



O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS EM ADOLESCENTES
E JOVENS ADULTOS:
QUAL O PAPEL DA ANSIEDADE SOCIAL E DA
AUTOESTIMA?

Duarte Alexandre Ricardo Diogo

Orientador da Dissertação: Prof. Doutor Miguel Trigo

Professor de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Miguel Trigo

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Miguel Trigo, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais por estarem sempre presentes e por me apoiarem em tudo o que for preciso. Sou grato por me terem proporcionado todas as condições para que nunca me faltasse nada. O facto de acreditarem sempre em mim dá-me ainda mais motivação para ser bem sucedido e para nunca desistir. Sem eles, este percurso não seria possível. Um obrigado não é suficiente para descrever o apoio que me dão. Sempre foram o exemplo de pessoa em que me queria tornar.

Aos restantes membros da minha família por acreditarem nas minhas capacidades e pelo apoio que demonstram sempre. Tenho de destacar os meus avós, pelas lições de vida e pelo visível orgulho que têm em mim, que me dá forças para continuar todos os dias a dar o melhor de mim. Sei que fazem tudo o que podem para o meu bem estar e sei o quanto se preocupam comigo, que aos meus olhos se transforma em apoio incondicional.

Ao meu orientador, Dr. Miguel Trigo, pela sua disponibilidade, apoio e total compreensão, bem como a sua orientação neste trabalho, que sem ele não teria sido possível. A sua tranquilidade transmite-se, afastando qualquer ansiedade que esteja a sentir.

Aos meus colegas da dissertação pelo apoio e por toda a ajuda que conseguiram proporcionar. A entajuda das aulas foi muito importante, e mesmo fora das aulas o apoio continuou presente já que se mostraram disponíveis para esclarecer dúvidas, uma vez que se encontravam em situações parecidas e se deparavam com problemas parecidos.

À Eugenia e ao João Viriato por se terem disponibilizado de bom grado para a tradução de um dos instrumentos utilizados. Foi uma ajuda importante que me permitiu dar início à recolha de dados antecipadamente ao previsto. Da mesma forma, agradeço ao Diogo Pereira, que se disponibilizou totalmente para me ajudar na análise estatística.

Aos meus amigos mais próximos, por estarem sempre presentes para me dar conselhos e pela disponibilidade para desabafar. Por todos os momentos que passamos juntos, sejam mais felizes ou mais tristes, é reconfortante saber que independentemente do momento que estejamos a passar, eles estão presentes.

A todos, muito obrigado.

Resumo

Âmbito: A ansiedade social tem sido associada com o consumo de substâncias de forma inconsistente. É possível que a autoestima influencie a ansiedade social e o consumo de substâncias, pelo que se torna importante avaliar a relação entre estas três variáveis em conjunto. **Objetivo:** Avaliar se existe uma relação entre a autoestima, a ansiedade social e o consumo de álcool, tabaco e canábis. **Amostra:** Foram recolhidas respostas no *Google Forms*, de 347 participantes com idades compreendidas entre os 15 e os 30 anos, residentes em Portugal há pelo menos cinco anos. **Instrumentos:** Os questionários utilizados foram o *Liebowitz Social Anxiety Scale*, o *Rosenberg Global Self-Esteem Scale*, o *Alcohol Use Disorders Identification Test*, o *Fagerström Test for Nicotine Dependence* e o *Cannabis Use Problems Identification Test*. **Resultados:** A baixa autoestima está fortemente correlacionada com a ansiedade social. Além disto, a baixa autoestima foi associada a um maior consumo de substâncias, sugerindo que estas pessoas estão em maior risco de consumir substâncias do que as pessoas com níveis de autoestima superiores. Contrariamente ao que se esperava, a ansiedade social não foi associada ao consumo de substâncias. Por fim, o sexo masculino foi também associado a um maior consumo de substâncias. **Conclusões:** Os indivíduos do sexo masculino com baixa autoestima encontram-se em maior risco de consumir substâncias, pelo que estes devem ser os destinatários preferenciais de iniciativas de educação para a saúde, de forma a consciencializá-los das consequências do consumo excessivo de substâncias. Além disso, este estudo destaca a importância da adoção de estratégias que aumentem a autoestima, pois esta pode ser uma forma de ajudar e lidar com a ansiedade social e o risco de consumir substâncias.

Palavras-chave: Ansiedade social; Autoestima; Álcool; Tabaco; Canábis

Abstract

Context: Social Anxiety has been associated with substance consumption in an inconsistent way. Self-esteem may influence both social anxiety and substance consumption, so that it's relevant to evaluate the relationship between these three variables. **Aim:** Evaluate if there is a relationship between self-esteem, social anxiety and the consumption of alcohol, tobacco and cannabis. **Sample:** Through the *Google Forms*, there were 347 participants collected with ages between 15 and 30 years old, residents in Portugal for at least five years. **Instruments:** The questionnaires used were the *Liebowitz Social Anxiety Scale*, the *Rosenberg Global Self-Esteem Scale*, the *Alcohol Use Disorders Identification Test*, the *Fagerström Test for Nicotine Dependence* and the *Cannabis Use Problems Identification Test*. **Results:** Low self-esteem was strongly associated with social anxiety. Furthermore, low self-esteem was associated with a higher level of substance consumption, indicating that these individuals are at a higher risk of consuming substances compared with those who have higher levels of self-esteem. In contrast to what was expected, social anxiety was not associated with substance consumption. At last, the male sex was also associated with a higher level of substance consumption. **Conclusion:** Accordingly, the results suggest that males with low self-esteem are at a higher risk of consuming substances, meaning that these individuals should be the higher focus of awareness speeches about the consequences of the substance abuse. In addition, this investigation highlights the importance of adopting strategies that improve self-esteem, since this can be a way to help and cope with social anxiety and substance consumption.

Key-words: Social anxiety; Self-esteem; Alcohol; Tobacco; Cannabis

Índice

1. Introdução	1
2. Revisão da literatura	4
2.1 Consumo de substâncias	4
2.2 Ansiedade social	5
2.3 Autoestima	8
2.4 Relação entre ansiedade social e baixa autoestima	10
2.5 Associação entre autoestima e consumo de substâncias	11
2.6 Associação entre ansiedade social e consumo de substâncias	12
2.7 O consumo de substâncias reduz a ansiedade?	15
2.8 Inconsistência de resultados da associação entre ansiedade social e consumo de substâncias	16
3. Objetivos	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4. Método	18
4.1 Plano de estudo	18
4.2 Amostra	18
4.3 Critérios de inclusão e exclusão	18
4.4 Procedimento	18
4.4.1 Preparação do estudo	18
4.4.2 Construção do <i>Google Forms</i>	19
4.4.3 Recrutamento e seleção dos participantes	19
4.4.4 Armazenamento e proteção de dados	20
4.4.5 Dicionário da codificação das variáveis	20
4.5. Instrumentos	20
4.5.1 Questionário de dados sociodemográficos	20

4.5.2 <i>Liebowitz Social Anxiety Scale</i>	20
4.5.3 <i>Rosenberg Global Self-Esteem Scale</i>	21
4.5.4 <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>	22
4.5.5 <i>Fagerström Test for Nicotine Dependence</i>	23
4.5.6 <i>Cannabis Use Problems Identification Test</i>	24
4.6 Procedimentos de tradução e adaptação linguística de instrumentos psicológicos	25
4.7 Análise de dados	26
5. Ética	26
5.1 Direitos para uso e tradução de instrumentos psicológicos	26
5.2 Consentimento informado	26
5.3 Proteção e divulgação de dados	27
6. Resultados	27
Estatísticas descritivas	27
Estudo da Normalidade da amostra	28
Análise da consistência interna do <i>Cannabis Use Identification Test</i>	29
Estudo da diferença das médias	34
Estudo correlacional	35
Análise de regressão	36
7. Discussão	39
Limitações	46
8. Conclusão	47
Pistas para trabalhos futuros	48
9. Bibliografia:	49
Anexos	63
Anexo A: Consentimento informado	63
Anexo B: Questionário Sociodemográfico	64

Anexo C: Pedidos de autorização para utilizar instrumentos.....	66
Anexo D: Regressão <i>stepwise</i> álcool – ANOVA.....	68
Anexo E: Regressão <i>stepwise</i> álcool - Coeficientes	69
Anexo F: Regressão <i>stepwise</i> tabaco - ANOVA	70
Anexo G: Regressão <i>stepwise</i> tabaco: Coeficientes	71
Anexo H: Regressão <i>stepwise</i> canábis - ANOVA	72
Anexo I: Regressão <i>stepwise</i> canábis - Coeficientes	73

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas descritivas das características sociodemográficas	28
Tabela 2 - Normalidade da amostra das variáveis em estudo	29
Tabela 3 - Consistência interna do Cannabis Use Identification Test	29
Tabela 4 - <i>Estatísticas descritivas do Liebowitz Social Anxiety Scale</i>	30
Tabela 5 – Classificação do nível de ansiedade social avaliada pelo Liebowitz Social Anxiety Scale incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)	30
Tabela 6 - Estatísticas descritivas do Rosenberg Global Self-Esteem Scale	30
Tabela 7 – Classificação do nível de autoestima avaliada pelo Rosenberg Self-Esteem Scale incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)	31
Tabela 8 - Estatísticas descritivas do Alcohol Use Disorders Identification Test	31
Tabela 9 – Classificação do nível de dependência do consumo de álcool avaliada pelo Alcohol Use Disorders Identification Test incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F).....	32
Tabela 10 – Frequência e percentagem dos fumadores e não fumadores de tabaco incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)	32
Tabela 11 - Estatísticas descritivas do Fagerstrom Test for Nicotine Dependence	32
Tabela 12 – Classificação do nível de dependência de nicotina avaliada pelo Fagerstrom Test for Nicotine Dependence incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)	33
Tabela 13 – Frequência e percentagem dos participantes que fumaram canábis nos últimos 12 meses incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F).....	33
Tabela 14 - Estatísticas descritivas do Cannabis Use Problems Identification Test	33
Tabela 15 – Classificação do nível de dependência de canábis avaliada pelo Cannabis Use Problems Identification Test incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)	34
Tabela 16 – Estudo da diferença de médias por sexo nos questionários aplicados. Teste U de Mann-Whitney	34
Tabela 20 - Modelo de regressão stepwise para a explicação do nível de dependência do canábis	39

1. Introdução

O consumo de substâncias está associado a um grande número de mortes ou problemas de saúde, assumindo-se como uma das principais preocupações mundiais da saúde pública (Rowe & Liddle, 2003). De facto, de acordo com a *World Health Organization* (2023), o consumo de tabaco está associado a mais de 8 milhões de mortes por ano a nível mundial. O álcool, para além de estar associado a aproximadamente 200 doenças, é responsável por aproximadamente três milhões de mortes por ano mundialmente (WHO, 2022). Já a canábis é a substância mais consumida entre as substâncias ilícitas, tendo uma maior prevalência em idades mais jovens, sendo que entre os consumidores regulares, a canábis foi associada a níveis mais altos de dependência do que o álcool (Cogle *et al.*, 2020).

A ansiedade social (AS), segundo Lemyre e colaboradores (2018) é definida como um conjunto de experiências cognitivas e afetivas que surgem através de uma avaliação interpessoal relativa a uma situação social real ou imaginada. É ainda marcada por um medo persistente de pelo menos um tipo de situação social, que origina altos níveis de ansiedade ou evitamento dessas situações (Frojd *et al.*, 2011). Este medo é disfuncional visto que, de acordo com Aurora e Coifman (2020), os indivíduos que sofrem de AS embora possam evitar interações sociais para fugir a possíveis desfechos negativos, desejam relacionar-se com pessoas, pelo que, este evitamento é uma barreira ao desenvolvimento de relações.

A baixa autoestima tem sido considerada como um fator comum em indivíduos com perturbação de ansiedade social (PAS) (Rae *et al.*, 2022), já que, de acordo com Iancu e colaboradores (2015), indivíduos com PAS têm a crença de que os outros os avaliam constantemente de forma negativa. Estes acreditam que estão a falhar e que os resultados dos seus comportamentos vão ser negativos, adotando assim uma imagem mental desfavorável. Este tipo de processamento cognitivo funciona como um ciclo enviesado, reforçando a persistência e surgimento de sentimentos disfuncionais (Iancu *et al.*, 2015).

De acordo com Oshri e colegas (2016), a baixa autoestima pode afetar a predisposição dos jovens para evitar ou recusar o uso de substâncias em contextos sociais, significando isto que a baixa autoestima tem um impacto acentuado na fase inicial do uso de substâncias (Ruzzi-Pereira *et al.*, 2020). Em concordância, baixos níveis de autoestima foram associados a níveis mais altos de consumo de substâncias (Richter *et al.*, 1991).

Esta associação também ocorre no sentido inverso, já que, segundo Kounenou (2010), e Ruzzi-Pereira e colaboradores (2020), níveis mais altos de autoestima correspondem a uma maior abstinência do uso de substâncias. Além disto, o uso de substâncias funciona como uma forma de lidar com pensamentos e sentimentos negativos em indivíduos com baixa autoestima (Wu *et al.*, 2014). A PAS é, por isso, frequentemente associada a comportamentos de consumo problemático de álcool, tabaco e canábis (Buckner *et al.*, 2008; Buckner *et al.*, 2012; Nicholls *et al.*, 2014). Segundo Blöte e colaboradores (2016), indivíduos com PAS apresentam níveis mais elevados de consumo de álcool, tabaco e canábis, do que aqueles que não têm AS. Alguns autores (Bolton *et al.*, 2006; Lemyre *et al.*, 2018) sugerem a hipótese da automedicação para explicar a associação entre AS e consumo de substâncias, defendendo que indivíduos com PAS usam substâncias para lidar com a ansiedade sentida em situações sociais. O medo de avaliações negativas por parte dos outros é um fator comum na AS, podendo levar assim os indivíduos socialmente ansiosos a consumir mais substâncias, como estratégia para dissipar esse medo (Lemyre *et al.*, 2018). Este consumo de substâncias, ao ser realizado com o intuito de aliviar a ansiedade, é efetuado como um mecanismo de *coping* (Carrigan & Randall, 2003), aumentando a probabilidade destes indivíduos voltarem a ter este comportamento ao serem confrontados com situações que despoletam ansiedade (Aurora & Coifman, 2020; Bartholomay *et al.*, 2021).

De acordo com Nicholls e colaboradores (2014), a hipótese de automedicação não explica a razão pela qual nem todas as pessoas com PAS desenvolvem perturbações de consumo de substâncias. Segundo Buckner e colegas (2012) e Blöte e colaboradores (2016), a AS tem sido associada de forma inconsistente ao uso de substâncias, visto que bastantes estudos não encontraram qualquer relação, outros encontraram uma relação positiva e outros uma relação negativa. A relação negativa não está de acordo com a informação supramencionada e uma possível explicação é que na maior parte dos países da Europa, a compra de álcool e tabaco é proibida até aos 18 anos. Assim, indivíduos com AS menores de 18 anos, têm fracas capacidades sociais para pedir a outras pessoas para lhes comprarem estas substâncias. O mesmo acontece com o consumo de canábis, sendo que esta substância é ilegal para qualquer idade na maior parte dos países da Europa (Frojd *et al.*, 2011). Além disto, é também possível que os jovens com AS evitem situações sociais, como festas e convívios, onde o contacto e uso de substâncias é frequente. Outra possível explicação para a inconsistência de resultados são as expectativas

que os indivíduos têm em relação ao álcool, pois indivíduos com AS que sintam que o álcool lhes ajuda a reduzir a ansiedade, podem consumir mais esta substância em relação àqueles que acreditam que o álcool não lhes ajudará a lidar com a ansiedade. (Bartholomay *et al.*, 2021).

Torna-se assim notória a inconsistência de resultados na literatura passada relativamente à associação entre AS e consumo de substâncias. Este tema foi estudado maioritariamente em adolescentes, não havendo uma clara associação em jovens adultos, e havendo ainda uma falta de investigação que estude a associação entre as três variáveis (AS, autoestima e consumo de substâncias). Com isto, devido aos problemas associados ao consumo de substâncias supramencionados, é importante investigar melhor esta associação de modo a verificar se as pessoas com baixa autoestima têm níveis superiores de AS e níveis superiores de consumo de álcool, tabaco e canábis. Assim, poderá ser possível identificar se estes jovens estão em maior risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo destas substâncias. Além disto, também se procurará associar as características sociodemográficas (como o sexo, a idade, a escolaridade, entre outras) com as variáveis em estudo.

2. Revisão da literatura

2.1 Consumo de substâncias

O consumo de substâncias tem sido nos últimos anos uma das principais preocupações mundiais a nível da saúde pública (Rowe & Liddle, 2003). Apesar de todas as substâncias serem uma preocupação, neste estudo o foco será destinado às mais comuns: álcool, tabaco e canábis.

O tabaco é responsável por mais de 8 milhões de mortes por ano mundialmente, sendo que desses, aproximadamente 1,3 milhões são fumadores passivos (WHO, 2023). Já o álcool está relacionado com cerca de 3 milhões de mortes a nível mundial, por ano. Esta substância é associada a aproximadamente 200 doenças, das quais as mais prevalentes são alguns tipos de cancro (nomeadamente da boca, esófago, fígado e garganta), doenças do fígado (para além do cancro, também a cirrose hepática ou hepatite) e doenças cardiovasculares (cardiomiopatia, arritmia e hipertensão arterial) (WHO, 2022).

O consumo de canábis tem uma prevalência anual de aproximadamente 147 milhões de pessoas (cerca de 2,5% da população mundial). Esta substância é, entre as drogas ilícitas, a mais consumida, sendo este consumo associado a idades mais jovens. O consumo desta substância tem como consequência debilitações na memória de trabalho, bem como na atenção e concentração, sendo que quando um sujeito está sob o efeito desta substância, pode ter uma menor capacidade de interagir e conversar com outros, dando origem ao evitamento de interações sociais. Especialmente quando consumida na adolescência, a canábis pode despoletar e/ou agravar esquizofrenia. Além disto, este consumo pode também afetar a disposição dos indivíduos para se encontrarem com amigos ou formar relações, podendo dar origem à solidão. O uso frequente desta substância pode ainda originar debilitações no desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas para lidar com situações sociais desconfortáveis, conflitos ou com emoções negativas. Os indivíduos que sofrem de perturbações de uso de canábis afirmam que consomem para lidar com situações sociais desconfortáveis, ou para se sentirem relaxados (Cogle *et al.*, 2020; WHO, s.d.).

O consumo de substâncias tende a ocorrer inicialmente em contextos sociais, principalmente durante a adolescência (Lemyre *et al.*, 2018), sendo que iniciar o consumo nesta idade está associado a desenvolvimento de dependência em idades mais velhas

(Blöte *et al.*, 2016). Em concordância, segundo Carters e Byrne (2013) o consumo de tabaco em idades precoces está associado a maiores quantidades de consumo de tabaco em idades mais adultas. O consumo repetitivo na adolescência tem ainda consequências no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional da pessoa (Gareikitse & Plattner, 2016). De acordo com Frojd e associados (2011) e Schneier e colaboradores (2010), entre os 15 e os 17 anos é a idade em que o número de consumidores de álcool aumenta, pelo que quando nesta idade o consumo de álcool se torna frequente, é indicador de um possível desenvolvimento de dependência de álcool. O mesmo acontece com o consumo de tabaco, já que muitos fumadores começam o consumo antes dos 18 anos (Khosravi *et al.*, 2016). Tal como o álcool e o tabaco, o consumo de canábis também aumenta durante a adolescência, sendo assim importante tomar mais atenção ao consumo de substâncias nesta idade (Frojd *et al.*, 2011). Os jovens tendem a sobrestimar o número de pessoas que consomem substâncias, e o principal fator responsável pela influência do consumo de substâncias é a pressão dos pares. Assim, é possível que estes consumam substâncias para se sentirem inseridos (Gareikitse & Plattner, 2016), pois, como foi mencionado anteriormente, os adolescentes sentem uma maior necessidade de se sentirem aceites pelos outros. Desta forma, ao assumirem que os outros consomem substâncias e são aceites por isso, adotam também este comportamento. Além disto, os jovens também consomem substâncias para lidar com as suas ansiedades e medos e ainda para atenuar o sofrimento emocional. Porém, consumir substâncias com este intuito é uma estratégia mal adaptativa que tem como base evitar o confronto com esses tais medos e ansiedades (Gareikitse & Plattner, 2016).

2.2 Ansiedade social

A perturbação de ansiedade social (PAS) é caracterizada no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) como um medo ou uma ansiedade acentuada relativamente a uma ou mais situações sociais, sobre as quais o indivíduo é exposto a uma possível avaliação por parte de outras pessoas (Blöte *et al.*, 2016 ; Lemyre *et al.*, 2018), receando que essa avaliação seja negativa (Read *et al.*, 2018). A PAS é ainda caracterizada como um medo intenso e uma ansiedade persistente relativamente a situações sociais que envolvem uma interação ou avaliação social (Nicholls *et al.*, 2014), como ser observado, fazer uma apresentação em público, ter uma conversa, ou encontrar-se com pessoas desconhecidas ou pouco familiares (Obadeji & Kumolalo, 2022). Este medo e ansiedade

origina frequentemente comportamentos de evitamento relativamente a situações sociais, como as supramencionadas (Izadpanah, *et al.*, 2021).

As pessoas com PAS tendem a ter receio de fazer alguma coisa insensata, ficando assim facilmente envergonhadas ou sentindo-se humilhadas (Carrigan & Randall, 2003), pois preocupam-se com o que os outros pensam acerca delas (He, 2022). Não obstante, estes indivíduos têm igualmente receio de ser avaliados de forma positiva (e.g., uma apresentação que corre bem), pois estes sentem que essa avaliação vai aumentar as expectativas que os outros têm acerca deles, e no futuro essa avaliação vai-se tornar negativa devido ao facto de falharem e ficarem aquém das expectativas dos outros. Além disto, têm receio de que essa avaliação positiva não seja verdadeira, pois tendem a acreditar que não são tão competentes como os outros pensam (Gök & Alkar, 2022). Os indivíduos com AS que evitam situações sociais tendem a estar em maior risco de experienciar sintomas de solidão, dando origem a sofrimento (Barberis *et al.*, 2023). Além disto, são mais prováveis de ter menos experiências positivas em contexto social, reforçando a ideia negativa em relação a estas situações (Aurora & Coifman, 2020). Em conformidade, segundo Carrigan e Randall (2003), a ansiedade por antecipação leva ao evitamento das situações que o indivíduo teme, podendo este evitamento interferir com várias áreas da pessoa, como atividades sociais ou relações com outras pessoas (o evitamento retira o estímulo negativo, que neste caso é a ansiedade, aumentando a probabilidade deste comportamento voltar a ser repetido; Gordan & Krishanan, 2014).

O desenvolvimento da PAS ocorre através de variáveis como fatores genéticos, influências parentais, eventos condicionantes e variáveis cognitivas. A PAS desenvolve-se através da interação de vulnerabilidades biológicas e psicológicas compostas por um ciclo de pensamentos e sensações negativas e comportamentos de evitamento. De acordo com Ollendick e Hirshfeld-Becker (2002), estudos familiares encontraram uma prevalência de PAS em indivíduos cujos pais também sofreram ou ainda sofriam desta perturbação. Esta descoberta pode ser explicada pelo facto da PAS ser uma perturbação com uma componente moderadamente hereditária, porém, o impacto desta componente é notório devido ao facto de ter uma influência em conjunto com fatores ambientais. Assim, as componentes hereditária e ambiental influenciam o risco de desenvolver esta perturbação.

A componente ambiental surge, não só, mas também através da influência dos pais, pois os progenitores que sofrem de PAS, ao terem receio de algumas situações

sociais, moldam os seus padrões de educação com base nesses receios, acabando muitas vezes por passar aos seus filhos as expectativas negativas em relação às avaliações sociais, proporcionando-lhes menos oportunidades de socializar. Assim, é possível que os pais que evitem situações sociais, influenciem os seus filhos a fazer o mesmo, pelo que o papel dos pais é fundamental para os seus filhos desenvolverem capacidades sociais. Desta forma, os pais que sofrem de PAS têm uma maior dificuldade em apoiar os seus filhos nesta função (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002).

É importante realçar a influência que a relação dos filhos com os pais tem no seu desenvolvimento social, já que os adolescentes com vínculos inseguros foram associados a um maior risco de desenvolver perturbações de ansiedade no fim da adolescência. As crianças que passam por experiências de rejeição, crítica ou humilhação podem desenvolver uma preocupação acentuada em relação a comentários valorativos, dando origem a um receio de avaliações negativas, sendo que o evitamento surge como resposta a esse receio. Um ciclo de cognições disfuncionais também é um fator que contribui para o desenvolvimento de PAS, visto que a pessoa tende a sobrestimar as possíveis avaliações sociais, acreditando que será criticado e desvalorizado, dando origem a reações e cognições catastróficas. Assim, estas pessoas tendem a ter mais pensamentos disfuncionais acerca das suas competências e capacidades, ignorando evidências que não estejam de acordo com estes pensamentos, envolvendo-se assim num enviesamento sistemático que fortalece a AS (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Conforme mencionado em Obadeji e Kumolalo (2022), a AS tende a desenvolver-se no fim da infância ou na adolescência, porém, os seus sintomas manifestam-se de forma mais acentuada em idades compreendidas entre os 15 e 25 anos. Esta tendência deve-se ao facto de na transição da infância para a adolescência, haver uma maior preocupação relativamente à perceção que os adultos, os amigos e os pares têm sobre eles. Ao contrário dos indivíduos mais velhos, as crianças têm uma maior dificuldade em reconhecer que os seus medos são irracionais, interpretando-os como reais de forma mais acentuada (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002).

A AS acaba por ter um impacto no bem-estar dos jovens e adolescentes, pois de acordo com Obadeji e Kumolalo (2022), os estudantes que sofrem desta perturbação vivenciam uma qualidade de vida mais baixa, estando em maior risco de apresentar um pior desempenho escolar, evitamento de apresentações orais e uma maior procura de bebidas alcoólicas e ansiolíticos. Estes dados estão de acordo com He (2022) que refere

existir maior prevalência de AS em estudantes, devido à influência exercida pelos pares. Os indivíduos que sofrem de PAS têm algumas dificuldades em controlar no geral a ansiedade (Raee *et al.*, 2022), sendo que os sintomas mais comuns incluem palpitações, tremores, suores, ruborização, tensão muscular e garganta seca (Carrigan & Randall, 2003; Shepherd & Edelman, 2007). A literatura anterior descobriu uma relação entre o sexo feminino, idades mais jovens e não ser casado com um maior risco de desenvolver AS (Obadeji & Kumolalo, 2022). De facto, de acordo com He (2022), os rapazes têm níveis de AS inferiores às raparigas, confirmando que existem diferenças entre os sexos relativamente aos níveis de AS.

2.3 Autoestima

A autoestima é definida como a dimensão em que uma pessoa se valoriza, avalia, aceita, ou gosta de si mesma (Iancu *et al.*, 2015; Macinnes, 2006), referindo-se à avaliação que um indivíduo faz de si mesmo (Orth & Robins, 2014). Assim, a autoestima é uma opinião geral que uma pessoa tem de si própria (Keane & Loades, 2016), não se direcionando necessariamente às capacidades ou talento do indivíduo para fazer algo, nem às avaliações feitas pelos outros, pois trata-se de pensamentos de respeito pelo próprio e autoaceitação, bem como sentimentos de que o indivíduo é bom o suficiente, sentindo-se bem consigo mesmo (Orth & Robins, 2014). Trata-se de uma avaliação da perceção (e não da realidade) do próprio sobre as suas características, podendo ser negativa, positiva ou neutra (Bartsch *et al.*, 2017; Gök & Alkar, 2022). Por outras palavras, é uma atitude do próprio formada através da interpretação e experiências sentidas no ambiente da pessoa (Carters & Byrne, 2013).

De acordo com Byrne e Mazanov (2001) a autoestima pode ser vista como resultante da discrepância entre os atributos do indivíduo e os atributos que o indivíduo idealiza. Com isto, a autoestima é construída através de comparações sociais, sendo que o seu nível tem um impacto direto na saúde mental do indivíduo, moldando a sua personalidade (He, 2022). Desta forma, ter uma autoestima positiva é um fator de enorme importância para lidar com eventos negativos (Raee *et al.*, 2022), bem como para a manutenção da saúde física e mental, estando por isso associada a um menor nível de ansiedade e depressão (Macinnes, 2006). Uma autoestima elevada relaciona-se com sentimentos de força, competência, utilidade e mérito (Carters & Byrne, 2013). Assim, os indivíduos que têm maiores níveis de autoestima têm mais confiança nas suas

capacidades, conseguindo por isso lidar de melhor forma com eventos negativos (Macinnes, 2006).

Por outro lado, em vez de valorizarem as suas qualidades, as pessoas com baixa autoestima tendem a focar-se nos seus defeitos, o que acaba por ter um impacto negativo na saúde mental (Iancu *et al.*, 2015). A baixa autoestima relaciona-se com sentimentos de fraqueza, inferioridade e impotência (Carters & Byrne, 2013). Desta forma, os indivíduos com baixa autoestima tendem a generalizar o *feedback* negativo para qualquer contexto, experienciando assim emoções negativas com uma maior frequência (Macinnes, 2006). A autoestima é então formulada com base na perceção da pessoa em relação ao sucesso ou aprovação, sendo que, caso a pessoa não consiga ter sucesso numa tarefa, esta pode adotar uma ideia de fracasso, tendo como consequência um decréscimo de autoestima (Macinnes, 2006). Com isto, é importante salientar que aumentar a autoestima permite uma melhor perceção da aceitação dos outros, experienciando emoções mais positivas e promovendo o bem-estar (He, 2022). De acordo com Oshri e colaboradores (2016), as raparigas tendem a ter uma maior preocupação relativamente às possíveis avaliações negativas por parte dos outros, em comparação com os rapazes, sendo que os rapazes apresentam níveis médios de autoestima superiores às raparigas, o que indica que o sexo tem um impacto na autoestima.

De acordo com Ditzfeld e Showers (2013), à medida que os adolescentes vão ganhando maturidade, isto é, à medida que vão entrando na idade adulta, vão-se tornando mais estáveis emocionalmente e confiantes e têm uma maior capacidade de escolher ambientes congruentes com os seus atributos, o que contribui para um aumento da autoestima e para a saúde mental. Desta forma, é possível aferir que à medida que os jovens vão crescendo, a autoestima também aumenta.

Os fatores genéticos apresentam-se como um fator importante no desenvolvimento da autoestima, pelo que este fator em conjunto com fatores ambientais, como as relações com os pares ou com os pais, e ainda em conjunto com os fatores culturais, assumem-se como os fatores responsáveis pelo desenvolvimento da autoestima. Tanto o *feedback* dos pares como o ambiental têm um impacto na autoestima, no sentido em que se este for negativo, moldará uma autoimagem negativa, e vice-versa. A impressão que um indivíduo tem de si mesmo é fruto da perceção que este tem da avaliação que os seus pares fazem sobre si. Assim, um indivíduo que tenha a sensação de que os outros gostam dele e o acham competente, desenvolverá uma autoestima mais

elevada, em comparação com um indivíduo que tenha a impressão de que os outros não gostam dele ou que o desvalorizam. O problema associado a este fator é o facto de haver a possibilidade de a autoestima moldar a forma como um indivíduo percebe o mundo, no sentido em que indivíduos com baixa autoestima podem ter a ideia de que os outros os rejeitam, ou que os avaliam de forma negativa, mesmo que não corresponda à realidade. Esta percepção, mesmo que seja falsa, reforça os níveis de autoestima do indivíduo (Ditzfeld & Showers, 2013).

2.4 Relação entre ansiedade social e baixa autoestima

Foi verificado em Keane e Loades (2016) que indivíduos com baixa autoestima se encontram consideravelmente mais vulneráveis a desenvolver problemas relacionados com a saúde mental, autoavaliando-se de forma mais negativa do que aqueles com autoestima mais elevada. Além disto, a baixa autoestima afeta negativamente a capacidade de comunicação (He, 2022), pelo que as pessoas com níveis de autoestima mais baixos experienciam AS em inúmeras situações sociais (Gök & Alkar, 2022; He, 2022). Na verdade, de acordo com Rasmussen e Pidgeon (2011) e Rae e associados (2022), a baixa autoestima tem sido considerada como uma característica da AS. Como já foi referido, é bastante comum indivíduos socialmente ansiosos acreditarem que são submetidos a avaliações negativas por parte dos outros (Gök & Alkar, 2022), o que também acontece com indivíduos que apresentam baixos níveis de autoestima (Iancu *et al.*, 2015), pois estes ao terem uma perspetiva negativa de si, assumem de forma disfuncional que os outros têm a mesma opinião, o que pode causar ansiedade em situações sociais (Rasmussen & Pidgeon, 2011). Similarmente, as pessoas com PAS subestimam as suas qualidades e apresentam crenças mais negativas em relação às suas características, sendo este um fator, mais uma vez, igualmente comum em pessoas com baixa autoestima (Gök & Alkar, 2022; Rae *et al.*, 2022). Segundo He (2022), a autoavaliação e as competências sociais são elementos que se relacionam com a AS, sendo que a autoavaliação é influenciada pela autoestima, pois se o indivíduo tiver menos confiança nas suas capacidades, avaliar-se-á de forma mais negativa. É ainda importante referir que uma autoimagem negativa tem como consequência o desenvolvimento e fortalecimento da PAS (Gök & Alkar, 2022; Obadeji & Kumolalo, 2022), sendo que estas pessoas apresentam níveis inferiores de autoestima.

Por outro lado, autoimagens positivas são benéficas para o fortalecimento da autoestima, do desempenho social e para o aumento de emoções positivas, daí que estas

peessoas apresentem níveis superiores de autoestima. Efetivamente, os indivíduos com PAS formulam uma autoimagem negativa quando se encontram perante situações sociais que temem. Isto origina um maior receio de serem sujeitos a avaliações negativas pelos outros, bem como incertezas em relação às suas capacidades (Obadeji & Kumolalo, 2022). Como já foi referido, a AS manifesta-se na adolescência e idade jovem adulta, pelo que, de acordo com He (2022), há uma vontade de ter reconhecimento, através do contacto social visto que a autoestima dos estudantes depende das avaliações e atitudes dos outros. Assim, estes dão uma maior importância às atitudes dos outros, tendo uma maior preocupação em relação ao facto de serem aceites e terem uma “boa reputação”. Isto pode justificar o facto de haver uma maior prevalência de AS nos estudantes.

2.5 Associação entre autoestima e consumo de substâncias

A autoestima influencia a maneira como um indivíduo lida com eventos que induzem stress. Uma autoestima elevada pode contribuir para a abstinência do consumo de substâncias, já que esta se relaciona com uma melhor capacidade para lidar com stress, sem ter de recorrer à utilização de substâncias. Por outro lado, a baixa autoestima está associada a comportamentos de evitamento, refletindo-se numa menor capacidade de lidar com o stress devido a fatores como a falta de confiança (Gareikitse & Plattner, 2016). Estas pessoas desistem com maior facilidade quando são confrontadas com um problema (Gareikitse & Plattner, 2016) e tendem a procurar formas de lidar com o stress e soluções para se sentirem melhor, porém, estas soluções são normalmente desajustadas (Carters & Byrne, 2013).

Os indivíduos com baixa autoestima recorrem, assim, muitas vezes ao uso de substâncias, pois acreditam que estas os vão ajudar a “esquecer” os problemas (Gareikitse & Plattner, 2016). Além disso, estes indivíduos são mais facilmente persuadidos a fumar ou beber, o que pode fazer com que as suas opiniões acerca dos aspetos positivos relacionados com o tabaco, canábis e álcool mudem, adotando uma opinião mais positiva em relação ao consumo destas substâncias (Hale *et al.*, 2015). A baixa autoestima na adolescência está, assim, relacionada com variados comportamentos de risco para a saúde, nomeadamente o consumo de substâncias (Byrne & Mazanov, 2001). O uso contínuo de substâncias pode também originar sentimentos de perda de controlo pela dificuldade de deixar o consumo, tendo como consequência um decréscimo na autoestima. Isto significa que a baixa autoestima tanto pode dar origem ao consumo de

substâncias, como pode ser uma consequência do consumo contínuo de substâncias (Gareikitse & Plattner, 2016).

2.6 Associação entre ansiedade social e consumo de substâncias

Visto que o início do consumo ocorre majoritariamente em contextos sociais, é possível que a AS tenha uma certa influência neste aspeto (Blöte *et al.*, 2016). Em comorbidade, de acordo com Rae e colaboradores (2022), a PAS foi considerada como um fator importante na dependência e consumo de substâncias. Quando o consumo de substâncias como o álcool, o tabaco ou a canábis é realizado com o intuito de lidar com emoções negativas e com a ansiedade, está associado a um alto risco de desenvolver problemas relacionados com o uso de substâncias, independentemente da quantidade ou frequência, pois a pessoa encara o consumo destas substâncias como uma solução (Aurora & Coifman, 2020; Buckner *et al.*, 2008). Desta forma, há um reforço para o consumo em situações que provocam ansiedade ou medo, resultando numa maior probabilidade de consumir em situações stressantes (Thomas *et al.*, 2003). Em concordância, de acordo com Villarosa-Hurlocker e colaboradores (2019), os estudantes que consomem substâncias como um mecanismo para atenuar a ansiedade, estão em maior risco de adotar comportamentos de policonsumo, focando-se apenas no objetivo de reduzir a ansiedade e não dando importância aos efeitos específicos de cada substância.

De acordo com Carrigan e Randall (2003), indivíduos que acreditam que o álcool traz benefícios e que procuram sistematicamente álcool para reduzir os sintomas de ansiedade, estão em maior risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo de álcool, especialmente se tiverem uma predisposição genética que os torne mais vulneráveis a se tornarem alcoólicos. Além disto, o facto de a presença do álcool ser comum em situações que possam despoletar AS e o seu consumo ser considerado normal em situações sociais, aumenta a vulnerabilidade das pessoas com AS para este consumo como tentativa de reduzir essa ansiedade, encarando o consumo da substância como um mecanismo de *coping* (Carrigan & Randall, 2003). Em concordância, segundo Bolton e colaboradores (2006), nos estudos de AS, entre 50 e 74% dos indivíduos com esta perturbação, referem utilizar álcool para lidar com a ansiedade e com o medo que sentem nas situações sociais. De acordo com Schneier e colaboradores (2010), é possível que os indivíduos que sofrem de PAS não procurem ajuda por terem vergonha dos seus sintomas ou por evitarem interagir com figuras de autoridade, reforçando a ideia de que o consumo de substâncias é uma estratégia para reduzir a ansiedade sentida (Shepherd & Edelman,

2007), sendo que esta estratégia foi nomeada como “hipótese de automedicação” (Lemyre *et al.*, 2018). Esta hipótese oferece uma explicação para o facto de indivíduos socialmente ansiosos estarem em maior risco de consumir maiores quantidades de álcool, tabaco e canábis em situações que envolvem emoções negativas, pois este consumo é executado com o intuito de tentar transformá-las em emoções positivas (Lemyre *et al.*, 2018). Em linha com esta informação, num estudo onde indivíduos com PAS receberam álcool, reportaram maiores pensamentos positivos numa tarefa oral pública (Buckner *et al.*, 2012).

A “hipótese de automedicação” está associada à dependência de álcool pois é possível que os indivíduos com AS que consomem álcool ou drogas em quantidades moderadas, com o intuito de lidar com a ansiedade, consigam dissipar os pensamentos sobre as possíveis avaliações negativas por parte dos outros, podendo haver um decréscimo no nível de ansiedade em comparação com aqueles que se abstêm do consumo (Bolton *et al.*, 2006). Assim, segundo a teoria de Skinner do condicionamento operante (Gordan & Krishanan, 2014), há um reforço negativo em relação ao consumo, isto é, o indivíduo encontra-se perante um estímulo negativo (sente ansiedade), tem um comportamento (consumo de substâncias) que retira o estímulo negativo (redução da ansiedade), reforçando assim esse comportamento (consome mais vezes para procurar o mesmo resultado). Este condicionamento é problemático, pois mesmo que inicialmente o consumo possa ser moderado, o indivíduo vai ganhando tolerância à substância, tendo a necessidade de consumir maiores doses para obter o mesmo efeito. Desta forma, sempre que este é confrontado com uma situação que provoque ansiedade, sente a necessidade de consumir e ao longo do tempo a dose vai sendo maior, estando em grande risco de desenvolver dependência (Peper, 2004).

É bastante comum indivíduos com PAS consumirem canábis como escapatória a eventos sociais, afirmando que preferem fumar em algum sítio durante a hora do almoço do que ir para um café onde é possível que surjam interações. Em concordância, as pessoas com altos níveis de AS afirmaram evitar situações sociais caso não houvesse possibilidade de consumir álcool e/ou canábis (Buckner *et al.*, 2012). De acordo com Lemyre e associados (2018), 87% das pessoas diagnosticadas com PAS e problemas de dependência de álcool foram diagnosticadas primeiro com PAS. O mesmo acontece com as pessoas com problemas de dependência de canábis e PAS, pois em cada 5 pessoas, 4 desenvolveram primeiro PAS. As pessoas que consomem canábis e que apresentam PAS,

afirmam a procura de canábis durante períodos de maiores níveis de ansiedade. Estes são mais propícios a consumir em situações sociais e estão mais vulneráveis a consumir durante períodos mais elevados de ansiedade, quando outras pessoas estão também a consumir. (Buckner *et al.*, 2012). Isto significa que a PAS parece ser um gatilho para o uso de substâncias, mas o consumo de substâncias não parece influenciar o desenvolvimento de PAS (Lemyre *et al.*, 2018). Pessoas com elevados níveis de AS de amostras não clínicas também foram associadas a problemas relacionados com o consumo de álcool. Além disto, a AS foi também associada ao consumo de tabaco e dependência de nicotina (Buckner *et al.*, 2012) e a um maior número de tentativas falhadas de deixar de fumar (Buckner *et al.*, 2020). De acordo com Jafarzadeh e associados (2023), várias perturbações de ansiedade são associadas com o consumo de tabaco, porém a AS é das mais consistentes e prevalentes, tendo sido associada a um maior consumo como estratégia de aumentar o conforto em situações sociais (Buckner *et al.*, 2021).

Como foi mencionado anteriormente, a AS está associada à baixa autoestima, pelo que as pessoas socialmente ansiosas tendem a classificar as suas capacidades sociais como mais baixas. Isto pode influenciar estes indivíduos a consumir mais substâncias como forma de superar esta inferioridade sentida em termos sociais (Buckner *et al.*, 2012). Este consumo de substâncias como estratégia de *coping* é mais comum em adolescentes, visto que os jovens com AS se encontram em maior risco de adotar os comportamentos dos seus pares e amigos como forma de se sentirem inseridos (Lemyre *et al.*, 2018). De acordo com Villarosa-Hurlocker e colaboradores (2019), adolescentes com altos níveis de AS tendem a ter uma sensação de que estão a ser avaliados pelos outros, o que faz com que estes sintam necessidade de adotar os comportamentos praticados pelas pessoas à sua volta. Desta forma, a adolescência é a fase da vida em que existe um maior risco de desenvolver AS (Shylashree *et al.*, 2022). O consumo de substâncias começa normalmente na adolescência, representando um alto risco para a dependência mais tarde (Blöte *et al.*, 2016; Oshri *et al.*, 2016). A literatura tem vindo a demonstrar que a pressão dos pares é um fator de alta relevância no início do uso de substâncias (Blöte *et al.*, 2016; Wu *et al.*, 2014), devido à elevada necessidade dos adolescentes se sentirem aprovados socialmente (Richter *et al.*, 1991).

Segundo Aurora e Coifman (2020), e Kounenou (2010), o sexo foi associado de forma significativa com o consumo de álcool e outras substâncias no sentido em que os

rapazes consomem mais tanto álcool como outras substâncias do que as raparigas. Isto indica que os rapazes estão em maior risco de consumir substâncias de forma abusiva do que as raparigas (Bartsch *et al.*, 2017; Buckner *et al.*, 2008). Esta informação é congruente com os resultados encontrados em Bolton e associados (2006), já que estes sugerem que entre as pessoas com AS, os rapazes são mais prováveis de consumir substâncias como forma de suprimir a ansiedade do que as raparigas, e têm ainda expectativas mais positivas em relação ao consumo de álcool (Strahan *et al.*, 2011).

2.7 O consumo de substâncias reduz a ansiedade?

É possível que o álcool, de facto, reduza o estado de ansiedade em situações sociais, o que pode explicar o porquê de as pessoas ansiosas socialmente consumirem mais álcool em situações que provocam AS do que em situações neutras. Porém, este efeito do álcool tem-se mostrado inconsistente na literatura anterior, já que outros estudos concluíram que o álcool não mostrou reduzir a ansiedade em pessoas com AS. Estes resultados discrepantes podem ser explicados pelas diferentes expectativas da pessoa em relação aos efeitos do álcool, pelo que pessoas socialmente ansiosas que consumam álcool na expectativa de atenuar a ansiedade, poderão de facto experienciar uma redução da ansiedade (Buckner *et al.*, 2012). O álcool pode atenuar possíveis reações de ansiedade durante um evento stressante, pois este pode intervir na avaliação de informações stressantes. Pode também interferir com o armazenamento das memórias relacionadas com eventos stressantes, significando assim que esta substância pode funcionar como um ansiolítico. Apesar disto, este efeito funciona apenas a curto-prazo, pois o álcool também pode aumentar o risco de as interações sociais induzirem ansiedade, especialmente em pessoas com PAS. É importante referir ainda que a privação do álcool tem efeitos ansiogénicos (Schneier *et al.*, 2010).

O Canabidiol (CBD), um componente da canábis, provou ter um efeito de redução da frequência cardíaca e da ansiedade sentida em indivíduos com PAS antes destes fazerem uma tarefa oral (Buckner *et al.*, 2012). Por outro lado, apesar do Tetrahydrocannabinol (THC), outro componente da canábis, apresentar efeitos ansiolíticos quando utilizado em doses mais pequenas, tem o efeito contrário (ansiogénico) se for consumido em doses maiores (Buckner *et al.*, 2012). Segundo Buckner e associados (2008), muitos consumidores de canábis referem que consomem esta substância para colmatar os sintomas de ansiedade e stresse. Assim, as pessoas ansiosas socialmente que consomem canábis como mecanismo de *coping* estão em maior risco de desenvolver

problemas associados ao consumo do que aqueles que consomem por outra razão (Bartholomay *et al.*, 2021).

Em relação ao tabaco, de acordo com Carters e Byrne (2013), fumar pode servir como um distrator, pois a atenção do indivíduo desfoca-se das situações ou pensamentos que despoletam stresse, direcionando-se a este comportamento que funciona como estratégia de regulação emocional. Assim, tanto o álcool, como a canábis, como o tabaco podem, a curto-prazo, servir como um mecanismo para lidar com a ansiedade, porém, este efeito não se manifesta a longo-prazo, pelo contrário, ao se tratar de substâncias propícias a desenvolver dependência, acabam por despoletar ansiedade devido aos sintomas de abstinência, sentindo uma maior necessidade de consumir para aliviar estes sintomas (Schneier *et al.*, 2010).

2.8 Inconsistência de resultados da associação entre ansiedade social e consumo de substâncias

É então possível que as pessoas com PAS que não evitam situações sociais estejam em maior risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo de substâncias, especialmente aqueles que consomem em situações sociais para lidar com a ansiedade (Buckner *et al.*, 2012). Porém, há indivíduos com AS que evitam convívios sociais onde as substâncias podem estar disponíveis, funcionando este evitamento como um mecanismo de *coping* para lidar com a ansiedade (Lemyre *et al.*, 2018). Assim, é possível que alguns indivíduos com AS consumam menos substâncias, pois a solução que encontram para lidar com a ansiedade é o evitamento social, estando em menor risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo (Thomas *et al.*, 2003). Estas pessoas podem evitar consumir substâncias por terem receio de perder o controlo das suas ações em situações sociais e por consequência serem avaliados negativamente pelas pessoas à sua volta, tendo este fenómeno o nome de “*self-presentation model*” (Blöte *et al.*, 2016). Estas diferenças na associação entre AS e consumo de substâncias também podem ser explicadas pelas normas e expectativas que os indivíduos têm relativamente às substâncias, pois caso assumam que estas vão ajudar a reduzir a ansiedade, poderão estar em maior risco de consumir do que aqueles que acreditam que não vai ter um efeito positivo (Bartholomay *et al.*, 2021).

Desta forma, a literatura anterior mostra uma inconsistência relativamente à associação entre a AS e o consumo de substâncias. Apesar disto, de acordo com Bruch e associados (1992) os indivíduos com níveis mais graves de AS foram associados a um

maior consumo de substâncias devido à elevada necessidade de atenuar a ansiedade, sendo esta necessidade superior ao medo de perderem o controlo por consumirem demasiado. Ainda assim, é importante investigar melhor a associação entre o consumo de álcool, tabaco e canábis, a AS e a autoestima, de forma a perceber de forma mais clara qual a relação entre estas variáveis, até porque poucos estudos investigaram a relação entre as três. Também é importante salientar que a maior parte dos estudos referentes à associação destas variáveis, são feitos maioritariamente com participantes adolescentes, pelo que se deve investigar se há diferenças entre adolescentes e jovens adultos.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

Avaliar a associação entre o consumo de substâncias (álcool, tabaco e canábis), a AS e a baixa autoestima numa amostra de jovens da população portuguesa (com idades entre os 15 e 30 anos).

3.2 Objetivos específicos

- 1.** Estudar a associação entre a autoestima e a AS;
- 2.** Estudar a associação entre a autoestima e o consumo de substâncias, nomeadamente álcool, tabaco e canábis;
- 3.** Investigar a associação entre o consumo de álcool, tabaco e canábis e a AS;
- 4.** Investigar possíveis associações entre estas variáveis (consumo de substâncias, autoestima e AS) e características sociodemográficas, como a idade, o sexo, o estado civil, a situação profissional, a escolaridade ou se tem filhos.

Com isto, formulam-se três hipóteses principais neste estudo:

H1: Os participantes com baixa autoestima vão apresentar níveis mais elevados de AS;

H2: Os participantes com baixa autoestima vão apresentar maiores níveis de consumo e dependência de substâncias;

H3: Os participantes com altos níveis de AS vão apresentar maiores níveis de consumo e dependência de substâncias.

4. Método

4.1 Plano de estudo

Este estudo segue um delineamento quantitativo, não experimental, do tipo correlacional, não havendo qualquer manipulação das variáveis em estudo. É um estudo observacional com apenas uma observação, sendo assim transversal.

4.2 Amostra

Os participantes do presente estudo foram recolhidos através do método de amostragem por bola de neve, sendo uma amostra não probabilística, por conveniência, já que os questionários foram partilhados em algumas redes sociais (*WhatsApp*, *Instagram*, *Facebook*) e foi solicitada a partilha a terceiros. Este estudo contou inicialmente com um total de 356 participantes, dos quais 9 foram eliminados por não corresponderem aos critérios de inclusão (idade entre 15 e 30 anos e residirem em Portugal há pelo menos 5 anos). Assim, este estudo contou com 347 participantes ($N = 347$).

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

De modo a assegurar que todos os participantes se inserem na mesma cultura devido ao facto de o consumo de substâncias variar consoante a cultura, estes deverão residir em Portugal há pelo menos 5 anos. Além disto, uma vez que o estudo se destina a adolescentes e jovens adultos, os participantes deverão ter idades compreendidas entre os 15 e 30 anos. Todos os participantes que não cumpram estes critérios, serão eliminados da amostra.

4.4 Procedimento

4.4.1 Preparação do estudo

Foram solicitadas permissões aos autores responsáveis pelas versões portuguesas dos instrumentos, para utilizar os questionários: (1) *Liebowitz Social Anxiety Scale* (Costa, 2016), (2) *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Gomes, 2004), (3) *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (Ferreira *et al.*, 2009), e (4) *Rosenberg Global Self-Esteem Scale* (Pechorro *et al.*, 2011). Na presente pesquisa, não foi encontrada uma versão portuguesa do instrumento *Cannabis Use Problems Identification Test* (Bashford *et al.*, 2010), pelo que se solicitou permissão ao autor original para se proceder à tradução do questionário para a língua portuguesa europeia (Anexo C).

4.4.2 Construção do *Google Forms*

Foi elaborado um questionário *online* na plataforma *Google Forms* constituído por 7 seções. A primeira seção era composta por uma descrição breve do objetivo do estudo, bem como do consentimento informado, a duração da sua participação e as características que o participante deveria ter de forma a poder participar no mesmo. Esta seção termina com uma declaração por parte do participante em que este, de forma a participar no estudo, deveria afirmar que compreendeu a informação exposta e que pretende prosseguir para o preenchimento dos questionários. A segunda seção era alusiva às características sociodemográficas, nomeadamente a idade, a nacionalidade, residência, sexo, escolaridade, situação profissional, profissão, estado civil, e por último, se tem filhos. As seguintes sessões (3, 4, 5, 6 e 7) foram compostas respetivamente pelos questionários *Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)*, *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*, *Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)*, *Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT)* e *Rosenberg Global Self-Esteem Scale (RSES)*.

4.4.3 Recrutamento e seleção dos participantes

Foram selecionadas pelo investigador, aproximadamente 40 pessoas que se inseriam nos critérios de inclusão, e foi-lhes partilhado um *link* que continha o questionário elaborado no *Google Forms* para participar no estudo. De seguida foram comunicados aspetos importantes da investigação, como a relevância do estudo, os objetivos e os critérios de inclusão e exclusão, de forma a permitir que estes tivessem um conhecimento geral do estudo, suficiente para convidar outras pessoas a participar no estudo. Assim, as pessoas inicialmente recrutadas pelo investigador tinham meios e conhecimento sobre o estudo para partilhar o *link* dos questionários a terceiras pessoas, seguindo o método de amostragem por bola de neve. Este *link* foi também partilhado em redes sociais (*WhatsApp*, *Facebook* e *Instagram*) de modo a chegar a mais pessoas. Este processo foi então feito *online* de modo a facilitar a participação, sendo que os indivíduos que aceitaram participar no estudo deveriam encontrar-se sóbrios e em locais calmos, de forma a reunir as condições necessárias para o preenchimento dos questionários (condições semelhantes às necessárias para realizar um teste). A colheita dos dados decorreu entre 28 de março de 2023 e 08 de junho de 2023.

4.4.4 Armazenamento e proteção de dados

Depois de devidamente codificados, os dados foram inseridos num ficheiro *Excel*, sendo que o acesso aos dados recolhidos foi condicionado por chaves tuteladas pelo investigador do estudo de forma a assegurar a sua proteção. Desta forma, a identidade dos participantes do estudo está protegida, já que é impossível ter o seu conhecimento.

4.4.5 Dicionário da codificação das variáveis

A variável “sexo” foi codificada da seguinte forma: 1 = Masculino; 2 = Feminino.

A variável “escolaridade” foi codificada da seguinte forma: 0 = Sem escolaridade; 1 = 1º Ciclo; 2 = 2º Ciclo; 3 = 3º Ciclo; 4 = Secundário; 5 = Curso Profissional; 6 = Licenciatura; 7 = Mestrado; 8 = Doutoramento.

A variável “situação profissional” foi codificada da seguinte forma: 0 = Estudante; 1 = Ativo; 2 = Desempregado(a); 3 = Reformado(a).

A variável “estado civil” foi codificada da seguinte forma: 1 = Solteiro; 2 = Casado; 3 = União facto; 4 = Divorciado; 5 = Viúvo

Por fim, as variáveis dicotómicas de “sim” ou “não” foram codificadas da seguinte forma: 0 = Não; 1 = Sim.

4.5. Instrumentos

4.5.1 Questionário de dados sociodemográficos: O questionário sociodemográfico é composto por 10 itens com o intuito de avaliar as características sociodemográficas dos participantes, nomeadamente a idade, a nacionalidade, a residência, o sexo, a escolaridade, a situação profissional, a profissão, o estado civil e se tem filhos (Anexo B).

Ansiedade social

4.5.2 *Liebowitz Social Anxiety Scale* / Escala de Liebowitz para Ansiedade Social – LSAS (Liebowitz, 1987)

O LSAS é utilizado para avaliar a AS, tendo sido originalmente elaborada por Michael Liebowitz (Liebowitz, 1987). Este questionário destina-se a definir as situações sociais e de desempenho que os indivíduos temem ou evitam, determinando o grau de AS que estes apresentam (Heimberg *et al.*, 1999). O questionário é composto por 24 itens, que se dividem em duas principais subescalas: Interação Social, composto por 11 itens

referentes a situações em que há interações sociais (e.g., “Falar com pessoas de autoridade”); Performance, composto por 13 itens que remetem para situações onde há um comportamento de performance (e.g., “Atuar, representar ou discursar em frente a uma audiência”). Para cada item do questionário deve ser indicado o nível de ansiedade sentida em cada situação e a probabilidade de evitar essa situação, recorrendo a uma escala de *Likert* de 4 pontos que varia entre 0 (nenhuma/nunca) a 3 (muita/quase sempre) (Heimberg *et al.*, 1999). A sua cotação obtém-se através da soma das pontuações atribuídas nos 24 itens.

Havendo uma tabela do nível de ansiedade sentida e outra para a probabilidade de evitamento, o número total de respostas é de 48 (2 respostas para cada item). Assim, as pontuações do indivíduo podem variar entre 0 e 144. Pontuações inferiores a 30 indicam que o indivíduo não sofre de AS. Pontuações entre 30 e 49 indicam um nível leve de AS, já pontuações entre 50 e 64 indicam um nível de AS moderado. Pontuações entre 65 e 79 significam que o indivíduo tem um nível de AS acentuado. Pontuações entre 80 e 95 indicam um nível de AS grave, e por último, pontuações superiores a 95 indicam um nível de AS muito grave (Heimberg *et al.*, 1999).

Segundo Heimberg e colaboradores (1999), a versão original deste instrumento tem uma consistência interna elevada, já que apresenta um valor de alfa de Cronbach elevado ($\alpha = 0,96$). Este instrumento tem várias adaptações para outras línguas, como espanhol (Bobes *et al.*, 1999), turco (Soykan *et al.*, 2003), ou francês (Yao *et al.*, 1999). Neste estudo será utilizada a versão portuguesa, usada em Costa (2016), que apresenta uma consistência interna alta (alfa de Cronbach = 0,93).

Autoestima

4.5.3 Rosenberg Global Self-Esteem Scale / Escala Global de Autoestima de Rosenberg - RSES (Rosenberg, 1965)

Este instrumento foi desenvolvido por Morris Rosenberg (Rosenberg, 1965) e destina-se a avaliar o nível de autoestima em adolescentes e adultos. É um questionário constituído por 10 itens (e.g., “De um modo geral estou satisfeito comigo próprio” ou “Por vezes sinto que sou um inútil”), devendo os indivíduos indicar numa escala de *Likert* de 4 pontos o seu grau de concordância com cada uma das perguntas. Esta escala varia entre 0 (discordo totalmente) e 3 (concordo totalmente) para os itens 1, 3, 4, 7 e 10 (itens de autoconfiança). Já nos itens 2, 5, 6, 8 e 9 (itens de autodepreciação), a escala é invertida, ou seja, varia entre 0 (concordo totalmente) e 3 (discordo totalmente). Assim,

a cotação faz-se através da soma dos 10 itens, estando os itens 2, 5, 6, 8 e 9 cotados de forma inversa. As pontuações variam entre 0 e 30, sendo que pontuações inferiores a 15 correspondem a um baixo nível de autoestima, pontuações entre 15 e 25 correspondem a níveis normais de autoestima, e pontuações superiores a 25 correspondem a um nível alto de autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale, 2014).

De acordo com Keane e Loades (2016), a RSES é o instrumento de autopreenchimento mais utilizado para medir o nível de autoestima. A versão original deste instrumento apresenta excelentes níveis de consistência interna, variando entre 0,85 e 0,88 (Rosenberg Self-Esteem Scale, 2014). Neste estudo será utilizada a versão portuguesa do instrumento (Pechorro *et al.*, 2011) que apresenta bons valores de consistência interna, oscilando entre 0,70 e 0,81. Estes dados corroboram com os valores apresentados por Rosenberg em estudos anteriores (Pechorro *et al.*, 2011).

Consumo de substâncias

4.5.4 Alcohol Use Disorders Identification Test / Teste de Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool – AUDIT (Saunders et al., 1993)

O AUDIT foi elaborado por um grupo de pesquisadores internacionais, sob a égide da Organização Mundial de Saúde - OMS (Saunders *et al.*, 1993).

O objetivo deste questionário é avaliar o consumo de álcool dos indivíduos, as suas consequências e a vulnerabilidade para a dependência de álcool. É um questionário de fácil aplicação, sendo composto por 10 itens, dos quais, segundo Fonte e Cardoso (2013), três são relativos ao consumo, isto é, frequência ou episódios de ingestão excessiva (e.g., “Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?”). Quatro itens remetem para os sintomas de dependência, como dificuldade em parar o consumo, consumo desde o despertar ou culpabilidade (e.g., “Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?”). Os restantes três itens direcionam-se aos problemas associados ao consumo de álcool, como a capacidade para desempenhar atividades do dia-dia ou preocupação dos outros sobre o consumo (e.g., “Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?”)

As perguntas são avaliadas através de uma escala de *Likert* de cinco pontos, que varia entre 0 (nunca) e 4 (diariamente ou quase diariamente), à exceção dos dois itens

finais que não são exclusivamente relativos aos últimos 12 meses e têm apenas 3 opções como resposta (correspondendo cada resposta a 0, 2 ou 4 pontos) (Allen *et al.*, 1997).

As respostas são cotadas através da soma das pontuações de todos os itens, variando entre 0 e 40. Os valores mais baixos correspondem a um consumo de álcool mais baixo, bem como menores consequências provenientes do seu uso, enquanto que valores mais altos indicam um consumo de álcool mais elevado e consequências mais nocivas. Pontuações entre 0 e 7 indicam um baixo nível de consumo e de risco de dependência. Entre 8 e 15 indicam um nível de consumo considerado de risco, mas baixo ou moderado. Pontuações entre 16 e 19 são indicadores de um consumo nocivo que se traduz num risco moderado de dependência. Por último, pontuações entre os 20 e 40 indicam uma alta probabilidade de dependência com um consumo elevado (SICAD, s.d.).

Este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas (alfa de Cronbach de 0,81; Meneses-Gaya, 2009). Por esta razão tem sido, entre os instrumentos que avaliam perturbações relacionadas com o álcool, um dos mais utilizados a nível mundial, encontrando-se na quarta posição (Fonte & Cardoso, 2013). De facto, o AUDIT tem sido traduzido e adaptado para diversas línguas em diferentes versões que mostram manter uma consistência interna alta, como é o caso da versão espanhola ($\alpha = 0,93$; Alvarado *et al.*, 2009) e da versão francesa ($\alpha = 0,87$; Gache *et al.*, 2005). Neste estudo será utilizada a versão portuguesa do AUDIT, que segundo Gomes (2004), foi desenvolvida e validada por Cunha (2002), apresentando uma boa consistência interna, já que o alfa de Cronbach é relativamente alto ($\alpha = 0,73$) (Fonte & Cardoso, 2013).

4.5.5 Fagerström Test for Nicotine Dependence / Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina – FTND (Heatherton *et al.*, 1991)

O FTND é um instrumento desenvolvido em Heatherton e colaboradores (1991) que surgiu como uma atualização da primeira versão do instrumento (*Fagerström Test Questionnaire*), elaborada por Fagerström (Heatherton *et al.*, 1991), e tendo como objetivo identificar e avaliar a dependência de nicotina (Meneses-Gaya, 2009).

Este questionário destina-se exclusivamente a indivíduos que fumam tabaco, sendo por isso composto pela pergunta inicial “Fuma cigarros atualmente?”. Assim, caso o participante responda “não” à pergunta inicial, este não reúne as condições para responder ao questionário, sendo reencaminhado para o próximo questionário. Apenas os participantes que respondam “sim” a esta pergunta, responderão a este questionário. É

um questionário composto por seis itens que se dividem em duas subescalas: o consumo de cigarros, que integra quatro itens (e.g., “Quantos cigarros fuma por dia?”) e o fumo matinal, que compreende dois itens (e.g., “Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar ou no resto do dia?”). A pontuação total varia entre 0 e 10 e é obtida através da soma das pontuações nos 6 itens. Resultados entre os 0 e 3 pontos indicam um nível de dependência de nicotina baixa, resultados entre 4 e 6 pontos indicam um nível médio de dependência e resultados entre os 7 e 10 pontos correspondem a um nível de dependência elevado (Ferreira *et al.*, 2009).

No presente estudo, será utilizada a versão portuguesa deste instrumento, elaborada em Ferreira e associados (2009). De acordo com estes autores, o questionário apresenta uma consistência interna baixa, visto que o valor de alfa de Cronbach corresponde a 0,66. Apesar deste valor ser baixo em relação aos valores padrão, é superior ao da versão original que corresponde a 0,61 (Heatherton *et al.*, 1991) e ao de outras versões como a turca ($\alpha = 0,56$; Uysal *et al.*, 2004) ou a italiana ($\alpha = 0,55$; Fekketich *et al.*, 2008). Embora apresente valores baixos de consistência interna, Meneses-Gaya (2009) refere que o FTND é o instrumento mundial mais utilizado para avaliar a dependência física da nicotina.

4.5.6 Cannabis Use Problems Identification Test / Teste de Identificação de Problemas de Uso de Canábis - CUPIT (Bashford *et al.*, 2010)

O CUPIT é um questionário originalmente formulado por Jan Bashford, Ross Flett e Jan Copeland (2010). Este instrumento tem como objetivo verificar se os indivíduos apresentam sintomas e problemas relacionados com o uso de canábis e avalia o risco de o indivíduo desenvolver dependência da substância. Além disto, serve para identificar a intensidade e frequência do uso de canábis nos últimos 12 meses (Cengel *et al.*, 2021). De acordo com Annaheim (2012), o CUPIT é um dos questionários mais utilizados para avaliar problemas relacionados com o consumo de canábis e diferenciar o uso abusivo de uso controlado, sendo relevante, tanto para a população geral como para amostras clínicas (Bashford *et al.*, 2010). O facto de ser um instrumento de autopreenchimento e apresentar boas propriedades psicométricas pode justificar a frequência com que o CUPIT é utilizado (Annaheim, 2012).

O questionário é composto por 16 itens que se dividem em duas principais componentes: a primeira componente é composta por 10 itens, dos quais cinco são relativos aos hábitos e frequência de consumo (e.g., “Quantas vezes consumiu canábis,

logo de manhã?") e os outros cinco direcionam-se à dificuldade de controlar ou suprimir o consumo (e.g., "Quão difícil acha que seria deixar de consumir canábis por completo?"); a segunda componente integra seis itens relativos aos problemas e consequências provenientes do consumo de canábis (e.g., "Sentiu falta de energia para fazer as coisas da maneira como fazia antes?"; Bashford *et al.*, 2010). Os itens são medidos numa escala de *Likert*, sendo que a pontuação total varia entre 3 e 82. A sua cotação faz-se através da soma das pontuações de todos os itens: pontuações inferiores a 12 correspondem a um nível de consumo baixo, pontuações entre 12 e 20 correspondem a um consumo que se traduz num risco de desenvolver problemas relacionados com o consumo de canábis, e pontuações superiores a 20 correspondem a um critério de perturbação de uso de canábis (Bashford, 2016). Uma vez que este questionário deve ser preenchido apenas por indivíduos que fumem canábis, foi adicionada a pergunta inicial "Fumou canábis nos últimos 12 meses?". Os participantes que respondessem "não" a esta pergunta, seriam reencaminhados para o próximo questionário. Apenas aqueles que respondessem "sim" à questão inicial, poderiam responder ao questionário.

O valor de alfa de Cronbach relativo à consistência interna varia entre 0,79 e 0,92 (Bashford *et al.*, 2010). Existem ainda algumas adaptações do CUPIT para outras línguas, como a versão turca, que apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = 0,89$) (Evren *et al.*, 2017).

4.6 Procedimentos de tradução e adaptação linguística de instrumentos psicológicos

Da pesquisa realizada, não foi encontrada uma versão portuguesa do CUPIT, pelo que, seguindo as regras de tradução de instrumentos psicológicos (FENN *et al.*, 2020), este foi traduzido para a língua portuguesa europeia. O questionário foi traduzido por uma tradutora portuguesa fluente em inglês (com diploma de c1), de inglês (versão original) para português (versão adaptada). De modo a assegurar que não havia nenhum erro na tradução, ou possíveis falsas interpretações, a tradução feita pela tradutora portuguesa foi traduzida novamente para inglês por uma pessoa portuguesa residente em Inglaterra, fluente em inglês (com diploma de c1) para ser comparada com a versão original. Após as duas versões terem sido comparadas e se ter verificado não haver diferenças significativas entre as mesmas, foi feita uma pequena aplicação experimental (com um grupo de aproximadamente 10 pessoas) de forma a aperfeiçoar a linguagem, tornando-a mais perceptível e direta para os adolescentes e jovens adultos, visto que o estudo é direcionado a esta amplitude de idades.

4.7 Análise de dados

Os dados foram codificados e inseridos no programa *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS), onde se procedeu às análises estatísticas dos dados.

Inicialmente, foi feita uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e das variáveis em estudo de forma a explicitar as suas frequências. De seguida procedeu-se ao estudo da normalidade da amostra, tendo sido utilizado o teste *Kolmogorov-Smirnov* com o objetivo de perceber se deveriam ser utilizados testes paramétricos, ou testes não paramétricos para comparar as médias das variáveis em estudo entre o sexo feminino e masculino. Além disto, testou-se a consistência interna do CUPIT, analisando-se o alfa de *Cronbach* de forma a investigar se a tradução do instrumento teve consequências a nível da sua confiabilidade. Após esta análise, realizou-se um teste *U* de *Mann-Whitney*, devido ao facto de se ter rejeitado a hipótese da normalidade da amostra, com o objetivo de comparar as médias das variáveis em estudo entre os dois sexos. De forma a verificar se existem associações entre as variáveis em estudo (incluindo as características sociodemográficas), procedeu-se à realização de correlações entre as mesmas. Após se verificarem várias correlações entre as variáveis, foram feitos modelos de regressão *stepwise*, incluindo todas as variáveis que tiveram pelo menos uma associação significativa, de forma a verificar quais as variáveis que contribuem mais para a explicação da variância do consumo de álcool, tabaco e canábis, respetivamente.

5. Ética

5.1 Direitos para uso e tradução de instrumentos psicológicos

Foram obtidas autorizações pelos autores das versões dos instrumentos adaptados à população portuguesa para a sua utilização e pelo autor original do instrumento CUPIT para a sua tradução para português europeu.

5.2 Consentimento informado

O consentimento informado refere o facto de a participação ser voluntária e anónima e ainda a opção de o participante desistir em qualquer momento durante o preenchimento dos questionários, sem qualquer consequência. Além disto, este consentimento também destaca o facto de não haver riscos associados à participação do estudo e o facto da participação demorar cerca de 15 minutos. Todos os participantes teriam de ler e aceitar estes termos de forma a poder participar no estudo.

5.3 Proteção e divulgação de dados

A confidencialidade dos dados foi respeitada de acordo com a Lei n.º 58/20191 relativa à proteção de dados pessoais (DR, 2019). A identidade dos participantes não foi revelada, respeitando a anonimização dos mesmos. Os dados foram utilizados exclusivamente para tratamento estatístico, sendo que foram usadas chaves de acesso à bases de dados e o preenchimento dos questionários foi totalmente destruído após a codificação e armazenamento digital dos dados.

6. Resultados

Estatísticas descritivas

O presente estudo contou com um número total de 356 participantes, dos quais 9 foram eliminados por terem uma idade superior a 30 ou por não residirem em Portugal há pelo menos 5 anos, não cumprindo assim os critérios de inclusão. Assim, a amostra foi composta por 347 participantes ($n = 347$), com uma média etária de 21.81 anos ($DP = 3.557$) compreendida entre os 15 e 30 anos (Tabela 1). O número de participantes do sexo masculino e feminino foi aproximado já que 44.7% ($n = 155$) são do sexo masculino e 55.3% ($n = 192$) são do sexo feminino (Tabela 1). Relativamente à situação profissional, 30% ($n = 104$) têm um trabalho ativo, enquanto que os restantes estão desempregados (3.2%) ou são estudantes (66.9%). Em relação à escolaridade, 47% ($n = 163$) tem um curso superior, enquanto que 46.8% ($n = 162$) tem no máximo o secundário. Os restantes participantes têm um curso profissional (6.3%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes são solteiros (95.1%), enquanto que os restantes 4.9% são casados (1.4%) ou estão em união de facto (3.5%). Por último, 98% dos participantes não tem filhos, ao contrário dos restantes 2% (tabela 1).

Tabela 1- Estatísticas descritivas das características sociodemográficas

Caraterísticas Sociodemográficas (N = 347)		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Idade		21,81	3,557	15	30
Idade sexo masculino (n = 155)		22,14	3,625	15	30
Idade sexo feminino (n = 192)		21,55	3,488	15	30

Caraterísticas Sociodemográficas (N = 347)		Caraterísticas Sociodemográficas (N = 347)	
	<i>n (%)</i>		<i>n (%)</i>
Sexo		Escolaridade (completa)	
Masculino	155 (44,7)	Sem escolaridade	0 (0)
Feminino	192 (55,3)	1º Ciclo	0 (0)
Situação profissional		2º Ciclo	2 (0,6)
Estudante	232 (66,9)	3º Ciclo	21 (6,1)
Ativo	104 (30)	Secundário	139 (40,1)
Desempregado	11 (3,2)	Curso Profissional	22 (6,3)
Reformado	0 (0)	Licenciatura	131 (37,8)
Estado civil		Mestrado	31 (8,9)
Solteiro	330 (95,1)	Tem filhos?	
Casado	5 (1,4)	Não	340 (98)
União facto	12 (3,5)	Sim	7 (2)
Divorciado	0 (0)		
Viúvo	0 (0)		

Estudo da Normalidade da amostra

De forma a verificar se os dados obtidos para as variáveis do estudo seguem uma distribuição normal, efetuou-se um estudo da normalidade da amostra. Visto que a amostra neste estudo é extensa (N = 347), o teste *Kolmogorov-Smirnov* foi o utilizado

para verificar a normalidade da amostra. Como se pode ver na tabela 2, a hipótese das variáveis AS, autoestima e o nível de dependência de álcool, de tabaco e de canábis seguirem uma distribuição normal foram rejeitadas, uma vez que apresentam valores de significância inferiores a 0.05 ($\text{sig} < 0.001$). Assim, a amostra não segue uma distribuição normal.

Tabela 2 - Normalidade da amostra das variáveis em estudo

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
LSAS	,077	347	<,001	,967	347	<,001
AUDIT	,139	347	<,001	,893	347	<,001
FTND	,437	347	<,001	,550	347	<,001
CUPIT	,370	347	<,001	,637	347	<,001
RSES	,069	347	<,001	,983	347	<,001

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Análise da consistência interna do *Cannabis Use Identification Test*

Uma vez que neste estudo o CUPIT foi traduzido para a língua portuguesa europeia, procedeu-se à análise da sua consistência interna de forma a verificar se ao traduzir o instrumento, a boa consistência interna encontrada no artigo original foi perdida. A análise revelou que a tradução do instrumento não teve um impacto negativo na consistência interna, já que o valor do alfa de Cronbach foi de 0,89 (tabela 3).

Tabela 3 - Consistência interna do *Cannabis Use Identification Test*

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
,892	,904	16

Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

A média do questionário do LSAS foi de 48.98 ($DP = 28$). É também importante referir que a pontuação máxima atingida no questionário foi de 122, sendo que o máximo possível seria 140 (Tabela 4), pelo que nenhum participante atingiu o nível máximo de AS. Do total de participantes, 29.4% não sofrem de AS e 25.1% apresentaram níveis leves de AS. Por outro lado, 17.8% dos participantes obtiveram níveis de AS moderada e 10.4% níveis de AS acentuada. A percentagem de participantes com níveis graves de AS

foi de 10.7%, e por fim, apenas 6.6% dos participantes, apresentaram níveis de AS muito grave (tabela 5).

Tabela 4 - Estatísticas descritivas do Liebowitz Social Anxiety Scale

<i>N</i>	Válido	347
	Omisso	0
	Média	48,98
	Erro Desvio	28,002
	Mínimo	1
	Máximo	122

Tabela 5 – Classificação do nível de ansiedade social avaliada pelo Liebowitz Social Anxiety Scale incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)

Cotação (<i>N</i> = 347)	Frequência (M/F)	Porcentagem (M/F)
< 30 (não sofre de AS)	102 (58/44)	29,4 (16,8 / 12,7)
30 - 49 (AS leve)	87 (43/44)	25,1 (12,4 / 12,7)
50 - 64 (AS moderada)	62 (27/35)	17,8 (7,8 / 10)
65 - 79 (AS acentuada)	36 (13/23)	10,4 (3,7 / 6,6)
80 - 95 (AS grave)	37 (10/27)	10,7 (2,9 / 7,8)
> 95 (AS muito grave)	23 (4/19)	6,6 (1,2 / 5,4)
Total	347	100

Rosenberg Global Self-Esteem Scale (RSES)

No que concerne à autoestima, a média do RSES foi de 19.09 (*DP* = 5.98; Tabela 6). Como se pode ver na tabela 7, a percentagem de participantes que apresentou níveis de baixa autoestima foi de 20.5% (*n* = 71). Já a percentagem de participantes com níveis de autoestima elevada foi de 17.6% (*n* = 61). Os restantes 61.9% (*n* = 215) apresentaram valores normativos de autoestima.

Tabela 6 - Estatísticas descritivas do Rosenberg Global Self-Esteem Scale

<i>N</i>	Válido	347
	Omisso	0
	Média	19,09
	Erro Desvio	5,980
	Mínimo	0
	Máximo	30

Tabela 7 – *Classificação do nível de autoestima avaliada pelo Rosenberg Self-Esteem Scale incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)*

Cotação	Frequência (M/F)	Porcentagem (M/F)
< 15 (Baixa autoestima)	71 (29/42)	20,5 (8,5 / 12)
15-25 (valores normativos de autoestima)	215 (95/120)	61,9 (27 / 34,6)
> 25 (autoestima elevada)	61 (31/30)	17,6 (9 / 8,6)
Total	347	100%

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

Relativamente ao consumo de álcool, a média do AUDIT foi de 7.03 ($DP = 5.81$; Tabela 8). Mais de metade dos participantes apresentaram níveis de consumo de álcool de baixo risco (63.7%; $n = 221$), isto é, pontuações inferiores a 8. A percentagem de participantes com níveis de consumo moderado de álcool (pontuações entre 8 e 15) foi de 27.7% ($n = 96$). Apenas 4.6% ($n = 16$) apresentaram níveis de consumo nocivo (com um risco moderado de dependência; pontuações dos 16 aos 19). Por fim, apenas 4% ($n = 14$) dos participantes apresentaram níveis de consumo elevado, com uma alta probabilidade de dependência, sendo que o valor máximo atingido foi 32 (tabela 9).

Tabela 8 - *Estatísticas descritivas do Alcohol Use Disorders Identification Test*

<i>N</i>	Válido	347
	Omisso	0
Média		7,03
Erro Desvio		5,811
Mínimo		0
Máximo		32

Tabela 9 – Classificação do nível de dependência do consumo de álcool avaliada pelo Alcohol Use Disorders Identification Test incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)

Cotação	Frequência (M/F)	Porcentagem (M/F)
0 – 7 (baixo nível de consumo e de risco de dependência)	221 (76/145)	63,7 (22 / 41,8)
8 – 15 (consumo de risco baixo ou moderado)	96 (60/36)	27,7 (17,3 / 10,3)
16 – 19 (consumo nocivo e risco moderado de dependência)	16 (10/6)	4,6 (2,9 / 1,7)
20 – 40 (consumo elevado e alto risco de dependência)	14 (9/5)	4 (2,6 / 1,4)
Total	347	100

Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND)

Como se pode ver na tabela 10, do total de participantes, 64% ($n = 222$) afirmaram não fumar cigarros atualmente, ao contrário dos outros 36% ($n = 125$). Assim, apenas 125 participantes responderam ao FTND, sendo que a sua média foi de 2.28 ($DP = 2.18$; tabela 11). A tabela 12 mostra que a percentagem de participantes com um nível de dependência de nicotina elevado foi de apenas 4% ($n = 5$), sendo que a pontuação máxima atingida foi de 7 pontos. Por outro lado, 68.8% ($n = 86$) dos participantes apresentaram níveis baixos de dependência. Os restantes 27.2% ($n = 34$) apresentaram níveis médios de dependência.

Tabela 10 – Frequência e percentagem dos fumadores e não fumadores de tabaco incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)

	Frequência (M/F)	Porcentagem (M/F)
Válido Não	222 (90/132)	64,0 (26 / 38)
Sim	125 (65/60)	36,0 (18,7 / 17,3)
Total	347	100,0

Tabela 11 - Estatísticas descritivas do Fagerstrom Test for Nicotine Dependence

n	Válido	125
	Omisso	0
Média		2,28
Erro Desvio		2,176
Mínimo		0
Máximo		7

Tabela 12 – Classificação do nível de dependência de nicotina avaliada pelo *Fagerstrom Test for Nicotine Dependence* incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)

Cotação	Frequência (M/F)	Porcentagem (M/F)
0 – 3 (dependência baixa)	86 (39/47)	68,8 (31,2 / 37,6)
4 – 6 (nível médio de dependência)	34 (23/11)	27,2 (18,4 / 8,8)
7 – 10 (nível de dependência elevado)	5 (3/2)	4 (2,4 / 1,6)
Total	125	100

Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT)

Como se pode ver na tabela 13, 65.4% ($n = 227$) responderam negativamente à pergunta “Nos últimos 12 meses fumou canábiss?”, pelo que 34.6% ($n = 120$) do total de participantes responderam ao CUPIT, onde se obteve uma média de 22.02 ($DP = 14.17$), como se pode ver na tabela 14.

A tabela 15 mostra que a percentagem de participantes que apresentaram níveis correspondentes a um critério de perturbação de uso de canábiss foi de 48.3% ($n = 58$). Por outro lado, 33.3% ($n = 40$) dos participantes que consumiram canábiss nos últimos 12 meses não apresentam níveis problemáticos de consumo de canábiss. Assim, a restante percentagem (18.4%; $n = 22$), apesar de não apresentar níveis consideravelmente problemáticos, encontra-se em risco de desenvolver problemas associados ao consumo de canábiss.

Tabela 13 – Frequência e percentagem dos participantes que fumaram canábiss nos últimos 12 meses incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)

		Frequência (M/F)	Porcentagem (M/F)
Válido	Não	227 (78/149)	65,4 (22,5 / 43)
	Sim	120 (77/43)	34,6 (22,2 / 12,4)
	Total	347	100,0

Tabela 14 - Estatísticas descritivas do *Cannabis Use Problems Identification Test*

n	Válido	120
	Omisso	0
	Média	22,02
	Erro Desvio	14,172
	Mínimo	3
	Máximo	56

Tabela 15 – Classificação do nível de dependência de canábis avaliada pelo Cannabis Use Problems Identification Test incluindo o sexo masculino (M) e feminino (F)

Cotação	Frequência (M/F)	Porcentagem (M/F)
< 12 (consumo baixo)	40 (18/22)	33,3 (15 / 18,3)
12 – 20 (risco de dependência)	22 (12/10)	18,4 (10 / 8,3)
> 20 (critério de perturbação de consumo de canábis)	58 (47/11)	48,3 (39,2 / 9,2)
Total	120	100%

Estudo da diferença das médias

Realizou-se um teste U de *Mann-Whitney* com o objetivo de averiguar se as médias das variáveis em estudo são significativamente diferentes entre o sexo masculino e feminino. Os resultados mostraram que a média de todas as variáveis, isto é, a AS ($U = 10301.500$, sig < .001), o nível de consumo e dependência de álcool ($U = 10717.500$, sig < 0.001), nível de consumo e dependência de tabaco ($U = 13078$, sig = 0.010) nível de consumo e dependência de canábis ($U = 10058.500$, sig < 0.001) e a autoestima ($U = 12800$, sig = 0.025) é estatística e significativamente diferente entre o sexo masculino e feminino (tabela 16). Através das médias e desvios padrão (tabela 16), assume-se que o nível de autoestima, de consumo e dependência de álcool, consumo e dependência de tabaco e consumo e dependência de canábis é superior no sexo masculino, enquanto que o nível de AS é superior no sexo feminino.

Tabela 16 – Estudo da diferença de médias por sexo nos questionários aplicados. Teste U de *Mann-Whitney*

	Sexo Masculino (n = 155)		Sexo Feminino (n = 192)		U de <i>Mann-Whitney</i> (N = 347)	Significância Sig. (2 extremidades) (N = 347)
	Média	DP	Média	DP		
LSAS	40,5	24,92	55,8	28,55	10301,500	<,001
AUDIT	8,5	6,09	5,9	5,32	10717,500	<,001
FTND	1,1	1,94	0,6	1,45	13078,000	,010
CUPIT	12,9	16,24	3,4	8,43	10058,500	<,001
RSES	19,7	6,24	18,6	5,72	12800,000	,025

a. Variável de Agrupamento: Sexo

Estudo correlacional

De forma a verificar a existência de associações entre as variáveis, incluindo as características sociodemográficas, isto é, a idade, a situação profissional e a escolaridade, procedeu-se ao estudo de correlações de *Spearman* entre todas as variáveis em estudo. As variáveis “estado civil” e se “tem filhos” não foram incluídas devido à sua fraca representatividade (tabela 1). Uma vez que se verificaram as diferenças das médias das variáveis em estudo entre os dois sexos, esta característica não foi incluída nas correlações. A tabela 17 mostra que foram encontradas várias associações significativas:

Relativamente à AS, foi encontrada uma correlação forte negativa com a autoestima [$r(345) = -.617; p < 0.01$]. Além disto, a AS também se correlacionou de forma fraca e negativamente com a idade [$r(347) = -.211; p < 0.01$], com a situação profissional [$r(345) = -.112; p < 0.05$] e com a escolaridade [$r(345) = -.110; p < 0.05$];

No que concerne à autoestima, além da correlação supramencionada, também foi encontrada uma correlação fraca positiva com a idade [$r(345) = .222; p < 0.01$], com a situação profissional [$r(345) = .120; p < 0.05$] e com a escolaridade [$r(345) = .141; p < 0.01$];

Em relação ao álcool, foi encontrada uma correlação moderada positiva com o tabaco [$r(345) = .349; p < 0.01$] e com a canábis [$r(345) = .425; p < 0.01$]. O álcool correlacionou-se ainda, de forma fraca e positiva, com a idade [$r(345) = .121; p < 0.05$] e com a situação profissional [$r(345) = .112; p < 0.05$].

Já o tabaco, além da correlação com o álcool descrita anteriormente, também se correlacionou positiva e moderadamente com a canábis [$r(345) = .372; p < 0.01$]. Além disto o tabaco também se correlacionou de forma fraca e positiva com a idade [$r(345) = .135; p < 0.05$] e com a situação profissional [$r(345) = .105; p < 0.05$].

Além de se terem encontrado correlações entre a idade e as variáveis descritas anteriormente, ainda se encontrou uma correlação forte positiva entre a idade e a situação profissional [$r(345) = .580; p < 0.01$], e entre a idade e escolaridade [$r(345) = .622; p < 0.01$].

Além das correlações supramencionadas, a situação profissional correlacionou-se ainda de forma fraca positiva com a escolaridade [$r(345) = .295; p < 0.01$].

Tabela 17 – Matriz de correlações de Spearman entre as variáveis em estudo

Correlação de Spearman (N = 347)	LSAS	RSES	AUDIT	FTND	CUPIT	Idade	Situação profissional	Escolaridade
LSAS	1	-,617**	-,079	-,009	-,048	-,211**	-,112*	-,110*
RSES		1	-,049	-,023	-,066	,222**	,120*	,141**
AUDIT			1	,349**	,425**	,121*	,112*	,076
FTND				1	,372**	,135*	,105*	,020
CUPIT					1	,097	,083	-,049
Idade						1	,580**	,622**
Sit. Prof.							1	,295**
Escolaridade								1

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades)

Análise de regressão

De forma a verificar qual, ou quais das variáveis contribuem mais para a explicação da variância do nível de consumo e dependência de álcool, tabaco e canábis, foram feitos modelos de regressão *stepwise* para cada uma destas variáveis. Foram inseridas todas aquelas que se correlacionaram significativamente com pelo menos uma variável, isto é, a AS, a autoestima, a idade, o sexo, a situação profissional, o estado civil, a escolaridade e se tem ou não filhos.

Consumo e dependência de álcool

O segundo modelo previu 6.3% da total variância do consumo de álcool [r^2 (347) = 0.063, $F(2, 344) = 11.626$, $p < 0.05$]. Apesar do valor da variância deste modelo ser baixo, este assumiu-se como o melhor modelo para prever o consumo de álcool, já que nos modelos seguintes, ao serem acrescentadas variáveis, perdeu-se a significância (tabela 18; anexo D).

Desta forma, o sexo [$\beta = -.235$, $t(344) = -4.476$, $p < 0.01$] e a autoestima [$\beta = -.116$, $t(344) = -2.218$, $p < 0.05$], mostraram-se como as variáveis que preveem de melhor forma o consumo de álcool (anexo E).

Tabela 18 - Modelo de regressão stepwise para a explicação do nível de dependência do consumo de álcool

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Sig. Mudança F
1	,223 ^a	,050	,047	5,672	<,001
2	,252 ^b	,063	,058	5,640	,027
3	,268 ^c	,072	,064	5,623	,080
4	,276 ^d	,076	,065	5,618	,205
5	,277 ^e	,077	,063	5,625	,628
6	,277 ^f	,077	,060	5,632	,844

a. Preditores: (Constante), Sexo

b. Preditores: (Constante), Sexo, RSES

c. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade

d. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, LSAS

e. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, LSAS, Escolaridade (completa)

f. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, LSAS, Escolaridade (completa), Situação profissional

Consumo e dependência de tabaco

O segundo modelo previu 3.3% da total variância do consumo de tabaco [$r^2(347) = .033$, $F(2, 344) = 5.816$, $p < 0.05$]. Uma vez que ao se adicionar mais variáveis nos modelos seguintes, se perdeu a significância, o segundo modelo considera-se como o melhor para prever o consumo de tabaco (tabela 19; anexo F).

Assim, o sexo [$\beta = -.137$, $t(344) = -2.569$, $p < 0.05$] e a idade [$\beta = .108$, $t(344) = 2.024$, $p < 0.05$], mostraram-se como as variáveis que preveem de melhor forma o consumo de tabaco (anexo G).

Tabela 19 - Modelo de regressão stepwise para a explicação do nível de dependência do tabaco

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Sig. Mudança F
1	,146 ^a	,021	,018	1,687	.007
2	,181 ^b	,033	,027	1,679	.044
3	,199 ^c	,040	,031	1,676	.118
4	,200 ^d	,040	,029	1,678	.672
5	,201 ^e	,041	,026	1,680	.705
6	,201 ^f	,041	,024	1,682	,985

a. Preditores: (Constante), Sexo

b. Preditores: (Constante), Sexo, Idade

c. Preditores: (Constante), Sexo, Idade, RSES

d. Preditores: (Constante), Sexo, Idade, RSES, LSAS

e. Preditores: (Constante), Sexo, Idade, RSES, LSAS, Escolaridade (completa)

f. Preditores: (Constante), Sexo, Idade, RSES, LSAS, Escolaridade (completa), Situação profissional

Consumo e dependência de canábis

Face ao consumo de canábis, o quarto modelo previu 16,4% da sua total variância, [$r^2(347) = .164$ F (4, 342) = 16.804, $p < 0.05$]. Desta forma, o melhor modelo para prever o consumo de canábis foi o quarto, pois ao se acrescentar mais variáveis (nos modelos seguintes), a significância perdeu-se (tabela 20; anexo H).

Assim, o sexo [$\beta = - .340$, $t(342) = - 6.716$, $p < 0.01$], a autoestima [$\beta = - .153$, $t(342) = - 3.005$, $p < 0.01$], a idade [$\beta = .191$, $t(342) = 3.001$, $p < 0.01$] e a escolaridade [$\beta = - .124$, $t(342) = - 1.974$, $p < 0.05$] são as variáveis que preveem de melhor forma o consumo de canábis (anexo I).

Tabela 17- Modelo de regressão stepwise para a explicação do nível de dependência do canábis

Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Sig. Mudança F
1	,354 ^a	,125	,123	12,533	<,001
2	,377 ^b	,142	,137	12,430	,010
3	,393 ^c	,155	,147	12,356	,024
4	,405 ^d	,164	,154	12,304	,049
5	,406 ^e	,165	,152	12,320	,744
6	,406 ^f	,165	,150	12,337	,759

a. Preditores: (Constante), Sexo

b. Preditores: (Constante), Sexo, RSES

c. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade

d. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, Escolaridade (completa)

e. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, Escolaridade (completa), Situação profissional

f. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, Escolaridade (completa), Situação profissional, LSAS

7. Discussão

O consumo de substâncias nos últimos anos tem sido uma das principais preocupações da saúde pública, já que está associada a uma enorme quantidade de mortes e doenças (Rowe & Liddle, 2003). O álcool, tabaco e canábis, ao serem as substâncias mais prevalentes, com maior registo de consumo e problemas associados (WHO, 2023; WHO, 2022; Cougle *et al.*, 2020), foram o foco deste estudo. Assim, destaca-se a importância de investigar quais os fatores de risco associados a este comportamento. Visto que na revisão de literatura, a AS foi associada de forma inconsistente ao consumo de substâncias, esse foi um dos interesses deste estudo, para além da associação entre autoestima e AS, e ainda associação entre a autoestima e consumo de substâncias. Além disto, também foi objeto deste estudo procurar uma associação entre características sociodemográficas (e.g., a idade, o sexo, a escolaridade ou a situação profissional) e o consumo de substâncias.

Os resultados mostraram que foi encontrada uma correlação negativa entre a AS e a autoestima (tabela 17), o que indica que as pessoas com maiores níveis de AS

apresentam níveis de autoestima mais baixos. Desta forma a primeira hipótese do estudo foi confirmada, já que se pode sugerir que à medida que a AS aumenta, a autoestima diminui. Os indivíduos com baixa autoestima tendem a autoavaliar-se de forma mais negativa, tendo menos confiança nas suas capacidades e características (Keane & Loades, 2016). Com base na revisão de literatura (Rasmussen & Pidgeon, 2011) e nos resultados deste estudo, é possível afirmar que a perspetiva disfuncional que os indivíduos com baixa autoestima adotam em relação às suas características e capacidades dá origem à crença de que as outras pessoas os vão avaliar de forma negativa. Esta crença tem como consequência um receio relativamente a situações sociais, pois neste contexto os indivíduos são expostos a possíveis avaliações por parte dos outros (Lemyre *et al.*, 2018). Uma hipótese potencialmente explicativa é o facto de os indivíduos com AS, ao não serem bem sucedidos numa tarefa (e.g. uma apresentação oral) devido à desconcentração causada pela ansiedade, podem atribuir culpas à sua falta de capacidades, sendo que eventos como este contribuem para reforçar a autoimagem negativa, fortalecendo a baixa autoestima. É importante referir que também é possível que mesmo que estes indivíduos sejam bem sucedidos numa tarefa, na sua perspetiva podem ter falhado ou não ter sido suficientemente bons, reforçando igualmente uma autoimagem negativa (Gök & Alkar, 2022). Assim, salienta-se a importância da autoperceção sobre o resultado de um evento/comportamento, que poderá ter um maior impacto na saúde mental do que o evento/comportamento em si. Isto é, o julgamento feito face a um evento/comportamento poderá ser mais importante do que as suas consequências, sendo que esse julgamento depende da autoestima.

Através das comparações das médias entre o sexo feminino e masculino, percebeu-se que há uma influência do sexo nas variáveis em estudo. O sexo masculino apresentou níveis de autoestima significativamente superiores e níveis de AS significativamente inferiores ao sexo feminino, estando em concordância com a literatura anterior (He, 2022; Oshri *et al.*, 2016). Deste modo sugere-se que as raparigas tendem a autoavaliar-se de forma mais negativa e preocupam-se mais com as atitudes que as pessoas ao seu redor adotam sobre as mesmas, receando de uma forma maior as possíveis avaliações negativas por parte dos outros. Estes dados podem ser explicados por alguns fatores sociais e tradicionais, tais como a influência dos media, que promovem padrões de beleza perfeccionistas, podendo afetar a autoestima dos indivíduos, maioritariamente das raparigas, já que estas enfrentam uma pressão maior em corresponder a esses padrões

(Perloff, 2014). Da mesma maneira, é possível que as raparigas se comparem de forma mais regular e acentuada com imagens que idealizam, afetando mais uma vez a autoestima. Também é possível que eventos de discriminação ou sexismo afetem negativamente a autoestima das raparigas, fazendo com que estas se sintam inferiores aos rapazes (Zuckerman *et al.*, 2016). Estes fatores podem ter um impacto negativo nas raparigas (e também nos rapazes, apesar de afetar mais as raparigas), resultando numa maior preocupação com as possíveis avaliações dos outros e, por consequência, uma maior ansiedade em situações sociais.

O sexo masculino também apresentou níveis de dependência de álcool, tabaco e canábis superiores ao sexo feminino, estando em concordância com literatura anterior (Aurora & Coifman, 2020). Alguns fatores podem contribuir para a explicação destas diferenças, nomeadamente fatores biológicos, no sentido em que o metabolismo destas substâncias difere de homens para mulheres influenciando os níveis de consumo e de tolerância da substância (McHugh *et al.*, 2018). Desta forma, é possível que os rapazes tenham uma maior tolerância às substâncias, fazendo com que tenham de consumir mais do que as raparigas para atingir o mesmo efeito dessa substância. Além disto, também é possível que os rapazes adotem mais expectativas positivas em relação aos efeitos das substâncias (maioritariamente do álcool), em comparação com as raparigas (Strahan *et al.*, 2011), devido a fatores como as estratégias de *marketing*, que são muitas vezes direcionadas maioritariamente a rapazes (Weitzman & Lee, 2020). Apesar de os rapazes apresentarem maiores níveis de autoestima e menores níveis de AS, é possível que estes recorram mais vezes ao uso de substâncias para lidar com eventos negativos, enquanto que as raparigas podem optar por recorrer a outras estratégias de *coping*, diferentes do consumo de substâncias. Assim, sugere-se a possibilidade de os rapazes terem menores capacidades de lidar com eventos negativos, recorrendo com maior frequência à estratégia de “automedicação” quando se encontram numa situação que despoleta emoções negativas.

Apesar de a autoestima neste estudo não se ter correlacionado significativamente com nenhuma das substâncias, o estudo da influência das variáveis, através de análises de regressão, revelou efeitos significativos (não só, mas também) da autoestima, isto é, nos modelos de regressão, foram encontradas associações significativas:

Relativamente ao álcool, o segundo modelo, que incluiu a autoestima e o sexo, mostrou-se como o melhor modelo, apesar de prever um valor baixo, prevendo 6.3% da

variância do nível de dependência desta substância (tabela 18). Assim, o consumo de álcool foi associado negativamente à autoestima, sugerindo que as pessoas com baixa autoestima consomem mais álcool do que aquelas com um nível de autoestima mais elevado. Estes resultados estão de acordo com a literatura anterior, já que as pessoas com baixa autoestima têm menores capacidades de lidar com eventos negativos, recorrendo com uma maior frequência ao consumo de álcool para ajustar essa fraca capacidade (Gareikitse & Platter, 2016). Também é possível que as pessoas com baixa autoestima tenham uma maior dificuldade em rejeitar esta substância devido à falta de confiança que têm em si e nas suas decisões. Isto significa que indivíduos com baixa autoestima que sejam convidados a beber bebidas alcoólicas pelas pessoas ao seu redor, podem ter menores capacidades para rejeitar pois confiam mais nas decisões dos outros, devido ao facto de se sentirem inferiores. Assim, estes indivíduos podem ainda adotar pensamentos disfuncionais relativamente aos efeitos do álcool, desvalorizando os aspetos negativos devido à normalização do consumo da substância por parte dos seus pares (Hale *et al.*, 2015). Contudo, é importante referir ainda que neste estudo, a autoestima em conjunto com o sexo, previram apenas 6,3% da variância do nível de dependência de álcool, pelo que, sendo este um valor muito baixo, é bastante provável que haja outras variáveis que não foram incluídas neste estudo que tenham influência neste nível de dependência, tais como perturbações mentais (e.g. depressão ou outras perturbações de ansiedade), expectativas em relação aos efeitos da substância, ou ainda antecedentes de problemas associados ao álcool em membros da família do indivíduo, já que o fator genético tem um grande peso no risco de dependência alcoólica (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2020);

Em relação ao tabaco, o modelo 2 incluiu a idade e o sexo, mostrando-se como o melhor modelo, prevendo um valor muito baixo (3.3%) da variância do consumo de tabaco (tabela 19). Desta forma, o consumo de tabaco foi associado à idade no sentido em que as pessoas mais novas consomem menos do que as mais velhas. Embora, de acordo com Khosravi e associados (2016), muitos fumadores iniciem o consumo antes dos 18 anos, é possível que o facto de a venda desta substância ser ilegal para menores de 18 anos contribua para uma redução do consumo nestas idades. Ainda assim, estes resultados sugerem que mesmo que muitos adolescentes comecem o consumo nestas idades, o nível de consumo e dependência tende a aumentar consoante vão ficando mais velhos (Carters & Byrne, 2013). Isto significa que, apesar de o consumo de tabaco ter

sido associado positivamente à idade, é possível que este consumo se inicie em idades mais jovens, assumindo-se como um fator de risco de dependência em idades mais velhas. É importante referir que o valor referente à variância do consumo de tabaco encontrado neste estudo é extremamente baixo, pelo que se salienta a probabilidade de haver outras variáveis que influenciem este consumo que não foram estudadas nesta investigação (tais como perturbações mentais, expectativas em relação aos efeitos do tabaco ou antecedentes de problemas associados a esta substância por parte de membros da família do indivíduo);

No que concerne à canábis, o quarto modelo, composto pela autoestima, o sexo, a idade e a escolaridade, previu 16.4% da variância do consumo desta substância (tabela 20; anexo I). Este estudo sugere assim uma associação entre idades mais velhas e um maior nível de consumo e dependência de canábis. Similarmente ao consumo de tabaco, o consumo de canábis também tende a aumentar durante a adolescência (Frojd *et al.*, 2011), sendo que, de acordo com Blöte e colaboradores (2016) este fator se assume como um risco de desenvolver dependência desta substância em idades mais velhas. Desta forma, é possível que os adolescentes que iniciem o consumo nesta idade, aumentem a frequência e quantidade ao longo dos anos. Mesmo havendo indivíduos que iniciem o consumo em idades mais velhas, esses dados contribuem de igual forma para esta associação, já que não consumiam na adolescência. A associação encontrada neste estudo está de acordo com a literatura anterior (Blöte *et al.*, 2016), porém, é importante referir que este estudo incluiu apenas participantes entre os 15 e 30 anos, pelo que esta associação pode (ou não) ser diferente em adultos mais velhos. Como supramencionado, o nível de escolaridade fez parte deste modelo, tendo sido associado de forma negativa ao consumo e dependência de canábis. Segundo Cogle e colaboradores (2020), o consumo de canábis pode ter consequências na atenção, na concentração e na memória de trabalho do indivíduo, pelo que se sugere a possibilidade de os indivíduos que consomem esta substância regularmente tenham um desempenho escolar mais limitado, podendo dar origem ao insucesso da transição de ano ou até mesmo à desistência dos estudos. Estes dados estão em conformidade com a literatura anterior, já que a canábis foi anteriormente associada a dedicar menos tempo a estudar para as aulas, a uma menor assiduidade nas aulas, a piores resultados de exames e projetos e a desistir da escola ou faculdade (Suerken *et al.*, 2016).

Este modelo referente à canábis sugere ainda que as pessoas com baixa autoestima têm um maior padrão de consumo e nível de dependência desta substância do

que aqueles com níveis superiores de autoestima. É possível que as razões que levam os indivíduos com baixa autoestima a consumir álcool, sejam as mesmas que levam estes indivíduos a consumir canábis, já que esta substância também é muitas vezes consumida para lidar com eventos negativos (Gareikitse & Plattner, 2016). O efeito da pressão dos pares, ou seja, a suscetibilidade destes indivíduos a serem persuadidos pelas pessoas à sua volta, para além de acontecer com o álcool, também acontece com a canábis, já que os indivíduos com baixa autoestima têm menos confiança nas suas capacidades e desejam sentir-se inseridos (Gareikitse & Plattner, 2016). Da mesma forma, é possível que estes indivíduos adotem atitudes positivas em relação aos efeitos da canábis, desvalorizando as suas consequências (Hale *et al.*, 2015).

A segunda hipótese do estudo foi, assim, parcialmente confirmada, já que a baixa autoestima foi associada a um maior consumo de álcool e canábis. É possível que não se tenha encontrado uma associação entre a autoestima e o tabaco devido ao facto de dentro dos participantes fumadores (36%; tabela 10), apenas 4% terem uma dependência de nicotina elevada e 27.2% apresentarem níveis médios de dependência. Assim, a maior parte dos participantes é não fumadora ou apresenta baixos níveis de dependência (tabela 12). De facto, os participantes fumadores apresentam em média níveis baixos de dependência ($M = 2.28$; $DP = 2.176$), como se pode ver na tabela 11. É possível que esta prevalência de participantes não fumadores ou com baixos níveis de dependência se deva ao facto de a amostra deste estudo ser composta por participantes com, no máximo, 30 anos, já que o consumo de tabaco tende a aumentar consoante a idade (Carters & Byrne, 2013).

Contrariamente à terceira hipótese deste estudo, não foram encontradas associações significativas entre a AS e o consumo de substâncias. Assim, a inconsistência na literatura anterior pode ser explicada pelo facto de a AS se correlacionar com outras variáveis, como a autoestima, podendo influenciar o seu impacto no consumo de substâncias. Desta forma, é possível que a AS tenha sido associada ao consumo de substâncias em estudos onde a autoestima não foi controlada, já que a autoestima e AS foram fortemente associadas. Além disto, a forma como as pessoas socialmente ansiosas lidam com essa ansiedade pode ser diferente de pessoa para pessoa, pelo que, alguns indivíduos podem consumir substâncias com o intuito de aliviar a ansiedade em situações sociais enquanto que outros podem evitar essas situações sociais não sentindo a necessidade de consumir com esse intuito. A decisão de consumir com este intuito

também pode ser influenciada pelas expectativas dos indivíduos em relação às substâncias. Isto significa que aqueles que acreditam que a substância lhes ajudará a lidar com a ansiedade, poderão estar em maior risco de adotar essa estratégia do que aqueles que acreditam que a substância não reduz a ansiedade, ou que acreditam que pode ter o efeito contrário (Bartholomay *et al.*, 2021). É importante salientar que, pelas razões supramencionadas, o consumo de substâncias com o intuito de suprimir a ansiedade é um mecanismo de *coping* mal adaptativo, porém o evitamento acaba também por não ser o comportamento ideal para lidar com AS, já que aqueles que evitam situações sociais não resolvem o problema e podem ter dificuldades em relacionar-se com pessoas.

Como se pode ver na tabela 17, ter uma idade mais jovem foi associado a maiores níveis de AS, estando estes resultados de acordo com os dados obtidos em Obadeji e Kumolalo (2022). Ter uma idade mais jovem foi ainda associado a níveis de autoestima mais baixos, pelo que se sugere que as pessoas mais novas estão mais vulneráveis a ter uma autoestima mais baixa. Visto que a AS e a autoestima estão correlacionadas, faz sentido que ambas estejam associadas a idades mais jovens, já que estes indivíduos têm uma maior preocupação em se sentirem inseridos e valorizados. Esta preocupação deve-se à instabilidade da autoestima nestas idades, que é construída a partir das opiniões e atitudes dos outros (He, 2022). É possível que esta associação com idades mais jovens também seja explicada por se encontrarem no processo de desenvolvimento de relações fora do seio familiar, sentindo uma maior necessidade de ter reconhecimento (He, 2022).

Posto isto, destaca-se a importância de ter uma boa autoestima, visto que esta se assume como um importante fator para lidar com eventos ou situações negativas (Raee *et al.*, 2022). Este estudo sugere que ao melhorar a autoestima, é possível que os níveis de AS desçam, bem como o consumo de substâncias e as consequências associadas a este consumo. Desta forma é importante trabalhar em técnicas para aumentar e estabilizar a autoestima, tais como a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*, uma vez que esta técnica ao promover o autocontrolo, dá origem a um decréscimo de pensamentos automáticos negativos, promovendo o bem estar psicológico, e podendo desta forma fortalecer a autoestima (Raee *et al.*, 2022). Outra técnica é a prática de atividade física ou desporto, que, de acordo com Spence e colaboradres (2005), está associada a uma melhoria no bem estar dos indivíduos e a uma melhor autoperceção, pelo que é possível que tenha um impacto positivo na autoestima. Uma vez que a autoestima é influenciada pelo *feedback* e pela perspetiva do indivíduo sobre os resultados Gök & Alkar, 2022),

sugere-se ainda a adoção de técnicas que promovam uma reestruturação cognitiva, relativamente tanto a resultados positivos como negativos. Isto significa que é possível que um indivíduo com baixa autoestima não aceite elogios provenientes de um resultado positivo (pois este desvaloriza esse resultado e/ou acredita que a pessoa que o elogia está enganada), sendo também possível que um indivíduo com baixa autoestima, perante um resultado ou *feedback* negativo, generalize e culpabilize-se a ele próprio, acreditando que não tem capacidades ou qualidades e que nunca será capaz. Assim, o indivíduo pode aprender e retirar conhecimento de um resultado negativo, adotando uma perspectiva mais positiva em relação ao insucesso, em detrimento de se focar na crença de que o insucesso se deve à sua falta de capacidade. Desta forma, é importante adotar técnicas de reestruturação cognitiva para alterar estes pensamentos automáticos, que desvalorizam resultados positivos e sobrevalorizam resultados negativos.

Limitações

Apesar das contribuições e resultados deste estudo, há algumas limitações que merecem ser referidas:

Em primeiro lugar, devido ao facto do presente estudo ter sido realizado apenas com pessoas residentes em Portugal, a possibilidade de generalizar os resultados torna-se mais difícil, já que os fatores culturais têm uma enorme influência no consumo de substâncias (Frojd *et al.*, 2011; Kuntsche *et al.*, 2015; Unger *et al.*, 2003);

Em segundo lugar, este estudo utilizou questionários de autopreenchimento, pelo que as pessoas podem ter uma ideia relativamente aos seus níveis de consumo de substâncias, autoestima e AS que não correspondem à realidade;

Em terceiro, o delineamento do estudo não permite fazer inferências causais, pelo que não é possível perceber se tanto a AS como o consumo de substâncias é um resultado da baixa autoestima, ou se é a baixa autoestima que causa um aumento de consumo de substâncias e de AS.

Outra limitação é o facto de a investigação não ter incluído uma amostra clínica de nenhuma das variáveis (isto é, dos consumos, de AS e de autoestima) de forma a encontrar resultados mais claros.

Além disto, o limite de idades pode ser uma barreira a encontrar melhores e/ou mais associações entre as variáveis, uma vez que o consumo de substâncias, como foi referido anteriormente, tende a aumentar consoante a idade.

Por último, muitas das correlações encontradas entre as variáveis apresentam um nível fraco de correlação, pelo que se sugere a possibilidade de haver outras variáveis que não foram controladas neste estudo, que possam influenciar estas associações.

8. Conclusão

O objetivo da presente investigação centrou-se na influência que a AS e a baixa autoestima tinham no consumo de substâncias. Neste sentido, de acordo com os resultados obtidos é possível destacar quatro principais conclusões: 1) Primeiramente, este estudo sugere uma forte correlação entre a AS e a autoestima, significando que as pessoas socialmente ansiosas têm níveis mais baixos de autoestima devido a fatores como a falta de confiança nas suas capacidades; 2) Em segundo, contrariamente à segunda hipótese do estudo, a AS não foi associada ao consumo de substâncias, pelo que esta variável não parece ter uma influência direta no consumo de álcool, tabaco ou canábis; 3) Em terceiro, a baixa autoestima foi associada a um maior consumo de álcool e canábis, sugerindo que é possível que estas pessoas consumam mais substâncias de forma a lidar com os pensamentos negativos sobre as suas capacidades e competências; 4) Por fim, este estudo encontrou uma associação entre o sexo masculino e um maior nível de consumo e dependência de substâncias e autoestima, e entre o sexo feminino e maiores níveis de AS.

Os resultados deste estudo podem ser úteis para reforçar a importância de palestras e programas de intervenção que alertem os indivíduos das consequências do consumo de substâncias, sobretudo quando são consumidas com o intuito de lidar com aspetos negativos. Estas estratégias devem ser focadas principalmente nos adolescentes, já que esta é a idade onde a autoestima é mais vulnerável e onde há uma tendência a haver o primeiro contacto com as substâncias. Uma vez que o sexo masculino apresenta maiores níveis de consumo e dependência, estes devem também ser o principal foco destas estratégias. Este estudo contribui para reforçar a importância de ter uma boa autoestima, pois é possível que aumentando a autoestima, os níveis de AS desçam, bem como o nível de consumo e dependência de substâncias. Assim, destaca-se, uma vez mais, a importância de trabalhar em técnicas para aumentar e estabilizar a autoestima, tais como a prática de desporto e atividade física, a prática de meditação e terapia de *Mindfulness*, ou técnicas de reestruturação cognitiva de forma a modificar os pensamentos automáticos negativos dos indivíduos.

Pistas para trabalhos futuros

De forma a obter resultados mais claros sobre estas associações, estudos futuros devem investigar a relação destas variáveis em amostras clínicas, de forma a que não haja a possibilidade de os resultados serem enviesados pela perspetiva (muitas vezes errada) dos participantes. Além disto, de forma a perceber se há relações causais entre as variáveis, estas devem ser estudadas em estudos longitudinais para identificar se a baixa autoestima causa um maior consumo de substâncias e maior nível de AS, ou se a baixa autoestima é uma consequência do consumo de substâncias e/ou de AS. Devem ainda ser estudadas outras variáveis em conjunto com a AS, autoestima e consumo de substâncias, tais como as expectativas em relação aos efeitos da substância, perturbações mentais ou ainda familiares com antecedentes de problemas associados às substâncias, de forma a verificar se se encontram correlações mais fortes e resultados que expliquem uma maior variância dos consumos.

9. Bibliografía:

- Allen, J., Litten, R., Fertig, J., & Babor, T. (1997). A Review of Research on the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21(4), 613–619. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1997.tb03811.x>
- Alvarado, M., Garmendia, M., Acuña, G., Santis, R., & Arteaga, O. (2009). Validez y Confiabilidad de la Versión Chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Revista Médica de Chile*, 137(11). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872009001100008>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Annaheim, B. (2012). Who is Smoking Pot For Fun and Who is Not? An Overview of Instruments to Screen for Cannabis-Related Problems in General Population Surveys. *Addiction Research; Theory*, 21(5), 410–428. <https://doi.org/10.3109/16066359.2012.735295>
- Aurora, P., & Coifman, K. (2020, November 10). Unpacking Social Avoidance and Substance Use in Social Anxiety: Does Extraversion Explain Behavior Variability? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(2), 281–292. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09844-1>
- Barberis, N., Cannavò, M., Trovato, M., & Verrastro, V. (2023). Pathways From Trait Emotional Intelligence to Factors of Distress in Rosacea: The Mediating Role of Social Phobia and Self-Esteem. *Journal of Affective Disorders*, 331, 362–368. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.003>
- Bartholomay, E., Stone, B., & Lyons, G. (2021, June 11). Depression and Social Anxiety Symptoms Explain Substance Use Problems Beyond Amount/Frequency of

Substance Use. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01984-1>

Bartsch, L., King, K., Vidourek, R., & Merianos, A. (2017). Self-Esteem and Alcohol Use Among Youths. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(5), 414–424. <https://doi.org/10.1080/1067828x.2017.1322018>

Bashford J. (2016) Cannabis Use Problems Identification Test (cupit): Resources for clinicians [Internet]. Disponible en: http://www.massey.ac.nz/massey/learning/departments/school-of-psychology/research/cupit/clinicians/clinicians_home.cfm.

Bashford, J., Flett, R., & Copeland, J. (2010). The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): Development, Reliability, Concurrent and Predictive Validity Among Adolescents and Adults. *Addiction*, 105(4), 615–625. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02859.x>

Blöte, A., Miers, A., & Westenberg, P. (2016, September 15). Adolescent Social Anxiety and Substance Use: The Role of Susceptibility to Peer Pressure. *Child Development Research*, 2016, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2016/9468972>

Bobes, J., Badia X., Luque, A., García, M., González, M., & Dal-Ré, R. (1999). Validation of the Spanish Version of the Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distress Scale and Sheehan Disability Inventory For the Evaluation of Social Phobia. *Medicina Clinica*, 112(14), 530–538.

Bolton, J., Cox, B., Clara, I., & Sareen, J. (2006, November). Use of Alcohol and Drugs to Self-Medicate Anxiety Disorders in a Nationally Representative Sample. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 194(11), 818–825. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000244481.63148.98>

- Bruch, M., Heimberg, R., Harvey, C., McCann, M., Mahone, M., & Slavkin, S. (1992). Shyness, Alcohol Expectancies, and Alcohol Use: Discovery of a Suppressor Effect. *Journal of Research in Personality*, 26(2), 137–149. [https://doi.org/10.1016/0092-6566\(92\)90050-e](https://doi.org/10.1016/0092-6566(92)90050-e)
- Buckner, J., Abarino, C., Zvolensky, M., Morris, P., Walukevich-Dienst, K., Garey, L., & Mayorga, N. (2021). E-cigarettes Use Prior to Smoking Combustible Cigarettes Among Dual Users: The roles of Social Anxiety and E-cigarette Outcome Expectancies. *Addictive Behaviors*, 117, 106854. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106854>
- Buckner, J., Heimberg, R., Ecker, A., & Vinci, C. (2012, December 13). A Biopsychosocial Model of Social Anxiety and Substance Use. *Depression and Anxiety*, 30(3), 276–284. <https://doi.org/10.1002/da.22032>
- Buckner, J., Schmidt, N., Lang, A., Small, J., Schlauch, R., & Lewinsohn, P. (2008, February). Specificity of Social Anxiety Disorder as a Risk Factor for Alcohol and Cannabis Dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42(3), 230–239. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.01.002>
- Buckner, J., Zvolensky, M., & Lewis, E. (2020). Smoking and Social Anxiety: The Role of False Safety Behaviors. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(5), 374–384. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1696396>
- Byrne, D., & Mazanov, J. (2001). Self-esteem, Stress and Cigarette Smoking in Adolescents. *Stress and Health*, 17(2), 105–110. <https://doi.org/10.1002/smi.885>
- Carrigan, M., & Randall, C. (2003). Self-medication in Social Phobia. *Addictive Behaviors*, 28(2), 269–284. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(01\)00235-0](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(01)00235-0)

- Carters, M., & Byrne, D. (2013). The Role of Stress and Area-specific Self-esteem in Adolescent Smoking. *Australian Journal of Psychology*, 65(3), 180–187.
<https://doi.org/10.1111/ajpy.12019>
- Cengel, H., Bozkurt, M., Evren, C. (2021). The Severity of Non-Planning Impulsivity and Cannabis Use Problems in Distinguishing Patients With Synthetic Cannabinoid Use Disorder and Cannabis Use Disorder. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 34(1), 41-49.
<https://doi.org/10.14744/dajpns.2021.00119>
- Costa, R. (2016) *A Ansiedade e a Ansiedade Social Como Determinantes da Partilha Social das Emoções em Jovens Adultos*. [Master's thesis, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias]. Repositório Científico Lusófona
- Cogle, J., McDermott, K., Hakes, J., & Joyner, K. (2020). Personality Disorders and Social Support in Cannabis Dependence: A Comparison with Alcohol Dependence. *Journal of Affective Disorders*, 265, 26–31.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.029>
- Cunha, J. (2002). Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. *Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul*
- Ditzfeld, C., & Showers, C. (2013). Self-structure: The Social and Emotional Contexts of Self-esteem. In V. Zeigler-Hill (Ed.), *Self esteem*. (pp.21-42). Psychology Press
https://www.researchgate.net/publication/260792669_Self-structure_The_social_and_emotional_contexts_of_self-esteem
- Evren, C., Cengel, H., Bozkurt, M., Evren, B., Umut, G., & Agachanli, R. (2017). Psychometric Properties of the Turkish Versions of the Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT) and the Adult Cannabis Problems Questionnaire

- (CPQ). *Journal of Psychoactive Drugs*, 49(1), 83–89.
<https://doi.org/10.1080/02791072.2016.1277047>
- Fekketich, A., Fossati, R., & Apolone, G. (2008). An Evaluation of the Italian Version of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Psychological Reports*, 102(3), 687–694. <https://doi.org/10.2466/pr0.102.3.687-694>
- Fenn, J., Tan, C., & George, S. (2020). Development, Validation and Translation of Psychological Tests. *British Journal of Psychiatry Advances*, 26(5), 306–315.
<https://doi.org/10.1192/bja.2020.33>
- Ferreira, P., Quintal, C., Lopes, I., & Taveira, N. (2009b). Teste de Dependência à Nicotina: Validação Linguística e Psicométrica do Teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 37–56.
- Fonte, A & Cardoso, R. (2013). MAST e AUDIT. Avaliação de Características Psicométricas em Doentes com Dependência de Álcool. *Acta Médica Portuguesa* 26(4): 335-340. <https://doi.org/10.20344/amp.4801>
- Frojd, S., Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2011, January 17). Associations of Social Phobia and General Anxiety with Alcohol and Drug Use in A Community Sample of Adolescents. *Alcohol and Alcoholism*, 46(2), 192–199. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq096>
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daepfen, J. B. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a Screening Tool for Excessive Drinking in Primary Care: Reliability and Validity of a French Version. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 29(11), 2001–2007. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000187034.58955.64>
- Gareikitse, M., & Plattner, I. (2016). Self-esteem and Alcohol Dependence as Predictors of Contemplation to Use Drugs Among University Students in Botswana. *African*

Journal of Drug and Alcohol Studies, 15(1), 37–47.

<https://www.africaneditors.org/journal/AJDAS/full-text-pdf/01966-24791>

- Gök, B., & Alkar, Ö. (2022). Clarifying the Association of Social Anxiety With Cognitive Variables: The Role of Self-esteem, Self-perception, Fears of Positive and Negative Evaluation, and Post-event Processing. *Scandinavian Journal of Psychology*, 64(3), 278–287. <https://doi.org/10.1111/sjop.12886>
- Gomes, C. (2004). Papel do Médico de Família na Detecção e Intervenção nos Problemas Ligados ao Álcool a Nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20:101-18. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v20i1.10013>
- Gordan, M., & Krishanan, I. (2014). A review of BF Skinner’s ‘Reinforcement Theory of Motivation’. *International journal of research in education methodology*, 5(3), 680-688. <https://doi.org/10.24297/IJREM.V5I3.3892>
- Hale, W., Perrotte, J., Baumann, M., & Garza, R. (2015). Low Self-esteem and Positive Beliefs About Smoking: A Destructive Combination for Male College Students. *Addictive Behaviors*, 46, 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.03.007>
- He, X. (2022). Relationship between Self-Esteem, Interpersonal Trust, and Social Anxiety of College Students. *Occupational Therapy International*, 2022(1), 1–6. <https://doi.org/10.1155/2022/8088754>
- Heatheron, T., Kozlowski, L., Frecker, R., & Fagerstrom, K. (1991). The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Addiction*, 86(9), 1119–1127. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
- Heimberg, R., Horner, K., Juster, H., Safren, S., Brown, E., Schneier, F., & Liebowitz, M. (1999). Psychometric Properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale.

Psychological Medicine, 29(1), 199–212.

<https://doi.org/10.1017/s0033291798007879>

Iancu, I., Bodner, E., & Ben-Zion, I. (2015). Self esteem, Dependency, Self-efficacy and Self-criticism in Social Anxiety Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165–171. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.018>

Izadpanah, M., Najafi, M., & Khosravani, V. (2021). Anxiety in Social Interactions and Nicotine Dependence in Nicotine-dependent Men: The Role of Metacognitions About Smoking. *Addictive Behaviors*, 112, 106656. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106656>

Jafarzadeh, N., Bello, M., Wong, M., Cho, J., & Leventhal, A. (2023). Associations Between Anxiety Symptoms and Barriers to Smoking Cessation Among African Americans Who Smoke Cigarettes Daily. *Drug and Alcohol Dependence*, 245, 109808. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109808>

Keane, L., & Loades, M. (2016). Review: Low Self-esteem and Internalizing Disorders in Young People - a Systematic Review. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(1), 4–15. <https://doi.org/10.1111/camh.12204>

Khosravi, A., Mohammadpoorasl, A., Doosti-Irani, A., Mahmoodi, M., Pouyan, A., & Mansournia, M. (2016). Causal Effect of Self-esteem on Cigarette Smoking Stages in Adolescents: Coarsened Exact Matching in a Longitudinal Study. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 7(6), 341–345. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2016.10.003>

Kounenou, K. (2010). Exploration of the Relationship Among Drug Use & Alcohol Drinking, Entertainment Activities and Self-esteem in Greek University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1906–1910. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.03.1007>

- Kuntsche, E., Wicki, M., Windlin, B., Roberts, C., Gabhainn, S., Van Der Sluijs, W., Aasvee, K., De Matos, M., Dankulinová, Z., Hublet, A., Tynjälä, J., Välimaa, R., Bendtsen, P., Vieno, A., Mazur, J., Farkas, J., & Demetrovics, Z. (2015). Drinking Motives Mediate Cultural Differences but not Gender Differences in Adolescent Alcohol Use. *Journal of Adolescent Health, 56*(3), 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.267>
- Lemyre, A., Gauthier-Légaré, A., & Bélanger, R. (2018, November 13). Shyness, Social Anxiety, Social Anxiety Disorder, and Substance Use Among Normative Adolescent populations: A systematic review. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 45*(3), 230–247. <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1536882>
- Liebowitz M. (1987). Social Phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry, 22*, 141–173. <http://dx.doi.org/10.1159/000414022>
- Macinnes, D. (2006). Self-esteem and Self-acceptance: An Examination Into Their Relationship and Their Effect on Psychological Health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*(5), 483–489. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2006.00959.x>
- McHugh, R., Votaw, V., Sugarman, D., & Greenfield, S. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical Psychology Review, 66*, 12–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012>
- de Meneses-Gaya, C., Zuardi, A., Loureiro, S., & Crippa, J. (2009). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An Updated Systematic Review of Psychometric Properties. *Psychology; Neuroscience, 2*(1), 83–97. <https://doi.org/10.3922/j.psns.2009.1.12>

- Meneses-Gaya, I., Zuardi, A., Loureiro, S., & Crippa, J. (2009). Psychometric Properties of the Fagerström Test for Nicotine Dependence. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1), 73–82. <https://doi.org/10.1590/s1806-37132009000100011>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2020). *Understanding Alcohol Use Disorder*. <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-factsheets/understanding-alcohol-use-disorder>
- Nicholls, J., Staiger, P., Williams, J., Richardson, B., & Kambouropoulos, N. (2014, December). When Social Anxiety Co-occurs With Substance Use: Does an Impulsive Social Anxiety Subtype Explain This Unexpected Relationship? *Psychiatry Research*, 220(3), 909–914. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.040>
- Obadeji, A., & Kumolalo, B. (2022). Social Anxiety Disorder Among Undergraduate Students: Exploring Association With Self-esteem and Personality Traits. *World Social Psychiatry*, 4(1), 24. https://doi.org/10.4103/wsp.wsp_3_22
- Ollendick, T., & Hirshfeld-Becker, D. (2002). The Developmental Psychopathology of Social Anxiety Disorder. *Biological Psychiatry*, 51(1), 44–58. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01305-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01305-1)
- Orth, U., & Robins, R. (2014). The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*, 23(5), 381–387. <https://doi.org/10.1177/0963721414547414>
- Oshri, A., Carlson, M., Kwon, J., Zeichner, A., & Wickrama, K. (2016, April 25). Developmental Growth Trajectories of Self-Esteem in Adolescence: Associations with Child Neglect and Drug Use and Abuse in Young Adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(1), 151–164. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0483-5>

- Pechorro, P., Marôco, J., Poiares, C., & Vieira, R. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com Adolescentes Portugueses em Contexto Forense e Escolar. *Arquivos de Medicina*, 25 (5-6), 174–179.
- Perloff, R. (2014). Social media Effects on Young Women’s Body Image Concerns: Theoretical Perspectives and an Agenda for research. *Sex Roles*, 71(11–12), 363–377. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0384-6>
- Peper, A. (2004). A Theory of Drug Tolerance and Dependence I: a Conceptual Analysis. *Journal of Theoretical Biology*, 229(4), 477–490. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2004.04.010>
- Rae, M., Fatahi, N., Homayoun, M., Ezatabadipor, H., & Shams, M. (2022). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Self-esteem, Self-concept, and Social Anxiety of People With Social Anxiety Disorder. *Association of Southeast Asian Nations Journal of Psychiatry*, 23(5), 1-7. <https://doi.org/10.54615/2231-7805.47259>
- Rasmussen, M., & Pidgeon, A. (2011). The Direct and Indirect Benefits of Dispositional Mindfulness on Self-esteem and Social Anxiety. *Anxiety Stress and Coping*, 24(2), 227–233. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.515681>
- Read, D., Clark, G., Rock, A., & Coventry, W. (2018). Adult Attachment and Social Anxiety: The Mediating Role of Emotion Regulation Strategies. *PLOS ONE*, 13(12), e0207514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207514>
- Richter, S., Brown, S., & Mott, M. (1991, January). The Impact of Social Support and Self-esteem on Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Journal of Substance Abuse*, 3(4), 371–385. [https://doi.org/10.1016/s0899-3289\(10\)80019-7](https://doi.org/10.1016/s0899-3289(10)80019-7)
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press

- Rosenberg *Self-Esteem Scale*. (2014, November 1). Shirley Ryan AbilityLab. <https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/rosenberg-self-esteem-scale>
- Rowe, C., & Liddle, H. (2003). Substance Abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 97–120. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb00386.x>
- Ruzzi-Pereira, A., Sicchieri, E., & Santos, J. (2020, December 22). Autoestima e Risco Para Uso de Drogas Entre Adolescentes Escolares de um Município Mineiro. *Conhecimento; Diversidade*, 12(28), 141. <https://doi.org/10.18316/rcd.v12i28.6864>
- Saunders, J., Aasland, O., Babor, T., De La Fuente, J., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791–804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Schneier, F., Foose, T., Hasin, D., Gross, J., Liu, S., Grant, B., & Blanco, C. (2010). Social Anxiety Disorder and Alcohol Use Disorder Co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40(6), 977–988. <https://doi.org/10.1017/s0033291709991231>
- Shepherd, R., & Edelman, R. (2007). Social Phobia and The Self Medication Hypothesis: A Case Study Approach. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(3), 295–307. <https://doi.org/10.1080/09515070701571756>
- Shylashree, G., Anand, S., & Sait, Y. (2022). Study on the Relationship Between Social Anxiety and Substance Use. *Journal of Psychosocial Research*, 17(2), 477–486. <https://doi.org/10.32381/jpr.2022.17.02.19>
- SICAD. (n.d.) *AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test*. Consultado a fevereiro de 2023. <https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx>

[?itemId=2&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/](#)

- Spence, J., McGannon, K., & Poon, P. (2005). The Effect of exercise on Global Self-Esteem: A Quantitative review. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 27(3), 311–334. <https://doi.org/10.1123/jsep.27.3.311>
- Suerken, C., Reboussin, B., Egan, K., Sutfin, E., Wagoner, K., Spangler, J., & Wolfson, M. (2016). Marijuana use trajectories and academic outcomes among college students. *Drug and Alcohol Dependence*, 162, 137–145. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.02.041>
- Soykan, I., Özgüven, H., & Gençöz, T. (2003). Liebowitz Social Anxiety Scale: The Turkish Version. *Psychological Reports*, 93(3_suppl), 1059–1069. <https://doi.org/10.2466/pr0.2003.93.3f.1059>
- Strahan, E., Panayiotou, G., Clements, R., & Scott, J. (2011). Beer, wine, and social anxiety: Testing the “self-medication hypothesis” in the US and Cyprus. *Addiction Research & Theory*, 19(4), 302–311. <https://doi.org/10.3109/16066359.2010.545152>
- Thomas, S., Randall, C., & Carrigan, M. (2003, December). Drinking to Cope in Socially Anxious Individuals: A Controlled Study. *Alcoholism: Clinical; Experimental Research*, 27(12), 1937–1943. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000100942.30743.8c>
- Unger, J., Cruz, T., Shakib, S., Mock, J., Shields, A., Baezconde-Garbanati, L., Palmer, P., Cruz, J., Edsall, W., Gritz, E., Glynn, T., & Johnson, C. (2003). Exploring the Cultural Context of Tobacco Use: A Transdisciplinary Framework. *Nicotine & Tobacco Research*, 5(6), 101–107. <https://doi.org/10.1080/14622200310001625546>

- Uysal, M., Kadakal, F., Karşıdağ C, Bayram, N., Uysal,O., & Yilmaz, V. (2004). Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: Reliability in a Turkish Sample and Factor Analysis. *TüBerküLoz Ve Toraks*, 52(2), 115–121.
- Villarosa-Hurlocker, M., Bravo, A., Pearson, M., Prince, M., Madson, M., Henson, J., Looby, A., Gonzalez, V., Henslee, A., Cuttler, C., Wong, M., & McChargue, D. (2019, March 4). The Relationship Between Social Anxiety and Alcohol and Marijuana Use Outcomes Among Concurrent Users: A Motivational Model of Substance Use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(4), 732–740. <https://doi.org/10.1111/acer.13966>
- Weitzman, M., & Lee, L. (2020). Similarities between alcohol and tobacco advertising exposure and adolescent use of each of these substances. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, s19, 97–105. <https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.97>
- World Health Organization: WHO. (2023). Tobacco. www.who.int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
- World Health Organization: WHO. (2022). Alcohol. www.who.int. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- World Health Organization: WHO. (s.d.). Cannabis. www.who.int. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive/cannabis>
- Wu, C., Wong, H., Shek, C., & Loke, A. (2014, October 1). Multi-dimensional Self-esteem and Substance Use Among Chinese Adolescents. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/1747-597x-9-42>
- Yao S., Note. I., Fanget, F., Albuissou, E., Bouvard, M., Jalenques, I., & Cottraux, J. (1999b). Social Anxiety in Patients With Social Phobia: Validation of the

Liebowitz Social Anxiety Scale: the French Version. *L'Encéphale*, 25(5), 429–435.

Zuckerman, M., Li, C., & Hall, J. (2016). When men and women differ in self-esteem and when they don't: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 64, 34–51. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2016.07.007>

Anexo A: Consentimento informado

Esta investigação insere-se no âmbito da Dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica, no **ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida**. O estudo tem como objetivo avaliar a associação entre a ansiedade social, a autoestima e o consumo de substâncias.

É um estudo realizado pelo aluno finalista do Mestrado em Psicologia Clínica, Duarte Diogo (29400@alunos.ispa.pt), sob orientação do docente Miguel Trigo que poderão ser contactados caso pretenda esclarecer uma dúvida ou partilhar algum comentário.

A sua participação é **voluntária** e não remunerada. Pode escolher de livre vontade participar ou não participar. Se escolher participar e se por algum motivo não se sentir confortável, pode interromper a participação em qualquer momento, sem ter de prestar qualquer justificação e sem quaisquer consequências associadas. Os dados provenientes da sua participação destinam-se apenas a tratamento estatístico e nenhuma resposta será analisada ou reportada individualmente. Não precisa de se identificar em nenhum momento do estudo.

Não existem riscos associados à sua participação neste estudo, apenas o esforço para o seu preenchimento. Prevê-se que a sua participação dure aproximadamente 15 minutos. Não existem respostas certas ou erradas e é importante que leia atentamente todas as questões, respondendo de forma sincera.

A sua participação no estudo é uma mais-valia para o desenvolvimento de competências de investigação, aquisição de conhecimento e difusão de conhecimento neste domínio da ciência.

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pelo/a investigador/a. Foi-me dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e obtive respostas esclarecedoras, pelo que **aceito** nele participar.

Data: __/__/____ Local: _____ Assinatura do investigador: _____

Anexo B: Questionário Sociodemográfico

1. Idade: _____ (anos) Data ____/____/____

2. Sexo: Feminino Masculino Outro

3. Nacionalidade: _____

4. Residência: _____

5. Escolaridade:

Sem escolaridade 1º Ciclo (até ao 4ºano) 2º Ciclo (5º-6º ano)

3º Ciclo (7º-9º ano) Secundário (10º-12º ano)

Curso profissional Licenciatura

Mestrado Doutoramento

6. Situação profissional:

Estudante Reformado(a) Ativo Desempregado(a)

7. Profissão: _____

8. Estado civil:

Solteiro(a) Casado(a) União facto Divorciado(a) Viúvo(a)

9. Tem filhos? Sim Não

Anexo C: Pedidos de autorização para utilizar instrumentos

Duarte Diogo para raquel
quarta, 14/12/2022, 12:17

Bom dia, o meu nome é Duarte Diogo e estou a trabalhar na minha tese do mestrado (2º ano de Psicologia Clínica) no ISPA, sob orientação do professor Miguel Trigo. Como pretendo utilizar o instrumento **Liebowitz Social Anxiety Scale**, encontrei o seu artigo: [Costa, R. A. S. C. \(2016\) A ansiedade e a ansiedade social como determinantes de partilha social das emoções em jovens adultos. \[Master's thesis, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias\], Repositório Científico Lusófona](#). Assim, envio este mail para solicitar a sua permissão para a utilização da versão portuguesa do instrumento, elaborada no seu artigo. Fico a aguardar uma resposta. Muito obrigado!

Raquel Costa para mim
quarta, 14/12/2022, 21:53

Olá, boa noite Duarte. Obrigada pelo seu contacto.

Da minha parte não há qualquer problema em utilizar os instrumentos que veja necessários e que estejam presentes na minha dissertação.

Não sei se será necessário algum documento mais formal para lhe dar autorização.

Por favor, sempre que necessário, disponha.

Duarte Diogo para cristina
quarta, 14/12/2022, 20:57

Boa tarde, o meu nome é Duarte Diogo e estou a trabalhar na minha tese do mestrado (2º ano de Psicologia Clínica) no ISPA, sob orientação do professor Miguel Trigo. Como pretendo utilizar o instrumento **AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test**, encontrei o seu artigo (Gomes, C. M. P. R. (2004). Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. *Rev Port Clín Geral*, 20:101-18. <https://doi.org/10.32385/rmgof.v20i1.10013>) pelo que ao ter a versão portuguesa disponível, quero pedir a sua autorização para a utilizar. Muito obrigado!

cristina: para mim
quarta, 14/12/2022, 21:05

Muito boa noite,

Pode utilizar o instrumento e terei muito gosto em conhecer depois o seu trabalho de mestrado.

Cumprimentos pessoais,
Cristina Ribeiro MD PhD FMUL

Enviado do meu Galaxy

Pedido de autorização para utilização de instrumento Caixa de entrada x

Duarte Diogo para carlota
terça, 13/12/2022, 18:52

Boa tarde, o meu nome é Duarte Diogo e estou a trabalhar na minha tese do mestrado (2º ano de Psicologia Clínica) no ISPA, sob orientação do professor Miguel Trigo. Como pretendo utilizar a versão portuguesa do instrumento **FTND – Fagerstrom Test for Nicotine Dependence**, encontrei o seu artigo [Ferreira, P. L., Quintal, C., Lopes, I. & Taveira, N. \(2009b\) Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerstrom. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 27\(2\), 37-56](#). Assim, envio este mail para solicitar a sua permissão para a utilização da versão do instrumento, elaborada no seu artigo. Fico a aguardar uma resposta. Muito obrigado!

Carlota Quintal para mim
terça, 13/12/2022, 19:01

Caro Duarte

Pode usar, citando a fonte naturalmente, o instrumento.

Boa sorte para o trabalho

Cumprimentos
Carlota Quintal

Duarte Diogo

quarta, 14/12/2022, 12:36 ☆ ↶ ⋮

Good morning, my name is Duarte Diogo and I'm working in my master thesis (2nd year of Clinical psychology) in ISPA (Portugal, Lisbon) by the orientation of teacher Miguel Trigo. As I feel your instrument (**CUPIT - Cannabis Use Problems Identification Test**) is much relevant for my investigation, I'm sending this mail to ask permission to translate the instrument made in your article (Bashford, J., Flett, B., & Cowland, J. (2010). The Cannabis Use Problems Identification Test (CUPIT): development, reliability, concurrent and predictive validity among adolescents and adults. *Addiction*, 105(4), 615–625. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02859.x>), to portuguese. Thank you!

Jan Bashford

quinta, 29/12/2022, 21:06 ☆ ↶ ⋮

para mim ▾

🌐 inglês ▾ > português ▾ Traduzir mensagem

Desativar para mensagens em: inglês ✕

Good Morning, Duarte,

It was very good to hear from you and my apologies for this delayed response - December is a hectic time (worldwide, I guess)

Yes, by all means translate my CUPIT into your language - and as with all translation permissions I have given, I ask that you

1. have someone qualified in translations to do this, and then back-translate it to ensure it is accurately represented
2. send me a copy of your final version for my records (as have all other researchers who have done translations into their own language)
3. acknowledge the CUPIT original source (required by copyright) in any documents or articles you may write later

Thank you for your email and my best wishes for your masters - I am sure you will find the CUPIT very useful to detect both current problems and incubating problems among your target groups. I also wish you a Happy New Year

kind regards

Jan Bashford

Nelson

New Zealand

☰

Duarte Diogo

sexta, 9/12/2022, 21:32 ☆ ↶ ⋮

Boa noite, o meu nome é Duarte Diogo e estou a trabalhar na minha tese do mestrado (2º ano de Psicologia Clínica) no ISPA, sob orientação do professor Miguel Trigo. Como pretendo utilizar o instrumento **Rosenberg Global Self-esteem scale**, encontrei o seu artigo Pechorro, B., Maroco, J., Polares, C., & Vieira, B. X. (2011). Validação da Escala de Auto-estima de Rosenberg com adolescentes Portugueses em contexto forense e escolar. *Arquivos De Medicina*, 25, 174–179. Assim, envio este mail para solicitar a sua permissão para a utilização da versão portuguesa do instrumento, elaborada no seu artigo.

Fico a aguardar uma resposta.

Muito obrigado!

Pedro Pechorro

sábado, 10/12/2022, 07:53 ☆

Caro Diogo Pode utilizar a RSES na sua investigação. Cumpts

Duarte Diogo <duarte.r.diego@gmail.com>

terça, 13/12/2022, 19:09 ☆ ↶ ⋮

para Pedro ▾

Obrigado e cumprimentos

☰

Anexo D: Regressão *stepwise* álcool – ANOVA

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	583,169	1	583,169	18,125	<,001 ^b
	Resíduo	11100,416	345	32,175		
	Total	11683,585	346			
2	Regressão	739,717	2	369,858	11,626	<,001 ^c
	Resíduo	10943,868	344	31,814		
	Total	11683,585	346			
3	Regressão	837,476	3	279,159	8,828	<,001 ^d
	Resíduo	10846,109	343	31,621		
	Total	11683,585	346			
4	Regressão	888,462	4	222,116	7,037	<,001 ^e
	Resíduo	10795,123	342	31,565		
	Total	11683,585	346			
5	Regressão	895,888	5	179,178	5,664	<,001 ^f
	Resíduo	10787,697	341	31,635		
	Total	11683,585	346			
6	Regressão	897,124	6	149,521	4,713	<,001 ^g
	Resíduo	10786,461	340	31,725		
	Total	11683,585	346			

a. Variável Dependente: AUDIT

b. Preditores: (Constante), Sexo

c. Preditores: (Constante), Sexo, RSES

d. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade

e. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, LSAS

f. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, LSAS, Escolaridade (completa)

g. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, LSAS, Escolaridade (completa), Situação profissional

Anexo E: Regressão *stepwise* álcool - Coeficientes

Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.
		B	Erro Erro	Beta	t	
1	(Constante)	11,085	,999		11,097	<,001
	Sexo	-2,608	,613	-,223	-4,257	<,001
2	(Constante)	13,447	1,456		9,235	<,001
	Sexo	-2,739	,612	-,235	-4,476	<,001
	RSES	-,113	,051	-,116	-2,218	,027
3	(Constante)	10,367	2,275		4,557	<,001
	Sexo	-2,671	,611	-,229	-4,370	<,001
	RSES	-,133	,052	-,136	-2,549	,011
	Idade	,153	,087	,094	1,758	,080
4	(Constante)	12,067	2,637		4,576	<,001
	Sexo	-2,457	,634	-,211	-3,879	<,001
	RSES	-,182	,065	-,187	-2,805	,005
	Idade	,144	,088	,088	1,647	,100
	LSAS	-,018	,014	-,087	-1,271	,205
5	(Constante)	12,071	2,640		4,572	<,001
	Sexo	-2,517	,646	-,216	-3,896	<,001
	RSES	-,182	,065	-,187	-2,803	,005
	Idade	,112	,110	,069	1,024	,307
	LSAS	-,018	,014	-,086	-1,256	,210
	Escolaridade (completa)	,155	,319	,032	,485	,628
6	(Constante)	12,224	2,755		4,437	<,001
	Sexo	-2,498	,654	-,214	-3,820	<,001
	RSES	-,182	,065	-,187	-2,797	,005
	Idade	,101	,123	,062	,824	,410
	LSAS	-,018	,014	-,087	-1,261	,208
	Escolaridade (completa)	,157	,320	,033	,490	,624
	Situação profissional	,131	,662	,012	,197	,844

a. Variável Dependente: AUDIT

Anexo F: Regressão *stepwise* tabaco - ANOVA

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	21,254	1	21,254	7,470	,007 ^b
	Resíduo	981,668	345	2,845		
	Total	1002,922	346			
2	Regressão	32,803	2	16,401	5,816	,003 ^c
	Resíduo	970,120	344	2,820		
	Total	1002,922	346			
3	Regressão	39,713	3	13,238	4,714	,003 ^d
	Resíduo	963,209	343	2,808		
	Total	1002,922	346			
4	Regressão	40,220	4	10,055	3,572	,007 ^e
	Resíduo	962,703	342	2,815		
	Total	1002,922	346			
5	Regressão	40,624	5	8,125	2,879	,015 ^f
	Resíduo	962,298	341	2,822		
	Total	1002,922	346			
6	Regressão	40,625	6	6,771	2,392	,028 ^g
	Resíduo	962,297	340	2,830		
	Total	1002,922	346			

a. Variável Dependente: FTND

b. Preditores: (Constante), Sexo

c. Preditores: (Constante), Sexo, Idade

d. Preditores: (Constante), Sexo, Idade, RSES

e. Preditores: (Constante), Sexo, Idade, RSES, LSAS

f. Preditores: (Constante), Sexo, Idade, RSES, LSAS,
Escolaridade (completa)

g. Preditores: (Constante), Sexo, Idade, RSES, LSAS,
Escolaridade (completa), Situação profissional

Anexo G: Regressão *stepwise* tabaco: Coeficientes

Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.
	B	Erro Erro	Beta			
1 (Constante)	1,595	,297			5,368	<,001
Sexo	-,498	,182	-,146		-2,733	,007
2 (Constante)	,423	,650			,651	,515
Sexo	-,467	,182	-,137		-2,569	,011
Idade	,052	,025	,108		2,024	,044
3 (Constante)	,733	,678			1,082	,280
Sexo	-,491	,182	-,143		-2,693	,007
Idade	,060	,026	,126		2,316	,021
RSES	-,024	,015	-,085		-1,569	,118
4 (Constante)	,564	,788			,716	,475
Sexo	-,512	,189	-,150		-2,706	,007
Idade	,061	,026	,128		2,341	,020
RSES	-,019	,019	-,068		-1,002	,317
LSAS	,002	,004	,030		,424	,672
5 (Constante)	,563	,789			,714	,476
Sexo	-,498	,193	-,146		-2,581	,010
Idade	,069	,033	,143		2,096	,037
RSES	-,019	,019	-,068		-,999	,318
LSAS	,002	,004	,029		,413	,680
Escolaridade (completa)	-,036	,095	-,026		-,379	,705
6 (Constante)	,558	,823			,679	,498
Sexo	-,499	,195	-,146		-2,552	,011
Idade	,069	,037	,144		1,878	,061
RSES	-,019	,019	-,068		-,998	,319
LSAS	,002	,004	,029		,413	,680
Escolaridade (completa)	-,036	,096	-,026		-,378	,705
Situação profissional	-,004	,198	-,001		-,019	,985

a. Variável Dependente: FTND

Anexo H: Regressão *stepwise* canábis - ANOVA

ANOVA^a

Modelo		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
1	Regressão	7761,103	1	7761,103	49,410	<,001 ^b
	Resíduo	54191,150	345	157,076		
	Total	61952,254	346			
2	Regressão	8806,394	2	4403,197	28,501	<,001 ^c
	Resíduo	53145,860	344	154,494		
	Total	61952,254	346			
3	Regressão	9586,135	3	3195,378	20,930	<,001 ^d
	Resíduo	52366,119	343	152,671		
	Total	61952,254	346			
4	Regressão	10175,932	4	2543,983	16,804	<,001 ^e
	Resíduo	51776,322	342	151,393		
	Total	61952,254	346			
5	Regressão	10192,184	5	2038,437	13,429	<,001 ^f
	Resíduo	51760,070	341	151,789		
	Total	61952,254	346			
6	Regressão	10206,472	6	1701,079	11,177	<,001 ^g
	Resíduo	51745,782	340	152,193		
	Total	61952,254	346			

a. Variável Dependente: CUPIT

b. Preditores: (Constante), Sexo

c. Preditores: (Constante), Sexo, RSES

d. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade

e. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, Escolaridade (completa)

f. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, Escolaridade (completa), Situação profissional

g. Preditores: (Constante), Sexo, RSES, Idade, Escolaridade (completa), Situação profissional, LSAS

Anexo I: Regressão stepwise canábis - Coeficientes

Coeficientes^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		
		B	Erro Erro	Beta	t	Sig.
1	(Constante)	22,390	2,207		10,144	<,001
	Sexo	-9,513	1,353	-,354	-7,029	<,001
2	(Constante)	28,494	3,209		8,879	<,001
	Sexo	-9,852	1,348	-,367	-7,306	<,001
	RSES	-,292	,112	-,131	-2,601	,010
3	(Constante)	19,795	4,999		3,960	<,001
	Sexo	-9,661	1,343	-,359	-7,193	<,001
	RSES	-,347	,114	-,155	-3,039	,003
	Idade	,433	,192	,115	2,260	,024
4	(Constante)	19,604	4,979		3,937	<,001
	Sexo	-9,150	1,362	-,340	-6,716	<,001
	RSES	-,342	,114	-,153	-3,005	,003
	Idade	,719	,240	,191	3,001	,003
	Escolaridade (completa)	-1,378	,698	-,124	-1,974	,049
5	(Constante)	19,087	5,230		3,650	<,001
	Sexo	-9,213	1,378	-,343	-6,686	<,001
	RSES	-,344	,114	-,154	-3,012	,003
	Idade	,758	,268	,202	2,825	,005
	Escolaridade (completa)	-1,386	,699	-,125	-1,981	,048
	Situação profissional	-,474	1,448	-,019	-,327	,744
6	(Constante)	20,005	6,035		3,315	,001
	Sexo	-9,095	1,432	-,338	-6,350	<,001
	RSES	-,370	,142	-,165	-2,596	,010
	Idade	,753	,269	,200	2,797	,005
	Escolaridade (completa)	-1,392	,701	-,126	-1,986	,048
	Situação profissional	-,456	1,451	-,019	-,315	,753
	LSAS	-,010	,031	-,020	-,306	,759

a. Variável Dependente: CUPIT