Uceda-Maza et al., 2016). Estes resultados reforçam a importância de uma boa capacidade para reconhecer, compreender e regular emoções, como forma de autorregulação de comportamentos problemáticos e desadaptativos, como é o caso das dependências de substâncias (Coelho, 2012).

No entanto, é também importante ter em consideração e refletir sobre algumas limitações desta investigação, nomeadamente o facto de se tratar de uma amostra por conveniência, constituída maioritariamente por sujeitos do sexo feminino e unicamente por estudantes universitários, pelo que não se podem generalizar estes resultados para a população jovem em geral, uma vez que o sexo e as habilitações literárias são variáveis que influenciam tanto os consumos como as competências emocionais das pessoas. Outra limitação prende-se com tipo de instrumentos utilizados, que se baseiam no autorrelato dos participantes e, portanto, estão sujeitos à influência da desejabilidade social. A parte da história/padrões de consumos pertencente ao Questionário Vitimação do Toxicodependente tinha também questões e opções de resposta mais direcionadas para a população toxicodependente, o que não se enquadrou tão bem nas características da amostra desta investigação. Alguns aspetos não puderam ser devidamente diferenciados, nomeadamente a idade de início e frequência dos consumos para cada tipo de substância identificada pelos participantes. As opções de resposta para a frequência dos consumos estavam igualmente mais direcionadas para uma população que apresenta consumos bastante frequentes, o que possivelmente não permitiu que os participantes exprimissem uma realidade tão próxima das características dos seus consumos ocasionais. O facto dos

questionários serem administrados via online também não permitiu ter controle das condições sob as quais foram respondidos, o que pode também enviesar resultados.

Apesar das suas limitações, considera-se que esta investigação foi inovadora e deu o seu contributo para implicações futuras na prática. Uma vez que os padrões de consumo de drogas tendem a emergir durante a adolescência e a ser consolidados no início da idade adulta (Swendsen et al., 2012), constituindo um problema de saúde pública, especialmente no que diz respeito às substâncias legais como o álcool e tabaco (Fernández et al., 2009), torna-se importante definir diferentes abordagens para prevenir e intervir nos consumos problemáticos, de forma a evitar as consequências negativas para a saúde das pessoas e para a sociedade em geral. Uma vez que a IE está relacionada com as competências emocionais necessárias para promover comportamentos saudáveis e adaptativos, sendo um bom meio para a redução da vulnerabilidade dos estudantes à pressão dos pares e, conseqüentemente, aos consumos de risco (Castillo et al., 2013; Coelho, 2012; Ghee & Johnson, 2008), torna-se claro que o treino da IE possa ser uma boa estratégia para redução dos consumos problemáticos na sociedade em geral. Neste sentido, o psicólogo pode desempenhar um papel fundamental, tanto na prevenção como na intervenção, nomeadamente no que diz respeito ao treino das competências emocionais dos jovens, à psicoeducação relativa aos diferentes tipos de drogas e também à intervenção em casos onde já se encontre instalada uma dependência. Este estudo permitiu demonstrar que, quando os sujeitos se percebem como sendo mais competentes emocionalmente, os seus consumos tendem a não ser problemáticos e podem, inclusive, ser pessoas bem ajustadas socialmente.

Este estudo possibilitou ainda tecer algumas ideias e sugestões para investigações futuras, nomeadamente a importância de conhecer esta realidade para amostras com características diferentes (e.g., diferentes níveis de escolaridade e faixas etárias), assim

como a importância de caracterizar mais detalhadamente os consumos (se são ou não problemáticos, de que forma interferem na vida da pessoa e quais as principais motivações que levam os sujeitos a consumir determinada substância). Seria também interessante incluir sujeitos consumidores e não consumidores e perceber até que ponto considerariam útil e relevante o treino da IE como meio de prevenção de consumos ou como meio para ter consumos mais responsáveis e conscientes.

Em suma, considera-se que o desenvolvimento de boas competências emocionais é bastante importante não só para a vida pessoal, mas também profissional, educacional e social, pois promove boas interações com os outros e o desenvolvimento de comportamentos adaptativos em geral, evitando as dependências e os comportamentos de risco.

Referências

- Arbesú, J. A., Gual, A., Casquero, R., Bobes, J., & Ortega, P. (2015). Posicionamiento de SMERGEN para el abordaje de los trastornos por consumo de alcohol en atención primaria. *Smergen*, *41*(2), 1-9.
- Balda-Cabello, N., & Silva, E. C. (2011). Opinión de universitarios bolivianos sobre el uso de alcohol en el contexto universitario. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*, 699-706.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation with everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, *36*, 1387-1402. doi: 10.1016/S0191-8869(03).00236-8
- Cabello, R., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, *12*, 317-327.
- Calado, V. G. (2016). As drogas em combate: Usos e significados das substâncias psicoativas na Guerra Colonial Portuguesa. *Etnográfica*, *20*(3), 471-494.
- Caña, M. L., Michelini, Y., Acuña, I., & Godoy, J. C. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes. *Health and Addictions*, *15*(1), 55-66.
- Caneto, F., Del Valle, B., Pautassi, R., & Pilatti, A. (2015). Personalidad, edad de inicio y problemas por consumo de alcohol en estudiantes. *Quaderns de Psicologia*, *17*(2), 19-35.
- Castillo, J. A., Castillo-López, A. G., & López-Sánchez, C. (2014). Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions*, *14*(2), 89-98.

- Castillo, J. A., Castillo-López, A. G., Pertusa, M. G., & Campos, C. M. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Health and Addictions, 13*(2), 89-97.
- Cazenave, S. O. S. (2001). Toxicología geral das substâncias psicoativas de abuso. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 35-46). São Paulo: Editora Atheneu.
- Coelho, K. R. (2012). Emotional intelligence: An untapped resource for alcohol and other drug related prevention among adolescents and adults. *Depression Research and Treatment, 2012*(3), 1-6. doi: 10.1155/2012/281019
- Cruz, O. S. (2016). Abuso de drogas. In R. L. Maia, L. M. Nunes, S. Caridade, A. I. Sani, R. Estrada, C. Nogueira, H. Fernandes, & L. Afonso. (Eds.), *Dicionário Crime, Justiça e Sociedade* (pp. 10-11). Lisboa: Edições Sílabo.
- Cruz, O., Machado, C, & Fernandes, L. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilícitas: Experiências e estratégias de gestão dos consumos numa amostra portuguesa. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, pp. 3174-3188.
- Cuberos, R. C., Sánchez, M. C., Cáliz, R. C., Ruz, R. P., Fernández, D. C., & Ortega, F. Z. (2016). Perfiles de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes andaluces de primer ciclo de educación secundaria. *Health and Addictions, 16*(2), 93-104.
- Daus, C. S., & Ashkanasy, N. M. (2005). The case of ability model of emotional intelligence in organizational behaviour. *Journal of Organizational Behaviour, 26*(4), 453-466. doi: 10.1002/job.321
- Díaz, C. A., Materón, M. R., Bobadilla, M. G., & Maldonado, A. V. (2011). Perfil de personalidad en consumidores moderados y excesivos de sustancias psicoativas. *Psicología desde el Caribe, (28)*, 24-38.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). *Relatório Europeu sobre drogas: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. doi: 10.2810/220354
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017a). *Relatório Europeu sobre drogas: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. doi: 10.2810/4499
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2017b). *EMCDDA Strategy 2025*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2810/1751
- Faria, L. & Lima Santos, N. (2011). Questionário de Competência Emocional (QCE). In C. Machado, M. M. Gonçalves, L. S. Almeida, & M. R. Simões (Eds.). *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica (vol. I, pp. 67-80)*. Coimbra: Edições Almedina.
- Faria, L., Santos, N., Takšić, V., Rätty, H., Molander, B., Holmström, S., Jansson, J., Avsec, A., Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., & Toyota, H. (2006). Cross-cultural validation of the Emotional Skills and Competence Questionnaire (ESCQ). *Psicologia, 20(2)*, 95-127.
- Fernández, B., Jorge, V., & Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: Una propuesta de intervención. *Psicooncología, 6(1)*, 243-256.
- Fernández-Serrano, M. J., Moreno-Lopez, L., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2012). Inteligencia emocional en individuos dependientes de cocaína. *Transtornos Adictivos, 14(1)*, 27-33.

- Fox, H. C., Bergquist, K. L., Casey, J., Hong, K. A., & Sinha, R. (2011). Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: Relationship to stress and impulse control. *The American Journal on Addictions, 20*, 151-160. doi: 10.1111/j.1521-0391.2010.00108.x
- Ghee, A. C., & Johnson, C. S. (2008). Emotional intelligence: A moderator of perceived alcohol peer norms and alcohol use. *Journal Drug Education, 38*(1), 71-83.
- Goleman, D. (2012). *Trabalhar com inteligência emocional* (5ªed.). Lisboa: Temas e Debates – Círculo de Leitores.
- Guo, R., He, Q., Shi, J., Gong, J., Wang, H., & Wang, Z. (2010). Short-term impact of Cognition-Motivation-Emotional Intelligence-Resistance Skills Program on drug prevention for school students in Wuhan, China. *Journal of Huazhong University of Science and Technology [Medical Sciences], 30*(6), 720-725. doi: 10.1007/s11596-010-0647-6
- Gutiérrez, M., & Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología, 30*(2), 608-619. doi: 10.6018/analesps.30.2.148131
- Heitzeg, M. M., Cope, L. M., Martz, M. E., Hardee, J. E., & Zucker, R. A. (2015). Brain activation to negative stimuli mediates a relationship between adolescent marijuana use and later emotional functioning. *Developmental Cognitive Neuroscience, 16*, 71-83. doi: 10.1016/j.dcn.2015.09.003
- Hertel, J., Schütz, A., & Lammers, C. H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology, 65*(9), 942-954. doi: 10.1002/jclp.20597
- Hill, E. M., & Maggi, S. (2011). Emotional intelligence and smoking: Protective and risk factors among canadian young adults. *Personality and Individual Differences, 51*, 45-50. doi: 10.1016/j.paid.2011.03.008

- Iravani, M. R., & Mosavi, S. E. (2012). A social work study on emotional intelligence among different groups of people how are addicted to drugs. *Management Science Letters*, 2, 119-124. doi: 10.5267/j.msl.2011.09.015
- Kornreich, C., Foisy, M. L., Philippot, P., Dan, B., Tecco, J., Noël, X., Hess, U., Pelc, I., & Verbanck, P. (2003). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 119, 251-260.
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance Use & Misuse*, 45, 1131-1160. doi: 10.3109/10826080903567855
- León, J. S. (2009). Motivaciones hacia el consumo de alcohol en jóvenes – Datos y extrapolaciones sobre el caso costarricense. *Revista Reflexiones*, 88(1), 37-53.
- Limonero, J. T., Gómez-Romero, M. J., Fernández-Castro, J., & Tomás-Sábado, J. (2013). Influencia de la inteligencia emocional percibida y la impulsividad en el abuso de cánnabis en jóvenes. *Ansiedad y Estrés*, 19(2-3), 223-234.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., & Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95-100.
- Lizeretti, N. P., & Extremera, N. (2011). Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatric Quarterly*, 82(3), 253-260. doi: 10.1007/s11126-011-9167-1
- Lizeretti, N. P., & Rodríguez, A. (2011). La inteligencia emocional en salud mental: Una revisión. *Ansiedad y Estrés*, 17(2), 233-253.

- MacRae, E. (2001). Antropologia: Aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 25-34). São Paulo: Editora Atheneu.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence?. In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2004). Emotional intelligence: Theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197-215.
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V., Coumans, N., & Luminet, O. (2009). The moderating effect of trait emotional intelligence on mood deterioration following laboratory-induced stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 445-477.
- Nelis, D., Quoidbach, J., Mikolajczak, M., & Hansenne, M. (2009). Increasing emotional intelligence: (How) is it possible?. *Personality and Individual Differences*, 47, 36-41.
- Neto, C., Fraga, S., & Ramos, E. (2012). Consumo de substâncias ilícitas por adolescentes portugueses. *Revista Saúde Pública*, 46(5), 808-815.
- Nunes, L. M. (2016). Droga. In R. L. Maia, L. M. Nunes, S. Caridade, A. I. Sani, R. Estrada, C. Nogueira, H. Fernandes, & L. Afonso. (Eds.), *Dicionário Crime, Justiça e Sociedade* (pp. 184-185). Lisboa: Edições Sílabo.
- Nunes, L. M., & Sani, A. I. (2014). Toxicodependência e vitimação: Inquérito dirigido a indivíduos dependentes de drogas. *Análise Psicológica*, 1(XXXII), 79-90. doi: 10.14417/ap.744

- Palmer, R., & McGeary, J. (2016). Models of drug addiction: Theories and future applications in prevention and treatment. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 32(5), 1058-1073. doi: 10.1002/cbl
- Peterson, K., Malouff, J., & Thorsteinsson, E. B. (2011). A meta-analytic investigation of emotional intelligence and alcohol involvement. *Substance Use & Misuse*, 46, 1726-1733. doi: 10.3109/10826084.2011.618962
- Perea-Baena, J.M., Oña-Compan, S., & Ortiz-Tallo, M. (2009). Diferencias de rasgos clínicos de personalidad en el mantenimiento de la abstinencia y recaídas en tratamiento del tabaquismo. *Psicothema*, 21(1), 39-44.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448. doi: 10.1002/per.416
- Pilatti, A., Urrizaga, A., Chincolla, A., & Cupani, M. (2014). Facetas de personalidad relacionadas con el consumo elevado de alcohol en estudiantes universitarios de la provincia de Córdoba. *Perspectivas en Psicología*, 11, 42-52.
- Quintas, J. (2016). Adicção. In R. L. Maia, L. M. Nunes, S. Caridade, A. I. Sani, R. Estrada, C. Nogueira, H. Fernandes, & L. Afonso. (Eds.), *Dicionário Crime, Justiça e Sociedade* (pp. 25-26). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rivera-Olmos, V. M., & Parra-Bernal, M. C. (2016). Cannabis: Efectos en el sistema nervioso central. Consecuencias terapéuticas, sociales y legales. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(5), 626-634.
- Roche, J. R., Moré, S. I., López, A. D., & Fundora, W. N. (2014). Formación de capital humano para la prevención y atención de las adicciones. *Educación Médica Superior*, 28(2), 301-317.

- Romero-Ayuso, D., Mayoral-Gontán, Y., & Triviño-Juárez, J. M. (2016). Inteligencia emocional y percepción de riesgo en consumidores de cocaína. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(2), 72-78.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Hine, D. W. (2011). The association of ability and trait emotional intelligence with alcohol problems. *Addiction Research and Theory*, 19(3), 260-265. doi: 10.3109/16066359.2010.512108
- Seibel, S. D., & Toscano Jr., A. (2001). Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 1-6). São Paulo: Editora Atheneu.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2016). *Relatório anual 2015: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Simmons, S., & Simmons, J. C. (2000). *Avaliando a inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Record.
- Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., Conway, K. P., Dierker, L., He, J., & Merikangas, K. R. (2012). Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(4), 390-398.
- Toscano Jr., A. (2001a). Adolescência e drogas. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 283-302). São Paulo: Editora Atheneu.
- Toscano Jr., A. (2001b). Um breve histórico sobre o uso de drogas. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 7-23). São Paulo: Editora Atheneu.

- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences, 32*, 95-105.
- Uceda-Maza, F. X., Navarro-Pérez, J. J., & Pérez-Cosín, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: Su relación con la delincuencia. *Revista de Estudios Sociales, (58)*, 63-75. doi: 10.7440/res58.2016.05
- Uva, M. C., Timary, P., Cortesi, M., Mikolajczac, M., Blicquy, P. R., & Luminet, O. (2010). Moderating effect of emotional intelligence on the role of negative affect in the motivation to drink in alcohol-dependent subjects undergoing protracted withdrawal. *Personality and Individual Differences, 48*, 16-21. doi: 10.1016/j.paid.2009.08.004
- Van Gils, P. F., Reenen, H. H., Berg, M., Tariq, L., & Wit, G. A. (2010). The scope of costs in alcohol studies: Cost-of-illness studies differ from economic evaluations. *Cost Effectiveness and Resource Allocation, 8(15)*, 2-7. doi: 10.1186/1478-7547-8-15.
- Van Rooy, D. L., Alonso, A., & Viswesvaran, C. (2005). Group differences in emotional intelligence scores: Theoretical and practical implications. *Personality and Individual Differences, 38*, 689-700. doi: 10.1016/j.paid.2004.05.023
- World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.