Instituto Superior Miguel Torga

Traços de Personalidade e Sintomatologia Psicopatológica em Consumidores de Substâncias Psicoativas

Dissertação

Mestrado em Psicologia Clínica

Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Carolina Martins Cameira Miranda Abreu
Coimbra, 2025

MIGUEL TORGA

CIM RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA

Traços de Personalidade e Sintomatologia Psicopatológica em Consumidores de Substâncias Psicoativas

CAROLINA MARTINS CAMEIRA MIRANDA ABREU

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica
Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, 2025

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de expressar o meu profundo agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Laura Lemos, pelo apoio incondicional, pela dedicação, disponibilidade e orientação ao longo de todo o desenvolvimento desta dissertação. O seu conhecimento, exigência e rigor académico foram fundamentais para a concretização deste trabalho e para a superação dos desafios encontrados ao longo do percurso. Agradeço igualmente ao Professor Diogo Andrade por toda a ajuda, disponibilidade e dedicação, sempre incansável no apoio prestado.

À minha orientadora do estágio curricular, no Centro de Respostas Integradas (CRI), Doutora Carla Pina. Por quem tenho um carinho muito especial e reconheço que, sem o seu apoio na aplicação dos questionários, este trabalho não teria sido possível. Aproveito também, para agradecer às Comunidades Terapêuticas onde fiz igualmente a recolha da amostra deste estudo, CRI, O Farol, Casa Abrigo e Casas de Santiago.

Quero dedicar um agradecimento muito especial à minha mãe Paula, ao meu pai Carlos, ao meu irmão André e à minha cunhada Vanessa, pelo amor incondicional, pelo sacrifício, pela liberdade, pelo apoio em cada etapa da minha vida e por serem a minha base. Obrigada por acreditarem sempre em mim, mesmo nos momentos de dúvida e incerteza. Ao resto da minha família, obrigada por serem a minha inspiração diariamente.

Aos amigos que a Faculdade me deu, Guilherme, Mariana, Erica, Flávia, sem vocês nada teria sido possível. Obrigada por terem sido abraço, amor, alegria e acima de tudo, casa.

Às minhas meninas, Mariana e Inês, que o mestrado me deu, vão ficar no meu coração para sempre. O vosso apoio e amizade foram cruciais nesta etapa.

Aos restantes amigos que encontrei em Coimbra, vocês sabem quem são, obrigada por tornarem tudo mais fácil e, sem saberem, melhorarem os meus dias. Tornaram-se família.

A todos, o meu sincero obrigada.

Resumo

Objetivo: Este estudo teve como objetivo a caracterização sociodemográfica, clínica e psicossocial de uma amostra da população consumidora de substâncias psicoativas que recorre a instituições de apoio e intervenção. Foi também objetivo, explorar a relação entre os traços de personalidade e a presença de sintomatologia psicopatológica nesta população. Pretendeu-se ainda analisar o impacto da solidão subjetiva e dos traços de personalidade, nomeadamente o neuroticismo, na sintomatologia psicopatológica.

Método: A amostra foi constituída por 98 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 68 anos (M = 39,89 DP = 14,41) com predominância de indivíduos na faixa etária dos 53 ou mais anos (n = 25; 25,5%). Entre os participantes, 58 eram do sexo masculino (59,2%) 40 do sexo feminino (40,8%). Todos foram avaliados com o questionário sociodemográfico, com quatro questões sobre a solidão e bem-estar, com o *Brief Symptom Inventory* (BSI) e com o *Eysenck Personality Questionnaire – Revised* (EPQ-R).

Resultados: Os resultados deste estudo indicaram que o grupo de substâncias mais consumido foi composto por canábis, cocaína e estimulantes. O primeiro consumo ocorreu maioritariamente na adolescência, com a companhia de amigos e o padrão de consumo mais frequente foi o uso diário. A amostra apresentou níveis elevados de neuroticismo, psicoticismo e de sintomatologia psicopatológica face à população geral, e níveis mais baixos de extroversão.

Nas dimensões da personalidade, o neuroticismo associou-se positivamente a todos os domínios da sintomatologia psicopatológica, à perceção da interferência dos consumos no bem-estar e na relação com os outros e negativamente com a satisfação com a vida. Já a extroversão associou-se negativamente com a somatização, sintomatologia depressiva e solidão e positivamente com a satisfação com a vida. O psicoticismo relacionou-se positivamente com a ansiedade.

Por fim, o traço de personalidade neuroticismo e de forma mais expressiva a solidão, revelaram impacto significativo na sintomatologia psicopatológica.

Conclusão: A solidão subjetiva e o neuroticismo mostraram-se fatores de vulnerabilidade com impacto significativo na sintomatologia psicopatológica, sendo a solidão o principal preditor. A extroversão associou-se a menor somatização, sintomatologia depressiva e solidão subjetiva, apresentando-se como um fator protetor.

Palavras-chave: Personalidade, Sintomatologia Psicopatológica, Consumos, Substâncias Psicoativas.

Abstract

Objective: This study aimed to characterize the sociodemographic, clinical, and psychosocial characteristics of a sample of the population that uses psychoactive substances and seeks support and intervention from institutions. Another objective was to explore the relationship between personality traits and the presence of psychopathological symptoms in this population. The study also sought to analyze the impact of subjective loneliness and personality traits, particularly neuroticism, on psychopathological symptoms.

Method: The sample consisted of 98 individuals aged between 18 and 68 years (M = 39.89 SD = 14.41), with a predominance of individuals aged 53 years or older (n = 25; 25.5%). Among the participants, 58 were male (59.2%) and 40 were female (40.8%). All were assessed using a sociodemographic questionnaire, with four questions on loneliness and well-being, the Brief Symptom Inventory (BSI), and the Eysenck Personality Questionnaire – Revised (EPQ-R).

Results: The results of this study indicated that the most commonly used substances were cannabis, cocaine, and stimulants. First use occurred mainly during adolescence, in the company of friends, and the most frequent pattern of use was daily use. The sample showed high levels of neuroticism, psychoticism, and psychopathological symptoms compared to the general population, and lower levels of extroversion.

In terms of personality dimensions, neuroticism was positively associated with all domains of psychopathological symptoms, with the perception of the interference of consumption in well-being and in relationships with others, and negatively with life satisfaction. Extroversion was negatively associated with somatization, depressive symptoms, and loneliness, and positively associated with life satisfaction. Psychoticism was positively associated with anxiety.

Finally, the personality trait of neuroticism and, more significantly, loneliness, had a significant impact on psychopathological symptoms**.**

Conclusion: Subjective loneliness and neuroticism were found to be vulnerability factors with a significant impact on psychopathological symptoms, with loneliness being the main predictor. Extroversion was associated with lower somatization, depressive symptoms, and subjective loneliness, presenting itself as a protective factor.

Keywords: Personality, Psychopathological Symptomatology, Consumption, Psychoactive Substance.

ANEXOS

Anexo 1. Parecer de Comissão de Ética

APÊNDICES

Apêndice A. Consentimento Informado do Questionário

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas constitui um fenómeno com raízes milenares sendo transversal a diferentes culturas e contextos históricos. Evidências arqueológicas e documentais indicam que a utilização de compostos com propriedades que alteram a consciência remonta a cerca de 5000 a.C., sendo o cânhamo (*Cannabis sativa*) uma das substâncias mais antigas identificadas nesse âmbito. Com a evolução das sociedades e o aumento da complexidade dos sistemas culturais, verificou-se não apenas uma ampliação no número e na diversidade das substâncias consumidas, mas também uma transformação nos significados e funções atribuídos ao seu uso, que passaram a refletir práticas sociais, religiosas, recreativas e médicas, de acordo com os valores e normas vigentes em cada época (Santos & Silva, 2020).

À medida que as sociedades foram crescendo e evoluindo, o leque de substâncias com propriedades alteradoras foi igualmente aumentando. Assim, o uso de substâncias psicoativas não deve ser entendido como um fenómeno contemporâneo, mas sim como uma prática enraizada na história da humanidade em diversos períodos, que assume diferentes significados e funções de acordo com os contextos socioculturais em que se insere (Santos, 2013).

De acordo com o Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, realizado por Balsa, Vital e Urbano (2023), que analisou a evolução temporal das prevalências de consumo no período de 2001 a 2022, na população entre os 15 e os 64 anos, observou-se um aumento do consumo de canábis ao longo da vida. Entre 2017 e 2022, a prevalência passou de 11% para 12,2%. Este crescimento foi verificado em ambos os géneros: no sexo masculino, os valores aumentaram de 15,6% para 17,5%, enquanto no sexo feminino passaram de 6,6% para 7,1% (Balsa, Vital, & Urbano, 2023).

No que respeita a consumos mais recentes, verificou-se uma redução significativa. Comparando com as prevalências registadas em 2017, os resultados de 2022 apontam para uma diminuição do consumo de canábis, sobretudo no sexo feminino, em que a taxa desceu de 5,1% para 2,8%. Estes valores de 2022 aproximam-se, assim, das distribuições registadas antes de 2017 (Balsa, Vital, & Urbano, 2023).

Em contrapartida, relativamente ao consumo de ecstasy, os dados do mesmo inquérito evidenciam um aumento, ainda que ligeiro, da prevalência ao longo da vida entre 2017 e 2022, passando de 0,7% para 0,9% na população dos 15 aos 64 anos. Este crescimento foi sustentado, sobretudo, pelo aumento do consumo entre os homens, que

subiu de 1,1% para 1,6%, enquanto entre as mulheres os valores mantiveram-se estáveis (0,4%). As prevalências mais elevadas de consumo de ecstasy, contudo, foram observadas no período entre 2011 e 2017.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a droga como sendo, toda a substância que, quando introduzida no organismo independentemente da via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central (SNC). E que este uso possa ser levado à síndrome de dependência, que se caracteriza por um aglomerado de fatores comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após um repetido uso de substância, que geralmente incluem um forte desejo de consumir, tendo dificuldades em controlar o seu uso apesar das consequências nocivas (Santos, 2013). Os impactos do consumo excessivo de substâncias psicoativas são consideráveis, relativamente, à saúde pública e outros domínios.

Sanchez e Santos (2013) descrevem as substâncias psicoativas como qualquer substância que não é produzida pelo organismo, mas desenvolve alterações no funcionamento de um ou mais dos seus sistemas. Estas substâncias podem ser utilizadas com o intuito de desencadear efeitos benignos aos sujeitos como por exemplo, no tratamento de doenças, sendo estas substâncias denominadas como medicamentos. Ainda assim, há substâncias tóxicas que provocam danos à saúde mental, social e física dos indivíduos.

As principais substâncias psicoativas consumidas são utilizadas para alteração do funcionamento cerebral, e estas provocam alterações no estado mental, são conhecidas como substâncias psicoativas. Podem ser classificadas de várias formas: quanto à forma de produção/origem, ao efeito que produz e à licitude, no entanto, o consumo de substâncias psicoativas também está relacionado com aspetos culturais, sociais, de saúde individual e coletiva (Sanchez & Santos, 2013). Em relação à origem das drogas, podem ser naturais, sintéticas e semissintéticas. As naturais são as que são extraídas de substâncias de plantas ou de um componente existente na natureza. A cannabis, o ópio, os cogumelos alucinógenos e a nicotina são alguns dos exemplos de drogas naturais. No que diz respeito às drogas sintéticas, como a ecstasy, as anfetaminas, os barbitúricos, LSD, e as metanfetaminas são produzidas artificialmente em laboratórios (Sanchez & Santos, 2013). As drogas semissintéticas são todas aquelas drogas que independentemente de terem sido submetidas a um possível processo químico, continuam a ter a sua matéria-prima extraída de alguma planta ou de um outro componente natural como a heroína e o crack (Sanchez & Santos, 2013).

As substâncias podem ser classificadas, também, quanto ao efeito que estas produzem no SNC, como: as substâncias depressoras do SNC, estimulantes do SNC e perturbadoras do SNC. As substâncias depressoras produzem uma diminuição de certos sistemas específicos do SNC, onde há tendência para ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reação à dor e da ansiedade, porém, inicialmente o efeito caracteriza-se de estados de euforia, seguindo posteriormente, um aumento de sonolência. O álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, opioides, solventes e inalantes são exemplos de substâncias que são depressoras do SNC (Sanchez & Santos, 2013).

No que se refere às substâncias estimulantes, estas aumentam a atividade de sistemas neuronais específicos, que vão provocar no sujeito um estado de alerta exagerado, insónia e aceleração dos processos psíquicos. Exemplos dessas substâncias são as anfetaminas e a cocaína. As substâncias perturbadoras desencadeiam alterações em relação ao funcionamento do cérebro, que resultam em fenómenos psíquicos anormais, como delírios e alucinações. Exemplos são os alucinogénios, LSD (dietilamida do ácido lisérgico) e os anticolinérgicos (Sanchez & Santos, 2013).

O consumo de substâncias ilícitas é influenciado por diversos fatores sociais, psicológicos e individuais. É importante reconhecer que nem todos os padrões de consumo implicam necessariamente a existência de dependência. Pode tratar-se de um consumo experimental, motivado pela curiosidade ou pela pressão do grupo, de um consumo recreativo, geralmente associado a contextos de lazer. Também o uso experimental, que se caracteriza, como o próprio nome indica, a uma única experiência em que há um interesse por parte do sujeito em saber qual a sensação associada a uma determinada substância (SICAD, 2020). O uso social/ocasional, também, conhecido como consumo recreativo, define-se por um consumo numa quantidade e regularidade que não manifesta perigo para o sujeito (exemplo, quando ingere uma bebida quando está a celebrar uma data importante). O uso problemático define-se por um consumo da substância que desencadeia problemas, no que toca a nível de saúde física como mental, como também nas relações interpessoais, no emprego e potencialmente com a justiça. A definição de dependência explica-se como o consumo excessivo e continuado, independentemente de o indivíduo ter problemas graves dos quais tem consciência, associados à dependência física e psicológica de determinada substância (SICAD, 2020).

O consumo de substâncias constitui um fenómeno de natureza multifatorial, sendo amplamente analisado na literatura científica através da identificação de variáveis que

potenciam a probabilidade de uso, designados fatores de risco, e de variáveis que contribuem para a sua prevenção, conhecidas como fatores de proteção (Baltar, 2023).

Segundo Targino e Hayasida (2018), entre os principais fatores de risco associados ao consumo de substâncias destacam-se os de natureza individual, como sintomas depressivos, ansiosos, sentimentos de insegurança ou comportamentos antissociais, frequentemente acompanhados por dificuldades em manter o autocontrolo ou em lidar com processos de luto. Do ponto de vista familiar, o histórico de consumo de substâncias por parte de pais ou irmãos, bem como a presença de violência ou conflitos no seio familiar, constituem elementos relevantes. No âmbito educacional, o baixo rendimento escolar é frequentemente referido, enquanto no contexto social, fatores como estigmatização, desemprego e ausência de oportunidades de lazer assumem um papel preponderante. A estes fatores acrescem ainda a fácil disponibilidade das drogas e a influência dos meios de comunicação. Em suma, estes elementos revelam a estreita relação entre o consumo de substâncias e a presença de comorbilidades psiquiátricas

Como fatores de proteção relacionados com o consumo de substâncias, salientam-se os individuais (os vínculos significativos que construímos com as pessoas), familiares (suporte familiar e boa relação com os membros familiares), relacionais (um desempenho alto, bem como um bom relacionamento com os pares), educacionais (um desempenho alto, bem como um bom relacionamento com os pares), sociais (oportunidades de lazer, acesso à cultura e oportunidades de vida igualitárias) e por último, o conhecimento profundo sobre os efeitos das drogas a curto e a longo prazo (Woodward, 2023).

Com base nos princípios da teoria da aprendizagem social, da psicologia cognitiva e da psicologia social experimental, o modelo cognitivo-comportamental do comportamento aditivo concebe os comportamentos aditivos como padrões de hábitos hiperaprendidos e desadaptativos. Tais padrões, embora adquiridos ao longo do tempo, conduzem a consequências negativas duradouras, nomeadamente ao nível da saúde, da integração social, da autoestima, da satisfação com a vida (Aditi & Arunjyoti, 2018; Ferreira, 2008).

A satisfação com a vida é uma dimensão do Bem-Estar Subjetivo, que corresponde ao julgamento cognitivo sobre a própria vida, comparando as circunstâncias atuais com padrões pessoais de um estado ideal ou desejável (Diener, et al., 2018) e está negativamente relacionada com a dependência de substâncias psicoativas (Aditi & Arunjyoti, 2018).

Conforme já referido, a literatura científica tem evidenciado uma associação consistente entre o consumo de substâncias psicoativas e determinados traços de personalidade. O estudo *How Does Substance Use Affect Personality Development* (2020), apresenta evidências de associações moderadas entre indivíduos, estabelecendo uma relação significativa entre o uso de drogas e traços de personalidade.

A palavra 'personalidade' tem origem etimológica na palavra latina *persona*, que designava a máscara utilizada pelos atores na Grécia antiga. Este termo reflete a ideia de personalidade como uma organização interna do indivíduo, uma vez que a *persona* serve não apenas para identificar externamente o papel interpretado pelo sujeito, mas também para amplificar a sua voz, possibilitando a exteriorização dos elementos internos da sua personalidade (Cortez, 2011).

A personalidade é composta por um conjunto de características que configuram um padrão relativamente estável de funcionamento psicológico em cada indivíduo. De acordo com Ronchete (2022), os traços de personalidade correspondem a características psíquicas variáveis, porém consistentes ao longo do tempo, manifestando-se nos padrões de pensamento, nas formas de sentir e nas interações sociais estabelecidas com o meio. Estes traços encontram-se estreitamente relacionados com os comportamentos e com as experiências sociais, desempenhando um papel determinante na manutenção e satisfação das relações interpessoais e grupais.

Neste sentido, as pessoas tendem a selecionar e modificar os contextos em que se inserem e os relacionamentos que estabelecem, refletindo as suas particularidades individuais e os traços de personalidade subjacentes (Ronchete, 2022). Assim, a personalidade pode ser compreendida a partir dos comportamentos observáveis de um indivíduo, sendo constituída por um núcleo relativamente estável e por uma dimensão mais flexível e suscetível à mudança. O núcleo estável corresponde precisamente aos traços de personalidade, entendidos como tendências ou disposições consistentes que influenciam o modo como o sujeito pensa, sente e age em diferentes contextos (Eysenck, 1995).

A estabilidade dos comportamentos permite, deste modo, identificar padrões característicos de funcionamento psicológico, que refletem a individualidade de cada pessoa. Todavia, esses traços não são inteiramente fixos, podendo sofrer modificações ao longo do tempo em resposta às experiências de vida e às interações sociais, o que evidencia a natureza dinâmica e adaptativa da personalidade (Eysenck, 1995).

Os determinantes dos hábitos aditivos estão relacionados com os antecedentes situacionais e ambientais, crenças e expectativas, a história familiar e individual, experiências de aprendizagem anterior com a substância. E das consequências desses comportamentos, tanto dos efeitos reforçados que podem contribuir para aumentar o uso, quanto das consequências negativas que podem servir para inibir o comportamento (Ferreira, 2008). Nesse seguimento, na literatura constasse que os traços de personalidade podem também estar relacionados aos sintomas de abstinência por drogas, o que pode sugerir, que características individuais podem responder de forma diferenciada aos tratamentos tanto psicológicos como farmacológicos na dependência química (Ronchete, 2022).

Neste contexto, Hans Eysenck (1995), psicólogo de origem alemã, propôs que a personalidade humana pode ser compreendida a partir de três dimensões fundamentais: neuroticismo, extroversão e psicoticismo. O neuroticismo refere-se à dimensão do afeto negativo, caracterizada por maior suscetibilidade emocional, tendência à preocupação excessiva, baixa autoestima, sentimentos de culpa, timidez, estados depressivos, ansiedade, medo e tristeza. Esta dimensão inclui ainda aspetos relacionados com impulsividade e irritabilidade. A extroversão, por sua vez, corresponde à dimensão do afeto positivo, refletindo a inclinação para a sociabilidade, vivacidade, otimismo, assertividade e capacidade de expressar entusiasmo. Já o psicoticismo descreve um padrão de funcionamento marcado por agressividade, baixa empatia, egocentrismo, desajustamento social, desconfiança, hostilidade e motivações pouco relacionadas com o afeto (Almiro & Simões, 2016). O instrumento EPQ-R corresponde a estas três dimensões fundamentais, este instrumento irá ser alvo de uma análise mais aprofundada na descrição dos instrumentos utilizados nesta investigação (Almiro & Simões, 2016).

Um dos perfis relacionados ao consumo de substâncias, é caracterizado pelo alto neuroticismo, baixa auto-estima, locus de controlo externo, baixa afabilidade, envolve depressão, ansiedade e outras facetas que contribuem para nomear um conjunto associado a sentimentos de infelicidade e de auto-desvalorização (Kroencke, 2020). O neuroticismo, está associado à predisposição do indivíduo para vivenciar estados emocionais negativos, refletindo níveis crónicos de desajustamento e instabilidade emocional. Sujeitos com pontuações elevadas nesta dimensão tendem a interpretar o mundo de forma negativa e demonstram maior vulnerabilidade a experimentar sofrimento psicológico, incluindo ansiedade, sintomas depressivos, baixa tolerância interpessoal, impulsividade acentuada, sentimentos de pânico e maior suscetibilidade ao desenvolvimento de comportamentos

dependentes. Em contrapartida, indivíduos com baixos níveis de neuroticismo caracterizam-se por maior estabilidade emocional, apresentando respostas mais adaptativas perante situações adversas (McCrae & Costa, 1997).

Segundo Zeighami et al. (2021), níveis mais altos de Neuroticismo são preditores do consumo de drogas e indivíduos com níveis mais altos de Neuroticismo apresentam maior probabilidade de se envolverem no consumo de substâncias.

De acordo com o estudo *Disentangling Psychopathology, Substance Use and Dependence* (Delgadillo, 2016), os indivíduos com perturbações por uso de substâncias e comorbidade de perturbações mentais comuns apresentam um padrão característico de sintomas psicológicos e comportamentais. Estes sujeitos frequentemente demonstram preocupação excessiva com a possibilidade de não consumir a substância, o que desencadeia um desejo intenso de uso (craving), associado a dificuldades em relaxar, sentimentos persistentes de inquietação e episódios recorrentes de ruminação. A ruminação, caracterizada pelo pensamento negativo perseverante, contribui para a intensificação do humor depressivo e ansioso, consolidando um ciclo de sofrimento psicológico que perpetua a manutenção do comportamento aditivo. Com o decorrer do tempo, a sensação de "satisfação" e de "prazer" inicialmente associada ao consumo de substâncias tende a diminuir, sendo progressivamente substituída por experiências negativas, frequentemente acompanhadas por sentimentos de culpa. À medida que o prazer associado ao consumo desaparece, este comportamento deixa de ser uma fonte de gratificação e transforma-se num hábito, favorecendo o desenvolvimento de padrões comportamentais compulsivos e impulsivos (Grant, 2010). Este fenómeno verifica-se porque o indivíduo, ao utilizar o consumo de substâncias como um mecanismo de alívio ou regulação de estados depressivos, tende a desenvolver um padrão de dependência que, de forma paradoxal, agrava os próprios sintomas depressivos (Guimarães & Fleming, 2009). Entre consumidores habituais, a exposição prolongada às substâncias está frequentemente associada ao aumento da tolerância, à manifestação de sintomas de abstinência, ao agravamento do humor depressivo e à possível ocorrência de delírios, culminando num comportamento caracterizado pela obsessão com a substância e pelo consumo compulsivo (Sanabria et al., 2002).

O estudo Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), refere o alto índice de comorbidades psiquiátricas em indivíduos que usam substâncias, destacando-se as perturbações depressivas e ansiosas. Os sentimentos negativos sobre si, a redução de satisfação nas atividades diárias e o humor deprimido afetam diretamente a qualidade de

vida do indivíduo. A circunstância do consumo abusivo de substâncias psicoativas conduz muitas vezes ao afastamento do sujeito dos seus significativos e à deterioração das redes o que pode conduzir a sentimentos de solidão (Buecker et al., 2020; Chen et al., 2021). A solidão subjetiva é uma experiência psicológica negativa que surge quando as necessidades de relação interpessoal e de intimidade não são satisfeitas, sendo geralmente acompanhada por emoções negativas (Weiss, 1973). Em pessoas com histórico de consumos abusivos, a solidão subjetiva é mais frequente do que na população geral e associa-se a piores indicadores de saúde mental, nomeadamente depressão e ansiedade, contribuindo para maior sofrimento psicológico (Chen et al., 2021).

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral traçar o perfil da população consumidora de substâncias psicoativas que recorre a instituições de apoio e intervenção a consumidores.

De forma mais específica, pretende-se explorar a relação entre o consumo de substâncias psicoativas e a sintomatologia psicopatológica e os traços de personalidade. Além disso, propõe-se analisar o impacto da solidão subjetiva e dos traços de personalidade, com especial ênfase no neuroticismo, na sintomatologia psicopatológica dos consumidores.

Materiais e Métodos

Procedimentos

O protocolo de avaliação começou a ser desenvolvido em novembro de 2024. Inicialmente, foi solicitada, por e-mail, a autorização para a utilização, aos autores das validações portuguesas, dos seguintes instrumentos: *Brief Symptom Inventory* (BSI; Canavarro et al.; 2017); *Eysenck Personality Questionnaire - Revised* (Almiro, 2013; Almiro, & M.R. Simões, 2007; EPQ-R).

Para cumprir os pressupostos éticos e deontológicos de qualquer investigação, este estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga (Parecer CE-P07-24).

Após a obtenção das autorizações, os instrumentos foram colocados na plataforma *Google Forms*, juntamente com um questionário sociodemográfico, que permitiu obter informações sobre as características sociodemográficas dos participantes.

Foi elaborado um consentimento informado, anexado no *Google Forms*, no qual foram explicados os objetivos, procedimentos e objetivos do estudo. Dessa forma, os participantes, devidamente informados puderam compreender a finalidade do estudo e responder de forma voluntária.

A recolha de dados ocorreu entre janeiro e abril de 2025. As respostas recolhidas, foram convertidas para um documento Excel e, posteriormente, transferidas para uma base de dados do Programa Estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS *Statistics*; versão 29.0) e JASP (versão 0.18.3).

Os dados recolhidos serão armazenados até cinco anos após o término da investigação, em bases de dados encriptadas do programa IBM SPSS *Statistics,* com uma chave de segurança conhecida apenas pela equipa de investigadores.

Participantes

A amostra considerada no presente estudo foi constituída por 98 indivíduos consumidores de substâncias psicoativas, acompanhados em regime ambulatório. A recolha de dados decorreu em diferentes instituições de apoio e tratamento, designadamente no Centro de Respostas Integradas (CRI) de Coimbra, na Cáritas Diocesana de Coimbra – Comunidade Farol, na Casa Abrigo Padre Américo (Coimbra) e nas Casas de Santiago (Belmonte). O processo de recolha foi realizado presencialmente nas três primeiras instituições referidas, enquanto na Comunidade Casas de Santiago a participação ocorreu por via online, de forma a garantir a inclusão de diferentes contextos de intervenção. Importa sublinhar que todos os procedimentos obedeceram aos princípios éticos de investigação em ciências sociais e da saúde, assegurando o respeito pela confidencialidade dos dados e pela integridade dos participantes. Adicionalmente, foi fornecida uma explicação detalhada acerca dos objetivos do estudo e do carácter voluntário da participação, sendo obtido o consentimento informado de todos os participantes antes do início da recolha.

Para a participação no estudo, foram definidos como critérios de inclusão: os participantes serem consumidores de substâncias psicoativas, terem idade igual ou superior a 18 anos e terem concordado com o consentimento informado. Foram excluídos do estudo três indivíduos, resultando na amostra final de 98 participantes. As exclusões ocorreram porque dois sujeitos não tinham nacionalidade portuguesa e um deles tinha idade inferior a 18 anos.

A amostra do estudo contou com 98 participantes com idades compreendidas entre os 18 e 68 anos. A maioria dos participantes era do sexo masculino (*n* = 58; 59,2%) e com idades compreendidas entre os 53 ou mais anos (*n* = 25; 25,5%) com uma média de 39,89 anos (*DP* = 14,41).

Em relação ao estado civil, observou-se que a maior parte dos participantes eram solteiros (*n* = 67; 68,4%) ou divorciados (*n* = 18; 18,4%).

Quanto às habilitações literárias, a maioria dos participantes frequentou o ensino secundário (*n* = 27; 27,6%) e todos têm níveis de escolaridade iguais ou superiores ao 2º ciclo.

No que concerne à situação face ao trabalho, a maioria encontrava-se desempregada (*n* = 45; 45,9%). Em relação à profissão e de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2010), as respostas maioritárias foram "Trabalhadores não qualificados" (*n* = 23; 23,5%), "Trabalhadores qualificados na indústria" (*n* = 9; 9,2%).

As características sociodemográficas podem ser consultadas na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

		n	%
Sexo	Masculino	58	59,2
	Feminino	40	40,8
Idade (*M* =39,89 *DP* = 14,41)	18 a 22 anos	15	15,3
	23 a 32 anos	19	19,4
	33 a 42 anos	21	21,4
	43 a 52 anos	18	18,4
	53+	25	25,5
Estado Civil	Solteiro	67	68,4
	Casado/a ou União de Facto	11	11,2
	Divorciado/a ou separado/a	18	18,4
	Viúvo/a	2	2
Habilitações Literárias	1º Ciclo	7	7,1
	2º Ciclo	10	10,2
	3º Ciclo	26	26,5
	Secundário	27	27,6
	Licenciatura	21	21,4
	Mestrado	7	7,1
Situação face ao trabalho	Empregado/a	34	34,7
	Desempregado/a	45	45,9
	Reformado/a	2	2
	Estudante	12	12,2
	Trabalhador/a Estudante	5	5,1

Notas: *n* = número de sujeitos; *M*= média; *DP* = Desvio Padrão

Conforme indicado na Tabela 2, a maior parte dos participantes mencionou que os tipos de substâncias mais consumidas foram várias (canábis, estimulantes, cocaína, heroína, esteroides e fármacos (*n* = 48; 49,0%) e, em relação ao tipo de bebida mais consumida foram igualmente várias (cerveja, vinho e bebidas destiladas; *n* = 54; 55,1%).

Evidencia também que, para a maioria dos participantes, o primeiro consumo ocorreu em contexto de pares, nomeadamente com amigos (*n* = 80; 81,6%). Relativamente ao padrão de consumo, observa-se uma predominância da frequência diária, reportada pela maioria dos participantes (*n* = 53; 54,1%).

A idade média do primeiro consumo foi de 15,69 anos (*DP* = 4,85).

Tabela 2

Caracterização dos consumos das substâncias psicoativas (n=98)

		n	**%**
Tipo de substância que consome	Cannabis	15	15,3
	Cocaína	1	1
	Heroína	1	1
	Cogumelos Mágicos	1	1
	Não consumo	32	32,7
	Vários	48	49
Tipo de bebida que consome	Cerveja	7	7,1
	Vinho	10	10,2
	Bebidas destiladas	9	9,2
	Não consumo	18	18,4
	Vários	54	55,1
Com quem foi o primeiro consumo	Amigos	80	81,6
	Colegas da escola	2	2
	Familiares	6	6,1
	Companheiro/a	2	2
	Sozinho/a	8	8,2
Como é o padrão de consumo	Todos os dias	53	54,1
	Uma vez por semana	19	19,4
	Em festividades	15	15,3
	Consumo esporádico	8	8,2
	Não consumi	3	3,1

n=número de sujeitos

Instrumentos

Foi utilizado um formulário de consentimento informado e um questionário sociodemográfico e algumas questões sobre a solidão percebida e o bem-estar. Utilizaram-se, também, os seguintes instrumentos de avaliação, traduzidos e validados para a população portuguesa, pelos respectivos autores: o *Brief Symptom Inventory* (BSI) validação portuguesa de Canavarro et al. (2017); *Eysenck Personality Questionnaire - Revised* (EPQ-R) validação portuguesa de Almiro e Simões (2007).

Consentimento Informado

Esclareceu os objetivos do estudo e procedimentos éticos, para que todos os participantes concordassem em participar de forma informada e voluntária.

Questionário de dados sociodemográfico e clínicos

O questionário sociodemográfico foi utilizado com o objetivo de recolher informações detalhadas acerca das características dos participantes do estudo, proporcionando uma compreensão mais abrangente do seu perfil. Este instrumento foi estruturado em duas secções distintas.

A primeira secção destinou-se a caracterizar a amostra, contemplando variáveis como sexo, idade, estado civil, área de residência, composição do agregado familiar, nível de escolaridade, situação profissional, ocupação, rendimento médio mensal e classe social.

A segunda secção concentrou-se na obtenção de informações relacionadas aos padrões de consumo de substâncias. Foram incluídas questões sobre o tipo de substância utilizada, idade ao primeiro consumo, contexto do primeiro consumo, padrão de consumo.

Foram incluídas quatro escalas complementares, cada uma composta por uma única questão, com uma escala numérica de 0 a 10. Esta métrica foi utilizada como medida de autorrelato, em que o valor 0 correspondia à ausência de perceção ou interferência ("não interfere/não sente"), enquanto o valor 10 refletia o grau máximo de impacto ou intensidade percebida ("interfere muito/sente, muito"). As quatro escalas incluíram dimensões relevantes para a compreensão da experiência subjetiva dos participantes no contexto do consumo de substâncias ilícitas: Interferência dos consumos nas relações interpessoais, para avaliar em que medida os participantes percecionavam que o consumo afetava a qualidade das suas relações sociais e familiares. Interferência dos consumos no bem-estar, para analisar o impacto percebido do consumo no bem-estar físico, psicológico e emocional. Sentimento de solidão, para investigar a frequência e a intensidade da solidão sentida na última semana. Satisfação com a vida, onde se pretendeu o nível de satisfação global com a vida no momento da avaliação.

Estas medidas são de carácter exploratório, sem validação formal e visaram complementar os instrumentos psicométricos principais, permitindo captar indicadores subjetivos de impacto interpessoal, emocional e de bem-estar associados ao consumo de substâncias.

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 2001; tradução e adaptação portuguesa de Canavarro et al. (2017).

O *Brief Symptom Inventory* foi desenvolvido com o propósito de avaliar o mal-estar psicológico. Para este estudo, utilizou-se uma versão de 18 itens, desenvolvida por Derogatis em 2001 e derivado do BSI-53 (1983) e do SCL-90-R (1977), ambos desenvolvidos pelo mesmo autor.

Na versão utilizada neste estudo, o autor considerou que as perturbações mais prevalentes na população geral, tanto na comunitária, como na clínica, eram de natureza Ansiosa e/ou Depressiva. Por isso, o BSI distribuiu-se por três subescalas: Depressão, Ansiedade e Somatização, cada uma delas composta por seis itens.

A subescala Somatização (itens 1, 4, 7, 10, 13 e 16) estava relacionada com a avaliação do mal-estar, associado a manifestações dos sistemas regulados automaticamente, como o gastrointestinal e o cardiovascular.

A subescala Depressão (itens 2, 5, 8, 11, 14 e 17) focou nos sintomas fundamentais das perturbações depressivas, como anedonia, humor disfórico, desesperança e ideação suicida.

A subescala Ansiedade (itens 3, 6, 9, 12, 15 e 18) inclui sintomas característicos de estados de pânico, como agitação motora, apreensão, nervosismo e tensão.

Os participantes avaliaram a intensidade (de 0 = "Nada" a 4 = "Extremamente"), com que experimentaram essas manifestações de Sintomatologia Psicopatológica nos últimos sete dias. A soma das pontuações dos itens de cada subescala resultou no Índice de Gravidade Global (IGG), que refletiu o nível de mal-estar psicológico do sujeito. As pontuações variaram entre 0 e 72, sendo que pontuações mais altas indicaram uma maior presença de Sintomatologia Psicopatológica.

Para verificar a validade do BSI, Derogatis (2001) encontrou coeficientes de correlação entre 0,91 e 0,96, demonstrando uma sólida validade do construto. No estudo de validação os alfas obtidos para as subescalas foram de 0,80 para Somatização, 0,86 para a Depressão, 0,80 para a Ansiedade e 0,92 para Índice de Gravidade Global.

Neste estudo obtiveram-se os seguintes valores de consciência interna: 0,81 para a Somatização, 0,77 para a Depressão, 0,79 para a Ansiedade e 0,92 para o Índice de Gravidade Global, o que resultou de uma boa consistência interna.

Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R; Eysenck 1985; tradução e adaptação portuguesa de Almiro, & M.R. Simões 2007).

O *Eysenck Personality Questionnaire - Revised* é um instrumento de avaliação da personalidade, usado em diversos contextos, clínico, forense, saúde, militar, organizacional e educacional.

A versão usada neste estudo, foi a versão portuguesa que é constituída por 70 itens, dicotómicos (Sim/Não) pretende avaliar quatro subescalas fundamentais da personalidade: Psicoticismo (P), Extroversão (E), Neuroticismo (N) e a subescala da Mentira/Desejabilidade Social (L).

Nesta escala os itens foram cotados de modo direto ou inverso, distribuídos por quatro subescalas: P (9 itens), E (20 itens), N (23 itens), e a subescala L (18 itens).

A subescala do Psicoticismo (itens 6, 13, 24, 35, 40, 48, 54, 63, 69) inclui os sujeitos que são criativos, egocêntricos, pouco empáticos, desconfiados, rígidos, desajustados, impulsivos, hostis e agressivos.

A subescala Extroversão (itens 1, 2, 4, 8, 10, 16, 19, 27, 32, 34, 36, 39, 43, 45, 52, 55, 56, 64, 66, 70) focou-se na personalidade extrovertida, incluindo traços como a sociabilidade, vivacidade, atividade, assertividade, dominância, espontaneidade, espírito de aventura, otimismo. E por outro lado a personalidade introvertida, reunindo traços como a cautela, introspeção, inibição, baixa sociabilidade e pessimismo.

A subescala Neuroticismo (3, 5, 9, 11, 15, 18, 21, 23, 25, 29, 31, 33, 37, 42, 44, 47, 50, 57, 58, 60, 62, 65, 67) foi relacionada com personalidade neurótica ou emocionalmente instável, que engloba traços como a emotividade, ansiedade, depressão, hiper-preocupação, irritabilidade fácil, sentimentos de culpa, baixa auto-estima, timidez, entre outros. E igualmente a personalidade estável, que se caracteriza pelos traços como a serenidade, controlo, boa disposição e entre outros.

A subescala Mentira/Desejabilidade Social (7, 12, 14, 17, 20, 22, 26, 28, 30, 38, 41, 46, 49, 51, 53, 59, 61, 68) constitui um elemento essencial na apreciação da personalidade do sujeito e do seu nível de sinceridade a responder ao questionário. Tratou-se de uma subescala de validade.

No estudo de validação, os coeficientes alfa de Cronbach reportados foram de 0,55 para Psicoticismo, 0,83 para Extroversão, 0,87 para Neuroticismo e 0,78 para Mentira/Desejabilidade Social, refletindo níveis distintos de consistência interna entre as subescalas.

Na presente investigação, os valores obtidos foram de 0,74 para Psicoticismo, 0,87 para Extroversão, 0,89 para Neuroticismo e 0,82 para Mentira/Desejabilidade Social. Estes resultados evidenciam uma boa consistência interna do instrumento.

Análise Estatística

Para realizar o tratamento e a análise estatística dos dados obtidos, recorreu-se aos programas informáticos *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS *Statistics;* versão 29.0) e JASP (versão 0.18.3). Este estudo foi transversal e a amostragem, de 98 participantes já caracterizados anteriormente, foi não probabilística, por bola de neve. Inicialmente, recodificaram-se as variáveis da idade, estado civil e situação face ao trabalho, para facilitar as análises estatísticas. Em seguida, procedeu-se à aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, com o objetivo de analisar a distribuição da amostra, tendo os resultados indicado uma distribuição normal dos dados. Considerando que a amostra era composta por mais de 30 participantes e garantida a normalidade da distribuição, optou-se pela utilização de métodos estatísticos paramétricos.

Posteriormente, realizou-se a análise da confiabilidade interna dos instrumentos aplicados, através do cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. A interpretação dos valores obtidos baseou-se nos critérios propostos por Pestana e Gageiro (2014), segundo os quais o alfa deve apresentar um valor positivo, variando entre 0 e 1. Assim, valores de α superiores a 0,90 indicam consistência interna muito boa; entre 0,80 e 0,90, consistência boa; entre 0,70 e 0,80, consistência razoável; entre 0,60 e 0,70, consistência fraca; e valores inferiores a 0,60 são considerados inadmissíveis.

Para caracterizar a amostra, foram calculadas as frequências absolutas e percentuais, bem como uma análise descritiva dos instrumentos utilizados.

Em seguida, realizou-se uma análise comparativa das médias e desvios-padrão entre os grupos das dimensões, os instrumentos utilizados e as respetivas subescalas, considerando variáveis como o sexo e a idade dos participantes. Para analisar as diferenças entre grupos foram utilizados o teste t-*Student* para amostras independentes e a Análise de Variâncias (ANOVA). Ainda para esse cálculo, foram calculados os tamanhos do efeito com *d* de Cohen e eta-quadrado (η^2). Seguidamente, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson para analisar as associações entre as escalas BSI, EPQ-R e as escalas complementares. Para classificar as correlações, foram utilizados os critérios de Pestana e Gageiro (2014): correlações muito baixas apresentam um *r* inferior a 0,19, correlações baixas têm um *r* entre 0,20 e 0,39, correlações moderadas apresentam um *r* entre 0,40 e 0,69 e correlações altas têm um *r* entre 0,70 e 0,89.

Por fim, procedeu-se a uma análise de regressão linear entre o Neuroticismo (EPQ-R), a solidão subjetiva e a sintomatologia psicopatológica medida pelo BSI. O objetivo consiste em identificar e determinar uma função que descreva a relação existente

entre as variáveis em análise, permitindo a estimativa da variável dependente com base em valores específicos da variável independente (Ferreira, 2013).

Resultados

Análise Descritiva

Relativamente às quatro questões incluídas no questionário sociodemográfico, destinadas a avaliar a solidão e o bem-estar, a primeira questão foi: *"Numa escala de 0 a 10, quanto sente que os consumos interferem na sua relação com os outros?"*. Os resultados indicaram uma média de 4,71 (*DP* = 3,83). Verificou-se que 50% dos participantes situaram-se acima da pontuação 5, enquanto 48,8% ficaram abaixo desse valor. Destaca-se a categoria 0, escolhida por 28,6% dos respondentes, apresentando uma ausência de perceção da interferência dos consumos nas relações interpessoais.

A segunda questão foi: *"Numa escala de 0 a 10, quanto sente que os consumos interferem no seu bem-estar?"* onde se obteve uma média de 5,66 (*DP* = 3,73) em que 40,7% dos participantes atribuíram valores iguais ou superiores a 5, enquanto 49,2% pontuaram abaixo. A maior concentração de respostas ocorreu na categoria 0, com 22,4% da amostra.

Em seguida, foi apresentada a questão: *"Numa escala de 0 a 10, quanto se sentiu sozinho(a) na última semana?"*. A média encontrada foi de 4,87 (*DP* = 3,71). Observou-se que 44,9% dos participantes pontuaram entre 5 e 10, enquanto 55% situaram-se entre 0 e 4. Mais uma vez, a categoria 0 apresentou a maior frequência (26,5%), indicando ausência de sentimentos de solidão na última semana para uma parte relevante da amostra.

Por fim, a quarta questão avaliou a satisfação com a vida: *"Numa escala de 0 a 10, assinale o quão satisfeito(a) se sente com a sua vida neste momento"*. Os resultados revelaram uma média de 5,87 (*DP* = 2,56). Nesta escala, 65,3% dos participantes atribuíram pontuações iguais ou superiores a 5, enquanto 34,7% situaram-se abaixo desse valor. A categoria mais prevalente foi a 7, com 39,8% das respostas, indicando uma tendência moderadamente positiva na perceção de satisfação com a vida.

Na Tabela 3, é possível observar a análise descritiva dos instrumentos BSI-18 e EPQ-R.

Para a análise estatística recorreram-se a dois testes paramétricos, a ANOVA, aplicada às variáveis idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral, e o teste *t* de Student, utilizado na análise da variável Sexo.

Os resultados mostraram que na Sintomatologia Psicopatológica (BSI), a subescala que apresentou uma média mais alta foi a Depressão (M = 7,69; *DP* = 4,88), seguida da Somatização (*M* = 7,38; *DP* = 4,86) e, por último, da Ansiedade (*M* = 4,90; *DP* = 4,43). Verificaram-se, igualmente, os valores do Índice de Gravidade Global, indicados pelo IGG (*M* = 19,98; *DP* = 13,17).

Na escala de Personalidade (EPQ-R), foi possível perceber que o Neuroticismo (*M* = 14,04; *DP* = 3,54) apresentou a média mais elevada, seguida da Extroversão (*M* = 11,32; *DP* = 3,27) e, por último, o Psicoticismo (*M* = 3,19; *DP* = 1,31).

Tabela 3

Análise Descritiva dos Instrumentos

Instrumentos	Subescalas	*M*	*DP*	*MÍN*	*MÁX*	*MÍN -MÁX POSSÍVEL*	*MPOMP (%)*
BSI	Índice Gravidade Global	19,98	13,17	0	52	0-72	-
	Somatização	7,38	4,86	0	20	0-24	-
	Depressão	7,69	4,88	0	19	0-24	-
	Ansiedade	4,90	4,43	0	16	0-24	-
EPQ-R	Psicoticismo	3,19	1,31	0	7	0-9	35,4
	Extroversão	11,32	3,27	4	18	0-20	56,5
	Neuroticismo	14,0	3,54	3	22	0-23	60,9

Notas: *n*= 98; *M*= Média; *DP*= Desvio Padrão; *Mín* = Mínimo; *Máx* = Máximo; MPOMP (%) = Média Ponderada [(*M – MIN possível*) / (*MAX possível – MIN possível*)] x 100 ; BSI-18= Brief Symptom Inventory ; EPQ-R = Eysenck Personality Questionnaire – Revised;

Comparações Sociodemográficas

A Tabela 4 apresenta a comparação das subescalas do BSI em função das variáveis sociodemográficas, nomeadamente, a idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional.

No que respeita à idade, a ANOVA não evidenciou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas avaliadas.

Relativamente ao sexo, o teste *t* de Student identificou diferenças estatisticamente significativas apenas na subescala de Ansiedade (t = -2,40 ; p = 0,02). Ainda assim, importa salientar que, apesar de a significância estatística se ter verificado apenas nesta dimensão, em todas as subescalas as mulheres apresentaram médias superiores às dos homens.

Quanto ao estado civil, o teste t de Student não revelou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. Do mesmo modo, relativamente às variáveis nível de escolaridade e situação profissional, a ANOVA não identificou diferenças estatisticamente significativas nas subescalas em análise.

Tabela 4

Comparação do BSI entre grupos definidos Variáveis Sociodemográficas (N=98)

		Somatização		**Depressão**		**Ansiedade**		**IGG**	
		M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
Idade	18-22 anos	4,93	4,06	6,07	3,39	3,33	3,92	14,33	10,36
	23-32 anos	8,78	6,09	9,42	5,82	6,11	5,45	24,32	16,78
	33-42 anos	6,85	3,71	7,67	4,54	5,29	4,35	19,81	11,50
	43-52 anos	7,06	5,16	7,06	5,38	4,72	3,91	18,83	13,69
	53+ anos	8,48	4,57	7,84	4,71	4,76	4,29	21,08	12,14
ANOVA (F; η^2)		(1,81^{NS};0,07)		(1,01^{NS};0,05)		(0,87^{NS};0,04)		(1,21^{NS};0,05)	
Sexo	Masculino	7,10	4,81	7,31	4,73	4,03	3,67	18,44	12,10
	Feminino	7,80	4,96	8,25	5,10	6,17	5,14	22,23	14,45
Teste *t (t;d)*		(-0,61^{NS}; 0,49)		(-0,94^{NS};0,35)		(-2,40*;0,49)		(-1,40^{NS};0,16)	
Estado civil	Sem companheiro	7,66	4,91	7,95	4,73	5,00	4,52	20,61	13,11
	Com companheiro	5,27	4,05	5,64	5,84	4,81	3,87	15,01	13,26
Teste *t (t;d)*		(1,54^{NS}; 0,49)		(1,49^{NS}; 0,48)		(0,58^{NS}; 0,18)		(1,31^{NS}; 0,42)	
Habilitações Literárias	1º Ciclo	6,14	4,45	7,57	4,69	4,29	3,04	18,00	11,21
	2º Ciclo	7,90	5,02	5,90	3,87	3,90	3,67	17,7	11,27
	3º Ciclo	8,46	4,75	8,08	4,91	4,77	4,43	21,31	12,91
	Secundário	7,37	4,47	8,52	5,10	5,26	4,32	21,15	13,08
	Licenciatura	7,24	5,18	7,57	5,24	5,81	5,20	20,62	15,02
	Mestrado	4,43	6,11	6,14	4,95	3,43	5,29	14,00	15,2
ANOVA (F; η^2)		(0,88^{NS}; 0,05)		(0,59^{NS}; 0,03)		(0,49^{NS}; 0,03)		(0,47^{NS}; 0,03)	
Situação Face ao Trabalho	Desempregado ou Reformado	8,57	4,38	8,43	4,21	5,21	4,22	22,21	11,44
	Empregado	6,82	4,85	7,47	5,75	5,26	4,88	19,56	14,92
	Estudante	5,24	4,86	6,12	4,59	3,12	3,89	14,47	12,98
ANOVA (F; η^2)		(3,46^{NS};0,07)		(1,46^{NS}; 0,03)		(1,61^{NS}; 0,04)		(2,29^{NS}; 0,05)	

Notas: BSI = Brief Symptom Inventory*;* IGG = Índice de Gravidade Global; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; *F* = ANOVA; η^2= eta do quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *t* = teste *t-Student*; *d* = d de Cohen; **p*<0,05; ***p*<0,01; ****p*<0,001; $_{NS}$ Não significativo.

A Tabela 5 apresenta a comparação das subescalas do EPQ-R em função das variáveis sociodemográficas, da idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e situação profissional. Para a análise estatística recorreram-se a dois testes paramétricos, a ANOVA, aplicada às variáveis idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral, e o teste t de Student, utilizado na análise da variável sexo.

No que respeita à idade, a ANOVA não evidenciou diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das subescalas. De forma semelhante, relativamente ao sexo, o teste t de Student não revelou diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas subescalas avaliadas.

No que concerne ao estado civil, às habilitações literárias e à situação profissional também não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões analisadas.

Tabela 5

Comparação do EPQ-R entre grupos definidos Variáveis Sociodemográficas (N=98)

		Neuroticismo		**Extroversão**		**Psicoticismo**	
		M	*DP*	*M*	*DP*	*M*	*DP*
Idade	18-22 anos	14,13	5,73	12,06	4,93	0,60	0,91
	23-32 anos	14,05	5,84	11,42	4,79	2,05	2,01
	33-42 anos	15,90	6,12	12,52	3,85	1,95	2,22
	43-52 anos	15,61	6,04	11,61	4,86	0,56	0,70
	53+ anos	15,68	5,90	9,80	6,32	1,92	2,08
ANOVA (F;η²)		(0,43^{NS};0,02)		(0,87 ^{NS} ;0,04)		(3,35 ^{NS};0,13)	
Sexo	Masculino	15,48	5,95	11,64	5,41	1,48	1,96
	Feminino	14,70	5,85	11,00	4,63	1,53	1,75
Teste *t* (*t;d*)		(0,64^{NS}; 0,13)		(0,61^{NS};0,13)		(-0,11 ^{NS};0,02)	
Estado civil	Sem companheiro	15,31	5,48	11,33	5,18	1,49	1,89
	Com companheiro	14,00	8,80	11,73	4,45	1,55	1,75
Teste *t* (*t;d*)		(0,69 ^{NS}; 0,22)		(-0,24 ^{NS}; -0,08)		(-0,09 ^{NS}; 0,03)	
Habilitações Literárias	1º Ciclo	13,57	6,62	14,42	4,36	1,14	0,90
	2º Ciclo	14,20	5,29	11,80	4,96	0,80	0,78
	3º Ciclo	17,76	5,21	13.00	5,31	1,80	2,21
	Secundário	15,56	5,93	11,51	5,05	2,00	2,09
	Licenciatura	13,90	5,69	13,71	4,12	1,14	1,77
	Mestrado	10,71	6,26	12,57	2,82	0,86	1,21
ANOVA (F; η²)		(2,33 ^{NS}; 0,11)		(0,79 ^{NS}; 0,04)		(1,19 ^{NS}; 0,06)	
Situação Face ao Trabalho	Desempregado ou Reformado	16,17	5,70	11,19	5,16	1,42	2,02
	Empregado	14,47	6,26	10,91	5,17	1,64	1,76
	Estudante	13,76	5,90	12,82	4,72	1,50	1,87
ANOVA (F; η²)		(1,41 ^{NS};0,03)		(0,71^{NS}; 0,02)		(0,16^{NS}; 0,00)	

Notas: EPQ-R: *Eysenck Personality Questionnaire – Revised;M*= Média; *DP*= Desvio Padrão; *F* = ANOVA; η² = eta do quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados); *t*= teste *t-Student*; *d*= d de Cohen; **p*<0,05; ***p*<0,01; ****p*<0,001; $_{NS}$ Não significativo.

A Tabela 6 apresenta as correlações de *Pearson* entre as principais variáveis do estudo. Verificaram-se correlações elevadas e estatisticamente significativas entre as subescalas do *BSI*. A Somatização correlacionou-se de forma positiva com a Depressão ($r = 0,85$; $p < 0,001$), a Ansiedade ($r = 0,76$; $p < 0,001$) e o Índice Global de Gravidade (IGG) ($r = 0,94$; $p < 0,001$). De igual modo, a Depressão correlacionou-se fortemente com a Ansiedade ($r = 0,76$; $p < 0,001$) e com o IGG ($r = 0,94$; $p < 0,001$), enquanto a

Ansiedade apresentou igualmente uma associação robusta com o IGG (r = 0,90; p < 0,001). Estes resultados confirmam a elevada consistência interna do instrumento e a sobreposição entre as dimensões de sintomatologia.

No que se refere às dimensões de personalidade, o Neuroticismo apresentou correlações positivas e estatisticamente significativas com a Somatização (r = 0,49 ; p < 0,001), a Depressão (r = 0,52 ; p < 0,001), a Ansiedade (r = 0,42; p < 0,001) e o IGG (r = 0,52; p < 0,001). A Extroversão apresentou correlações significativas e negativas com a Somatização (r = -0,21 ; p < 0,05), com a Depressão (r = -0,24 ; p < 0,05) e com a Solidão (r = -0,31 ; p < 0,01), mas demonstrou uma correlação positiva com a satisfação com a vida (r = 0,44 ; p < 0,001). O Psicoticismo apresentou uma correlação positiva com a Ansiedade (r = 0,22 ; p < 0,05).

Relativamente às escalas complementares, verificou-se que a perceção de interferência dos consumos nas relações interpessoais apresentou correlações positivas com a Somatização (r = 0,28 ; p < 0,01), Depressão (r = 0,26 ; p < 0,01), Ansiedade (r = 0,28 ; p < 0,01) e IGG (r = 0,30 ; p < 0,01). O impacto dos consumos no bem-estar revelou correlações significativas com a Somatização (r = 0,27 ; p < 0,01), Depressão (r = 0,21; p < 0,05), IGG (r = 0,24; p < 0,05) e Neuroticismo (r = 0,26 ; p < 0,01), além de uma associação muito forte com a interferência dos consumos nas relações (r = 0,61 ; p < 0,001).

O sentimento de solidão mostrou correlações positivas com a Somatização (r = 0,54 ; p < 0,001), Depressão (r = 0,49; p < 0,001), Ansiedade (r = 0,25 ; p < 0,05) e IGG (r = 0,46 ; p < 0,001). Verificou-se também uma correlação positiva com o Neuroticismo (r = 0,39 ; p < 0,001), com a perceção do impacto dos consumos no bem-estar (r = 0,36 ; p < 0,001). Apresentou uma correlação negativa com Psicoticismo (r = -0,31 ; p < 0,001).

Por fim, a satisfação com a vida revelou correlações negativas com a Somatização (r = -0,31 ; p < 0,01), Depressão (r = -0,37 ; p < 0,001) e IGG (r = -0,29 ; p < 0,01), com o neuroticismo (r = -0,21 ; p < 0,05). bem como com a solidão (r = -0,35 ; p < 0,001) e uma correlação positiva com a extroversão (r = 0,44 ; p < 0,001).

Tabela 6

Correlações de Pearson entre as principais variáveis

Instrumentos	Subescalas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
BSI	1.Somatização	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	2.Depressão	0,85***	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	3. Ansiedade	0,76***	0,76***	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	4.IGG	0,94***	0,94***	0,90***	–	–	–	–	–	–	–	–
EPQ-R	5.Neuroticismo	0,49***	0,52***	0,42***	0,41***	–	–	–	–	–	–	–
	6.Extroversão	-0,21*	-0,24*	0,20	0,07	-0,11	–	–	–	–	–	–
	7.Psicoticismo	0,14	0,18	0,22*	0,20	0,20	-0,29**	–	–	–	–	–
Escalas	8. 0 a 10 interferência na sua relação com os outros	0,28**	0,26**	0,28**	0,3**	0,15	-0,01	0,13	–	–	–	–
	9. 0 a 10 interferência com o seu bem-estar	0,27**	0,21*	0,17	0,24*	0,26**	0,01	0,1	0,61***	–	–	–
	10. 0 a 10 quanto se sentiu sozinho/a na última semana	0,54***	0,49***	0,25*	0,46***	0,39***	-0,31**	0,13	0,17	0,36***	–	–
	11. 0 a 10 quão satisfeito se sente neste momento com a sua vida	-0,21**	-0,37***	-0,12	-0,29**	-0,21*	0,44***	-0,14	-0,15	-0,17	-0,30**	–

*Notas; n = 98. BSI= Brief Symptom Inventory; EPQ-R= Eysenck Personality Questionnaire – Revised; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001*

Na Tabela 7 é apresentada a análise de regressão linear múltipla, realizada com o propósito de examinar em que medida a idade, o sexo (codificado como 1 = masculino; 2 = feminino), a solidão (avaliada numa escala de 0 a 10) e o traço de neuroticismo (avaliado através do EPQ-R) contribuem para a explicação do sofrimento psicológico global (BSI_IGG).

A inspeção preliminar da matriz de correlações revelou que todas as associações entre os preditores apresentaram valores de *r* inferiores a |0,70| (por exemplo, idade–sexo: $r = –0,25$; solidão–neuroticismo: $r = 0,19$), afastando, assim, a possibilidade de ocorrência de multicolinearidade severa.

O modelo de regressão múltipla revelou-se globalmente estatisticamente significativo, (F (4, 93) = 12,81 ; $p < 0,001$), explicando aproximadamente 35,5% da variância do sofrimento psicológico global ($R^2 = 0,36$; $R^2aj = 0,33$). A análise das estatísticas de colinearidade evidenciou valores de tolerância elevados (0,90–0,96) e fatores de inflação da variância (VIF) reduzidos (1,04–1,11), confirmando a inexistência de multicolinearidade problemática.

No que concerne aos coeficientes individuais (cf. Tabela 1), verificou-se que a solidão emergiu como o preditor mais robusto ($B = 1,46$; $SE = 0,30$; $\beta = 0,42$; t (93) = 4,86 ; $p < 0,001$; IC95% [0,87, 2,06]), indicando que, controlando os restantes preditores, cada incremento de uma unidade na escala de solidão se associa a um aumento médio de 1,46 pontos no sofrimento psicológico global. De forma análoga, o neuroticismo apresentou um contributo significativo e consistente ($B = 1,23$; $SE = 0,32$; $\beta = 0,33$, t (93) = 3,89, $p < 0,001$, IC95% [0,51, 1,86]).

O sexo demonstrou igualmente um efeito significativo ($B = 4,91$; $SE = 2,21$; $\beta = 0,19$; t (93) = 2,17 ; $p = 0,03$; IC95% [0,43, 9,56]), sugerindo que, em média, os participantes do sexo feminino reportaram valores de sofrimento psicológico global cerca de cinco pontos superiores aos participantes do sexo masculino, quando controlados os demais preditores. Em contrapartida, a idade não se mostrou estatisticamente significativa ($B = –0,08$; $SE = 0,08$; $\beta = –0,01$; t (93) = –0,10 ; $p = 0,92$).

A verificação dos pressupostos estatísticos corroborou a adequação do modelo: os resíduos estandardizados variaram entre –1,76 e 2,56, permanecendo dentro dos limites recomendados (±3); as distâncias de Cook não ultrapassaram 0,10 (*máx*. = 0,07); e a distância de Mahalanobis mais elevada (12,34) situou-se abaixo do valor crítico para $p < 0,01$ ($\chi^2(4) = 13,28$). Adicionalmente, a análise gráfica dos resíduos não evidenciou violações relevantes dos pressupostos de normalidade, homocedasticidade ou linearidade.

Em síntese, os resultados indicam que a solidão e o traço de personalidade, neuroticismo, constituem os principais determinantes do sofrimento psicológico global, seguidos do sexo, enquanto a idade não demonstrou relevância preditiva. Globalmente, o modelo evidenciou um poder explicativo substancial, contabilizando mais de um terço da variância da variável dependente.

Tabela 7

Coeficientes de regressão - Sintomatologia Psicopatológica - IGG

Variável	B	SE B	β	*t*	*p*
Constante	-11,06	6,68	—	-1,66	0,10
Idade	-0,01	0,08	-0,01	-0,10	0,92
Sexo (1 masc; 2 fem)	4,91	2,21	0,19	2,17	0,032
Solidão (0-10)	1,46	0,30	0,42	4,86	< ,001
Neuroticismo (EPQ)	1,23	0,32	0,33	3,89	< ,001

Notas: IGG = Índice de Gravidade Global; B = Coeficiente não padronizado*; SE* = Erro padrão*; β* = Coeficiente padronizado; *t* = teste *t-Student;* **p*<0,05; ***p*<0,01; ****p*<0,001

Discussão

O presente estudo explorou as relações entre traços de personalidade, sintomatologia psicopatológica, indicadores subjetivos de bem-estar. A leitura integrada dos resultados permite concluir que a amostra apresenta um perfil marcado por sintomatologia psicopatológica e traços de personalidade com níveis elevados de neuroticismo o que vai ao encontro da literatura que aponta que a sintomatologia ansiosa e depressiva estão relacionadas com o consumo de substâncias (Canavarro et al., 2017).

Começando pela caracterização sociodemográfica da amostra, esta foi composta maioritariamente por participantes do sexo masculino. Em termos de distribuição etária, observou-se uma maior prevalência de indivíduos com idade igual ou superior a 53 anos, seguida da faixa etária compreendida entre os 33 e os 42 anos. Relativamente ao estado civil, verificou-se que a maior parte dos participantes eram solteiros e divorciados. Quanto às habilitações literárias, evidenciou-se uma maior representatividade de indivíduos com o ensino secundário e com o 3.º ciclo de escolaridade. No que concerne à situação profissional a maioria dos participantes encontrava-se em situação de desemprego.

No que concerne aos padrões de consumo verificou-se que o grupo mais representativo corresponde ao consumo simultâneo de múltiplas substâncias ilícitas, destacando-se vários, canábis, os estimulantes e a cocaína. Relativamente às bebidas alcoólicas, observou-se igualmente um padrão de consumo diversificado, abrangendo várias bebidas, nomeadamente, cerveja, vinho e bebidas destiladas.

Quanto ao contexto de iniciação ao consumo de substâncias psicoativas, a maioria dos indivíduos referiu ter experimentado pela primeira vez na adolescência, em situações influenciadas pelo grupo de pares, sendo os amigos indicados como principal fator de influência. De acordo com o Instituto da Droga e da Toxicodependência (2006), o consumo de drogas encontra-se frequentemente associado a contextos de lazer e entretenimento, sendo mais prevalente entre os frequentadores de música eletrónica e eventos conhecidos como “raves”. A difusão da música eletrónica por toda a Europa, no final da década de 1980, esteve acompanhada do surgimento e popularização destas festas noturnas, nas quais o uso de drogas sintéticas se tornou uma prática recorrente. De acordo com o estudo *Peer Influence in Initiation to Heroin Use* (Costello, Anderson & Stein, 2020), os resultados indicam que a iniciação ao consumo de heroína ocorre, na maioria

dos casos, em contextos sociais, sendo frequentemente influenciada por amigos que já consomem a substância.

Por fim, constatou-se a existência de um padrão de consumo regular e intensivo, evidenciado pelo facto da maioria dos participantes reportarem a ingestão diária de substâncias. Estes resultados apresentam-se bastante superiores aos identificados no *V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral* (INPG, 2022), no qual apenas 0,4% dos inquiridos (correspondendo a 21% dos consumidores) referiram um consumo diário.

Na análise das variáveis em estudo em função do sexo, verificou-se que havia diferenças significativas apenas na subescala da ansiedade, e o maior nível de ansiedade percebida foi mais prevalente no sexo feminino do que no masculino, tendência encontrada na generalidade dos estudos independentemente da temática. No estudo *Diferenças de gênero nos transtornos de ansiedade: prevalência, curso da doença, comorbidade e carga da doença* (McLean, Asnaani, Litz & Hofmann, 2011), verificou-se que as mulheres apresentam taxas de prevalência consistentemente mais elevadas de sintomatologia ansiosa em comparação com os homens. Além disso, os resultados indicam que essas perturbações estão associadas a uma maior carga de doença e a um impacto mais significativo na qualidade de vida das mulheres.

As mulheres têm múltiplos fatores de risco que aumentam cumulativamente a sua probabilidade de sintomatologia ansiosa (Jorge, 2018). A qualidade dos papeis sociais, bem como a multiplicidade de papéis desempenhados pelas mulheres, podem afetar de modo significativo a saúde mental, o facto de as mulheres estarem mais expostas a experiências de eventos negativos do que os homens, pode contribuir para uma maior vulnerabilidade emocional, refletindo-se em níveis mais elevados de ansiedade, depressão e sintomatologia psicopatológica (Simon, 2014). Dentro dos eventos de vida negativos e stressantes pode-se mencionar o facto das mulheres serem as principais vítimas de abuso, nomeadamente de sofrerem mais violência física, agressão e abuso sexual, o que as leva a desenvolver problemas de saúde, tanto físicos como mentais. Neste sentido, homens e mulheres tendem a recorrer a diferentes estratégias de enfrentamento do stress e de situações adversas. Enquanto as mulheres apresentam maior tendência para a ruminação, expressividade verbal e emocional, bem como uma autorreflexão mais aprofundada acerca das situações e/ou problemas que enfrentam, os homens, por sua vez, tendem a optar pelas estratégias de *coping* mais inexpressivas, caracterizadas por maior controlo e inibição das emoções (Jorge & Simon, 2014).

A análise dos dados revelou que as variáveis sociodemográficas dos participantes, nomeadamente idade, estado civil, habilitações literárias e situação laboral, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações obtidas nos instrumentos aplicados, tanto nas medidas de traços de personalidade como de sintomatologia psicopatológica. Verificou-se que os valores médios obtidos na presente amostra são superiores aos dados normativos da população geral dos estudos de validação, particularmente nas dimensões de neuroticismo, psicoticismo e sintomatologia psicopatológica, nomeadamente na somatização, sintomatologia depressiva, ansiosa e IGG (Almiro & Simões, 2007; Canavarro et al., 2017). No que diz respeito ao traço de personalidade extroversão, os dados encontrados na nossa amostra apontam para níveis inferiores de extroversão relativamente à população geral (Almiro & Simões, 2007).

Tal como referido anteriormente, observaram-se diferenças estatisticamente significativas apenas na subescala de ansiedade em função do sexo. A ausência de variações relevantes nas restantes dimensões sugere que a amostra apresenta um perfil relativamente homogéneo, independentemente da idade, escolaridade ou profissão. Este resultado poderá indicar que, no contexto do consumo de substâncias psicoativas, as características de personalidade e os indicadores de sintomatologia psicopatológica tendem a apresentar padrões semelhantes entre os indivíduos, refletindo traços comuns de vulnerabilidade emocional e comportamental associados ao consumo.

A matriz de correlações revelou associações significativas entre personalidade, sintomatologia e indicadores contextuais. O Neuroticismo associa-se de modo positivo a todas as dimensões sintomatológicas e ao índice global de gravidade, reforçando a visão de que este traço constitui um fator de vulnerabilidade transdiagnóstico (Fodstad et al., 2022; Kotov et al., 2010). O neuroticismo é um traço de personalidade caracterizado por uma tendência a experienciar emoções negativas de forma intensa e frequente, como ansiedade, tristeza, irritabilidade ou vulnerabilidade ao stress. Indivíduos com altos níveis de neuroticismo geralmente apresentam maior reatividade emocional perante situações stressantes ou adversas, percecionando ameaças e dificuldades de forma mais intensa do que indivíduos com baixos níveis do traço (Almiro & Simões, 2007). Neste sentido, o traço de personalidade neuroticismo tem sido consistentemente associado, de forma positiva, à sintomatologia psicopatológica, sugerindo que indivíduos com níveis mais elevados de neuroticismo apresentam maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade, depressão e outras perturbações emocionais (Costa & McCrae, 1992). *O estudo, A systematic review and meta-analysis of neuroticism and anxiety*

during the COVID-19 pandemic (2024), o neuroticismo também se associou positivamente com a ansiedade e depressão.

O neuroticismo apresentou igualmente correlações significativas com a perceção de interferência dos consumos nas relações interpessoais sugerindo que indivíduos com níveis mais elevados deste traço de personalidade tendem a interpretar e vivenciar os efeitos do consumo de substâncias na relação com os outros, de forma mais negativa e emocionalmente intensa. Pessoas com altos níveis de neuroticismo caracterizam-se por maior instabilidade emocional, tendência à preocupação, autocrítica e ruminação, fatores que amplificam a perceção subjetiva dos impactos adversos do consumo sobre a sua vida pessoal e social (Lahey, 2009). Esta predisposição emocional contribui para uma leitura mais negativa das experiências associadas ao uso de substâncias e para uma maior vulnerabilidade ao sofrimento psicológico. Além disso, o neuroticismo encontra-se relacionado a processos cognitivos disfuncionais, nomeadamente a tendência para avaliar situações de forma negativa e amplificar o impacto de eventos stressantes, que pode levar o indivíduo a perceber o consumo como mais perturbador para o seu bem-estar (Watson & Naragon-Gainey, 2014). Estas características favorecem um ciclo de reforço emocional, no qual o stress e a ansiedade resultantes da perceção negativa do consumo intensificam o mal-estar psicológico, podendo, por sua vez, contribuir para a manutenção do comportamento aditivo (Terracciano et al., 2008). Assim, o neuroticismo emerge como um fator disposicional de vulnerabilidade que influencia não apenas a experiência emocional, mas também a forma como os consumidores percebem e reagem às consequências sociais e psicológicas do uso de substâncias.

O traço de psicoticismo tem sido amplamente associado a uma maior vulnerabilidade clínica, evidenciando correlações positivas com diversas manifestações sintomatológicas. No presente estudo, contudo, o psicoticismo revelou associação significativa e positiva apenas com os níveis de ansiedade, no que diz respeito à sintomatologia psicopatológica. Este resultado sugere que as características inerentes a este traço, nomeadamente a impulsividade, hostilidade, desinibição e a menor sensibilidade às normas sociais, podem contribuir para uma maior propensão ao desenvolvimento de perturbações emocionais, em particular de natureza ansiosa (Fodstad et al., 2022). Como referidas anteriormente, a amostra deste estudo apresenta elevados níveis de psicoticismo quando comparando com a população geral, sendo um dos componentes frequentemente associados ao psicoticismo é a busca de sensações, definida como o forte desejo por experiências novas e intensas, frequentemente acompanhada de

comportamentos impulsivos e agressivos, o que pode aumentar a exposição a contextos de risco e, consequentemente, ao surgimento de sintomatologia ansiosa (Mercier, 2023). Diversos estudos indicam que níveis elevados de psicoticismo se associam a desregulação emocional, perceções distorcidas e padrões de coping desadaptativos, especialmente em contextos de vulnerabilidade social ou emocional. Estas características podem não apenas facilitar o aparecimento, mas também o agravamento de perturbações de ansiedade (Mahmood, 2021). O estudo de Christensen (2021), confirma que o alto nível de psicoticismo é um potencial fator de risco para perturbações de ansiedade e humor. Assim, a literatura científica sustenta que o psicoticismo constitui um traço de personalidade intimamente relacionado à vulnerabilidade psicopatológica, desempenhando um papel relevante no surgimento e manutenção de sintomas de ansiedade, especialmente quando interage com fatores de risco sociais e emocionais (Nunes, 2009).

A satisfação com a vida associou-se de forma estatisticamente significativa e inversamente à somatização, à depressão e à solidão e ao neuroticismo, funcionando como um indicador clínico de bem-estar e associou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a extroversão. A extroversão caracteriza-se pela tendência do indivíduo a ser afável e socialmente assertivo, demonstrando comportamentos como sociabilidade, afetuosidade, entusiasmo e expressividade verbal. Pessoas com níveis elevados de extroversão procuram ativamente interações sociais, valorizam o convívio em grupo, apresentam assertividade e dominância em contextos interpessoais e tendem a ser energéticas, otimistas e bem-dispostas. Além disso, revelam propensão para atividades estimulantes, comportamentos de risco e envolvimento em experiências sociais intensas (Nunes, 2009). Assim, este traço de personalidade parece surgir como um fator protetor relacionado com a satisfação com a vida.

A satisfação com a vida é uma das principais dimensões do bem-estar subjetivo, representando o julgamento cognitivo global de um indivíduo sobre sua vida como um todo, em comparação com seus próprios padrões ou expectativas (Diener et al., 2018). Ao contrário das experiências afetivas momentâneas, como alegria ou tristeza, a satisfação com a vida reflete uma avaliação mais racional e estável sobre a qualidade de vida (Pavot & Diener, 2008). Estudos mostram que a satisfação com a vida está fortemente relacionada a traços de personalidade. Por exemplo, o neuroticismo associa-se negativamente à satisfação com a vida, enquanto a extroversão apresenta associação positiva, refletindo diferenças individuais na percepção subjetiva de bem-estar (Buecker

et al., 2020). Além disso, altos níveis de satisfação com a vida estão ligados a menor sintomatologia depressiva e ansiosa, maior resiliência psicológica e melhor adaptação social (Helliwell & Putnam, 2004).

Em populações com consumo de substâncias, avaliar a satisfação com a vida permite compreender como os indivíduos percebem globalmente seu bem-estar, independentemente da presença de sintomas negativos, funcionando como um indicador complementar à avaliação de psicopatologia (Ingram et al., 2020).

As medidas de perceção do impacto dos consumos mostraram correlações positivas e consistentes com as subescalas sintomatológicas. O sentimento de solidão destacou-se por apresentar associação moderada positiva com a somatização, depressão, ansiedade e com o índice global de gravidade. Este resultado confirma que a solidão é um marcador de risco psicológico, com literatura a indicar efeitos significativos deste fator no sofrimento psicológico (Hawkley & Cacioppo, 2010). A solidão pode ser compreendida como uma condição psicológica debilitante, caracterizada por um sentimento persistente de isolamento social, acompanhado de perceções de vazio e de ameaça pessoal. Trata-se de uma experiência angustiante e desagradável, que afeta de forma significativa o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos indivíduos (Ellwardt et al., 2013). É um fator associado ao surgimento da sintomatologia depressiva e também de sintomatologia ansiosa. Além disso, evidencias indicam que a solidão pode atuar como mediadora do impacto e das consequências dos sintomas depressivos, intensificando e prolongando os seus efeitos, e um dos efeitos pode ser o consumo de substâncias. A solidão é considerada um fator de risco para a depressão (Mezuk et al., 2016).

A solidão e o neuroticismo constituem-se como preditores significativos de sintomatologia psicopatológica em indivíduos consumidores de substâncias, com maior contribuição da solidão face ao neuroticismo, controlando idade e sexo. À luz da literatura, o neuroticismo associa-se a maior propensão para experiências de solidão e dificuldades de regulação emocional e interpessoal, o que pode amplificar o sofrimento psicológico (Buecker et al., 2020; Denissen & Penke, 2008).

De acordo com a literatura e em consonância com o presente estudo, o traço de personalidade neuroticismo associa-se a uma maior propensão para experienciar sintomatologia psicopatológica, em virtude da tendência destes indivíduos para vivenciarem emoções negativas, apresentarem elevada vulnerabilidade ao stress e uma acentuada reatividade emocional (Buecker et al., 2020).

A solidão surge no nosso estudo como o preditor mais expressivo de sintomatologia psicopatológica, em linha com a literatura científica. Indivíduos que experienciam maior solidão tendem a relatar níveis mais elevados de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos, refletindo um aumento no IGG (Hawkley & Cacioppo, 2010; Mezuk et al., 2016). A relação entre solidão e IGG pode ser explicada pelo fato de que a solidão está associada a uma maior sensibilidade ao estresse, pior regulação emocional e menor rede de suporte social, fatores que contribuem para o desenvolvimento ou agravamento de sintomas psicológicos (Buecker et al., 2020). Em contextos de consumo de substâncias, a solidão pode funcionar como fator de vulnerabilidade, amplificando a percepção de mal-estar psicológico e, consequentemente, elevando o IGG, independentemente da quantidade ou tipo de substância consumida (Hosseinbor et al., 2014).

Indivíduos que experienciam isolamento social e/ou sentimentos persistentes de vazio emocional podem recorrer às drogas como uma forma de regular emoções negativas, onde encontram conforto, segurança e prazer. Além disso, o consumo de substâncias pode servir como um meio de satisfazer necessidades emocionais e psicológicas, tais como sensação de controle, pertencimento ou estimulação afetiva, que não é alcançada por relações interpessoais (Hosseinbor, 2014).

Este estudo apresenta algumas limitações que merecem ser devidamente assinaladas. Em primeiro lugar, o desenho transversal impede a inferência de relações causais entre as variáveis analisadas. Em segundo lugar, a adoção de uma amostragem não probabilística limita a generalização dos resultados para a população mais ampla. Adicionalmente, a dependência exclusiva de medidas de autorrelato pode introduzir vieses, como a influência da desejabilidade social ou a imprecisão na perceção subjetiva dos participantes. Por fim, será importante interpretar e analisar futuros estudos que contemplem amostras mais amplas e diversificadas, bem como análises estratificadas, permitindo assim uma compreensão mais robusta e detalhada das associações observadas.

De modo conclusivo, os dados reforçam que a sintomatologia e os traços de personalidade se interligam em perfis clínicos heterogéneos, destacando-se o neuroticismo e a solidão como marcadores de maior vulnerabilidade psicológica. Assim, recomenda-se que programas terapêuticos integrem abordagens transdiagnósticas e personalizadas, de forma a responder às especificidades individuais (Fodstad et al., 2022; Kotov et al., 2010).

Estes resultados evidenciam a importância da implementação de triagens regulares para sintomas depressivos, ansiosos e somáticos, bem como da inclusão de medidas de personalidade na identificação de perfis de risco. Adicionalmente, salientam a relevância de intervenções direcionadas para a redução dos sentimentos de solidão e o fortalecimento do suporte social, assim como o desenvolvimento de abordagens personalizadas que adaptem as estratégias de intervenção aos traços de personalidade predominantes (Hawkley & Cacioppo, 2010; Kotov et al., 2010). Estes resultados reforçam a importância de intervenções que integrem aspetos emocionais e relacionais na abordagem aos consumidores de substâncias.

Referências Bibliográficas

Aditi, B. & Arunjyoti B. (2018). Addiction severity, social functioning, and life satisfaction of patients diagnosed with substance use disorders. *Indian Journal of Psychiatric Nursing 15*, 13-8.

Almiro, P. A., Moura, O., & Simões, M. R. (2016). *Propriedades psicométricas da versão portuguesa europeia do Eysenck Personality Questionnaire – Revised (EPQ-R). Personality and Individual Differences,* 88, 88–93. https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.050

Almiro, M., & Simões, M. R. (2007). Versão portuguesa do EPQ-R.

Baltar, S. C. J. (2023). *Avaliação do estigma em pessoas toxicodependentes: Implicações na sua autoestima e perceção de suporte social* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa.

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2023). *V Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral,* Portugal 2022: Relatório final. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).

Buecker, S., Maes, M., Denissen, J. J. A., & Luhmann, M. (2020). *Loneliness and the Big Five personality traits: A meta–analysis*. European Journal of Personality, 34(1), 8–28. https://doi.org/10.1002/per.2229

Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18* (BSI-18). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. Almeida (Orgs.), Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação (pp. 115–130). Lisboa: Editora Pactor.

Chen, X., Qiu, N., Zhai, L., & Ren, G. (2021). Anxiety, loneliness, drug craving, and depression among substance abusers in Sichuan Province, China. *Frontiers in Pharmacology, 12*.

Christensen, D. S., Flensborg-Madsen, T., Andersen, N. E., Rosenkær, I. B., & Mortensen, E. L. (2021). Personality and risk of hospital diagnosed mental disorder: a 35 years' prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 56*(12), 2073–2081. https://doi.org/10.1007/s00127-020-02001-9

Cortez, F. C. P. (2011). *Consumo de álcool e outras drogas, sintomas depressivos, impulsividade e aspetos dimensionais de personalidade entre homens biológicos profissionais do sexo* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo). Universidade de São Paulo.

Costello, B. J., Anderson, B. J., & Stein, M. (2020). *Peer influence in initiation to heroin use*. *Journal of Drug Issues*. https://doi.org/10.1177/0022042620979628

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Delgadillo, J., Böhnke, J. R., Hughes, E., & Gilbody, S. (2016). *Disentangling psychopathology, substance use and dependence: A factor analysis*. BMC Psychiatry, 16, 281. https://doi.org/10.1186/s12888-016-0988-1

Denissen, J. J. A., & Penke, L. (2008). *Motivational individual reaction norms underlying the Five-Factor model of personality: First steps towards a theory-based conceptual framework*. Journal of Research in Personality, 42(5), 1285–1302. https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.04.002

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2018). National accounts of well-being. In S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.), *The Oxford handbook of positive psychology* (3rd ed., pp. 215–227). Oxford University Press

Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). *Profile of cocaine and crack users in Brazil. Cadernos de Saúde Pública*, 24(Supl. 4), S545–S557. https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600007

Ellwardt, L., Aartsen, M., Deeg, D., & Steverink, N. (2013*). Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life*? Social Science & Medicine, 98, 116–124. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.002

Eysenck, H. J. (1995). *Creativity as a product of intelligence and personality. In D. H.* Saklofske & M. Zeidner (Eds.), International handbook of personality and intelligence (pp. 231–247). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-5571-8_12

Ferreira, A. P. S. (2008). *O consumo de álcool e comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior* (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro). Universidade de Aveiro.

Fodsat, E. C., Ushakova, A., Pallesen, S., Hagen, E., Erga, A. H., & Erevik, E. K. (2022). *Personality and substance use disorder: Characteristics as measured by NEO Personality Inventory–Revised*. Frontiers in Psychology, 13, 982763. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.982763

Guimarães, R., & Fleming, M. (2009). *Dor que consome: Para uma compreensão da dor mental na toxicodependência. Toxicodependências*, 15(2), 19–30. Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelick, D. A. (2010). *Introduction to behavioral addictions. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36(5), 233–241. https://doi.org/10.3109/00952990.2010.491884

Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). *Loneliness matters: A theoretical and empirical review. Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218–227

Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (2004). The social context of well-being. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 359*(1449), 1435–1446. https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1522

Hosseinbor, M., Yassini Ardekani, S. M., Bakhshani, S., & Bakhshani, S. (2014). *Emotional and social loneliness in individuals with and without substance dependence disorder.* International Journal of High-Risk Behaviors and Addiction, 3(3), e22688. https://doi.org/10.5812/ijhrba.22688

Ingram, I., Kelly, P. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Goh, M. C. W., Raftery, D. K., & Dingle, G. A. (2020). *Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review*. Drug and Alcohol Review, 39(5), 447-483. https://doi.org/10.1111/dar.13064

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2007). *Relatório Anual 2006 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Jorge, S. I. L. (2018). *Saúde mental e género: As diferenças de género em torno da depressão* (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas). Universidade da Beira Interior.

Kotov, R., Gámez, W., Schmidt, F. L., & Watson, D. (2010). *Linking "Big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. Psychological Bulletin,* 136(5), 768–821. https://doi.org/10.1037/a0020327

Kroencke, L. (2021). *How does substance use affect personality development? Personality and Social Psychology Bulletin*, 47(12), 1854–1869. https://doi.org/10.1177/1948550620921702

Kroencke, L., Kuper, N., Bleidorn, W., & Denissen, J. J. A. (2020). *How Does Substance Use Affect Personality Development? Disentangling Between- and Within-Person Effects. Social Psychological and Personality Science,* 12(4). https://doi.org/10.1177/1948550620921702

Lahey, B. B. (2009). *Public health significance of neuroticism. American Psychologist*, 64(4), 241–256. https://doi.org/10.1037/a0015309

McCrae, R. R., & Costa, P. T., Jr. (1997). *Personality trait structure as a human universal.* American Psychologist, 52(5), 509–516. https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.5.509

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: Prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research, 45*(8), 1027-1035. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006

Mahmood, Z., Debowska, A., & Boduszek, D. (2021). *Emotion regulation difficulties and psychopathology among Pakistani adolescents*. Journal of Health Psychology. https://doi.org/10.1177/1359104520969765

Mercier, C. (2023). *The elements of psychoticism and behavioral dynamics in personality traits. Journal of Forensic Psychology,* 8(6), Artigo 311. https://doi.org/10.35248/2475-319X.23.8.311

Mezuk, B., Choi, M., DeSantis, A. S., Rapp, S. R., Roux, A. V. D., & Seeman, T. (2016). *Loneliness, depression, and inflammation: Evidence from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis*. PLoS ONE, 11(7), e0158056. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158056

Nunes, L. M. (2009). *Crime – Psicopatia, sociopatia e personalidade anti-social.* Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 6, 152–161. Universidade Fernando Pessoa.

Organização Mundial da Saúde. (2024). *WHO Results Report 2023: Notable health achievements and calls for concerted drive toward sustainable development goals*

Pavot, W., & Diener, E. (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 3*(2), 137–152. https://doi.org/10.1080/17439760701756946

Regzedmaa, E., Ganbat, M., Sambuunyam, M., Tsogoo, S., Radnaa, O., Lkhagvasuren, N., & Zuunnast, K. (2024). A systematic review and meta-analysis of neuroticism and anxiety during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry, 15*, 1382413. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1382413

Ronchete, C. F. (2022). *Julgamento moral e traços de personalidade no transtorno do uso de substâncias* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo). Universidade Federal do Espírito Santo.

Sanabria, M. A., Díaz, O., Varela, J., & Braña, T. (2002*). Relevancia para el tratamiento de la sintomatología depresiva de los pacientes adictos*. Adicciones, 14(1), 25–31. https://doi.org/10.20882/adicciones.510

Sánchez, J. M., & Santos, M. A. (2013). *O uso e abuso da cocaína: Efeitos neurofisiológicos*. Revista Brasileira de Terapias Cognitivo-Comportamentais, 15(2), 45-58.

Santos, A. S. R. (2013). *Morbilidade psicológica, comportamentos, conhecimentos e perceções de risco para o VIH na toxicodependência* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Braga). Universidade Católica Portuguesa.

Santos, A. S., & Silva, D. (2020). *Drogas no espaço público: Consumo, tráfico e política na cidade de São Paulo*. Revista Brasileira de Política Internacional, 63(1), e2020002. https://doi.org/10.1590/0034-7329202000202

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2022). *Relatório Anual 2020 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Ministério da Saúde.

Simon, R. W. (2014). *Twenty Years of the Sociology of Mental Health: The Continued Significance of Gender and Marital Status for Emotional Well-Being. In R. Johnson, R. Turner, & B. Link (Eds.), Sociology of Mental Health* (pp. 21–51). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-07797-0_2

Terracciano, A., Löckenhoff, C. E., Crum, R. M., Bienvenu, O. J., & Costa, P. T. (2008). *Five-Factor Model personality profiles of drug users.* BMC Psychiatry, 8, 22. https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-22

Targino, R., & Hayasida, N. M. A. (2018). *Risco e proteção no uso de drogas: Revisão da literatura*. Psicologia, Saúde & Doenças, 19(3), 724–742. https://doi.org/10.15309/18psd190320

Watson, D., & Naragon-Gainey, K. (2014). *Personality, emotions, and the emotional disorders*. Clinical Psychological Science, 2(4), 422–442. https://doi.org/10.1177/2167702614536162

Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. MIT Press.

Woodward, T. C., Smith, M. L., Mann, M. J., Kristjansson, A., & Morehouse, H. (2023). *Risk & protective factors for youth substance use across family, peers, school, & leisure domains*. Children and Youth Services Review, 151, 107027. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107027

Zeighami, R., Hosseini, S. M., Mohammadi, N., & Shahsavari, S. (2021). *Predicting addiction susceptibility based on Big Five personality traits*. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 15(4), e109103. https://doi.org/10.5812/ijpbs.109103

ANEXOS

Anexo 1. Parecer da Comissão de Ética

MIGUEL TORGA
ISMT

Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P66-25

Título do Projeto de Investigação: *Traços de Personalidade e Sintomatologia em Consumidores de Substâncias Psicoativas*

Investigador/a e co-investigadores/as: Carolina Martins Cameira Miranda Abreu

Orientador/a: Laura Susana Tavares Lemos

Data entrada: 31-07-2025

Data de apreciação: 25-09-2025

Relator/a: Esmeralda Macedo, PhD.

Votação: *Aprovado por unanimidade*.

Fundamentação:

A Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, após análise e consideração dos aspetos éticos deste estudo, emite Parecer positivo. Ressalva-se que se trata de uma investigação que se iniciou antes da apreciação da Comissão de Ética. Não obstante, por se encontrarem verificados os pressupostos concernentes às boas práticas de investigação, à proteção dos participantes, ao consentimento informado e à proteção de dados pessoais, é emitido Parecer positivo.

Aspetos considerados:	Observações:
• Preparação técnica e metodológica dos investigadores	Cumpre.
• Clareza do projeto quanto aos objetivos	Cumpre.
• Clareza das metodologias respeitantes às boas práticas de investigação	Cumpre.
• Conformidade dos propósitos do estudo em face dos resultados expectáveis	Cumpre.
• Salvaguarda de populações vulneráveis	Não aplicável.
• Adequação da informação prestada ao participante; forma e modo de obtenção do consentimento	Cumpre.
• Salvaguarda da proteção de dados pessoais dos participantes	Cumpre.
• Conformidade com a Declaração de Helsínquia, demais princípios éticos e disposições legais aplicáveis	Cumpre.

Coimbra, 25 de setembro de 2025.

Pela Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, o Presidente:

André Dias Pereira, Prof. Doutor

Instituto Superior Miguel Torga
3000-132 Coimbra, Portugal | ismt.pt
geral@ismt.pt | 239 488 030
chamada para rede fixa nacional

ESCOLA DE COIMBRA
THE COIMBRA SCHOOL
CIIIRC

APENDICÊS

Apêndice A. Consentimento Informado

Personalidade e sintomatologia em consumidores de substâncias psicoativas

Este questionário faz parte da investigação em curso para a Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT). A investigação tem como principal objetivo estudar as características das pessoas com dependência(s), de forma a compreender melhor os fatores associados que permitam desenvolver estratégias mais eficazes de prevenção e intervenção.

Convidamo-lo/a a participar nesta investigação, respondendo às seguintes perguntas, com uma duração de aproximadamente 5 minutos. A sua participação é crucial para obtermos uma amostra numericamente expressiva.

A sua participação é voluntária e anónima e pode desistir a qualquer momento. Garantimos que todos os dados são confidenciais e utilizados exclusivamente para fins da investigação. Nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente, assegurando assim a confidencialidade dos dados.

Não existem respostas certas ou erradas, estamos interessados apenas na sua opinião. Os dados recolhidos serão processados por um software de tratamento de dados, com acesso restrito aos investigadores.

Para participar no estudo **é indespensável ter no minímo 18 anos e aceitar o consentimento informado**.

Caso tenha alguma questão relativamente a esta investigação e à sua participação na mesma, poderá contactar-me através do seguinte e-mail: carolcameira2000@gmail.com.

Obrigada, desde já, pela sua colaboração!
Carolina Abreu

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Declaro que tomei conhecimento dos objetivos da presente investigação e aceito participar voluntariamente neste questionário

Marcar tudo o que for aplicável.

☐ Aceito participar nesta investigação e confirmo que tenho 18 anos ou mais.