



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

THAÍS DISTÉFANO WILTENBURG

**COMPONENTES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL
ASSOCIADOS AO USO DE TABACO, ÁLCOOL E DROGAS
ILÍCITAS**

Londrina
2019

THAÍS DISTÉFANO WILTENBURG

**COMPONENTES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL
ASSOCIADOS AO USO DE TABACO, ÁLCOOL E DROGAS
ILÍCITAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1.

Orientador: Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel.

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Wiltenburg, Thaís Distéfano.

Componentes da inteligência emocional associados ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas / Thaís Distéfano Wiltenburg. - Londrina, 2019.
102 f.

Orientador: Fabiano Koich Miguel.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2019.
Inclui bibliografia.

1. Inteligência emocional - Tese. 2. Drogas - Tese. 3. Testes informatizados - Tese. 4. Avaliação Psicológica - Tese. I. Miguel, Fabiano Koich. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

THAÍS DISTÉFANO WILTENBURG

**COMPONENTES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL ASSOCIADOS
AO USO DE TABACO, ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina em nível de Mestrado, como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha 1.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Fabiano Koich Miguel
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Katya Luciane de Oliveira
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Prof. Dr. José Maurício Haas Bueno
Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Londrina, 08 de julho de 2019.

Dedico este trabalho, com muito carinho,
ao meu amor Bruno, aos meus pais Jorge e
Dinéa, e ao meu irmão Victor.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me dar saúde e a oportunidade de estar aqui;

Ao meu marido Bruno, por todo apoio em cada decisão, pelos incentivos, por toda ajuda e torcida por mim;

Aos meus pais Jorge e Dinéia, pelo apoio incondicional, por todos os ensinamentos, pela ajuda, por terem me dado oportunidades de estudar e pelo exemplo que me dão todos os dias;

Ao meu irmão Victor, por todo apoio, por toda ajuda, por todas as trocas e discussões;

Ao meu orientador Fabiano Koich Miguel, não só pela constante supervisão neste trabalho, mas sobretudo pela sua amizade, paciência, ensinamentos e por seu jeito divertido de ser.

Aos colegas do mestrado, pela parceria, amizade e trocas, especialmente à Gracielly e Raphael, com quem tive um contato mais próximo nestes dois anos, e que foram muito importantes neste processo.

Às professoras que participaram da banca de qualificação, Katya Luciane de Oliveira e Nádia Kienen, por todas as considerações que foram muito importantes para a construção desta dissertação.

Aos professores que participaram da banca de defesa, José Maurício Haas Bueno e Katya Luciane de Oliveira, pela leitura atenta, considerações, reflexões e contribuições importantes para a versão final desta dissertação.

Este trabalho não teria sido possível sem a contribuição de cada participante. Por isso, agradeço também a todos que participaram da pesquisa ou que ajudaram a divulgá-la de alguma maneira.

“A resposta certa não importa nada: o essencial é
que as perguntas estejam certas” (Mário Quintana)

WILTENBURG, T. D. **Componentes da inteligência emocional associados ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas.** 2019. 102 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2019.

RESUMO

Esta dissertação faz parte do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Londrina, da linha de pesquisa: Avaliação Psicológica e Processos clínicos e núcleo de Avaliação Psicológica. O aumento nos índices de uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas no Brasil e no mundo configura uma situação complexa, que envolve uma série de problemas sociais, econômicos, culturais e de saúde pública. Os estudos sobre o tema indicam que parece haver um componente emocional relacionado ao uso de substâncias psicoativas. A Inteligência Emocional (IE) se refere à capacidade de um indivíduo de se envolver em um sofisticado processamento de informação sobre as próprias emoções e de outras pessoas, e à habilidade de usar essa informação como um guia para o pensamento e o comportamento. Fazem parte da IE os componentes percepção emocional, facilitação emocional, conhecimento emocional e regulação emocional. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar quais os possíveis componentes da IE associados ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas, bem como avaliar as diferenças na IE e no consumo de substâncias entre sexos. Participaram 408 pessoas, e a coleta de dados foi exclusivamente *online*. Foram utilizados três testes para verificar o perfil de IE da amostra: Teste Informatizado de Percepção de Emoções Primárias (PEP), Teste Informatizado de Conhecimento Emocional (CE), Questionário Online de Regulação Emocional (QoRE), e um questionário de rastreio para o uso de substâncias: *Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Foram realizadas análises de correlação entre as pontuações nos testes de IE e as frequências de uso de substâncias de acordo com o ASSIST. Para analisar as diferenças entre sexos e entre grupos de usuários e não usuários, foi utilizado *t de Student* junto de *d de Cohen* para analisar a magnitude da diferença. Com relação a diferenças entre sexos, os homens consumiram significativamente mais álcool e maconha do que as mulheres. Para IE, os homens tiveram desempenho significativamente superior no componente regulação emocional. No que diz respeito às substâncias psicoativas, o componente regulação emocional apresentou significativas correlações negativas com uso de tabaco, álcool, maconha e sedativos. Já o componente percepção emocional apresentou significativas, porém fracas, correlações positivas com uso de maconha e alucinógenos. De maneira geral, foi possível concluir que o componente da IE associado ao uso de substâncias psicoativas é a regulação emocional, em que pessoas com dificuldades no controle da impulsividade e irritabilidade, dificuldades no controle do estresse e dificuldades para lidar com problemas ou situações adversas e para superar obstáculos teriam uma maior tendência a consumir estas substâncias. O papel da percepção emocional no uso de substâncias ainda permanece incerto, mas os resultados indicam que maior percepção emocional parece estar associada ao uso de algumas substâncias psicoativas.

Palavras-chave: Inteligência Emocional. Drogas. Testes Informatizados. Avaliação Psicológica.

WILTENBURG, T. D. **Components of emotional intelligence associated with the use of tobacco, alcohol and illicit drugs.** 2019. 102 pp. Dissertation (Masters in Psychology). Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2019.

ABSTRACT

This dissertation is part of the Postgraduate Program in Psychology of the State University of Londrina, from the research line: Psychological Evaluation and Clinical Processes and the Psychological Evaluation nucleus. The increase in the rates of use of tobacco, alcohol and illicit drugs in Brazil and in the world presents a complex situation, which involves a number of social, economic, cultural and public health problems. Studies on the subject indicate that there seems to be an emotional component related to the use of psychoactive substances. Emotional Intelligence (EI) refers to an individual's ability to engage in sophisticated processing of information about one's emotions and other people's, and the ability to use this information as a guide to thinking and behavior. Emotional perception, emotional facilitation, emotional knowledge and emotional regulation are part of IE. The present study aimed to evaluate the possible components of EI associated with the use of tobacco, alcohol and illicit drugs, as well as to evaluate the differences in EI and in the consumption of substances between sexes. 408 people participated, and data collection was exclusively online. Three tests was used to verify the EI profile of the sample: Teste Informatizado de Percepção de Emoções Primárias (PEP), Teste Informatizado de Conhecimento Emocional (CE), Questionário Online de Regulação Emocional (QoRE), and a substance use screening questionnaire: Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. Correlation analyzes were performed between the scores on the EI tests and the frequencies of substance use according to ASSIST. To analyze the differences between sexes and between groups of users and non-users, Student's t was used with Cohen's d to analyze the magnitude of the difference. With respect to sexes differences, men consumed significantly more alcohol and cannabis than women. For EI, men performed significantly better on the emotional regulation component. Regarding to psychoactive substances, the emotional regulation component showed significant negative correlations with tobacco, alcohol, cannabis and sedatives use. On the other hand, the emotional perception component presented significant, but weak, positive correlations with cannabis use and hallucinogens. In general, it was possible to conclude that the EI component associated with the use of psychoactive substances is emotional regulation, in which people with difficulties in controlling impulsivity and irritability, difficulties in controlling stress and difficulties in dealing with problems or adverse situations and to overcome obstacles would have a greater tendency to consume these substances. The role of emotional perception in substance use remains uncertain, but the results indicate that greater emotional perception seems to be associated with the use of some psychoactive substances.

Keywords: Emotional intelligence. Drugs. Computerized tests. Psychological evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatísticas descritivas do resultado do ASSIST para uso na vida de cada substância.....	50
Tabela 2 - Teste <i>t de Student</i> entre os resultados do ASSIST pelos participantes do sexo masculino e feminino.....	51
Tabela 3 - Estatísticas descritivas dos resultados dos testes de Inteligência Emocional	52
Tabela 4 - Teste <i>t de Student</i> entre os resultados dos testes de IE do sexo masculino e feminino	53
Tabela 5 - Correlações de <i>Pearson</i> entre os usuários de substâncias do sexo masculino e suas pontuações nos testes de IE.....	54
Tabela 6 - Correlações de <i>Pearson</i> entre os usuários de substâncias do sexo feminino e suas pontuações nos testes de IE.....	57
Tabela 7 - Correlações de <i>Spearman</i> entre todos os participantes do sexo masculino e suas pontuações nos testes de IE.....	59
Tabela 8 - Correlações de <i>Spearman</i> entre todos os participantes do sexo feminino e suas pontuações nos testes de IE.....	61
Tabela 9 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de tabaco e os testes de IE.....	63
Tabela 10 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de álcool e os testes de IE	64
Tabela 11 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de maconha e os testes de IE.....	64
Tabela 12 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de cocaína e os testes de IE.....	65
Tabela 13 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de anfetaminas e os testes de IE.....	65
Tabela 14 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de inalantes e os testes de IE.	66
Tabela 15 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de sedativos e os testes de IE	66
Tabela 16 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de alucinógenos e os testes de IE.....	67
Tabela 17 - Teste <i>t de Student</i> entre uso ou não de opioides e os testes de IE.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

16 PF	16 Fatores de Personalidade
ASSIST	<i>Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
BPR-5	Baterias de Provas de Raciocínio
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CE	Teste Informatizado de Conhecimento Emocional
CHC	Cattell, Horn e Carrol
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
DERS	<i>The Difficulties in Emotion Regulation Scale</i>
DP	Desvio Padrão
e.g.	<i>Exempli Grata</i> (“por exemplo”)
ESF	Estratégia Saúde da Família
IDCP	Inventário Dimensional Clínico da Personalidade
IE	Inteligência Emocional
IEP	Inteligência Emocional Percebida
INCA	Instituto Nacional de Câncer
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
LSD	Dietilamina do Ácido Lisérgico
M	Média
MDMA	Metilenedioximetanfetamina
MEIS	<i>Multifactor Emotional Intelligence Scale</i>
MSCEIT	<i>Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test</i>
N	Número de participantes
OMS	Organização Mundial de Saúde
p	Significância
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEP	Teste Informatizado de Percepção de Emoções Primárias
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo
QoRE	Questionário Online de Regulação Emocional
r	Correlação
RA	Raciocínio Abstrato
RV	Raciocínio Verbal

SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THC	Tetraidrocanabinol
TMMS	<i>Trait Meta Mood Scale</i>
UNODC	<i>United Nations Office on Drugs and Crime</i>

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	13
2	DESENVOLVIMENTO:	17
2.1	CONSIDERAÇÕES SOBRE AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	17
2.2	INTELIGÊNCIA EMOCIONAL	25
2.2.1	O Critério Conceitual da Inteligência Emocional	29
2.2.2	O Critério Correlacional da Inteligência Emocional	32
2.2.3	O Critério de Desenvolvimento da Inteligência Emocional	35
2.3	ESTUDOS SOBRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E USO DE SUBSTÂNCIAS	36
2.4	OBJETIVOS.....	41
2.4.1	Objetivo Geral	41
2.4.2	Objetivos Específicos	41
2.5	JUSTIFICATIVA.....	42
2.6	HIPÓTESES.....	43
3	MÉTODO	44
3.1	PARTICIPANTES	44
3.2	INSTRUMENTOS	44
3.3	PROCEDIMENTOS	48
4	RESULTADOS	50
5	DISCUSSÃO	69
6	CONCLUSÃO	80
	REFERÊNCIAS	84
	ANEXOS	98
	ANEXO A – <i>Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>	99
	ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101

1 APRESENTAÇÃO

O aumento nos índices de uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas no Brasil e no mundo configura uma situação complexa, que envolve uma série de problemas sociais, econômicos, culturais e de saúde pública (Esper, Corradi-Webster, Carvalho, & Furtado, 2013). Dentre os fatores que envolvem esses problemas pode-se citar os aumentos nos gastos públicos, crescimento dos índices de violência, crime organizado, corrupção e terrorismo (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2017).

Estima-se, segundo dados do Relatório Mundial de Drogas (UNODC, 2017), que 250 milhões de pessoas (5% da população mundial) usaram drogas pelo menos uma vez em 2015, e que 29,5 milhões desses usuários sejam dependentes destas substâncias. Com relação ao padrão de uso de substâncias psicoativas, considera-se “uso na vida” qualquer uso de substância alguma vez na vida, inclusive um único uso experimental. “Uso frequente” diz respeito ao uso em 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias. “Uso abusivo ou nocivo” refere-se ao padrão de uso que tenha causado dano real à saúde física ou mental do usuário, mas ainda sem preencher os critérios para ser considerada dependência, e a “dependência”, por sua vez, é o conjunto de sinais e sintomas, normalmente baseados em manuais médicos, que determinam que a pessoa está dependente da substância, caso em que ela vive para e pela droga, apesar dos riscos pessoais e legais que corre para a sua obtenção, dos danos físicos e psicológicos e das rupturas dos vínculos sociais e familiares que este consumo traz, e indica que a pessoa necessita de tratamento (Galduróz, Noto, Locatelli, & de Souza, 2017; Souza, Schenker, Constantino, & Correia, 2013).

No Brasil, de acordo com um levantamento domiciliar realizado em 2005 (Duarte, Stempluk, & Barroso, 2009), 22,8% da população geral relatou uso na vida de alguma substância psicoativa (exceto álcool e tabaco). Dentre elas, as de maior prevalência de uso na

vida foram: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%), estimulantes (3,2%) e cocaína (2,9%). O uso na vida de álcool observado nesse levantamento foi de 74,6% e de tabaco foi de 44%, com maior prevalência na população masculina.

Em 2012, 50% da população geral afirmou ter consumido álcool nos últimos 12 meses, sendo que destes, 53% relataram consumir álcool pelo menos 1 vez por semana (63% entre os homens e 38% entre as mulheres). Para o tabaco, a prevalência de fumantes em 2012 foi de 16,9% da população geral, sendo 21,4% do sexo masculino e 12,8% do sexo feminino. Com relação às substâncias ilícitas, a proporção de indivíduos que fizeram uso na vida foi: sedativos (9,6%), maconha (6,8%), cocaína (3,8%), estimulantes (2,7%), inalantes (2,2%) e alucinógenos (0,9%). Para o uso nos últimos 12 meses, a proporção foi: sedativos (6%), maconha (2,5%), cocaína (1,7%), estimulantes (1,1%), alucinógenos (0,5%) e inalantes (0,5%) (Laranjeira, 2012).

Do ponto de vista social, o uso de substâncias psicoativas é uma das condições que mais apresentam conotação moralizante do mundo. Dentre as várias consequências da estigmatização para o indivíduo é possível destacar, além do isolamento social, a piora da qualidade de vida e, principalmente, a perda de oportunidade de acesso a um tratamento adequado. No contexto brasileiro, o uso de substâncias ainda é visto como uma escolha pessoal ou um desvio de caráter e, por isso, os usuários tendem a ser evitados e até considerados invisíveis socialmente, o que contribui para o aumento da situação de vulnerabilidade (de Andrade, Ronzani, & da Silveira, 2018). A condição de estigmatização dos usuários de substâncias ilícitas pode afetar sua saúde geral e se constituir como uma barreira para acessar os serviços de saúde, contribuindo para o agravamento da condição.

Somente nos últimos anos é que, por meio de várias Portarias, o Ministério da Saúde tem estendido a atenção ao uso e dependência de drogas aos serviços de saúde em geral, inclusive aos Programas de Atenção Básica à Saúde (Programa de Agentes Comunitários de

Saúde – PACS e Estratégia Saúde da Família – ESF). Essas mudanças, entretanto, ainda se encontram distantes de ser plenamente efetivadas, devido a diversos fatores, tais como a estigmatização que afasta as pessoas dos serviços da saúde e a falta de profissionais capacitados (de Andrade, Ronzani, et al., 2018).

Diversos estudos buscam entender o fenômeno do uso e dependência de substâncias psicoativas (Campos & Figlie, 2011; Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999; Leyro, Zvolensky, Vujanovic, Johnson, & Gregor, 2010; Marshall et al., 2008; Schenker & Minayo, 2005; Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, & Dongil, 2009; Zahradnik & Stewart, 2008). Um ponto em comum entre eles é o componente emocional que parece estar relacionado ao consumo destas substâncias. O conceito de Inteligência Emocional (IE) tem aparecido em diversos estudos que buscam explicar aspectos do comportamento humano em diferentes contextos.

A IE é entendida como um conjunto de habilidades mentais conceitualmente relacionadas para lidar com situações emocionais. As emoções influenciam a maneira pela qual indivíduos respondem a situações particulares; assim, espera-se que a combinação de emoções e inteligência aumente a eficácia das respostas do indivíduo. Tais situações relativas à IE envolvem relacionamentos, comportamentos e crescimento pessoal e, portanto, são pertinentes e onipresentes para a experiência humana (Ghee & Johnson, 2008).

Uma das características deste modelo que considera a IE como uma habilidade é que ela pode ser desenvolvida. As habilidades emocionais começam a ser desenvolvidas em casa, na interação da criança com os pais/cuidadores. Posteriormente, são aperfeiçoadas nos outros ambientes em que a criança interage, por exemplo na escola, onde os professores servem como um importante modelo. A psicoterapia também é outro exemplo que possibilita o desenvolvimento de habilidades emocionais (Mayer & Salovey, 1997).

Estudos indicam que a IE se relaciona com diversas implicações na vida dos indivíduos, tais como nas relações sociais, na escola, no trabalho e com relação ao bem-estar

(Mayer, Roberts, & Barsade, 2008). Neste sentido, pode-se pensar que a IE também está relacionada ao uso de substâncias psicoativas. Assim, pretende-se com este trabalho avaliar as relações entre IE e o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas. Espera-se encontrar correlações negativas entre alguns componentes da IE e o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas, bem como espera-se encontrar diferenças na IE e no uso de substâncias entre os sexos.

Na temática do uso de substâncias psicoativas, é necessário estudo constante sobre seus determinantes e suas relações (de Lacerda, Cruz, & Nappo, 2018). Espera-se que os resultados deste trabalho possam favorecer o planejamento de programas mais eficazes de prevenção e cessação do uso de substâncias, contribuindo assim para a sociedade, tanto em termos de saúde mental quanto em termos econômicos.

O presente estudo inicia com o capítulo intitulado desenvolvimento, que é dividido em subitens. Primeiramente é apresentada uma introdução teórica, composta dos subitens: considerações sobre as substâncias psicoativas, inteligência emocional e estudos sobre inteligência emocional e uso de substâncias. Posteriormente, são apresentados os subitens: objetivos, justificativa e hipóteses.

Em seguida, o capítulo método é exposto, composto dos subitens participantes, instrumentos e procedimentos. O capítulo de resultados é apresentado na página 50, seguido do capítulo de discussão, na página 69. As conclusões encontram-se expostas no capítulo da página 80, e por fim, a partir da página 84 encontram-se as referências utilizadas nesta pesquisa.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O termo droga é utilizado para se referir a qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. Quando substâncias modificam a atividade do Sistema Nervoso Central (SNC), elas são chamadas de psicoativas, e podem ser classificadas como estimulantes, quando aumentam a atividade do SNC, depressoras, quando reduzem a atividade do SNC ou perturbadoras, quando alteram a atividade do SNC, por exemplo, interferindo na percepção (Formigoni, 2018).

Nesta seção, serão descritas as substâncias psicoativas abordadas na presente pesquisa. São elas: tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, sedativos, alucinógenos e opioides.

O uso de produtos derivados do tabaco é tido como um importante problema de saúde pública, visto que está associado a doenças cardiovasculares, respiratórias, neoplasias (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), além de ser um significativo fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças, tais como tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrointestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras doenças (Instituto Nacional de Câncer, 2011).

A nicotina é a substância presente nas folhas de tabaco que é responsável pelo efeito estimulante do SNC. A dependência à nicotina se desenvolve rapidamente, e a suspensão abrupta de seu uso pode manifestar um conjunto de sintomas como irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade, insônia, hostilidade e humor depressivo (de Lacerda et al., 2018).

A Organização de Saúde Pan-Americana (2019) considera o consumo de produtos derivados de tabaco como a principal causa de morte evitável no mundo. De acordo com a Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab (Instituto Nacional de Câncer, 2011), estima-se que o tabagismo seja responsável por mais de cinco milhões de mortes anualmente no mundo e que, se as tendências atuais de uso de produtos derivados do tabaco persistirem, esse número possa superar oito milhões de mortes anuais até 2030.

No Brasil, o percentual de adultos fumantes vem apresentando uma expressiva queda nas últimas décadas em função das políticas públicas implementadas e de inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco (Instituto Nacional de Câncer, 2011), passando de 34,8% em 1989 para 14,7% em 2013 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013). Porém, embora estime-se que 420 mil mortes foram evitadas neste período, as mortes relacionadas ao uso de tabaco no país ainda representam aproximadamente 160 mil anualmente (12,6% do total de mortes anuais)(Instituto Nacional de Câncer, 2018).

Já o álcool é a substância psicoativa mais consumida em todo o mundo (Nelson & McNall, 2016). Considerando todos os países, a média anual de consumo de álcool por pessoa, segundo pesquisa da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2010, foi de 6,2 litros, com diferenças entre as regiões do mundo. A fração atribuível à mortalidade por todas as causas relacionadas ao consumo de álcool é de 5,9% em todo o mundo, sendo maior na Europa (13%) e menor no Mediterrâneo Oriental (0,9%). Nas Américas, estima-se que 4,7% de todas as mortes são atribuídas ao consumo abusivo de álcool (Organização Mundial de Saúde, 2014).

O abuso de álcool é considerado um dos quatro fatores de risco mais comuns para uma diversidade de doenças não transmissíveis, tais como: doenças cardiovasculares, doenças pulmonares crônicas, cirrose hepática, câncer e diabetes (Esper et al., 2013). O uso abusivo do álcool também pode trazer prejuízos para outras pessoas, por meio das ações perigosas que

pessoas intoxicadas podem tomar, tais como beber e dirigir, atos de violência, ou no impacto que a bebida pode causar no feto e no desenvolvimento infantil, no caso de mulheres grávidas, por exemplo (Organização Mundial de Saúde, 2014).

No que diz respeito à ação no cérebro, inicialmente o álcool produz efeitos estimulantes do SNC, ou seja, causa um estado de euforia e estimulação, e com o passar do tempo, ou com o aumento da dose ingerida, passa a ter efeitos depressores do SNS, com sensação de relaxamento e sonolência. Por essa razão, diz-se que o álcool possui um efeito bifásico no organismo. Entretanto, ele é classificado como uma droga depressora do SNC, pois a fase depressora é mais intensa e prolongada (Formigoni, Galduróz, de Micheli, & Carneiro, 2018).

Uma outra substância a ser abordada é a maconha, que é uma erva originária da Ásia Central, de nome científico *Cannabis Sativa*, e a substância psicoativa presente em sua composição é o Tetraidrocanabinol (THC). No que se refere aos efeitos prejudiciais da maconha em curto prazo, Noto e Formigoni (2002) apontam que são frequentes os problemas de concentração e memória, dificultando a aprendizagem e a execução de tarefas de dirigir ou operar máquinas. O uso contínuo dessa substância pode causar tosse crônica, alteração da imunidade, redução dos níveis de testosterona e desenvolvimento de doenças mentais como a esquizofrenia, depressão e crises de pânico, redução do interesse e de motivação pela vida.

Outras consequências relacionadas à esfera psicológica, segundo Graeff (1989), são a hipersensibilidade a estímulos sensoriais e, principalmente, alterações da percepção temporal. Doses mais elevadas podem ocasionar perturbações da memória, alterações do pensamento e sentimentos de estranheza, e podem ainda ter como consequência alucinações e despersonalização.

No que se refere à cocaína, ela é uma substância natural extraída das folhas de uma planta originária da América do Sul: a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou *epadú*, na

língua indígena. A cocaína chega ao consumidor sob a forma de sal, o cloridrado de cocaína, que é solúvel em água e, portanto, serve para ser aspirado ou dissolvido em água para uso endovenoso, ou sob a forma de uma base, o *crack*, que é pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecida e, porquanto, é fumada em “cachimbos” (Carlini, Nappo, Fernandes Galduróz, & Noto, 2001).

A cocaína acentua a ação principalmente da dopamina e da noradrenalina no SNC. Como esses neurotransmissores são excitatórios, a consequência do uso desta substância é a estimulação cerebral, produzindo euforia e sensação de poder, ansiedade, estado de alerta e de excitação, hiperatividade, insônia, falta de apetite, perda da sensação de cansaço, dilatação de pupilas e aumento da temperatura corporal (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018b). Visto que a cocaína e o *crack* causam dependência, a tendência dos usuários é aumentar a dose de uso na tentativa de sentir efeitos mais intensos. Porém, quantidades maiores acabam por levar o indivíduo a comportamentos violentos, irritabilidade, tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranoia, podendo ocorrer eventuais alucinações e delírios. O uso crônico destas substâncias pode levar à degeneração irreversível dos músculos esqueléticos e à morte, devido à diminuição da atividade de centros cerebrais que controlam a respiração (Carlini et al., 2001).

As anfetaminas, outra classe de substância psicoativa a ser considerada, são drogas sintéticas de efeito estimulante da atividade mental que foram desenvolvidas inicialmente para diminuir o cansaço, afastar o sono e reduzir o apetite. São exemplos: os medicamentos Fenproporex, Metilfenidato, Manzidol, Metanfetamina e Dietilpropiona. Um outro tipo de anfetamina de uso ilícito é a Metilenodioximetanfetamina (MDMA), conhecida por êxtase. O uso clínico mais comum dessa categoria de substâncias é como moderador de apetite, e em pacientes diagnosticados com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018a).

Devido à ação estimulante sobre o SNC, as anfetaminas são comumente usadas como drogas de abuso. Por exemplo, são conhecidas como “rebite” pelos motoristas que precisam dirigir várias horas seguidas sem descansar, sendo ingeridas neste caso pelo seu efeito de inibição do sono. Já entre os estudantes, é também utilizada para inibição de sono com objetivo de passar longos períodos estudando e no esporte, as anfetaminas são usadas indevidamente como *doping* de atletas devido ao seu efeito estimulante (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018a). As anfetaminas atuam na neurotransmissão da serotonina, alterando humor, impulsividade, cognição, sono, memória e concentração, podendo precipitar o desenvolvimento de algumas desordens psiquiátricas, como depressão e ansiedade, entre outros (Marcon, Silva, Moraes, Martins, & Carpes, 2012).

No caso dos inalantes, eles começaram a ser utilizados como droga de abuso no Brasil por volta de 1970. Um grande número de produtos comerciais como esmaltes, colas, tintas, tineres, propelentes, gasolina, removedores e vernizes contêm em sua composição solventes que podem ser inaláveis, fato que torna estas substâncias de fácil acesso e baixo custo, sendo muitas vezes utilizadas por crianças e adolescentes devido à falta de monitoramento (de Lacerda & Galduróz, 2018).

Assim como ocorre com o álcool, os inalantes são substâncias que têm efeito bifásico, ou seja, causam inicialmente excitação, seguida por depressão do SNC, que dependerá da dose utilizada. Os inalantes, quando consumidos cronicamente, podem levar a lesões da medula óssea, dos rins, do fígado e dos nervos periféricos que controlam os músculos (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018e). Os sintomas decorrentes de seu uso incluem anorexia, irritabilidade, agressividade e paranoia (de Lacerda & Galduróz, 2018).

No caso do sedativo, este é o nome dado aos medicamentos capazes de diminuir a atividade do SNC, principalmente quando o cérebro fica em estado de excitação acima do

normal. Quando um sedativo é capaz de diminuir a dor, recebe o nome de analgésico. Já quando o sedativo é capaz de afastar a insônia, produzindo o sono, é chamado de hipnótico ou sonífero. E quando um sedativo tem o poder de atuar mais sobre estados exagerados de ansiedade, é denominado de ansiolítico. Finalmente, existem sedativos capazes de atuar no cérebro hiperexcitado dos epiléticos: são as drogas antiepiléticas, capazes de prevenir as convulsões. As principais substâncias sedativas pertencem ao grupo dos barbitúricos, que foram sendo gradualmente substituídos pelos benzodiazepínicos, até os dias de hoje (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018b).

Existem evidências de que os barbitúricos e benzodiazepínicos causam dependência e desenvolvimento de tolerância em seus usuários, e a síndrome de abstinência quando da sua retirada costuma ser severa (Mihic & Harris, 2012). Essas substâncias são perigosas porque a dose que começa a intoxicar está próxima daquela que produz os efeitos terapêuticos desejáveis. Com essas doses tóxicas, começam a surgir sinais de incoordenação motora, inconsciência, dificuldade de locomoção, o sono fica muito pesado e, por fim, a pessoa pode entrar em estado de coma. A pressão do sangue fica muito baixa e a respiração é tão lenta que pode parar, sendo que a morte pode ocorrer por parada respiratória (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018b).

Alucinógenos sintéticos, por sua vez, são perturbadores do SNC, pois são substâncias fabricadas em laboratório que são capazes de provocar alucinações em quem as consome. O LSD (Dietilamina do Ácido Lisérgico) é considerado a mais potente droga alucinógena existente, pois o uso em pequenas quantidades pode resultar em intensas alucinações e delírios. É utilizado habitualmente por via oral, embora possa ser misturado ocasionalmente com tabaco e fumado (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018c). Esta substância atua produzindo uma série de distorções no funcionamento cerebral, trazendo como consequência uma variada gama de alterações psíquicas. A experiência subjetiva com o

LSD e outros alucinógenos depende da personalidade do usuário, de suas expectativas quanto ao uso da droga e do ambiente onde é ingerida. Enquanto alguns indivíduos experimentam um estado de excitação e atividade, outros se tornam quietos e passivos. Sentimentos de euforia e excitação alternam-se com episódios de depressão, ilusões assustadoras e sensação de pânico (Souza, 2011).

O perigo dos alucinógenos não está tanto em sua toxicidade para o organismo, mas sim no fato de que, pela perturbação psíquica, há perda da habilidade de perceber e avaliar situações comuns de perigo. Isso ocorre, por exemplo, quando a pessoa com delírio de grandiosidade se julga com capacidades ou forças extraordinárias, sendo capaz de voar, atirando-se de janelas; com força mental suficiente para parar um carro em uma estrada, ficando na sua frente; andar sobre as águas, avançando mar adentro. Há também descrições de casos de comportamento violento, gerado principalmente por delírios persecutórios. Ainda no campo dos efeitos tóxicos, há também descrições de pessoas que, após tomarem LSD, passaram a apresentar longos períodos de intensa ansiedade, depressão ou mesmo acessos psicóticos (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018c).

Por fim, a última classe de substâncias a serem tratadas são os opioides, que são substâncias extraídas de uma planta popularmente conhecida como papoula (*Papaver somniferum*). Eles podem ser naturais, quando não sofrem nenhuma modificação (por exemplo, morfina e codeína) ou semissintéticos, quando são resultantes de modificações parciais das substâncias naturais (por exemplo, heroína, que é produto da modificação da morfina). Os opioides são drogas com grande importância na medicina, pois são poderosos analgésicos. Entretanto, também são usados como drogas de abuso e sua dependência pode se instalar rapidamente (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018d).

Os opioides são fármacos que possuem ação depressora do SNC, eliminando ou reduzindo a sensação de dor. Os efeitos colaterais associados ao uso regular incluem

dependência física e psíquica, tolerância, imunossupressão, depressão respiratória, constipação, vômitos, náuseas, distúrbios cardiovasculares, tonturas, alterações do humor, retenção urinária, prurido, alterações da memória e do aprendizado e alterações do apetite. Doses muito elevadas podem causar grande depressão respiratória e cardíaca, que pode levar à morte por insuficiência respiratória (de Lacerda & Galduróz, 2018).

Face ao que foi apresentado, estudiosos das adições apontam o uso e a dependência de substâncias psicoativas mais como um sintoma do que um problema em si mesmo. Há diversas teorias que buscam explicar esse complexo fenômeno. Algumas pesquisas indicam que as pessoas consomem substâncias psicoativas numa tentativa de acalmar e aliviar as tensões, ameaças e afetos negativos e geradores de ansiedade (Cano-Vindel & Miguel-Tobal, 1999; Leyro, Zvolensky, Vujanovic, Johnson, & Gregor, 2010), outras afirmam que o consumo crônico de substâncias acaba gerando mais ansiedade (Zahradnik & Stewart, 2008), ataque e transtorno de pânico, agorafobia, entre outros transtornos mentais (Wood et al., 2009). Outros estudos consideram o uso de substâncias psicoativas como resultante de problemas de autoestima, autoconfiança, falta de habilidades para enfrentar situações adversas, e sofrimento psíquico (Bucher, 1992; Campos & Figlie, 2011; Schenker & Minayo, 2005; Toscano Júnior, 2001).

O que figura em comum entre estas teorias, entretanto, é o componente emocional que parece estar relacionado ao consumo de substâncias psicoativas. Uma vez que a Inteligência Emocional, construto que será mais bem descrito a seguir, envolve a capacidade de uma pessoa de monitorar os sentimentos e emoções de si próprio e dos outros, discriminá-los e usar essas informações para orientar seu pensamento e suas ações (Mayer & Salovey, 1997), pode-se pensar que ela talvez esteja relacionada ao uso de substâncias psicoativas.

2.2 INTELIGÊNCIA EMOCIONAL

A inteligência emocional (IE) diz respeito à capacidade do indivíduo de se envolver em um sofisticado processamento de informação sobre as próprias emoções e de outras pessoas e a habilidade de usar essa informação como um guia para o pensamento e o comportamento. Ou seja, esta competência está relacionada a prestar atenção, usar, compreender e gerenciar emoções, servindo de funções adaptativas que potencialmente beneficiam os próprios indivíduos e outras pessoas (Mayer, Salovey, & Caruso, 2008).

Mayer e Salovey (1997) definiram a IE como a capacidade de perceber precisamente, avaliar e expressar emoções; a habilidade de manejar sentimentos de modo que estes facilitem o pensamento; a eficácia em compreender e analisar as emoções e a capacidade de controlar as emoções para promover o crescimento emocional e intelectual. O conceito baseia-se na ideia de que as emoções contêm informações sobre relacionamentos do indivíduo com o meio e que, por isso, reconhecer tais significados, raciocinar sobre eles e utilizar essa informação para orientar as tomadas de decisões levaria a ações mais inteligentes e adaptativas ao meio. Mayer e Salovey (1997) subdividiram esse construto em quatro áreas, ou facetas, descritas a seguir:

1) Percepção, avaliação e expressão da emoção refere-se à acuidade na identificação de emoções e conteúdo emocional em si próprio, em outras pessoas e em figuras ou objetos, bem como a capacidade de expressar sentimentos de forma adequada e clara. Também está associada à acuidade em identificar a expressão falseada ou manipuladora dos sentimentos (Mayer & Salovey, 1997). Por exemplo, o sujeito ser capaz de perceber os estados emocionais dos amigos. Esta faceta da IE facilita a compreensão empática do outro, à medida em que o indivíduo se torna capaz de experienciar os sentimentos de outras pessoas em si mesmo e entender seus comportamentos. O conceito de alexitimia está ligado à falta desta capacidade,

pois significa dificuldade em identificar e em discriminar entre os diferentes tipos de sentimentos, e também dificuldades em descrevê-los para outras pessoas (Primi, 2003).

2) Emoção como facilitadora do pensamento diz respeito à capacidade de acessar e gerar emoções, examinar seu sentido e integrar aos processos cognitivos superiores de forma a facilitar o pensamento e, conseqüentemente, a tomada de decisões. As emoções funcionariam como um sistema de alerta sobre os eventos importantes na pessoa e no ambiente e, portanto, essa capacidade também se associaria ao entendimento e uso eficiente desses sinais de alerta na tomada de decisão (Mayer & Salovey, 1997). Por exemplo, um professor que precisa preparar uma aula percebe que um ambiente muito barulhento poderá criar um estado de irritação e atrapalhar o seu trabalho.

3) Compreensão e análise das emoções refere-se ao conhecimento emocional, que aumenta ao longo da vida, e diz respeito ao maior entendimento dos significados dos conceitos emocionais e de relações sociais, bem como ao conhecimento dos antecedentes das emoções e das conseqüências da expressão emocional (Schneider & McGrew, 2018). Refere-se à compreensão de como emoções complexas podem resultar da mistura ou da transição de emoções mais básicas e de sua possível aplicação nas relações interpessoais (Mayer & Salovey, 1997). Por exemplo, uma pessoa pode se sentir cada vez mais ofendida com uma brincadeira e reagir com agressividade e depois se sentir culpada por causa disso. A compreensão das transições entre emoções é muito importante para a adaptação (Primi, 2003).

4) Regulação emocional refere-se ao uso de mecanismos conscientes de controle da emoção para que ocorra o crescimento emocional e intelectual. Isso implica no desenvolvimento da capacidade de tolerar frustrações, valorizar sentimentos positivos e de conhecer e empregar efetivamente estratégias de alterações dos sentimentos negativos em outros estados mais favoráveis ao indivíduo, quando necessário (Mayer & Salovey, 1997). Por exemplo, o sujeito consegue identificar a raiva e manejá-la, a ponto de não a manifestar

em ocasiões que causariam situações desprazerosas.

Este modelo é conhecido como modelo hierárquico, pois considera que a IE consiste em quatro conjuntos de habilidades relacionados (ou facetas), que aumentam em complexidade cognitiva da primeira à última faceta, com habilidades na faceta mais superior sendo construídas à partir das habilidades da faceta mais inferior. Também considera que as duas facetas mais inferiores (percepção e facilitação) formam a “área experiencial da IE”, representando o processamento direto de informações do ambiente do indivíduo, não mediado pelo planejamento estratégico superior. Da mesma forma, as duas facetas mais superiores (compreensão e regulação) formam a “área estratégica da IE”, representando os julgamentos estratégicos e o processamento deliberado de nível superior da informação emocional (MacCann, Joseph, Newman, & Roberts, 2014).

Diversas pesquisas têm buscado conhecer as implicações da IE na vida das pessoas. Por exemplo, estudos apontam que ela parece ser um importante preditor de sucesso na vida, incluindo estratégias de *coping* (Limonero, Tomás-Sábado, Benito, & Castro, 2004), satisfação na vida (Martinez-Pons, 1997), qualidade de vida (Extremera & Fernández-Berrocal, 2002), liderança (Cadman & Brewer, 2001), sucesso acadêmico e relações interpessoais (Brackett, Mayer, & Warner, 2004).

Estudos (apresentados a seguir) também indicam que a IE apresenta diferenças entre sexos. Tradicionalmente, a dimensão emocional dos seres humanos tem sido relacionada em maior medida ao sexo feminino, que experimentaria emoções positivas e negativas mais intensamente do que o sexo masculino. Este pensamento alimentou o estereótipo, ainda amplamente aceito, de que as mulheres são mais emotivas (Grewal & Salovey, 2005). De fato, a maioria dos estudos de IE que incluíram gênero nas suas análises concluíram que as mulheres possuem desempenho superior em habilidades emocionais.

Extremera, Fernández-Berrocal e Salovey (2006), ao examinarem a confiabilidade da

versão espanhola do *Mayer, Salovey e Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT), um instrumento de avaliação da IE, encontraram diferenças significativas no escore total e em todos os subtestes, em que as mulheres pontuaram significativamente mais do que os homens ($N = 946$; $p < 0,001$). Brackett e Mayer (2003) também encontraram, utilizando o MSCEIT, que as mulheres obtiveram pontuações mais altas que os homens ($N = 207$; $t(200) = -5,69$; $p < 0,001$). Uma meta-análise sobre IE que incluía diferenças entre sexos concluiu que mulheres obtiveram pontuações mais altas que os homens em todas as dimensões da IE, com um tamanho de efeito variando de 0,29 a 0,49 (Joseph & Newman, 2010).

Embora o modelo de IE dividido em quatro áreas seja o mais aceito atualmente e apresente boa adequação aos dados nas análises estatísticas (Gignac, 2005; Mayer, Salovey, Caruso, & Sitarenios, 2003), diversos autores (Ciarrochi, Chan, & Caputi, 2000; Fan, Jackson, Yang, Tang, & Zhang, 2010; Roberts, Zeidner, & Matthews, 2001) têm recomendado um modelo de três fatores, com a exclusão da faceta emoção como facilitadora do pensamento como uma área separada da IE, dada a crescente discussão que a área facilitação não é conceitualmente distinta das outras áreas da IE, em especial, da regulação emocional. Por esta razão, não foram incluídos testes que avaliam a área da facilitação neste estudo.

Para ser inserida no rol das inteligências a IE deve atender a três critérios: conceitual, correlacional e de desenvolvimento. O critério conceitual afirma que a IE deve refletir uma performance mental ao invés de características de personalidade ou formas preferidas de se comportar, ou então relacionadas à autoestima ou a realizações não-intelectuais. O critério correlacional descreve padrões empíricos: especificamente, que a IE deve descrever um conjunto de habilidades estreitamente relacionadas que compartilham certa variabilidade, mas ainda são diferentes das habilidades mentais descritas pelas inteligências já estabelecidas. O critério de desenvolvimento afirma que a IE se desenvolve com a idade e com a experiência (Mayer, Caruso, & Salovey, 1999). A seguir, estes critérios serão mais bem detalhados.

2.2.1 O Critério Conceitual da Inteligência Emocional

O termo IE implica algo que está relacionado à intersecção entre emoção e cognição (Mayer, Salovey, Caruso, & Cherkasskiy, 2011). A inteligência pode ser definida brevemente como uma capacidade geral de adaptação. Hoje está cada vez mais aceita a ideia de que cognição e emoção consistem em funções adaptativas do organismo e estão associadas a respostas do cérebro, que auxiliam o organismo a se adequar ao meio (Bueno & Primi, 2003). Cada pessoa possui maior ou menor capacidade para lidar com informações emocionais nessa adaptação, e isso é o que está na base da IE, que se refere, resumidamente, à capacidade de processamento de informações emocionais de modo a utilizá-las favoravelmente no processo de adaptação (Salovey & Mayer, 1990).

Atualmente, o modelo mais aceito de inteligência é conhecido como modelo CHC, dada a influência marcante dos trabalhos de Cattell, Horn e Carrol no seu desenvolvimento teórico. Este é um modelo hierárquico de três estratos, que concebe simultaneamente desde os fatores específicos até o fator geral de inteligência. O primeiro estrato é formado por tarefas de diferentes conteúdos, que requerem habilidades cognitivas para serem resolvidas, tais como: operações matemáticas e fluência verbal. O segundo estrato é composto por habilidades cognitivas superiores (por exemplo: inteligência cristalizada, inteligência fluida, etc.), que influenciam o desempenho nas tarefas primárias, tais como: tarefas de sequenciamento de elementos e indução de conceitos. O terceiro estrato é composto pela habilidade comum de todas as outras habilidades dos outros estratos, e se aproxima do conceito do fator g de *Spearman* (McGrew, 2009; Miguel & Bueno, 2016).

O modelo CHC enfatiza a natureza multidimensional da inteligência, em detrimento da visão unidimensional que dominou o início do desenvolvimento dos testes psicométricos (Primi, 2003). Ele também representa uma síntese do trabalho psicométrico existente

anteriormente sobre inteligência e está sendo recomendado para uso como uma taxonomia comum para investigação das habilidades cognitivas humanas (McGrew, 2009). De acordo com estudo conduzido por MacCann, Joseph, Newman e Roberts (2014) com 688 estudantes universitários e utilizando o MSCEIT e 15 testes cognitivos para avaliar as habilidades cognitivas do modelo CHC, os autores encontraram evidências que suportam a ideia de que a IE atende aos critérios para ser incluída como uma nova habilidade do segundo estrato.

Em adição aos modelos de IE que a consideram uma habilidade mental, existem alguns modelos intitulados IE mas que incluem características psicológicas além da esfera do raciocínio (Mayer et al., 2011). Dentre eles, podem-se destacar o modelo de IE desenvolvido por Goleman (1995), que subdividiu a IE em cinco domínios principais, sendo eles: domínio das próprias emoções, lidar com emoções, motivar-se, reconhecer emoções nos outros e lidar com relacionamentos, e o modelo proposto por Petrides e Furnham (2001), que consideraram a IE como traço, e, por a relacionarem com tendências comportamentais e habilidades auto perceptivas, estes autores sugeriram que sua investigação deveria ser conduzida principalmente dentro do referencial teórico de personalidade.

Estes tipos de modelo ficaram conhecidos como modelos mistos de inteligência emocional ou traço de inteligência emocional, pois incluem nas suas definições conceitos não-intelectuais, como por exemplo, autoestima, motivação, autoconsciência, empatia, autocontrole, sociabilidade, zelo e persistência (Woyciekoski & Hutz, 2009).

Estes dois principais modelos de IE (IE como habilidade e IE como modelo misto/traço) diferem em como a definem e também em como a mensuram. As diferentes formas de mensuração deste construto são basicamente por meio de testes de desempenho e de testes de autorrelato (Di Fabio & Saklofske, 2014). A IE como habilidade está mais diretamente relacionada com as habilidades cognitivas necessárias no processamento e uso de informações emocionais, tais como compreensão, processamento visual e auditivo, velocidade

do processamento cognitivo, etc., enquanto que IE avaliada por autorrelato assemelha-se mais a traços de personalidade e concentra-se na percepção autorrelatada e na auto avaliação da capacidade de gerenciar situações de base emocional (Di Fabio & Saklofske, 2014). Nesse sentido, instrumentos que avaliam o desempenho são mais prováveis de mensurar a IE como um construto diferente da personalidade do que instrumentos de autorrelato (Roberts, Zeidner, & Matthews, 2001). De fato, pesquisas mostraram que testes de desempenho e autorrelato apresentam baixas correlações entre si ($r = 0,07$ e $r = 0,19$, em duas amostras) (Brackett & Salovey, 2006; Di Fabio & Saklofske, 2014).

Instrumentos de autorrelato obtêm a opinião do sujeito a respeito de si próprio na área que se pretende investigar usando itens da forma "eu entendo minhas emoções bem" (verdadeiro/falso), por exemplo. Já instrumentos de desempenho propõem avaliar o sujeito em tarefas nas quais ele demonstre possuir a capacidade a ser avaliada (Bueno & Primi, 2003). Por exemplo, para analisar a capacidade verbal, propõe-se um teste com palavras; para capacidade numérica, propõe-se um teste com números. Já para avaliar a capacidade emocional, foram propostos testes com itens que medem o desempenho nas quatro áreas do modelo de Mayer e Salovey. Os instrumentos que avaliam a IE por meio de desempenho podem ser divididos entre aqueles que avaliam "habilidades específicas", que focam em uma única área ou subárea da IE, e aqueles que avaliam o "modelo integrativo", que envolvem tarefas que abrangem várias áreas da IE em um único teste (Mayer et al., 2011).

O modelo de traço trouxe uma contribuição para a IE ao demonstrar que nem sempre ela está relacionada a uma capacidade adaptativa, mas também pode ser utilizada para fins antissociais (Miguel, Zuanazzi, & Bueno, 2019). Por exemplo, uma pesquisa encontrou que indivíduos com altos escores na tríade sombria (traços de narcisismo, maquiavelismo e psicopatia) também apresentam altos escores em IE, especialmente na manipulação emocional, que diz respeito à capacidade de regular as emoções em si mesmo e nos outros

para manipulação e benefício próprio (Nagler, Reiter, Furtner, & Rauthmann, 2014). Portanto, apesar das limitações relacionadas ao autorrelato, tais como a influência da desejabilidade social e do autoconhecimento (Mayer, Salovey, et al., 2008), pode-se afirmar que o modelo traço de inteligência emocional traz contribuições para a avaliação psicológica (Miguel et al., 2019).

Um direcionamento de pesquisas proposto recentemente recomenda uma busca pela unificação dos dois modelos, sugerindo instrumentos que avaliem aspectos de ambos (habilidade e traço), visto que, no que se refere às emoções, estão envolvidas tanto estratégias de “saber o que fazer” (IE) quanto a “vontade ou tendência de realmente fazer” (personalidade) (Roberts, MacCann, Guil, & Mestre, 2016).

2.2.2 O Critério Correlacional da Inteligência Emocional

O critério correlacional diz respeito a padrões empíricos: se a IE envolve uma fonte de variação que reflete uma nova inteligência, então ela deve apresentar alguma sobreposição com outras escalas de inteligência. Também neste sentido, a IE definida como uma habilidade mental deve ser relativamente independente das escalas mais tradicionais de personalidade (Mayer, Salovey, et al., 2008).

Existem estudos que demonstram evidências de que a IE pode ser considerada uma inteligência independente daquelas já estabelecidas e aceitas no meio científico, mas que também apresenta certa variância em comum com outros tipos de inteligência, de modo que pode ser considerada uma. A seguir serão descritos alguns deles.

Em um estudo conduzido por Jesus Jr. e Noronha (2007), que se propôs a verificar a validade convergente do MSCEIT com as Baterias de Provas de Raciocínio (BPR-5) com uma amostra de 191 pessoas, os resultados indicaram que a correlação geral entre MSCEIT e

BPR-5 foi baixa e significativa ($r = 0,18$; $p < 0,05$), indicando certa convergência de construtos. No entanto, essa correlação aumentou ($r = 0,28$; $p < 0,01$) quando foram suprimidas as provas de raciocínio mecânico e espacial da BPR-5, pelo fato de avaliarem outras habilidades além da inteligência fluida e cristalizada. Tais resultados permitiram aos autores afirmar que a IE é um construto independente da inteligência clássica ou do raciocínio, ao mesmo tempo em que apresenta afinidade suficiente com o campo das habilidades cognitivas para inserí-la no rol das inteligências.

Em outra pesquisa que objetivava estudar a relação entre um teste de percepção emocional (PEP – Teste Informatizado de Percepção de Emoções Primárias) e testes de raciocínio verbal (RV) e abstrato (RA) em uma amostra de 347 pessoas, Miguel, Ogaki, Inaba e Ribeiro (2013) conduziram análises que indicaram correlação moderada entre a capacidade geral de perceber emoções e o uso do raciocínio analógico sobre informações verbais (RV) ($r = 0,31$) e informações abstratas (RA) ($r = 0,31$). A mesma tendência se repetiu para a capacidade de perceber emoções positivas ($r = 0,26$ para RV e $r = 0,29$ para RA) e a capacidade de perceber emoções negativas ($r = 0,27$ para RV e $r = 0,27$ para RA). Já a capacidade de perceber emoções apreciativas demonstrou uma correlação mais leve com os dois tipos de raciocínio, mas ainda distante de ser considerada nula ou baixa ($r = 0,26$ para RV e $r = 0,25$ para RA).

Outros estudos também buscaram investigar as relações entre as medidas de IE e construtos de personalidade, tais como empatia, alexitimia, excentricidade, dependência, neuroticismo, extroversão, entre outros. Por exemplo, Dantas e Noronha (2006) investigaram evidências de validade discriminante do MSCEIT com os 16 Fatores de Personalidade (16 PF) em uma amostra de 270 pessoas. Os resultados indicaram correlações significativas baixas positivas e negativas entre IE e personalidade, tais como: extroversão ($r = 0,12$; $p < 0,05$), brandura ($r = 0,25$; $p < 0,01$) e rigidez de pensamento ($r = -0,19$; $p < 0,01$). Pôde-se

concluir que não houve equivalência entre construtos de IE e personalidade, embora algumas dimensões deste último possam contribuir para um adequado desempenho em IE.

Miguel, Finoto e Miras (2013) conduziram uma pesquisa com 223 pessoas com o objetivo de avaliar a relação entre percepção emocional e traços de personalidade, utilizando como instrumentos o PEP e o Inventário Dimensional Clínico da Personalidade (IDCP). Os resultados indicaram que houve correlação significativa entre a capacidade de perceber emoções negativas e os fatores: excentricidade ($r = 0,14$), dependência ($r = 0,15$) e isolamento ($r = 0,16$). Considerando as associações leves das correlações encontradas e observando que as magnitudes foram muito leves ou próximas de zero, os autores concluíram que a percepção emocional demonstrou independência de traços de personalidade (Miguel, Finoto, et al., 2013).

Com relação aos testes que avaliam a IE por autorrelato, um estudo realizado por Bastian, Burns, e Nettelbeck (2005) com 246 participantes demonstrou que escalas deste tipo se relacionam mais com escalas de personalidade do que as medidas de IE baseadas em desempenho. A escala de autorrelato *Trait Meta Mood Scale* (TMMS) correlacionou-se significativamente ($p < 0,01$) com neuroticismo ($r = -0,42$), extroversão ($r = 0,62$), abertura ($r = 0,44$), socialização ($r = 0,31$), realização ($r = 0,32$) e satisfação de vida ($r = 0,51$). Enquanto isso, o MSCEIT apenas apresentou correlações significativas ($p < 0,01$) com abertura ($r = 0,23$) e socialização ($r = 0,19$). Além disso, as escalas de habilidades cognitivas apresentaram correlações mais fortes ($r = 0,50$) com a escala de IE baseada em desempenho (Brackett & Mayer, 2003). O TMMS não apresentou correlação significativa com o Matriz Progressivas de Raven e o MSCEIT se correlacionou significativamente ($p < 0,01$) com o Raven, porém de forma moderada ($r = 0,27$), o que permitiu aos autores inferirem que esta escala se relaciona com medidas de inteligência, porém se distingue da inteligência geral padronizada (Woyciekoski & Hutz, 2009).

2.2.3 O Critério de Desenvolvimento da Inteligência Emocional

O critério de desenvolvimento afirma que a IE se desenvolve com a idade e com a experiência. A criança desenvolve o raciocínio sobre suas emoções desde pequena, quando, inicialmente com os cuidadores, aprende a relacionar o que está sentindo com o que está acontecendo ao seu redor. A criança chora quando está em estresse, ou sorri quando está alegre, e vê a sua reação espelhada na face dos pais, à medida que eles empaticamente refletem estes sentimentos. Com o tempo, a criança discrimina mais habilmente entre sorrisos genuínos ou sorrisos meramente por educação, e outras gradações das expressões (Mayer et al., 2011).

Durante o desenvolvimento, além de identificar os sentimentos em si própria, a criança passa também a atribuí-los a outras pessoas, objetos animados ou inanimados. As pessoas também fazem uma leitura de informações emocionais no ambiente do seu entorno, interpretando emocionalmente o acolhimento de uma sala de espera de um consultório, por exemplo (Mayer et al., 1999; Mayer et al., 2011). As emoções desempenham um importante papel na adaptação e desenvolvimento dos indivíduos, e são cruciais para determinar como as pessoas se relacionam com o mundo e com elas mesmas (Peña-Sarrionandia, Mikolajczak, & Gross, 2015). Ao aprender com seus sentimentos, monitorar-se e oferecer bases sólidas para escolhas em diferentes situações, o indivíduo está se desenvolvendo emocionalmente (Mayer et al., 1999).

Em um estudo realizado por Mayer et al. (1999), cujo objetivo era averiguar se a IE aumenta com a idade, os autores, ao compararem o desempenho de adolescentes com adultos, obtiveram como resultado que a IE demonstrou aumentar desde o início da adolescência até a idade adulta jovem. Em outro estudo conduzido por Oliveira, Huss, Zuanazzi e Miguel (2015), objetivando avaliar os níveis de IE em diferentes faixas etárias, os resultados

indicaram uma ascensão da capacidade de perceber emoções do grupo com idade de 10 anos ao grupo com idade de 15 anos, com certa estabilidade até o grupo com idade de 20 anos e então declínio dessa capacidade até o grupo com idade de 55 anos. Esse resultado se assemelha a outras capacidades de raciocínio, que seguem o mesmo padrão.

2.3 ESTUDOS SOBRE INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E USO DE SUBSTÂNCIAS

Conforme citado anteriormente, a IE parece ser um importante preditor de sucesso na vida, incluindo estratégias de *coping*, qualidade de vida, satisfação na vida, liderança, sucesso acadêmico e relações interpessoais (Brackett, Mayer, & Warner, 2004; Cadman & Brewer, 2001; Extremera & Fernández-Berrocal, 2002; Limonero, Tomás-Sábado, Benito, & Castro, 2004; Martinez-Pons, 1997).

No entanto, no que se refere ao uso de substâncias, a relação entre IE e os distúrbios aditivos permanece relativamente pouco estudada. Um levantamento feito por Kun e Demetrovics (2010) objetivou revisar e avaliar de forma crítica a literatura existente sobre essa relação desde 1990 até maio de 2009, e foram encontrados 36 artigos. De maneira geral, os resultados da pesquisa indicaram que um nível mais baixo de IE parece estar associado ao maior consumo de tabaco, álcool e uso de drogas ilícitas e que usuários destes produtos parecem apresentar decodificação de estados emocionais menos acurada, dificuldade na diferenciação de emoções e menores habilidades de regulação de humor e emoções.

Utilizando o MSCEIT para mensurar a IE em uma amostra de 196 universitários, Tomczak (2010) encontrou que a IE teve correlação significativa com uso de substâncias psicoativas ($r = -0,34$; $p < 0,001$). Com relação aos componentes da IE, uso de substâncias correlacionou-se significativamente com percepção emocional ($r = -0,17$; $p = 0,016$), facilitação ($r = -0,20$; $p = 0,005$), conhecimento emocional ($r = -0,24$; $p = 0,001$) e regulação

emocional ($r = -0,25$; $p = 0,001$), sendo a pontuação nesta última área um significativo preditor de uso de substâncias.

Também existem evidências de que, no tratamento do uso de substâncias psicoativas, o treinamento de regulação emocional (entendido como: aprender habilidades para diminuir a labilidade dos afetos, aprender a identificar, rotular e descrever as emoções, usar a atenção plena na experiência emocional, reduzir a vulnerabilidade às emoções negativas, aumentar a ocorrência de emoções positivas e atuar de forma oposta à tendência motivacional associada a emoções negativas) é eficaz, aumentando a tolerância ao sofrimento e a melhoria da regulação emocional (Azizi, Borjali, & Golzari, 2010).

No que diz respeito a estudos que buscaram investigar a relação entre IE e uso de substâncias psicoativas específicas, foi realizada uma busca bibliográfica no portal de periódicos da CAPES, utilizando-se os seguintes descritores e suas associações: *tobacco, cigarette, alcohol, cannabis, cocaine, amphetamines, MDMA, ecstasy, sedatives, anxiolytics, hypnotic, inhalants, volatile substance, opioids, opium, hallucinogens, psilocybin, ayahuasca, emotional intelligence, emotional perception, emotional regulation, emotional competence e emotional*. As pesquisas encontradas estão descritas a seguir:

Para a substância psicoativa tabaco, Limonero, Tomás-Sábado e Fernández-Castro (2006) investigaram uma amostra de 133 estudantes universitários e não encontraram diferenças entre sexos para Inteligência Emocional Percebida (IEP). Dentre os fumantes, os estudantes que fumavam menos obtiveram significativamente maiores escores no componente relacionado à regulação emocional ($X^2 = 3,95$; $gl = 1$; $p = 0,047$), assim como o número de cigarros fumados ao dia apresentou uma correlação negativa com o componente relacionado ao conhecimento emocional ($r = -0,31$; $p < 0,05$). Os não-fumantes, em comparação com os fumantes, apresentaram melhores escores no componente regulação emocional da IE ($t = -2,26$; $gl = 130$; $p = 0,03$).

Em uma amostra de 289 participantes, Perea-Baena, Fernández-Berrocal e Oña-Compan (2011) encontraram um efeito da sintomatologia depressiva no uso de tabaco apenas para mulheres, e este efeito foi moderado pela percepção emocional. A variância explicada pela sintomatologia depressiva foi $R^2 = 0,225$, que aumentou em 0,07 quando a variável moderadora percepção emocional foi incluída, o que permitiu aos autores concluir que nas mulheres, o efeito da sintomatologia depressiva sobre o consumo de tabaco foi moderado pela quantidade de atenção que as mulheres prestam a esses sintomas, especialmente às emoções negativas.

Com o objetivo de explorar a relação entre IE e consumo de tabaco, Canto, Fernandez-Berrocal, Guerrero e Extremera (2005) encontraram uma relação negativa entre número de cigarros consumidos e níveis de percepção, conhecimento e regulação emocional, resultado que se assemelha ao que Trinidad e Johnson (2002) obtiveram ao investigarem uma amostra de 232 adolescentes. Esses autores encontraram que a IE correlacionou-se significativamente com uso de tabaco ($r = -0,19$), número de cigarros consumidos por dia ($r = -0,20$) e por semana ($r = -0,14$).

Já com relação ao álcool, Canto et al. (2005) encontraram uma relação negativa entre quantidade consumida e níveis de percepção e conhecimento emocional. Utilizando o MSCEIT em uma amostra de 100 pessoas, Schutte, Malouff e Hine (2011) também obtiveram correlações entre IE e uso abusivo de álcool ($r = -0,21$ e $p < 0,05$).

Riley e Schutte (2003) encontraram que baixa IE foi significativamente associada tanto com maior uso de álcool ($N = 141$, $r = -0,34$, $p < 0,01$) quanto com maior uso de drogas ($N = 141$, $r = -0,42$, $p < 0,01$). Dvorak et al. (2014) obtiveram como resultado de suas investigações que dificuldades no controle de impulsos (dificuldade relacionada à regulação emocional) foram positivamente associadas com o número de *drinks* consumidos na semana ($N = 1758$; $p < 0,016$).

Trinidad e Johnson (2002), quando avaliaram uma amostra de 232 adolescentes, encontraram que a IE correlacionou-se significativamente, embora de maneira fraca, com uso de álcool ($r = -0,16$), especialmente com “ter bebido mais de dois *drinks* dentro de duas horas nos últimos 30 dias ($r = -0,16$) e ter bebido álcool na última semana ($r = -0,17$).

Com relação à substância psicoativa maconha, Limonero et al. (2006) encontraram, analisando uma amostra de 133 estudantes, que aqueles que fumavam maconha há mais tempo obtiveram escores mais baixos no componente regulação emocional. Os usuários de maconha também obtiveram escores significativamente mais baixos nesse componente do que os não usuários ($X^2 = 3,86$; $gl = 1$; $p = 0,049$).

Boden, Gross, Babson e Bonn-Miller (2013) relataram que a percepção emocional foi significativamente associada com uso maior uso de maconha ($N = 153$; $r = -0,20$; $p < 0,05$). A relação entre reavaliação cognitiva (uma estratégia de regulação emocional) e uso de maconha foi significativa entre participantes com baixa percepção emocional ($\beta = 0,36$; $p < 0,05$), mas não entre participantes com alta percepção emocional ($\beta = -0,09$; $p = 0,37$). Participantes com baixa percepção emocional e alto uso de reavaliação cognitiva tenderam a ter maior uso de maconha, enquanto participantes com alta percepção emocional não diferiram no uso desta substância, dependendo do uso de reavaliação cognitiva. Quando analisaram a associação entre dificuldades na regulação emocional e uso de maconha como forma de *coping*, Bonn-Miller, Vujanovic, Boden e Gross (2011) encontraram correlações significativas ($N = 79$; $\beta = 0,48$; $p < 0,01$).

No que se refere à cocaína, Fox, Bergquist, Casey, Hong e Sinha (2010) utilizaram o MSCEIT com uma amostra de 72 pacientes usuários de cocaína e 52 pessoas não-usuárias e encontraram significativos déficits na IE no grupo de usuários em comparação com os não usuários, especialmente nas áreas de compreensão e regulação emocional. Estes déficits também foram associados com maior percepção de estresse e dificuldades no controle de

impulsos. Apesar de os participantes usuários de cocaína terem um desempenho inferior aos não usuários, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Já Romero-Ayuso, Mayoral-Gontán e Triviño-Juárez (2016), ao comparar um grupo de usuários de cocaína ($N = 25$) com um grupo de não-usuários ($N = 25$), utilizando o MSCEIT, reportaram que os usuários tiveram um desempenho significativamente inferior no escore total da IE ($p = 0,03$) e na área estratégica ($p = 0,01$), que engloba a compreensão emocional ($p = 0,01$) e regulação emocional ($p = 0,03$). Neste mesmo sentido, Milivojevic, Sinha, Morgan, Sofuoglu e Fox (2014), ao compararem dependentes de cocaína ($N = 98$) e não usuários ($N = 58$), também encontraram que os não usuários obtiveram desempenho significativamente superior no escore total da IE e na área da regulação emocional ($p < 0,001$). Fernández-Serrano, Lozano, Pérez-García e Verdejo-García (2010), ao analisarem uma amostra de 95 pessoas, relataram que o uso de cocaína está relacionado significativamente a menor reconhecimento de expressões de raiva ($p = 0,003$) e medo ($p = 0,000$).

No tocante às anfetaminas, Craig, Fisk, Montgomery, Murphy e Wareing (2010), ao analisarem uma amostra de 161 pessoas, não obtiveram diferenças significativas na IE entre grupos de usuários e não usuários. Por outro lado, Reay, Hamilton, Kennedy e Scholey (2006), comparando grupo de usuários de êxtase que também usam outras drogas ($N = 15$) com usuários de outras drogas que não usam êxtase ($N = 15$), encontraram que os usuários tiveram um desempenho significativamente inferior na IE, que se manteve após controlados os efeitos de uso das outras substâncias ($p < 0,01$).

Com relação aos sedativos, Olofsson, Gospic, Petrovic, Ingvar e Wiens (2011), ao investigarem 43 indivíduos divididos em grupos de usuários e não usuários, não encontraram diferenças significativas na percepção emocional entre eles.

Para os opioides, quando compararam a IE de homens usuários ($N = 60$) e não-usuários ($N = 60$), Nategh e Minakari (2009) encontraram que os usuários possuíam significativamente menores escores em comparação com os não usuários, especialmente no que se referia à resolução de problemas, autoconsciência emocional, tolerância ao estresse, controle de impulsos e assertividade.

Não foram encontradas pesquisas que estudaram especificamente a relação da IE com o uso de alucinógenos e inalantes. Apesar dos estudos citados, ainda são escassas as pesquisas tenham investigado a relação entre a IE e uso de substâncias psicoativas na população brasileira, assim como faltam maiores investigações acerca da relação entre a IE e algumas substâncias específicas, como alucinógenos e inalantes, por exemplo. Neste sentido esta pesquisa tem como objetivo se inserir nesta temática e estudar as relações entre os componentes da IE e o uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas na população brasileira, contribuindo desta forma para o maior entendimento da IE e suas implicações na vida das pessoas.

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo Geral

Avaliar quais os possíveis componentes da inteligência emocional associados ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas.

2.4.2 Objetivos Específicos

Fazer o levantamento do uso de substâncias dentre a amostra, diferenciando-se os

sexos;

Identificar o perfil de IE da amostra estudada, diferenciando-se os sexos;

Correlacionar os componentes da IE ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas, levando em conta o sexo.

2.5 JUSTIFICATIVA

Embora o conceito de IE envolva dimensões de regulação emocional e expressão emocional, que parecem ter papel fundamental na iniciação e manutenção do uso de substâncias psicoativas, apenas alguns estudos abordam diretamente esta relação (Kun & Demetrovics, 2010). No Brasil, ainda são poucos os estudos que tratam da temática do uso de substâncias psicoativas levando em consideração a IE.

Sendo a IE considerada uma habilidade, ela pode ser desenvolvida. Uma das maneiras para que isto ocorra é com psicoterapia, ou com programas específicos, em que podem ser trabalhados aspectos como: aprender habilidades para diminuir a labilidade dos afetos, aprender a identificar, rotular e descrever as emoções, usar a atenção plena na experiência emocional, reduzir a vulnerabilidade às emoções negativas, aumentar a ocorrência de emoções positivas e atuar de forma oposta à tendência motivacional associada a emoções negativas, entre outros.

Acredita-se que esta pesquisa irá contribuir para o avanço do conhecimento científico na área, bem como os resultados dela provenientes poderão ter relevância social para ajudar no desenvolvimento de programas de intervenção e prevenção mais completos, que englobem a IE no uso de substâncias psicoativas.

2.6 HIPÓTESES

(h1) Espera-se que as relações entre IE e uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas sejam diferentes entre os sexos;

(h2) Tomando como referência os estudos sobre o assunto, que apontam uma melhor performance na IE por parte das mulheres, espera-se encontrar, neste estudo, diferenças entre IE e sexo, em que as mulheres terão melhor desempenho do que os homens;

(h3) Com base no levantamento da literatura sobre o tema, que de maneira geral encontrou relações negativas entre IE e uso de substâncias, espera-se encontrar associações negativas entre alguns componentes da IE e uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas na presente pesquisa.

3 MÉTODO

3.1 PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa 408 pessoas no total, com idades variando entre 18 e 59 anos ($M = 26,78$; $DP = 6,97$), sendo 196 (48,04%) do sexo feminino. Salienta-se que nem todos os participantes responderam todos os testes, portanto, o N de cada tabela varia de acordo com a participação em cada situação. Com relação à escolaridade, 1 (0,2%) estava cursando ensino médio, 1 (0,2%) possuía ensino médio completo, 138 (33,8%) estavam cursando ensino superior, 29 (7,1%) possuíam ensino superior completo, 64 (15,7%) estavam cursando pós-graduação e 48 (11,8%) possuíam pós-graduação completa. 127 pessoas (31,1%) não responderam esta questão. Em relação às regiões do Brasil, foram 2 (0,4%) do Norte, 2 (0,4%) do Centro-Oeste, 40 (9,8%) do Sudeste e 225 (57,7%) do Sul. Não houve participantes do Nordeste, e 128 pessoas (31,4%) não responderam esta questão.

As pessoas foram convidadas a participar do estudo por meio de convites presenciais, por *e-mail* contendo o *link* de acesso à pesquisa, ou por meio de mídias digitais (*Facebook e WhatsApp*).

3.2 INSTRUMENTOS

Teste Informatizado de Percepção de Emoções Primárias (PEP) (Miguel & Primi, 2014)

É um instrumento informatizado utilizado para avaliar a Percepção de Emoções, primeira subárea do construto inteligência emocional. O teste consiste na apresentação de 38 vídeos curtos de pessoas expressando emoções, sendo os três primeiros usados como exemplo da tarefa que deverá ser realizada. O avaliando deve assistir a cada um dos vídeos e indicar

qual ou quais, dentre as oito emoções: alegria, amor, medo, surpresa, tristeza, nojo, raiva e curiosidade estão presentes. Além disso, também deve assinalar se aquela é uma expressão autêntica ou falseada. A pontuação é calculada com base na teoria de resposta ao item e de acordo com a presença de emoções em cada item. Por exemplo, se um dos vídeos contém as emoções alegria, surpresa e curiosidade, a pontuação do participante é calculada de acordo com o acerto ou erro e a respectiva dificuldade de cada uma dessas emoções. Ao final, tem-se a pontuação geral no teste. Para a presente pesquisa não foram usados os dados referentes às emoções falseadas ou autênticas.

Estudos encontraram, de maneira geral, evidências de validade para o instrumento. O índice de correlação teste-reteste foi de $r = 0,88$ ($p < 0,01$) (Miguel & Primi, 2014) e o PEP apresentou correlações moderadas com outras medidas de inteligência (Miguel, Ogaki, et al., 2013) e leves ou próximas de zero com traços de personalidade (Miguel, Finoto, et al., 2013) conforme citado anteriormente. A precisão do PEP para a amostra da presente pesquisa, pela análise de *Alfa de Cronbach*, foi de 0,65.

Teste Informatizado de Conhecimento Emocional (CE) (Oliveira & Bueno, 2013)

É um instrumento composto por 30 questões com enunciado ou questão-problema relacionada às emoções, com cinco alternativas cada uma e apenas uma resposta considerada correta. Está dividido em dois blocos: A, contendo 18 questões e B, contendo 12 questões. Um exemplo de item do Bloco A é “Maria acordou um pouco triste, porém logo depois aconteceu algo que a deixou surpresa. O que pode ter acontecido para que houvesse tal mudança?” a) Maria colocou ração para seu cachorro de estimação; b) Maria resolveu que não iria trabalhar naquele dia; c) Maria colocou seu CD favorito de música; d) Maria recordou de sua última viagem à Paris; e) Maria ganhou um presente de seu marido.

Um exemplo de item do Bloco B é “Como se fosse em uma prova de matemática, na

sentença “Amor = X+Y”, o amor poderia ser entendido como resultante das emoções:”, em que o participante deve ler atentamente as cinco alternativas e escolher uma que mais represente a mistura de emoções, que somadas, configuram a emoção “amor”.

A pontuação do teste é calculada de acordo com a pertinência teórica das respostas consideradas corretas. Atribui-se um ponto para cada acerto, e o escore total é a soma dos pontos atingidos. Foram encontradas evidências de validade para o CE para as variáveis: sexo, em que as mulheres tiveram significativamente melhores resultados do que os homens; inteligência fluida, com correlações positivas fracas e moderadas ($N = 280$; $Rho = 0,223$ e $0,333$; $p \leq 0,01$); percepção das emoções, com correlação significativa positiva ($N = 280$; $Rho = 0,161$; $p \leq 0,01$); e percepção distorcida das emoções ($N = 280$; $Rho = -0,101$) e desregulação emocional ($N = 280$; $Rho = -0,019$) com correlações negativas e bem próximas do nulo (Peixoto, Muniz, Miguel, & Bueno, no prelo). A precisão do CE para a amostra da presente pesquisa, pela análise de *Alfa de Cronbach*, foi de 0,62.

Questionário Online de Regulação Emocional (QoRE) (Miguel & Wiltenburg, 2018)

O QoRE é um inventário de autorrelato que avalia aspectos relacionados a regulação emocional focando na vivência emocional ocasionada como efeito da regulação. Inicialmente foi desenvolvido com 39 itens, e após estudos iniciais de precisão e análise fatorial (Miguel & Wiltenburg, 2018) indicarem a remoção de 21 itens, utilizando-se o critério de carga fatorial acima de 0,40, foram mantidos 18 itens, que são respondidos em escala *Likert* de cinco pontos. Os resultados da análise fatorial indicaram índice KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) de 0,93, sugerindo adequada estrutura de dados para análise.

Os itens do QoRE são divididos em 3 fatores, sendo 2 fatores relacionados a dificuldades e 1 fator relacionado a habilidade na regulação emocional. O fator 1 foi nomeado “controle da impulsividade e irritabilidade” e avalia sentimentos negativos oriundos do

imediatismo e da falta de controle dos impulsos (e.g., “eu fico nervoso(a) com facilidade”); o fator 2 foi nomeado “controle da sobrecarga emocional” e avalia a vivência de estresse devido à sobrecarga de emoções negativas (e.g., “eu me sinto sobrecarregado(a) pelas minhas emoções”, pontuado inversamente); e o fator 3 foi nomeado “resiliência” e avalia a capacidade para enfrentar as dificuldades (e.g., “quando fico ansioso(a), sei que vou conseguir achar uma solução”).

O QoRE apresenta seus resultados em escore z ($M = 0,00$ e $DP = 1,00$) e é pontuado de acordo com a soma dos itens de cada fator. O escore total corresponde à soma dos escores dos três fatores. A precisão deste questionário para a amostra da presente pesquisa, pela análise de *Alfa de Cronbach*, foi de 0,77 para o fator 1; 0,78 para o fator 2 e 0,77 para o fator 3.

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST (World Health Organization, 2010) (Anexo A).

É um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, anfetaminas, sedativos, inalantes, alucinógenos e opioides). As questões abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas anteriores de cessar ou reduzir o uso, forte desejo ou urgência em consumir a substância e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 8, sendo que a soma total pode variar de 0 a 39. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de “nenhuma intervenção necessária”, de 4 a 26 como indicativa de “intervenção breve necessária” e ≥ 27 como “necessário encaminhamento para tratamento mais intensivo”. Na presente pesquisa, foram considerados como usuários aqueles que responderam “sim” para o uso da respectiva

substância nos últimos três meses (questão 2).

3.3 PROCEDIMENTOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE 92106818.8.0000.5231). A aplicação dos instrumentos foi individual e inteiramente *online*. As pessoas foram convidadas a participar do estudo por meio de convites presenciais, por *e-mail*, ou por meio de mídias digitais (*Facebook* e *WhatsApp*), sendo disponibilizado o *link* de acesso da pesquisa para quem tivesse interesse.

Seguindo as recomendações internacionais para testagem informatizada (International Test Commission, 2005), apenas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; anexo B) contendo de forma clara os objetivos da pesquisa foi mostrado inicialmente. Caso o participante concordasse em participar, ele deveria criar um usuário e senha para acesso ao sistema. Após esse cadastro, os testes eram apresentados. Devido à quantidade grande de testes e possibilidade de cansaço do participante, o mesmo poderia respondê-los em momentos diferentes. Além dos testes de IE e do ASSIST, os participantes também deveriam responder questões relacionadas a idade, sexo, escolaridade e estado de moradia.

Terminada a coleta, os dados foram tabulados e analisados por meio do *software* SPSS, utilizando-se de estatística descritiva e inferencial. Os escores dos testes foram calculados de acordo com suas respectivas instruções.

Para analisar a diferença entre sexos nos escores do PEP, CE e QoRE e no consumo de substâncias, e a diferença nos escores do PEP, CE e QoRE entre grupos de usuários e não usuários de cada substância psicoativa, foi utilizado *t de Student* junto de *d de Cohen* para

analisar a magnitude da diferença, considerando-se índices ao redor de 0,20 como magnitudes leves, ao redor de 0,50 como moderadas e ao redor de 0,80 como altas (Cohen, 1992).

Os escores do PEP, CE e QoRE foram correlacionados com o ASSIST por meio de correlação de *Pearson* e de *Spearman*, a fim de se verificar o nível de associação entre eles. Os índices de correlação foram considerados como sendo leves ao redor de 0,10, moderados ao redor de 0,30 e altos ao redor de 0,50 (Cohen, 1992; Hemphill, 2003).

4 RESULTADOS

Inicialmente, serão apresentadas as estatísticas descritivas do ASSIST e dos testes de IE. Em seguida, os resultados serão mostrados buscando responder as hipóteses levantadas neste trabalho, a saber:

(h1) Espera-se que as relações entre IE e uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas sejam diferentes entre os sexos;

(h2) Espera-se encontrar diferenças entre IE e sexo, em que as mulheres terão melhor desempenho do que os homens;

(h3) Espera-se encontrar associações negativas entre alguns componentes da IE e uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas.

A Tabela 1 refere-se às estatísticas descritivas do ASSIST dentre todos os participantes.

Tabela 1. Estatísticas descritivas do resultado do ASSIST para uso na vida de cada substância

	M	DP	Mínimo	Máximo
Álcool	7,72	7,59	0	35
Tabaco	3,56	7,37	0	38
Maconha	3,26	7,31	0	35
Sedativos	1,54	5,03	0	32
Cocaína	0,72	3,80	0	35
Alucinógenos	0,44	1,92	0	18
Anfetaminas	0,43	2,54	0	28
Inalantes	0,27	1,56	0	20
Opioides	0,13	1,05	0	17

Todas as substâncias possuem pontuação mínima de 0 e máxima de 39. Pode-se observar que a substância mais utilizada alguma vez na vida pela amostra é o álcool ($M = 7,72$ e $DP = 7,59$), seguida por tabaco ($M = 3,56$ e $DP = 7,37$) e maconha ($M = 3,26$ e $DP = 7,31$), e as menos utilizadas são opioides ($M = 0,13$ e $DP = 1,05$), seguidas por inalantes ($M = 0,27$ e $DP = 1,56$) e anfetaminas ($M = 0,43$ e $DP = 2,54$).

A fim de comparar a utilização de substâncias nos últimos três meses por homens e mulheres, realizou-se teste *t de Student*, utilizando-se as médias e desvios-padrões apresentados para calcular o índice *d de Cohen*, a fim de verificar se os dois grupos diferiam entre si. A Tabela 2 apresenta estes resultados.

Tabela 2. Teste *t de Student* entre os resultados do ASSIST pelo sexo masculino e feminino

		N	M	DP	t	p	d
Tabaco	Masculino	42	8,33	10,20	0,738	0,462	0,13
	Feminino	86	7,08	8,38			
Álcool	Masculino	78	9,63	8,71	2,109	0,037	0,30
	Feminino	176	7,30	6,56			
Maconha	Masculino	40	9,73	11,46	2,117	0,038	0,43
	Feminino	87	5,44	8,44			
Cocaína	Masculino	10	11,70	11,13	1,220	0,238	0,53
	Feminino	11	6,09	9,95			
Anfetaminas	Masculino	7	1,71	4,54	-1,077	0,294	-0,53
	Feminino	16	4,81	6,94			
Inalantes	Masculino	10	2,40	3,86	-0,170	0,866	-0,07
	Feminino	17	2,65	3,52			
Sedativos	Masculino	9	8,44	6,09	-0,500	0,620	-0,21
	Feminino	37	10,19	9,98			
Alucinógenos	Masculino	16	3,56	3,44	1,144	0,260	0,38
	Feminino	21	2,24	3,52			
Opioides	Masculino	2	8,50	12,02	0,746	0,591	0,74
	Feminino	7	2,14	1,77			

É possível observar que, quando comparado o padrão de utilização de substâncias por homens e mulheres, os homens consomem significativamente mais álcool ($d = 0,30$) e maconha ($d = 0,43$) do que as mulheres. Apesar de não haver diferenças significativas entre grupos para a utilização das outras substâncias, é possível perceber médias maiores entre os

homens no uso de opioides, indicada pelo $d = 0,74$, e no uso de cocaína, indicada pelo $d = 0,53$, e uma média maior entre as mulheres no uso de anfetaminas, indicada pelo $d = -0,53$. A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas dos testes de IE.

Tabela 3. Estatísticas descritivas dos resultados dos testes de Inteligência Emocional

	N	M	DP	Mínimo	Máximo
PEP	237	0,64	0,08	0,37	0,85
CE	211	25,87	2,84	13	20
QoRE 1	250	0,17	0,89	-1,91	2,50
QoRE 2	250	0,01	0,91	-1,99	2,72
QoRE 3	250	0,12	0,92	-2,79	2,25

Com relação ao PEP, a amostra normativa do teste, composta por 11.188 participantes, possui $M = 0,62$ e $DP = 0,09$, o que faz com que a amostra da presente pesquisa apresente um desempenho ligeiramente superior, mas ainda não expressivo ($d = 0,23$). Com relação ao CE, a amostra normativa do teste, composta por 5.860 participantes, possui $M = 24,47$ e $DP = 3,43$, o que também faz com que a amostra da presente pesquisa apresente um desempenho ligeiramente superior, em um nível mediano ($d = 0,44$). O QoRE, conforme mencionado anteriormente, apresenta seus resultados em escore z (amostra normativa de 17.117 pessoas). A amostra da presente pesquisa apresenta um desempenho ligeiramente superior, mas em um nível baixo (Fator 1: $d = 0,18$; Fator 2: $d = 0,01$; Fator 3: $d = 0,12$).

Com o objetivo de comparar o desempenho dos participantes homens e mulheres nos testes de IE, realizou-se teste *t de Student*, utilizando-se as médias e desvios-padrões apresentados para calcular o índice *d de Cohen*, a fim de verificar se os dois grupos diferiam entre si. A Tabela 4 apresenta estes resultados.

Tabela 4. Teste *t de Student* entre os resultados dos testes de IE do sexo masculino e feminino

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Masculino	70	0,64	0,08	0,58	0,559	0,08
	Feminino	167	0,64	0,09			
CE	Masculino	63	25,81	2,92	-0,26	0,797	-0,04
	Feminino	148	25,92	2,77			
QoRE1	Masculino	73	0,47	0,86	3,36	0,001	0,47
	Feminino	177	0,06	0,87			
QoRE2	Masculino	73	0,24	0,89	2,46	0,015	0,34
	Feminino	177	-0,07	0,93			
QoRE3	Masculino	73	0,34	0,85	2,45	0,015	0,34
	Feminino	177	0,03	0,93			

É possível observar que, quando comparados os desempenhos de homens e mulheres nos testes de IE, os homens obtiveram significativamente melhor controle da impulsividade e irritabilidade ($d = 0,47$), melhor controle da sobrecarga emocional ($d = 0,34$) e melhor resiliência ($d = 0,34$) do que as mulheres.

Com relação às hipóteses h1 e h2, foram realizadas correlações de *Pearson* entre os usuários de substâncias de cada sexo e suas pontuações nos testes de IE, conforme mostram as Tabelas 5 e 6.

Tabela 5. Correlações de *Pearson* entre os usuários de substâncias do sexo masculino e suas pontuações nos testes de IE.

		PEP	CE	QoRE1 Controle da Impulsividade e Irritabilidade	QoRE2 Controle da Sobrecarga Emocional	QoRE3 Resiliência
Tabaco	<i>r</i>	0,09	-0,31	-0,20	-0,19	-0,18
	<i>p</i>	0,598	0,119	0,258	0,299	0,325
	N	36	27	33	33	33
Álcool	<i>r</i>	0,10	-0,16	-0,39**	-0,42**	-0,45**
	<i>p</i>	0,470	0,250	0,001	0,001	0,000
	N	33	55	66	66	66
Maconha	<i>r</i>	0,13	-0,51**	-0,43*	-0,51**	-0,56**
	<i>p</i>	0,470	0,009	0,011	0,002	0,001
	N	33	25	34	34	34
Cocaína	<i>r</i>	0,51	-0,10	-0,13	0,21	-0,18
	<i>p</i>	0,154	0,853	0,778	0,649	0,698
	N	9	6	7	7	7
Anfetaminas	<i>r</i>	-0,08	0,40	0,61	0,63	0,31
	<i>p</i>	0,874	0,510	0,194	0,181	0,454
	N	6	5	6	6	8
Inalantes	<i>r</i>	-0,13	0,56	0,26	0,45	0,31
	<i>p</i>	0,758	0,250	0,529	0,267	0,454
	N	8	6	8	8	8
Sedativos	<i>r</i>	0,40	0,52	0,07	-0,79*	-0,61
	<i>p</i>	0,435	0,236	0,855	0,011	0,080
	N	6	7	9	0	9
Alucinógenos	<i>r</i>	-0,48	-0,37	-0,13	0,16	0,07
	<i>p</i>	0,118	0,287	0,670	0,602	0,822
	N	12	10	13	13	13
Opioides	<i>r</i>	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a
	<i>p</i>
	N	0	0	1	1	1

* Correlação é significativa no nível 0,05 (*p-value*)** Correlação é significativa no nível 0,01 (*p-value*).^a Não pode ser calculado porque pelo menos uma das variáveis é constante

Dentre as pessoas do sexo masculino que relataram usar substâncias psicoativas, foi possível observar algumas correlações entre o uso e o desempenho nos testes de IE. Por exemplo, houve correlações significativas e moderadas a altas entre os usuários de álcool e os fatores controle da impulsividade e irritabilidade ($r = -0,39$), controle da sobrecarga emocional ($r = -0,42$) e resiliência ($r = -0,45$) do QoRE, demonstrando uma tendência moderada a alta de que quanto mais os homens consomem álcool, maiores são as dificuldades nestas áreas da regulação emocional para este sexo.

Entre os homens usuários de maconha, também foi possível observar correlações significativas e moderadas a altas com os fatores controle da impulsividade e irritabilidade ($r = -0,43$), controle da sobrecarga emocional ($r = -0,51$) e resiliência ($r = -0,56$) do QoRE, o que também indica uma tendência moderada a forte de que quanto maior o consumo desta substância por eles, maiores são as dificuldades de regulação emocional; e correlações significativas e altas com o CE ($r = -0,51$), o que indica uma forte tendência de que quanto maior o consumo de maconha pelo sexo masculino, maiores são as dificuldades no conhecimento emocional. Com relação aos homens que afirmaram consumir sedativos, houve correlações significativas altas com o fator controle da sobrecarga emocional ($r = -0,79$), indicando uma forte tendência de que quanto mais este sexo consome esta substância, maiores são as dificuldades nesta área da regulação emocional. Porém, é importante ressaltar que apenas 9 homens compuseram a amostra para esta correlação, o que pode prejudicar a generalização destes resultados.

Ainda com relação aos homens, não houve correlações significativas entre uso de álcool com PEP e CE, entre uso de maconha e PEP, entre uso de sedativos e PEP, CE e fatores 1 e 3 do QoRE, bem como entre as demais substâncias e todos os testes de IE. Deve-se notar que o número de homens que relataram utilizar algumas substâncias foi baixo (e.g. apenas 7 pessoas responderam o QoRE e afirmaram utilizar cocaína e apenas 6 pessoas

responderam o PEP e o QoRE e afirmaram utilizar anfetaminas) o que pode ter influenciado os resultados dessas correlações, tornando a generalização desses resultados limitada. Também não foi possível realizar correlações entre uso de opioides e outras substâncias psicoativas dentre a população masculina com os testes de IE devido à falta de participantes usuários. A Tabela 6 apresenta as correlações de *Pearson* entre os usuários de substâncias do sexo feminino e suas pontuações nos testes de IE.

Tabela 6. Correlações de *Pearson* entre os usuários de substâncias do sexo feminino e suas pontuações nos testes de IE.

		PEP	CE	QoRE1 Controle da Impulsividade e Irritabilidade	QoRE2 Controle da Sobrecarga Emocional	QoRE3 Resiliência
Tabaco	<i>r</i>	0,08	-0,04	-0,20	-0,20	-0,15
	<i>p</i>	0,502	0,742	0,080	0,073	0,194
	N	68	63	77	77	77
Álcool	<i>r</i>	-0,01	-0,03	0,11	-0,01	-0,01
	<i>p</i>	0,911	0,721	0,176	0,922	0,943
	N	150	134	158	158	158
Maconha	<i>r</i>	0,13	0,03	0,08	0,03	0,08
	<i>p</i>	0,284	0,824	0,491	0,827	0,478
	N	73	64	78	78	78
Cocaína	<i>r</i>	0,72*	-0,17	-0,49	-0,63	-0,56
	<i>p</i>	0,045	0,664	0,151	0,052	0,093
	N	8	9	10	10	10
Anfetaminas	<i>r</i>	-0,06	0,14	0,24	0,09	0,23
	<i>p</i>	0,861	0,666	0,405	0,769	0,437
	N	12	12	14	14	14
Inalantes	<i>r</i>	-0,06	0,09	0,12	-0,21	0,06
	<i>p</i>	0,861	0,771	0,646	0,440	0,832
	N	12	14	16	16	16
Sedativos	<i>r</i>	-0,14	0,03	-0,45**	-0,48**	-0,32
	<i>p</i>	0,482	0,870	0,006	0,003	0,059
	N	29	27	36	36	36
Alucinógenos	<i>r</i>	-0,24	0,22	0,08	0,04	0,23
	<i>p</i>	0,348	0,421	0,742	0,868	0,367
	N	17	15	18	18	18
Opioides	<i>r</i>	0,11	-0,24	-0,12	-0,33	-0,23
	<i>p</i>	0,927	0,757	0,794	0,466	0,619
	N	3	4	7	7	7

* Correlação é significativa no nível 0,05 (*p-value*)** Correlação é significativa no nível 0,01 (*p-value*)

Dentre as mulheres que relataram usar substâncias psicoativas, também foi possível observar algumas correlações entre o uso e o desempenho nos testes de IE. Houve correlações significativas e altas entre as usuárias de cocaína e o PEP ($r = 0,72$), demonstrando uma forte tendência de que quanto mais as mulheres consomem esta substância, melhor é a percepção das emoções. Cabe aqui também a ressalva de que apenas 8 mulheres compuseram a amostra para esta correlação, o que pode prejudicar a generalização destes resultados. Também houve correlações significativas e altas entre usuárias de sedativos e os fatores controle da impulsividade e irritabilidade ($r = -0,45$) e controle da sobrecarga emocional ($r = -0,48$) do QoRE, o que indica uma tendência forte de que quanto maior o consumo desta substância, maiores são as dificuldades nestas áreas da regulação emocional pelo sexo feminino. Não houve correlações significativas entre uso de cocaína com CE e QoRE, entre uso de sedativos e PEP, CE e fator 3 do QoRE, bem como entre as demais substâncias e todos os testes de IE para as mulheres. Deve-se notar que o número de participantes que relataram utilizar algumas substâncias também foi baixo (e.g. apenas 3 mulheres responderam o PEP e afirmaram utilizar opioides), o que pode ter influenciado os resultados dessas correlações, tornando a generalização desses resultados limitada.

Uma nova análise foi feita com o ASSIST. Este teste indica iniciar a contagem da pontuação a partir da questão 2, a qual investiga o uso de substâncias nos últimos três meses. Desta forma, pessoas que não são usuários de substâncias não respondem as demais questões. Nesta nova análise, foi atribuído escore 0 da questão 2 em diante para os participantes que indicaram não consumir substâncias, ficando assim com uma amostra maior de participantes e realizou-se correlações de Spearman entre todos os participantes e suas pontuações nos testes de IE, separados por sexo, conforme apresentado nas Tabelas 7 e 8.

Tabela 7. Correlações de Spearman entre todos os participantes do sexo masculino e suas pontuações nos testes de IE.

		PEP	CE	QoRE1. Controle da Impulsividade e Irritabilidade	QoRE2. Controle da Sobrecarga Emocional	QoRE3. Resiliência	
Tabaco	ρ	0,07	-0,23	-0,40**	-0,31**	-0,25*	
	p	0,564	0,073	0,001	0,007	0,030	
	N	70	63	73	73	73	
Álcool	ρ	0,06	0,02	-0,40**	-0,23*	-0,30*	
	p	0,643	0,899	0,000	0,048	0,010	
	N	70	63	73	73	73	
Maconha	ρ	0,13	0,00	-0,18	-0,15	-0,14	
	p	0,267	0,997	0,127	0,210	0,223	
	N	70	63	73	73	73	
Cocaína	ρ	0,02	-0,03	-0,25*	-0,07	-0,06	
	p	0,857	0,813	0,032	0,561	0,643	
	N	70	63	73	73	73	
Anfetaminas	ρ	-0,04	0,13	0,04	0,16	0,10	
	p	0,749	0,321	0,741	0,176	0,421	
	N	70	63	73	73	73	
Inalantes	ρ	-0,23	0,14	-0,03	0,07	0,11	
	p	0,059	0,281	0,829	0,535	0,365	
	N	70	63	73	73	73	
Sedativos	ρ	0,14	-0,03	-0,14	-0,31**	-0,27*	
	p	0,233	0,799	0,240	0,007	0,020	
	N	70	63	73	73	73	
Alucinógenos	ρ	0,04	-0,07	-0,05	-0,10	-0,10	
	p	0,738	0,587	0,680	0,415	0,410	
	N	70	63	73	73	73	
Opioides	ρ	.	.	0,04	0,09	0,10	
	p	.	.	0,741	0,436	0,421	
	N	70	63	73	73	73	*Correlaç

ão é significativa no nível 0,05 (*p-value*)

** Correlação é significativa no nível 0,01 (*p-value*)

Quando analisados todos os participantes do sexo masculino, os resultados diferem um pouco dos mostrados na Tabela 5, porém, algumas interpretações permanecem as mesmas.

Houve correlações significativas e moderadas a altas entre os usuários de tabaco do sexo masculino e o fator controle da impulsividade e irritabilidade ($r = -0,40$) do QoRE. Também houve correlações significativas leves a moderadas entre os usuários de tabaco e os fatores controle da sobrecarga emocional ($r = -0,31$) e resiliência ($r = -0,25$) do QoRE. Estas correlações demonstram uma tendência de que quanto mais os homens consomem tabaco, maiores são as dificuldades na regulação emocional. Também se mantiveram as correlações significativas e moderadas a altas entre os usuários homens de álcool e o fator controle da impulsividade e irritabilidade ($r = -0,40$) do QoRE e correlações significativas leves a moderadas com os fatores controle da sobrecarga emocional ($r = -0,23$) e resiliência ($r = -0,30$), indicando uma tendência de que quanto mais os homens consomem álcool, maiores são as dificuldades na regulação emocional. Houve correlações significativas leves a moderadas entre homens usuários de cocaína e o fator controle da impulsividade e irritabilidade ($r = -0,25$) do QoRE, indicando uma tendência leve a moderada de que quanto mais os homens consomem esta substância, maiores são as dificuldades nesta área da regulação emocional.

Com relação aos homens usuários de sedativos, houve correlações significativas leves a moderadas com os fatores controle da sobrecarga emocional ($r = -0,31$) e resiliência ($r = -0,27$) do QoRE, indicando uma leve a moderada tendência de que quanto mais os homens consomem sedativos, maiores são as dificuldades nestas áreas da regulação emocional. Não houve correlações significativas entre uso de tabaco e maconha com PEP e CE, entre uso de cocaína com PEP, CE e fatores 2 e 3 do QoRE, entre o uso de sedativos com PEP, CE, e fator 1 do QoRE, bem como com as demais substâncias e todos os testes de IE pelo sexo masculino.

Tabela 8. Correlações de Spearman entre todos os participantes do sexo feminino e suas pontuações nos testes de IE.

		PEP	CE	QoRE1. Controle da Impulsividade e Irritabilidade	QoRE2. Controle da Sobrecarga Emocional	QoRE3. Resiliência
Tabaco	ρ	0,16*	0,09	-0,06	-0,11	-0,10
	<i>P</i>	0,034	0,284	0,460	0,161	0,183
	N	167	148	177	177	177
Álcool	ρ	0,02	0,06	0,00	-0,09	-0,04
	<i>P</i>	0,774	0,471	0,981	0,226	0,571
	N	167	148	177	177	177
Maconha	ρ	0,20**	0,08	-0,04	-0,05	-0,03
	<i>P</i>	0,008	0,323	0,624	0,505	0,734
	N	167	148	177	177	177
Cocaína	ρ	0,16*	0,04	-0,03	-0,07	-0,02
	<i>P</i>	0,035	0,595	0,730	0,379	0,782
	N	167	148	177	177	177
Anfetaminas	ρ	0,03	0,09	0,14	0,07	0,16*
	<i>P</i>	0,689	0,295	0,056	0,336	0,034
	N	167	148	177	177	177
Inalantes	ρ	0,23**	0,02	-0,06	-0,14	-0,04
	<i>P</i>	0,003	0,827	0,444	0,068	0,601
	N	167	148	177	177	177
Sedativos	ρ	-0,05	-0,01	-0,15*	-0,19*	-0,13
	<i>P</i>	0,507	0,889	0,049	0,010	0,090
	N	167	148	177	177	177
Alucinógenos	ρ	0,04	0,03	0,16*	0,12	0,14
	<i>P</i>	0,605	0,749	0,028	0,116	0,056
	N	167	148	177	177	177
Opioides	ρ	-0,06	0,00	-0,05	-0,14	-0,07
	<i>P</i>	0,418	0,960	0,524	0,073	0,357
	N	167	148	177	177	177

* Correlação é significativa no nível 0,05 (*p-value*)

** Correlação é significativa no nível 0,01 (*p-value*)

Para as mulheres, quando analisadas todas as participantes houve correlações significativas e leves entre as usuárias de tabaco e o PEP ($r = 0,16$), indicando uma leve

tendência de que quanto mais as mulheres consomem tabaco, melhor é a sua percepção emocional. A mesma correlação significativa foi encontrada com usuárias de cocaína, maconha e inalantes ($r = 0,16$; $r = 0,20$ e $r = 0,23$; respectivamente), indicando também uma tendência leve a moderada de que quanto mais as mulheres consomem cocaína, maconha ou inalantes, melhor é a sua percepção emocional. Houve correlações significativas e leves entre usuárias de anfetaminas e o fator resiliência do QoRE ($r = 0,16$), indicando uma leve tendência de que, quanto mais as mulheres usam esta substância, mais resilientes elas são. Também houve correlações significativas e leves entre usuárias de alucinógenos e o fator controle da impulsividade e irritabilidade ($r = 0,16$) do QoRE, indicando uma leve tendência de que quanto mais as mulheres consomem anfetaminas, melhor é seu controle nesta área da regulação emocional. Com relação às mulheres usuárias de sedativos, houve correlações significativas leves com os fatores controle da impulsividade e irritabilidade ($r = -0,15$) e controle da sobrecarga emocional ($r = -0,19$) do QoRE, indicando uma leve tendência de que quanto mais elas consomem sedativos, maiores são as dificuldades nestas áreas da regulação emocional. Para as mulheres que indicaram consumir outras substâncias psicoativas, houve correlações significativas leves com o CE ($r = 0,16$), indicando uma leve tendência de que quanto mais elas consomem outras substâncias, melhor é o seu conhecimento emocional.

Não houve correlações significativas entre uso de tabaco, maconha, cocaína e inalantes com PEP, CE e QoRE, entre uso de anfetaminas com PEP, CE e fatores 1 e 2 do QoRE, entre o uso de sedativos com PEP, CE, e fator 3 do QoRE, entre uso de alucinógeno com PEP, CE e fatores 2 e 3 do QoRE, entre uso de outras substâncias com PEP e QoRE, bem como com as demais substâncias e todos os testes de IE pelo sexo feminino.

Com o objetivo de comparar o desempenho de todos os participantes que indicaram utilizar cada substância psicoativa nos testes de IE com aqueles que indicaram não utilizar substâncias, também foram realizados testes *t de Student*, utilizando-se as médias e desvios-

padrões apresentados para calcular o índice *d de Cohen*, a fim de verificar se os dois grupos diferiam entre si. A Tabela 9 apresenta os resultados para a substância tabaco.

Tabela 9. Teste *t de Student* entre uso ou não de tabaco e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	135	0,63	0,09	-1,85	0,065	-0,24
	Sim	104	0,65	0,08			
CE	Não	124	25,85	2,76	-0,31	0,759	-0,04
	Sim	91	25,97	2,93			
QoRE1	Não	143	0,29	0,90	2,35	0,019	0,30
	Sim	110	0,03	0,83			
QoRE2	Não	143	0,11	0,87	1,83	0,068	0,23
	Sim	110	-0,10	0,95			
QoRE3	Não	143	0,26	0,84	2,56	0,011	0,32
	Sim	110	-0,04	1,01			

É possível observar que, quando comparado o grupo de fumantes com o grupo de não fumantes, os não fumantes apresentaram significativamente melhor controle da impulsividade e irritabilidade ($d = 0,30$) e melhor resiliência ($d = 0,32$), e o tamanho do efeito foi fraco a moderado.

A Tabela 10 mostra as diferenças entre usuários e não usuários de álcool. Comparando o grupo de usuários de álcool com não usuários, os não usuários de álcool apresentaram significativamente melhor controle da impulsividade e irritabilidade ($d = 0,87$), melhor controle da sobrecarga emocional ($d = 0,56$) e melhor resiliência ($d = 0,52$), e o tamanho do efeito foi moderado a forte. Nota-se que a média no fator 1 do QoRE dos não usuários de álcool foi significativamente maior do que os usuários (quase 1 *DP*).

Tabela 10. Teste *t de Student* entre uso ou não de álcool e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	23	0,62	0,11	-1,46	0,146	-0,32
	Sim	216	0,64	0,08			
CE	Não	22	24,36	3,91	2,00	0,057	-0,45
	Sim	193	26,07	2,63			
QoRE1	Não	26	0,84	0,83	4,18	0,000	0,87
	Sim	227	0,10	0,86			
QoRE2	Não	26	0,47	0,80	2,69	0,008	0,56
	Sim	227	-0,03	0,91			
QoRE3	Não	26	0,56	0,80	2,53	0,012	0,52
	Sim	227	0,08	0,93			

A Tabela 11 apresenta as diferenças entre usuários e não usuários de maconha. Quando comparados os usuários de maconha e não usuários, encontrou-se que os usuários apresentaram significativamente melhor percepção emocional ($d = -0,31$), com um tamanho de efeito fraco a moderado. Já os não usuários de maconha apresentaram melhor controle da impulsividade e irritabilidade ($d = 0,32$) com tamanho de efeito também fraco a moderado. A Tabela 12 diz respeito às diferenças entre usuários e não usuários de cocaína.

Tabela 11. Teste *t de Student* entre uso ou não de maconha e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	132	0,63	0,09	-2,39	0,018	-0,31
	Sim	107	0,65	0,08			
CE	Não	123	25,65	2,79	-1,49	0,138	-0,20
	Sim	92	26,23	2,86			
QoRE1	Não	139	0,30	0,88	2,51	0,013	0,32
	Sim	114	0,03	0,86			
QoRE2	Não	139	0,09	0,88	1,33	0,185	0,17
	Sim	114	-0,06	0,93			
QoRE3	Não	139	0,22	0,89	1,64	0,103	0,21
	Sim	114	0,02	0,96			

Tabela 12. Teste *t de Student* entre uso ou não de cocaína e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	222	0,64	0,09	-0,49	0,622	-0,12
	Sim	17	0,65	0,08			
CE	Não	199	25,94	2,81	0,77	0,443	0,20
	Sim	16	25,38	3,10			
QoRE1	Não	236	0,19	0,88	0,96	0,337	0,24
	Sim	17	-0,02	0,83			
QoRE2	Não	236	0,02	0,91	-0,14	0,890	-0,03
	Sim	17	0,05	0,92			
QoRE3	Não	236	0,13	0,93	0,14	0,888	0,04
	Sim	17	0,10	0,89			

Não houve diferenças significativas no desempenho nos testes de IE entre usuários e não usuários de cocaína. O mesmo aconteceu quando foram analisadas diferenças entre usuários e não usuários de anfetaminas e inalantes, conforme pode ser observado nas Tabelas 13 e 14.

Tabela 13. Teste *t de Student* entre uso ou não de anfetaminas e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	220	0,64	0,08	-1,09	0,276	-0,26
	Sim	19	0,66	0,10			
CE	Não	196	25,94	2,66	0,53	0,603	0,13
	Sim	19	25,42	4,23			
QoRE1	Não	232	0,18	0,89	-0,05	0,960	-0,01
	Sim	21	0,19	0,79			
QoRE2	Não	232	0,01	0,90	-0,71	0,478	-0,16
	Sim	21	0,15	0,96			
QoRE3	Não	232	0,10	0,93	-1,59	0,114	-0,36
	Sim	21	0,44	0,88			

Tabela 14. Teste *t de Student* entre uso ou não de inalantes e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	218	0,64	0,08	-1,82	0,070	-0,42
	Sim	21	0,97	0,08			
CE	Não	193	25,94	2,74	0,70	0,487	0,16
	Sim	22	25,50	3,57			
QoRE1	Não	228	0,21	0,88	1,40	0,164	0,29
	Sim	25	-0,05	0,87			
QoRE2	Não	228	0,05	0,90	1,37	0,172	0,29
	Sim	25	-0,21	1,00			
QoRE3	Não	228	0,15	0,89	1,00	0,328	0,21
	Sim	25	-0,10	1,25			

Apesar de não haver diferenças significativas entre grupos, é possível perceber uma média levemente maior entre usuários de anfetaminas no PEP, indicado pelo $d = -0,42$. A Tabela 15 apresenta as diferenças entre usuários e não usuários de sedativos. Comparando o grupo de usuários de sedativos e não usuários, os não usuários apresentaram significativamente melhor controle da impulsividade e irritabilidade ($d = 0,49$), melhor controle da sobrecarga emocional ($d = 0,64$) e melhor resiliência ($d = 0,57$), com um tamanho de efeito moderado a forte. Já a Tabela 16 diz respeito às diferenças entre usuários e não usuários de alucinógenos.

Tabela 15. Teste *t de Student* entre uso ou não de sedativos e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	204	0,64	0,09	-0,42	0,677	-0,08
	Sim	35	0,65	0,08			
CE	Não	181	25,92	2,76	0,30	0,766	0,06
	Sim	34	25,76	3,21			
QoRE1	Não	208	0,26	0,87	2,98	0,003	0,49
	Sim	45	-0,17	0,85			
QoRE2	Não	208	0,12	0,88	3,92	0,000	0,64
	Sim	45	-0,45	0,89			
QoRE3	Não	208	0,22	0,89	3,45	0,001	0,57
	Sim	45	-0,29	1,00			

Tabela 16. Teste *t de Student* entre uso ou não de alucinógenos e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	210	0,63	0,08	-1,70	0,007	-0,34
	Sim	29	0,68	0,08			
CE	Não	189	25,93	2,76	0,47	0,640	0,10
	Sim	26	25,65	3,31			
QoRE1	Não	222	0,16	0,89	-1,20	0,233	-0,23
	Sim	31	0,36	0,82			
QoRE2	Não	222	-0,00	0,90	-1,10	0,279	-0,21
	Sim	31	0,19	0,96			
QoRE3	Não	222	0,12	0,93	-0,49	0,655	-0,09
	Sim	31	0,20	0,89			

Pode-se observar que, quando comparados o grupo de usuários de alucinógenos e o grupo de não usuários, os usuários apresentaram significativamente melhor percepção emocional ($d = -0,34$), com um tamanho de efeito fraco a moderado. A Tabela 17 mostra as diferenças entre usuários e não usuários de opioides.

Tabela 17. Teste *t de Student* entre uso ou não de opioides e os testes de IE

		N	M	DP	t	p	d
PEP	Não	236	0,64	0,09	1,24	0,218	0,72
	Sim	3	0,58	0,05			
CE	Não	210	25,91	2,82	0,40	0,691	0,18
	Sim	5	25,40	3,21			
QoRE1	Não	245	0,20	0,87	1,53	0,126	0,55
	Sim	8	-0,29	1,12			
QoRE2	Não	245	0,04	0,90	1,61	0,110	0,58
	Sim	8	-0,49	1,05			
QoRE3	Não	245	0,14	0,91	0,54	0,607	0,19
	Sim	8	-0,15	1,49			

Apesar de não haver diferenças significativas entre grupos, é possível perceber uma média levemente maior entre os não usuários de opioides no PEP e nos fatores 1 e 2 do

QoRE, indicados pelo $d = 0,72$, $d = 0,55$ e $d = 0,58$ respectivamente. Apesar do tamanho do efeito ser alto, é importante notar que apenas 3 pessoas responderam utilizar esta substância.

5 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar quais os possíveis componentes da IE associados ao uso de tabaco, álcool e drogas ilícitas. Foram aplicados um questionário de rastreio para uso de substâncias psicoativas: ASSIST e três testes que avaliam componentes da IE: PEP, CE e QoRE.

Com relação ao padrão de utilização de substâncias por parte da amostra da pesquisa, os dados encontrados estão de acordo com o padrão de utilização de substâncias pela população brasileira. Segundo levantamento realizado em 2005 (Duarte et al., 2009), a substância mais utilizada no Brasil foi o álcool (74,6%), seguido por tabaco (44%) e maconha (8,8%), com maior prevalência na população masculina. Ribeiro e de Carvalho (2015) e Carneiro, Rodrigues, Gherardi-Donato, Guimarães e Oliveira (2014) também encontraram em seus estudos que os homens consomem mais substâncias psicoativas do que as mulheres. A presente pesquisa corrobora estes estudos, e obteve que homens consomem significativamente mais álcool e maconha do que as mulheres.

Com relação às diferenças na IE entre sexos, apesar do estereótipo ainda amplamente aceito de que as mulheres estão mais em contato com suas emoções do que os homens, e de estudos internacionais que indicam que de fato as mulheres possuem maior IE do que o sexo masculino (Brackett & Mayer, 2003; Extremera, Fernández-Berrocal, & Salovey, 2006; Joseph & Newman, 2010), a presente pesquisa encontrou resultados que diferem da literatura sobre o tema. Para regulação emocional, homens obtiveram desempenho significativamente superior do que as mulheres.

Hipotetiza-se que, embora os estudos sobre as diferenças na IE entre sexos de fato mostrem que mulheres apresentam melhor desempenho nos testes de IE, outras variáveis possam estar envolvidas. Por exemplo, Fernández-Berrocal, Cabello, Castillo e Extremera

(2012), ao controlarem o efeito da idade, encontraram que todas as diferenças significativas entre homens e mulheres para as pontuações no MSCEIT desapareceram, com exceção da área de regulação emocional. Os autores concluíram que é necessária cautela ao concluir que o sexo afeta a IE na ausência de testes para possíveis interações entre sexo e outras variáveis que podem influenciá-la. Não obstante, é importante salientar que sexo, enquanto fator explicativo do comportamento, sempre opera em interações complexas com outros fatores, tais como demográficos e socioculturais (McIntyre & Edwards, 2009).

Outro ponto a mencionar é que este estudo avaliou a regulação emocional por meio de autorrelato, diferentemente do MSCEIT, que avalia IE por meio de desempenho (mais especificamente, conhecimento sobre estratégias de regulação emocional). Em medidas de autorrelato, as estimativas dos homens nas auto avaliações de situações que se referem a realizações tendem a ser mais altas do que as das mulheres (Roberts, 1991). Pode-se dizer que a hipótese h1 foi parcialmente confirmada, pois foram encontradas diferenças significativas no componente regulação emocional. Porém, estas diferenças são contrárias ao que mostram os estudos existentes na literatura, visto que na presente pesquisa os homens tiveram um melhor desempenho do que as mulheres.

No que diz respeito às substâncias, para o tabaco, foram encontradas correlações significativas negativas entre usuários do sexo masculino desta substância e os três fatores da regulação emocional. Para as usuárias do sexo feminino, foram encontradas correlações significativas positivas com o componente percepção emocional. Comparando os grupos de usuários e não usuários, os não usuários apresentaram significativamente melhor regulação emocional, especificamente no fator 1.

Com relação à IE dentre os usuários de tabaco, de maneira geral, os achados da presente pesquisa estão de acordo com os estudos sobre o tema, que indicam que quanto maior o consumo de tabaco, menor é a regulação emocional dos usuários (Canto, Fernandez-

Berrocal, Guerrero, & Extremera, 2005; Limonero, Tomás-Sábado, & Fernández-Castro, 2006; Trinidad & Johnson, 2002). Porém, os estudos citados não fazem uma análise desta questão levando em conta o sexo. Na presente pesquisa, esta relação só ocorreu para o sexo masculino. Na realidade, estudos sobre uso e cessação de tabaco indicam que mulheres tendem a utilizar mais esta substância como uma forma de reduzir a tensão, de lidar com afetos negativos e de controle para o enfrentamento de problemas do cotidiano (Berlin et al., 2003; Greaves, 2015), o que permite hipotetizar o uso de tabaco como uma forma de *coping* para uma dificuldade na regulação emocional. Porém, esta correlação não apareceu na presente pesquisa para o sexo feminino.

Com relação à leve tendência encontrada de que quanto mais as mulheres consomem tabaco, melhor é a sua percepção emocional, Perea-Baena, Fernández-Berrocal e Oña-Compan (2011) encontraram que o número de cigarros consumidos por dia pelas mulheres foi associado com a presença de sintomatologia depressiva, e esta associação foi moderada pelo nível de atenção que as mulheres prestavam às suas emoções (percepção emocional). Pessoas com altos níveis de percepção emocional se caracterizam por estar vigiando constantemente o progresso de seus estados emocionais em um esforço de tentar entendê-los. Porém, este fato nem sempre é produtivo para o indivíduo, especialmente quando uma alta atenção às emoções não é seguida por uma capacidade suficiente para discriminar suas causas, motivos e consequências. Pode-se pensar que alta atenção às emoções negativas pode aumentar pensamentos ruminativos, gerando assim sintomas depressivos e culminando no uso de tabaco por parte das mulheres como uma maneira inadequada de *coping*.

Já no que se refere às diferenças na IE entre usuários e não usuários de tabaco, a presente pesquisa encontrou resultados similares a de outros estudos, que também concluíram que não fumantes apresentam melhores escores no componente regulação emocional da IE do que os fumantes (Limonero et al., 2006). Dito de outra forma, dificuldades para controlar os

impulsos e a irritação, dificuldades no controle do estresse e dificuldades para lidar com problemas ou situações adversas e superar obstáculos parecem estar associados ao uso de tabaco. De fato, estudos que objetivam explicar o motivo das pessoas fumarem indicam a busca da sensação de bem-estar e satisfação (Echer, Corrêa, Lucena, Ferreira, & Knorst, 2011), o controle das emoções por meio da supressão do tédio, tensão, estresse ou irritação (Greaves, 2015) ou para relaxar (Rosa et al., 2014).

Para o álcool, foram encontradas correlações significativas negativas entre usuários do sexo masculino desta substância e os três fatores da regulação emocional, que se manteve mesmo depois quando foram considerados todos os participantes homens na análise. Comparando os grupos de usuários e não usuários, os não usuários de álcool apresentaram significativamente melhor regulação emocional nos três fatores.

Os achados da presente pesquisa corroboram e estendem de certa forma o que se tem na literatura sobre o tema. Este e demais estudos encontraram correlações negativas entre IE e uso de álcool (Riley & Schutte, 2003; Schutte, Malouff, & Hine, 2011; Trinidad & Johnson, 2002). Os estudos sugerem que indivíduos com menor capacidade de perceber as emoções em si mesmo e nos outros, com menor conhecimento de quando expressar seus sentimentos e com uma incapacidade de regular o humor podem ser menos propensos a lidar bem com as situações em geral, o que os deixaria mais predispostos ao uso de álcool como uma maneira mal adaptativa de *coping*.

Já no que diz respeito ao componente da IE que estaria mais envolvido nesta associação, a presente pesquisa apresentou indícios de que seriam as dificuldades relacionadas à regulação emocional, semelhante ao que Dvorak et al., (2014) encontraram. Já Canto et al., (2005) concluíram que dificuldades na percepção e compreensão emocional entre os usuários de álcool estariam relacionadas a maior uso, fato que não apareceu na presente pesquisa. Estas associações só foram significativas para o sexo masculino. Porém, não foram encontrados

estudos que discutiam a diferença entre IE, uso de álcool e sexo, o que demonstra a importância de novos estudos que investiguem esta temática.

Com relação à maconha, foram encontradas correlações significativas negativas entre usuários do sexo masculino desta substância e os três fatores da regulação emocional e correlações significativas negativas com conhecimento emocional. Para as usuárias do sexo feminino, foram encontradas correlações significativas positivas com o componente percepção emocional. Comparando os grupos de usuários e não usuários de maconha, os usuários apresentaram significativamente melhor percepção emocional. Já os não usuários apresentaram melhor regulação emocional para o fator 1.

No que diz respeito à IE dentre os usuários de maconha, os resultados da presente pesquisa coincidem com outros estudos sobre o tema (Bonn-Miller, Vujanovic, Boden, & Gross, 2011; Limonero et al., 2006), que também encontraram que quanto maior o uso de maconha, menor a regulação emocional, ou seja, dificuldades no controle de impulsos e irritabilidade, dificuldades no controle do estresse e dificuldades na resiliência estão relacionados a maior uso de maconha. Porém, essas pesquisas não investigaram as diferenças entre os sexos. Na presente pesquisa, tal correlação foi significativa apenas para o sexo masculino. Tal lacuna sugere a necessidade de maiores estudos que incluam a questão das diferenças entre sexos como objetivo específico, pois aparentemente as diferenças entre o consumo de substâncias e sexo, e as diferenças entre IE e sexo são significativas.

Assim como aconteceu com tabaco, nesta pesquisa, as mulheres usuárias de maconha obtiveram uma correlação positiva significativa para a percepção emocional. Apesar de na literatura não existirem estudos que analisem esta relação fazendo uma diferenciação entre sexos, este resultado difere das pesquisas em geral que apontam uma relação negativa entre IE e uso de substâncias (Kun & Demetrovics, 2010; Raisjouyan, Talebi, Ghasimi Shahgaldi, & Abdollahian, 2014; Tomczak, 2010), além de outras pesquisas específicas que demonstraram,

por meio de exames de imagens, que o uso de maconha reduz a atividade de áreas do cérebro responsáveis pelo processamento de emoções e de imagens com conteúdo emocional (Gruber, Rogowska, & Yurgelun-Todd, 2009; Rabinak, Sripada, Angstadt, de Wit, & Phan, 2012; Wesley, Lile, Hanlin, & Porrino, 2016).

Uma hipótese para este fato, tal como para o tabaco, é que alta atenção às emoções negativas pode aumentar pensamentos ruminativos, o que pode levar ao uso de maconha por parte das mulheres como uma maneira inadequada de *coping*. Diferenças culturais da amostra também podem ajudar a explicar estes resultados, já que os estudos com os quais a presente pesquisa foi comparada são todos internacionais. Outra hipótese é a de que questões sociais podem estar relacionadas a perceber de maneira positiva ou negativa o uso desta substância, e isso ter influenciado nas respostas dos participantes. Por exemplo, de Andrade, Espinheira, & Noto (2018) afirmam que os efeitos de uma substância psicoativa dependem da interação das propriedades farmacológicas desta substância, das condições físicas, psíquicas e das expectativas da pessoa que está fazendo o uso, e do contexto, da cultura de uso e do que este uso representa socialmente para cada indivíduo.

Já no que se refere às diferenças na IE entre usuários e não usuários de maconha, os achados desta pesquisa em parte corroboram, em parte contradizem a literatura sobre o tema. Limonero et al. (2006) também encontraram que os não usuários de maconha apresentam melhor regulação emocional que usuários. Por outro lado, sobre a percepção emocional, a presente pesquisa encontrou que os usuários de maconha possuem maiores habilidades neste componente da IE do que os não usuários, embora este resultado provavelmente tenha aparecido por conta das correlações encontradas para este componente para o sexo feminino, conforme discutido anteriormente. Melhor controle da irritabilidade e da impulsividade, melhor controle da sobrecarga emocional e melhor resiliência parecem ser um fator protetivo

para uso de maconha, enquanto que dificuldades nestas áreas estão relacionadas a maior uso desta substância.

Para a substância cocaína, foram encontradas correlações significativas negativas entre usuários do sexo masculino e o fator 1 da regulação emocional e correlações significativas positivas entre usuárias do sexo feminino e o componente percepção emocional da IE, que se mantiveram mesmo depois quando foram consideradas todos as participantes mulheres na análise. Não houve diferenças significativas na IE entre os grupos de usuários e não usuários.

No que diz respeito à correlação positiva encontrada na presente pesquisa entre as mulheres usuárias de cocaína e a percepção emocional, este resultado vai na contramão de outros estudos que indicam que usuários de cocaína possuem menor percepção emocional do que não usuários (Fernández-Serrano et al., 2010). Como hipótese para tal, pode-se pensar uma ligação entre maior percepção emocional com maior estresse percebido (maior percepção de emoções negativas), já que Fox, Bergquist, Casey, Hong, e Sinha (2010) encontraram que pacientes usuários de cocaína apresentaram maiores níveis de ansiedade percebida do que não usuários. Porém, no estudo citado, os autores não fizeram distinção entre sexos, e na presente pesquisa, tal correlação só apareceu para o sexo feminino.

Entre usuários, Fox et al. (2010) encontraram uma correlação negativa significativa entre uso de cocaína e regulação emocional, fato que na presente pesquisa também ocorreu para os usuários homens no fator 1 no QoRE. Tal resultado parece indicar que usuários de cocaína tendem a exibir dificuldades na regulação de respostas emocionais e dificuldades em lidar com situações estressantes, especialmente aquelas que envolvem o controle da impulsividade e irritabilidade.

Já quando analisada a diferença na IE entre os e usuários e não usuários de cocaína, há na literatura certa divergência. Apesar da maioria dos estudos indicar que os usuários de cocaína apresentam desempenho inferior nos testes de IE comparados aos não usuários (Fox

et al., 2010; Milivojevic, Sinha, Morgan, Sofuoglu, & Fox, 2014; Romero-Ayuso, Mayoral-Gontán, & Triviño-Juárez, 2016), esta diferença não foi estatisticamente significativa em todos eles (Fox et al., 2010). O presente estudo também não encontrou diferenças significativas quando comparados os desempenhos nos testes de IE dos participantes que indicaram utilizar cocaína com aqueles que indicaram não utilizar esta substância.

Com relação às anfetaminas, foram encontradas correlações significativas positivas entre usuárias do sexo feminino e o fator 3 da regulação emocional. Não houve diferenças significativas na IE entre os grupos de usuários e não usuários. No que se refere à comparação entre grupos de usuários e não usuários, as pesquisas sobre o tema divergem nos resultados, com estudos que indicaram um desempenho significativamente inferior na IE do grupo de usuários de anfetaminas (Reay et al., 2006), e estudos que não encontraram diferenças significativas no desempenho da IE entre grupos, tal como a presente pesquisa (Craig et al., 2010).

Já sobre a correlação significativa positiva encontrada entre usuárias do sexo feminino e o fator resiliência, tal resultado parece contradizer os estudos sobre o tema. Ueno, Yamada e Ichitani (2017) encontraram que a resiliência refletiu uma maior habilidade na recuperação da dependência de anfetamina em ratos, e Burnett, Witzel, Allers e McBride (2016) encontraram significativas correlações negativas entre resiliência e uso de anfetaminas. Porém, tal associação só foi encontrada para o sexo masculino. Os autores concluíram que existem múltiplos e inesperados caminhos para a resiliência, e que maiores pesquisas sobre o tema são necessárias. É importante mencionar que o número de participantes que afirmaram consumir anfetaminas é muito inferior ao número de participantes que afirmaram não consumir esta substância, o que pode tornar a generalização desses resultados limitada.

No que se refere aos inalantes, foram encontradas correlações significativas positivas entre usuárias do sexo feminino e o componente percepção emocional da IE. Não houve

diferenças significativas na IE entre os grupos de usuários e não usuários. Na literatura, não foram encontrados estudos específicos que avaliaram a relação entre IE ou seus componentes com o uso de inalantes/solventes. Porém, Dell e Hopkins (2011) reportam um tratamento para jovens indígenas dependentes de inalantes, que utilizava como base os conceitos de resiliência e da teoria da IE, com boas taxas de cessação, o que fornece indícios de que pode haver relação entre IE e uso de inalantes, mas ainda são necessários maiores estudos sobre o tema. Uma possível hipótese para a correlação positiva entre mulheres usuárias de inalantes e percepção emocional, assim como ocorreu com tabaco e maconha, é que alta atenção às emoções negativas pode aumentar pensamentos ruminativos, o que pode levar ao uso de inalantes por parte das mulheres como uma maneira inadequada de *coping*. Aqui também cabe a ressalva de que o número de participantes que afirmaram consumir inalantes é muito inferior ao número de participantes que afirmaram não consumir esta substância, o que pode tornar a generalização desses resultados limitada.

Com relação aos sedativos, foram encontradas correlações significativas negativas entre usuários do sexo masculino e o fator 2 da regulação emocional, que se mantiveram quando foram considerados todos os participantes homens na análise, e o fator 3 da regulação emocional. Entre as mulheres usuárias de sedativos, também foram encontradas correlações significativas negativas entre o fator 1 e 2, que se mantiveram quando foram consideradas todas as participantes mulheres na análise. Comparando os grupos de usuários e não usuários, os não usuários de sedativos apresentaram significativamente melhor regulação emocional nos três fatores.

Apesar do uso “não-médico” de algumas medicações prescritas, entre elas os sedativos, ansiolíticos e hipnóticos, ter crescido a níveis sem precedentes na última década no mundo todo (Papazisis et al., 2018), não foram encontrados estudos que tratem desta temática fazendo uma relação com a IE, com exceção de uma pesquisa que não encontrou diferenças

significativas na percepção emocional de usuários e não usuários de ansiolíticos, resultado que se assemelha ao do presente trabalho (Olofsson et al., 2011).

Contudo, o componente da IE que parece estar de alguma forma envolvido no uso de sedativos é a regulação emocional, e maiores pesquisas são necessárias para o entendimento de como se dá esta relação. Visto que os sedativos agem no SNC com o objetivo de diminuir a sua atividade, reduzir a ansiedade e os estados de tensão (Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas, 2018b), hipotetiza-se que pessoas com maiores dificuldades em regular suas emoções estariam mais propensas a usar estas substâncias.

Para os alucinógenos, foram encontradas correlações significativas positivas entre usuárias do sexo feminino e o fator 1 da regulação emocional. Comparando os grupos de usuários e não usuários, os usuários de alucinógenos apresentaram significativamente melhor percepção emocional. Não foram encontrados estudos específicos na literatura que tenham analisado a associação entre IE e o uso de alucinógenos. Porém, alguns estudos sobre esta substância indicam que seu uso tem efeito no processamento emocional, diminuindo o reconhecimento de expressões faciais negativas (Kometer et al., 2012), aumentando o humor positivo (dos Santos, Balthazar, Bouso, & Hallak, 2016) e aumentando o fluxo sanguíneo nas áreas do cérebro que seriam responsáveis pela regulação do humor e das emoções (Sanchez et al., 2016). Pode-se dizer que o resultado da presente pesquisa se assemelha a estes achados. Porém, as pesquisas citadas anteriormente não fizeram diferenciação entre sexos. Outro ponto a mencionar é o pequeno número de pessoas da presente pesquisa que afirmaram consumir alucinógenos em comparação aos que afirmaram não consumir a substância, o que torna a generalização destes resultados limitada.

Com relação aos opioides, não foram encontradas correlações significativas entre usuários e componentes da IE, nem diferenças significativas na IE quando comparados os grupos de usuários e não usuários. Há na literatura indícios de que usuários de opioides

possuem um déficit significativo na IE quando comparados com não usuários, especialmente no componente regulação emocional (Nategh & Minakari, 2009). Porém, é importante ressaltar que o número de participantes que indicou consumir opioides foi pequeno, o que pode prejudicar a generalização destes resultados.

Com relação à IE, os resultados desta pesquisa parecem contradizer o modelo hierárquico, já que há indícios de que um indivíduo pode apresentar maior habilidade em um componente inferior da IE do que em outro. De fato, há na literatura estudos que sugerem que os componentes da IE não aumentam em complexidade e nem dependem uns dos outros, mas sim estão todos relacionados e possuem a mesma complexidade, formando um sistema causal (Joseph & Newman, 2010; Schneider & McGrew, 2018). Neste sentido, não necessariamente uma melhor regulação emocional exige uma boa percepção emocional para acontecer, e vice-versa. Um indivíduo pode saber identificar suas emoções e as emoções em outras pessoas, mas ter dificuldades em lidar com essas emoções, assim como uma pessoa pode ter grandes habilidades para controlar o estresse e para lidar com situações adversas, mas ter dificuldades em expressar suas emoções e identificar o que está sentindo.

6 CONCLUSÃO

De maneira geral, os resultados da presente pesquisa permitem afirmar que a regulação emocional é o componente da IE que está mais relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Ou seja, indivíduos com dificuldades no controle da impulsividade e irritabilidade, dificuldades no controle da sobrecarga emocional e do estresse e dificuldades para lidar com problemas ou situações adversas e para superar obstáculos teriam uma maior tendência a consumir estas substâncias.

Neste estudo, as substâncias que apresentaram esta associação negativa com a regulação emocional foram tabaco, álcool, maconha e sedativos. Entretanto, para as substâncias cocaína, anfetaminas, inalantes, alucinógenos e opioides, apesar de as correlações não terem sido estatisticamente significativas, vale a pena destacar que o número de participantes que compuseram o grupo de usuários foi pequeno e muito inferior ao dos participantes que compuseram o grupo de não usuários.

Por outro lado, o componente percepção emocional apresentou correlações positivas, porém fracas, com o uso de maconha e alucinógenos. Tal resultado não foi encontrado em outros estudos, e foi levantada a hipótese de que nestes casos a maior percepção emocional estaria focada em emoções negativas, o que poderia gerar pensamentos ruminativos e, desta forma, relacionar-se ao uso destas substâncias como uma maneira de *coping*. Há na literatura estudos que indicam que a percepção de emoções específicas se relaciona com aspectos da personalidade tanto saudáveis quanto patológicos. Por exemplo, Miguel e Pessotto (2016) encontraram que indivíduos com baixa autoestima tiveram menor percepção de tristeza em outras pessoas, assim como indivíduos que perceberam mais expressões de raiva em outras pessoas tenderam a atribuir juízos críticos irrealistas a eles, resultando em sentimentos angustiantes de isolamento e solidão. Kometer et al. (2012) também encontraram que sujeitos

deprimidos precisaram ser expostos mais intensamente a expressões faciais felizes para as identificar corretamente. Entretanto, a presente pesquisa não estudou o escore específico de percepção de emoções predominantemente negativas, sendo necessárias pesquisas futuras que levem em conta a diferenciação da percepção das emoções para que esta relação possa ser melhor entendida.

Ainda no que se refere às associações positivas encontradas entre percepção emocional e uso de algumas substâncias, sugere-se que em pesquisas futuras seja analisado o gráfico de dispersão da correlação. Tal análise permitirá observar se a correlação é linear ou não linear, caso em que tanto escores mais baixos quanto mais altos estariam relacionados com o uso de substâncias, por exemplo.

Apesar de correlação e comparação de médias não implicaram em causalidade, parece haver algum sentido pensar que as pessoas buscam consumir substâncias psicoativas por não conseguirem regular suas emoções, como já foi sugerido por Cano-Vindel & Miguel-Tobal (1999), Leyro, Zvolensky, Vujanovic, Johnson, & Gregor (2010) e Wood, Cano-Vindel, Iruarrizaga, & Dongil (2009).

Porém, do ponto de vista teórico, parece não fazer sentido a relação encontrada para algumas substâncias psicoativas entre o consumo e a melhor percepção emocional. Hipotetizou-se que, nestes casos, a maior percepção emocional poderia estar focada nas emoções negativas, que poderiam aumentar pensamentos ruminativos e levar ao consumo dessas substâncias como uma maneira inadequada de *coping*. Outra possibilidade para essa associação pode ser relacionada às questões culturais, tais como valores, modo de vida e expectativas de uso que podem se refletir na percepção emocional de cada indivíduo.

Os resultados da presente pesquisa têm algumas potenciais aplicações práticas, especialmente para programas de prevenção e cessação de uso de substâncias psicoativas. Primeiramente, os achados sugerem a importância destes programas levarem em conta

questões relativas às diferenças entre sexos, visto que o padrão de consumo entre homens e mulheres mostrou-se significativamente diferente. Adicionalmente, estes programas deveriam incluir aspectos da IE em suas intervenções, especialmente no que se refere à regulação emocional, por exemplo, trabalhando com os usuários habilidades para diminuir a labilidade dos afetos, aumentar a tolerância à frustração, entre outros.

Este estudo possui algumas limitações que precisam ser mencionadas. Entre elas, está o pequeno número de participantes usuários de algumas substâncias psicoativas (e.g. cocaína, anfetaminas, inalantes, alucinógenos e opioides), o que dificulta a generalização e a confiabilidade dos resultados encontrados para estas substâncias. Sugere-se, em estudos futuros, que a coleta de dados foque em populações conhecidamente usuárias dessas drogas (e.g. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD ou outros centros de tratamento).

Também deve ser mencionada como uma limitação a homogeneidade da amostra. Os participantes, em sua grande maioria, possuíam no mínimo ensino superior incompleto, além de residirem majoritariamente nas regiões sul e sudeste do país. Recomenda-se que pesquisas futuras incluam uma amostra mais heterogênea, com participantes de diversos níveis de escolaridade, e de todas as regiões do país.

Outro fato importante de ser mencionado é a diferença no tipo de instrumentos que foram utilizados para avaliar a IE. Dois instrumentos foram de desempenho e um instrumento foi de autorrelato. Estes instrumentos, conforme citado anteriormente, diferenciam-se em como definem a IE, e no que é de fato avaliado. Instrumentos de desempenho avaliam a capacidade do indivíduo na tarefa que está sendo proposta, já instrumentos de autorrelato avaliam a percepção que o indivíduo tem das suas próprias capacidades.

Acrescenta-se ainda como limitação que a coleta de dados foi exclusivamente *online*. Isso exige que o participante tenha acesso à *internet* e computador para responder, o que não é

a realidade de toda a população brasileira. Por outro lado, esta modalidade garante a privacidade e o sigilo, visto que a temática de uso de substâncias psicoativas pode não ser confortável a todas as pessoas. Outra vantagem é que a coleta de dados *online* permite ao participante responder a pesquisa no momento em que achar mais apropriado.

REFERÊNCIAS

- Azizi, A., Borjali, A., & Golzari, M. (2010). The effectiveness of emotion regulation training and cognitive therapy on the emotional and addictional problems of substance abusers. *Iranian Journal of Psychiatry*, 5(2), 60–65. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22952493>
- Bastian, V. A., Burns, N. R., & Nettelbeck, T. (2005). Emotional intelligence predicts life skills, but not as well as personality and cognitive abilities. *Personality and Individual Differences*, 39(6), 1135–1145. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2005.04.006>
- Berlin, I., Singleton, E., Pedarriosse, A., Lancrenon, S., Rames, A., Aubin, H., & Niaura, R. (2003). The Modified Reasons for Smoking Scale: Factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction*, 98(11), 1575–1583.
- Boden, M. T., Gross, J. J., Babson, K. A., & Bonn-Miller, M. O. (2013). The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal on problematic cannabis use among medical cannabis users. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1663–1668. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.09.001>
- Bonn-Miller, M. O., Vujanovic, A. A., Boden, M. T., & Gross, J. J. (2011). Posttraumatic stress, difficulties in emotion regulation, and coping-oriented marijuana use. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40(1), 34–44. <https://doi.org/10.1080/16506073.2010.525253>
- Brackett, M. A., & Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(9), 1147–1158. <https://doi.org/10.1177/0146167203254596>
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., & Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36(2004), 1387–1402. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00236-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00236-8)
- Bucher, R. (1992). *Drogas e Drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas. Retrieved from <https://www.estantevirtual.com.br/seboelojao2/richard-bucher-drogas-e-drogadicao-no-brasil-797016580>
- Bueno, J. M. H., & Primi, R. (2003). Inteligência Emocional: Um estudo de validade sobre a capacidade de perceber emoções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 279–291. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n2/a08v16n2>

- Burnett, H. J., Witzel, K., Allers, K., & McBride, D. C. (2016). Understanding the relationship of trauma, substance use, and resilience among religiously affiliated university students. *Journal of Research on Christian Education*, 25(3), 317–334. <https://doi.org/10.1080/10656219.2016.1237906>
- Cadman, C., & Brewer, J. (2001). Emotional intelligence: A vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management*, 9(6), 321–324. <https://doi.org/10.1046/j.0966-0429.2001.00261.x>
- Campos, G. M., & Figlie, N. B. (2011). Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Eds.), *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 481–494). Posto Alegre: Artmed.
- Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Valoración, afrontamento y ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 5(2–3), 129–143. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577056_Valoracion_afrontamiento_y_ansiedad/links/0fcfd5019610c47a65000000/Valoracion-afrontamiento-y-ansiedad.pdf
- Canto, J., Fernandez-Berrocal, P., Guerrero, F., & Extremera, N. (2005). Función protectora de las habilidades emocionales en las adicciones. In J. Romay Martínez & M. García (Eds.), *Psicología social y problemas sociales* (pp. 583–590). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carlini, E. A., Nappo, S. A., Fernandes Galduróz, J. C., & Noto, A. R. (2001). Drogas psicotrópicas - O que são e como agem. *Revista IMESC*, 3, 9–35. Retrieved from http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/multidisciplinares/efeito_das_drogas_psicotropicas_no_snc.pdf
- Carneiro, A. L. M., Rodrigues, S. B., Gherardi-Donato, E. C. S., Guimarães, E. A. de A., & Oliveira, V. C. (2014). Padrão do uso de álcool entre estudantes universitários da área da saúde. *Revista de Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro*, 4(1), 940–950. Retrieved from <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/449/569>
- Ciarrochi, J. V., Chan, A. Y. ., & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 539–561. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00119-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00119-1)
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Craig, L., Fisk, J., Montgomery, C., Murphy, P., & Wareing, M. (2010). Is emotional

- intelligence impaired in ecstasy-polydrug users? *Journal of Psychopharmacology*, 24(2), 221–231. <https://doi.org/10.1177/0269881108095713>
- Dantas, M. A., & Noronha, A. P. P. (2006). Inteligência emocional: Validade discriminante entre MSCEIT e 16PF. *Paidéia*, 16(33), 59–70. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000100009>
- de Andrade, T. M., Espinheira, C. G. D., & Noto, A. R. (2018). A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. In M. L. O. de S. Formigoni (Ed.), *SUPERA - O uso de substâncias psicoativas no Brasil* (pp. 7–26). São Paulo: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- de Andrade, T. M., Ronzani, T. M., & da Silveira, P. S. (2018). A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In M. L. O. de S. Formigoni (Ed.), *SUPERA - O uso de substâncias psicoativas no Brasil* (pp. 27–46). São Paulo: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- de Lacerda, R. B., Cruz, M. S., & Nappo, S. A. (2018). Drogas estimulantes (anfetaminas, cocaína e outros): Efeitos agudos e crônicos. In M. L. O. de S. Formigoni (Ed.), *SUPERA: Efeitos de substâncias psicoativas* (pp. 78–91). São Paulo: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- de Lacerda, R. B., & Galduróz, J. C. F. (2018). Drogas depressoras (benzodiazepínicos, inalantes, opiáceos): Efeitos agudos e crônicos. In M. L. O. de S. Formigoni (Ed.), *SUPERA: Efeitos de substâncias psicoativas* (pp. 28–45). São Paulo: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- de Souza, P. A. (2011). Alcaloides e o chá de ayahuasca: Uma correlação dos “estados alterados da consciência” induzidos por alucinógenos. *Rev. Bras. Pl. Med*, 13(3), 349–358. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rbpm/v13n3/a15v13n3>
- Dell, D., & Hopkins, C. (2011). Residential volatile substance misuse treatment for indigenous youth in Canada. *Substance Use & Misuse*, 46(sup1), 107–113. <https://doi.org/10.3109/10826084.2011.580225>
- Di Fabio, A., & Saklofske, D. H. (2014). Comparing ability and self-report trait emotional intelligence, fluid intelligence, and personality traits in career decision. *Personality and Individual Differences*, 64, 174–178. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2014.02.024>
- dos Santos, R. G., Balthazar, F. M., Bouso, J. C., & Hallak, J. E. C. (2016). The current state of research on ayahuasca: A systematic review of human studies assessing psychiatric symptoms, neuropsychological functioning, and neuroimaging. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1230–1247. <https://doi.org/10.1177/0269881116652578>

- Duarte, P. do C. A. V., Stempliuk, V. de A., & Barroso, L. P. (2009). *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Brasília. Retrieved from <https://obid.senad.gov.br/dados-informacoes-sobre-drogas/pesquisa-e-estatisticas/populacao-geral/rdb-2009-pt.pdf>
- Dvorak, R. D., Sargent, E. M., Kilwein, T. M., Stevenson, B. L., Kuvaas, N. J., & Williams, T. J. (2014). Alcohol use and alcohol-related consequences: Associations with emotion regulation difficulties. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 40*(2), 125–130. <https://doi.org/10.3109/00952990.2013.877920>
- Echer, I. C., Corrêa, A. P. A., Lucena, A. de F., Ferreira, S. A. L., & Knorst, M. M. (2011). Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(1). Retrieved from <https://www.redalyc.org/html/2814/281421953024/>
- Esper, L. H., Corradi-Webster, C. M., Carvalho, A. M. P., & Furtado, E. F. (2013). Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: Características sociodemográficas e clínicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 34*(2), 93–101. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000200012>
- Extremera, N., & Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life of middle-aged women. *Psychological Reports, 91*(1), 47–59. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.1.47>
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., & Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). Version 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema, 18*(Suppl), 42–48. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17295956>
- Fan, H., Jackson, T., Yang, X., Tang, W., & Zhang, J. (2010). The factor structure of the Mayer–Salovey–Caruso Emotional Intelligence Test V 2.0 (MSCEIT): A meta-analytic structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences, 48*(7), 781–785. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.02.004>
- Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., Castillo, R., & Extremera, N. (2012). Gender differences in emotional intelligence: The mediating effect of age. *Behavioral Psychology, 20*(1), 77–89. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/230887032>
- Fernández-Serrano, M. J., Lozano, Ó., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2010). Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug and Alcohol Dependence, 109*(1–3), 57–64. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.007>
- Formigoni, M. L. O. de S. (2018). *SUPERA: Efeitos de substâncias psicoativas*. (M. L. O. de

S. Formigoni, Ed.). São Paulo: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

- Formigoni, M. L. O. de S., Galduróz, J. C. F., de Micheli, D., & Carneiro, A. P. L. (2018). Álcool: Efeitos agudos e crônicos. In M. L. O. de S. Formigoni (Ed.), *SUPERA: Efeitos de substâncias psicoativas* (pp. 46–75). São Paulo: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Fox, H. C., Bergquist, K. L., Casey, J., Hong, K. A., & Sinha, R. (2010). Selective cocaine-related difficulties in emotional intelligence: Relationship to stress and impulse control. *The American Journal on Addictions, 20*(2), 151–160. <https://doi.org/10.1111/j.1521-0391.2010.00108.x>
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Locatelli, D. P., & de Souza, A. B. (2017). Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Peculiaridades regionais e populações específicas. In P. do C. A. V. Duarte & M. L. O. de S. Formigoni (Eds.), *SUPERA - O uso de substâncias psicoativas no Brasil* (12th ed., pp. 93–112). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Ghee, A. C., & Johnson, C. S. (2008). Emotional intelligence: A moderator of perceived alcohol peer norms and alcohol use. *Journal of Drug Education, 38*(1), 71–83. <https://doi.org/10.2190/DE.38.1.f>
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books. Retrieved from https://books.google.com.br/books?id=NGOCx6o-ERQC&hl=pt-BR&source=gbs_similarbooks
- Graeff, F. G. (1989). *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. São Paulo: E.P.U.
- Greaves, L. (2015). The meanings of smoking to women and their implications for cessation. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12*(2), 1449–1465. <https://doi.org/10.3390/ijerph120201449>
- Grewal, D., & Salovey, P. (2005). Feeling smart: The science of emotional intelligence. *American Scientist, 93*(4), 330–339. <https://doi.org/10.1511/2005.54.969>
- Gruber, S. A., Rogowska, J., & Yurgelun-Todd, D. A. (2009). Altered affective response in marijuana smokers: An fMRI study. *Drug and Alcohol Dependence, 105*(1–2), 139–153. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.06.019>
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist, 58*(1), 78–79. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.78>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). Pesquisa Nacional de Saúde. Retrieved October 24, 2017, from <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>

Instituto Nacional de Câncer. (2011). *Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab: relatório Brasil*. (Organização Pan-Americana de Saúde, Ed.). Rio de Janeiro: INCA.

Instituto Nacional de Câncer. (2018). Mortalidade no Brasil - Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Retrieved June 4, 2019, from <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/mortalidade-brasil>

International Test Commission. (2005). *International guidelines on computer-based and internet delivered testing*. Granada, Espanha: International Test Commission.

Jesus Jr., A. G., & Noronha, A. P. P. (2007). Inteligência emocional e provas de raciocínio: Um estudo correlacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 480–489. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000300016>

Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95(1), 54–78. <https://doi.org/10.1037/a0017286>

Kometer, M., Schmidt, A., Bachmann, R., Studerus, E., Seifritz, E., & Vollenweider, F. X. (2012). Psilocybin biases facial recognition, goal-directed behavior, and mood state toward positive relative to negative emotions through different serotonergic subreceptors. *Biological Psychiatry*, 72(11), 898–906. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.04.005>

Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance Use & Misuse*, 45(7–8), 1131–1160. <https://doi.org/10.3109/10826080903567855>

Laranjeira, R. (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)*. São Paulo: UNIFESP. Retrieved from <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relatório.pdf>

Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Johnson, K., & Gregor, K. (2010). Perceived physical health and heart-focused anxiety among daily adult cigarette smokers: Associations with affect-relevant smoking motives and outcome expectancies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(1), 11–23. <https://doi.org/10.1080/16506070902767621>

- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Gómez Benito, J., & Fernández Castro, J. (2004). *Ansiedad y estrés : Una revista multidisciplinar de psicología, medicina, neurociencias y ciencias sociales. Ansiedad y estrés, ISSN 1134-7937, Vol. 10, N° 1, 2004, págs. 29-41* (Vol. 10). Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1154241>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., & Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema, 18 Suppl*, 95–100. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17295964>
- MacCann, C., Joseph, D. L., Newman, D. A., & Roberts, R. D. (2014). Emotional intelligence is a second-stratum factor of intelligence: Evidence from hierarchical and bifactor models. *Emotion, 14*(2), 358–374. <https://doi.org/10.1037/a0034755>
- Marcon, C., Silva, L. A. M. da, Moraes, C. M. B. de, Martins, J. S., & Carpes, A. D. (2012). Uso de anfetaminas e substâncias relacionadas na sociedade contemporânea. *Disciplinarum Scientia, 13*(2), 247–263. Retrieved from <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1018/963>
- Marshall, E. C., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., Gregor, K., Gibson, L. E., & Leyro, T. M. (2008). Panic reactivity to voluntary hyperventilation challenge predicts distress tolerance to bodily sensations among daily cigarette smokers. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 16*(4), 313–321. <https://doi.org/10.1037/a0012752>
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality, 17*(1), 3–13. <https://doi.org/10.2190/68VD-DFXB-K5AW-PQAY>
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence, 27*(4), 267–298. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology, 59*(1), 507–536. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is Emotional Intelligence? In *Emotional Development and emotional intelligence* (1st ed., pp. 3–31). New York: Basic Books. Retrieved from http://ei.yale.edu/wp-content/uploads/2014/02/pub219_Mayer_Salovey_1997.pdf
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: New ability or

- eclectic traits? *American Psychologist*, 63(6), 503–517. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.6.503>
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Cherkasskiy, L. (2011). Emotional Intelligence. In R. J. Sternberg & S. B. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Intelligence* (pp. 528–549). Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., & Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion (Washington, D.C.)*, 3(1), 97–105. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12899321>
- McGrew, K. S. (2009). CHC theory and the human cognitive abilities project: Standing on the shoulders of the giants of psychometric intelligence research. *Intelligence*, 37(1), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.intell.2008.08.004>
- McIntyre, M. H., & Edwards, C. P. (2009). The early development of gender differences. *Annual Review of Anthropology*, 38(1), 83–97. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-091908-164338>
- Miguel, F. K., Zuanazzi, A. C., & Bueno, J. M. K. (2019). Avaliação da inteligência emocional e da personalidade: Aproximações e distinções. In M. N. Baptista, M. Muniz, C. T. Reppold, C. H. S. S. Nunes, L. F. Carvalho, R. Primi, ... L. Pasquali (Eds.), *Compêndio de avaliação psicológica* (pp. 532–540). Petrópolis: Vozes.
- Miguel, F. K., & Bueno, J. M. H. (2016). Inteligência Emocional. In F. K. Miguel, J. M. H. Bueno, L. F. Carvalho, D. Bartholomeu, & J. M. Montiel (Eds.), *Atualização em avaliação e tratamento das emoções vol. 2: As emoções e seu processamento normal e patológico*. (1st ed., pp. 35–49). São Paulo: Vetor.
- Miguel, F. K., Finoto, B. A. da S., & Miras, B. D. (2013). Percepção emocional e traços de personalidade. *Encontro: Revista de Psicologia*, 16(24), 107–120.
- Miguel, F. K., Ogaki, H. A., Inaba, C. M., & Ribeiro, D. de O. (2013). Percepção emocional e inteligência: Contribuições para o modelo CHC. *Revista Sul-Americana de Psicologia*, 1(1), 36–47. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2318-650X2013000100004
- Miguel, F. K., & Pessotto, F. (2016). Projective aspects on cognitive performance: Distortions in emotional perception correlate with personality. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 29(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s41155-016-0036-6>

- Miguel, F. K., & Primi, R. (2014). Estudo psicométrico do Teste Informatizado de Percepção de Emoções Primárias. *Avaliação Psicológica*, 13(1). Retrieved from <http://www.redalyc.org/html/3350/335030683002/>
- Miguel, F. K., & Wiltenburg, T. D. (2018). *Estudo da estrutura fatorial do Questionário Online de Regulação Emocional*. Londrina: Artigo Publicado no I Congresso do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UEL. Retrieved from <http://www.anais.uel.br/portal/index.php/ppgpsi/article/view/274>
- Mihic, S. J., & Harris, R. A. (2012). Hipnóticos e sedativos. In *As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman* (12th ed., p. 2101). Porto Alegre: Grupo A - AMGH. Retrieved from <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=qsx4cIAwwtcC&oi=fnd&pg=PA456&dq=hipnóticos+e+sedativos&ots=knlipfDV8T&sig=eNiyMB4T1QDnw8usgM6hF8YsZpI#v=onepage&q=hipnóticos+e+sedativos&f=false>
- Milivojevic, V., Sinha, R., Morgan, P. T., Sofuoglu, M., & Fox, H. C. (2014). Effects of endogenous and exogenous progesterone on emotional intelligence in cocaine-dependent men and women who also abuse alcohol. *Human Psychopharmacology*, 29(6), 589–598. <https://doi.org/10.1002/hup.2446>
- Nagler, U. K. J., Reiter, K. J., Furtner, M. R., & Rauthmann, J. F. (2014). Is there a “dark intelligence”? Emotional intelligence is used by dark personalities to emotionally manipulate others. *Personality and Individual Differences*, 65, 47–52. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2014.01.025>
- Nategh, E., & Minakari, M. (2009). A comparative study of emotional intelligence in addiction to opium and non-addicted men. *Research on Addiction*, 2(8), 121–134. Retrieved from http://etiadjohi.ir/browse.php?a_code=A-10-372-136&slc_lang=en&sid=1
- Nelson, J. P., & McNall, A. D. (2016). Alcohol prices, taxes, and alcohol-related harms: A critical review of natural experiments in alcohol policy for nine countries. *Health Policy*, 120(3), 264–272. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.018>
- Noto, A. R., & Formigoni, M. L. . (2002). Drogas psicotrópicas e a política de saúde pública no Brasil. *Ciência Hoje*, 181(4), 34–40.
- Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. (2018a). Anfetaminas, Anticolinérgicos e Álcool. Retrieved March 26, 2018, from <https://www.obid.senad.gov.br/drogas-a-a-z/anfetaminas-anticolinergicos-e-alcool>
- Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. (2018b). Calmantes e Sedativos.

- Retrieved March 26, 2018, from <https://www.obid.senad.gov.br/drogas-a-a-z/calmantes-e-sedativos>
- Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. (2018c). LSD. Retrieved March 26, 2018, from <https://www.obid.senad.gov.br/drogas-a-a-z/lsd>
- Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. (2018d). Ópio e Morfina. Retrieved March 26, 2018, from <https://www.obid.senad.gov.br/drogas-a-a-z/opio-e-morfina>
- Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas. (2018e). Solventes ou Inalantes. Retrieved March 13, 2018, from <https://obid.senad.gov.br/drogas-a-a-z/solventes-ou-inalantes>
- Oliveira, A. E. N. de A., & Bueno, J. M. H. (2013). Construção e avaliação das propriedades psicométricas de um instrumento para avaliação do conhecimento emocional. Maceió: VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Retrieved from http://www.ibapnet.org.br/congresso2013/lista_trabalhos_poster.php
- Oliveira, T. V. S., Huss, E. Y., Zuanazzi, A. C., & Miguel, F. K. (2015). Comparação dos níveis de percepção emocional em diferentes faixas etárias. In Anais do V Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica (Ed.). São Paulo: Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.
- Olofsson, J. K., Gospic, K., Petrovic, P., Ingvar, M., & Wiens, S. (2011). Effects of oxazepam on affective perception, recognition, and event-related potentials. *Psychopharmacology*, 215(2), 301–309. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2141-z>
- Organização de Saúde Pan-Americana. (2019). About the Tobacco Control Program. Retrieved June 4, 2019, from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1318:about-tobacco-control-program&Itemid=1187&lang=en
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- Papazisis, G., Tsakiridis, I., Pourzitaki, C., Apostolidou, E., Spachos, D., & Kouvelas, D. (2018). Nonmedical use of prescription medications among medical students in Greece: Prevalence of and motivation for use. *Substance Use & Misuse*, 53(1), 77–85. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1325373>
- Peixoto, I., Muniz, M., Miguel, F. K., & Bueno, J. M. H. (n.d.). Evidências de validade para o

teste de compreensão emocional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*.

- Peña-Sarrionandia, A., Mikolajczak, M., & Gross, J. J. (2015). Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions: A meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *6*, 160. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00160>
- Perea-Baena, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Oña-Compan, S. (2011). Depressive mood and tobacco use: Moderating effects of gender and emotional attention. *Drug and Alcohol Dependence*, *119*(3), e46–e50. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.029>
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, *15*(6), 425–448. <https://doi.org/10.1002/per.416>
- Primi, R. (2003). Inteligência: Avanços nos modelos teóricos e nos instrumentos de medida. *Avaliação Psicológica*, *2*(1), 67–77. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712003000100008
- Rabinak, C. A., Sripada, C. S., Angstadt, M., de Wit, H., & Phan, K. L. (2012). Cannabinoid modulation of subgenual anterior cingulate cortex activation during experience of negative affect. *Journal of Neural Transmission*, *119*(6), 701–707. <https://doi.org/10.1007/s00702-011-0747-x>
- Raisjouyan, Z., Talebi, M., Ghasimi Shahgaldi, F., & Abdollahian, E. (2014). Investigating the effect of emotional intelligence on the addiction relapse after quitting. *Asia Pacific Journal of Medical Toxicology*, *3*(1), 27–30. <https://doi.org/10.22038/APJMT.2014.2467>
- Reay, J. L., Hamilton, C., Kennedy, D. O., & Scholey, A. B. (2006). MDMA polydrug users show process specific central executive impairments coupled with impaired social and emotional judgement processes. *Journal of Psychopharmacology*, *20*(3), 385–388. <https://doi.org/10.1177/0269881106063269>
- Ribeiro, D. do R., & de Carvalho, D. S. (2015). O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *64*(3), 221–229. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000082>
- Riley, H., & Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, *33*(4), 391–398. <https://doi.org/10.2190/6DH9-YT0M-FT99-2X05>
- Roberts, R D, Zeidner, M., & Matthews, G. (2001). Does emotional intelligence meet

- traditional standards for an intelligence? Some new data and conclusions. *Emotion (Washington, D.C.)*, 1(3), 196–231. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12934681>
- Roberts, R. D., Maccann, C., Guil, R., & Mestre, J. M. (2016). Reimagining emotional intelligence: A healthy, much needed, and important progression for the field. *Emotion Review*, 8(4), 334. <https://doi.org/10.1177/1754073916650506>
- Roberts, T. (1991). Gender and the influence of evaluations on self-assessments in achievement settings. *Psychological Bulletin*, 109(2), 297–308. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2034753>
- Romero-Ayuso, D., Mayoral-Gontán, Y., & Triviño-Juárez, J.-M. (2016). Emotional intelligence and risk perception in abstinent cocaine dependent individuals. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44(2), 72–78. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/280087370_Emotional_intelligence_risk_perception_in_abstinent_cocaine_dependent_individuals_Inteligencia_emocional_y_percepcion_de_riesgo_en_consumidores_de_cocaina_en_periodo_de_abstinencia_Actas_Espanolas_de_
- Rosa, M. I. da, Caciatori, J. F. F., Panatto, A. P. R., Silva, B. R., Pandini, J. C., Freitas, L. B. S. de, ... Simões, P. W. T. de A. (2014). Uso de tabaco e fatores associados entre alunos de uma universidade de Criciúma (SC). *Cadernos Saúde Coletiva*, 22(1), 25–31. <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400010005>
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
- Sanches, R. F., de Lima Osório, F., dos Santos, R. G., Macedo, L. R. H., Maia-de-Oliveira, J. P., Wichert-Ana, L., ... Hallak, J. E. C. (2016). Antidepressant effects of a single dose of ayahuasca in patients with recurrent depression: A SPECT study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 36(1), 77–81. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000436>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707–717. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300027>
- Schneider, W. J., & McGrew, K. S. (2018). The Cattell-Horn-Carroll theory of cognitive abilities. In D. P. Flanagan & E. M. McDonough (Eds.), *Contemporary intellectual assessment: Theories, tests, and issues* (4th ed., pp. 73–163). New York: Guilford Press.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., & Hine, D. W. (2011). The association of ability and trait emotional intelligence with alcohol problems. *Addiction Research & Theory*, 19(3), 260–

265. <https://doi.org/10.3109/16066359.2010.512108>

- Souza, E. R. de, Schenker, M., Constantino, P., & Correia, B. S. C. (2013). Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 667–676. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300012>
- Tomczak, V. M. (2010). *The impact of emotional intelligence on substance abuse and delinquency in a college sample: the comparison of emotional intelligence traits versus abilities*. University of Alabama. Retrieved from http://libcontent1.lib.ua.edu/content/u0015/0000001/0000338/u0015_0000001_0000338.pdf
- Toscano Júnior, A. (2001). Adolescência e drogas. In *Dependência de drogas* (pp. 283–302). São Paulo: Atheneu.
- Trinidad, D. R., & Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95–105. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00008-3)
- Ueno, M., Yamada, K., & Ichitani, Y. (2017). The relationship between fear extinction and resilience to drug-dependence in rats. *Neuroscience Research*, 121, 37–42. <https://doi.org/10.1016/j.neures.2017.03.006>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2017). *World Drug Report*. United Nations Publication.
- Wesley, M. J., Lile, J. A., Hanlin, C. A., & Porrino, L. J. (2016). Abnormal medial prefrontal cortex activity in heavy cannabis users during conscious evaluation. *Psychopharmacology*, 233(6), 1035–1044. <https://doi.org/10.1007/s00213-015-4180-y>
- Wood, C. M., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., & Dongil, E. (2009). Ansiedad y Tabaco. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 213–231. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300003
- World Health Organization. (2010). *The Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) : Manual for use in primary care*. (R. Humeniuk, S. Henry-Edwards, & M. G. Ali, Robert; Poznyak, Vladimir; Monteiro, Eds.). World Health Organization.
- Woyciekoski, C., & Hutz, C. S. (2009). Inteligência emocional: Teoria, pesquisa, medida, aplicações e controvérsias. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100002>

Zahradnik, M., & Stewart, S. H. (2008). Anxiety disorders and substance use disorder comorbidity. In *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp. 565–575). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195307030.013.0043>

ANEXOS

ANEXO A

Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST

Nome: _____ Registro _____

Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)

d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)

e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)

i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc</i>), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MESESALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU O UASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>) e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>)?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME <u>SOMENTE</u> das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

“Componentes da Inteligência Emocional Associados ao Uso e Abuso de Tabaco, Álcool e Drogas Ilícitas”

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa “COMPONENTES DA INTELIGÊNCIA EMOCIONAL ASSOCIADOS AO USO E ABUSO DE TABACO, ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS”, a ser realizada “**online**”. O objetivo da pesquisa é “identificar quais os possíveis componentes da inteligência emocional associados ao uso e abuso de tabaco, álcool e drogas ilícitas”. Sua participação é muito importante e ela se daria da seguinte forma: você será convidado a responder três testes que abordarão aspectos da inteligência emocional, um questionário que abordará questões sobre uso de substâncias, e um questionário sócio demográfico. O primeiro teste abordará questões sobre como você vivencia suas emoções, e levará aproximadamente 5 minutos para respondê-lo. O segundo teste abordará questões sobre como você percebe as emoções: ele consiste na apresentação de vídeos curtos de pessoas expressando emoções, e sua tarefa será identificá-las. Este teste levará aproximadamente 15 minutos para respondê-lo. O terceiro teste abordará questões sobre o que está acontecendo com personagens em diversas situações. Este teste levará aproximadamente 10 minutos para respondê-lo. O questionário sobre uso de substâncias pergunta sobre a frequência de utilização de algumas drogas e levará aproximadamente 10 minutos para respondê-lo, e o questionário sociodemográfico, 1 minuto.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

O benefício que este trabalho poderá trazer aos participantes não é direto ou imediato, mas os resultados poderão contribuir para o melhor entendimento das questões emocionais envolvidas no uso e abuso de tabaco, álcool e drogas ilícitas.

Quanto aos riscos decorrentes de sua participação na pesquisa, estes são mínimos, e você poderá sentir algum desconforto ao responder as perguntas sobre uso de substâncias. Por isso, recomendamos que você responda à esta pesquisa quando estiver sozinho. Você também pode sentir cansaço devido ao tempo de resposta dos testes. Nesse caso, você pode parar e retomar mais tarde, ou em outro dia.

Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, você poderá contatar a pesquisadora Thaís Distéfano Wiltenburg, residente à rua João Huss, 855, Londrina, PR, telefone (43) 3066-9668 ou (43) 99821-0105, e-mail: thais_distefano@hotmail.com ou seu orientador, professor Dr. Fabiano Koich Miguel, telefone (43) 99157-4702, e-mail: fabiano@avalpsi.com.br, ou então procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao LABESC – Laboratório Escola, no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail: cep268@uel.br.

Londrina, ____ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

Thaís Distéfano Wiltenburg

RG: 10.209.944-3

Você concorda em participar desta pesquisa?

Ao clicar em “Sim” você declara que leu as informações acima e está de acordo em participar da pesquisa de forma voluntária e anônima.

Sim

Não