



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

Perceção do risco e consumo de *cannabis*:  
Um estudo com adolescentes e jovens adultos

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

**Marta Isabel Oliveira Simões**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

DEZEMBRO 2019



CATÓLICA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

Perceção do risco e consumo de *cannabis*:  
Um estudo com adolescentes e jovens adultos

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

**Marta Isabel Oliveira Simões**

Sob a Orientação do Prof. Doutor **Paulo César  
Azevedo Dias**

## **Agradecimentos**

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem a influência de grandes pessoas que me rodeiam, e por isso quero agradecer a cada um.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha estrela guia, ao meu Avô, que a meio do meu estágio partiu sem aviso prévio. O grande pilar da minha casa falhou-me num momento de muita ansiedade, mas por outro lado senti uma força inexplicável que me dizia “tu és capaz!”. Obrigada pelo teu apoio, sem ti não seria capaz Avô Zé. Mas como uma casa não se segura só com um pilar, também tenho que agradecer à minha Avó, que por várias vezes me via em baixo e conseguia ter as palavras sábias, dizendo que tem muito orgulho nas netas. Agradeço também à minha irmã, que desde sempre foi um exemplo para mim, lutadora, persistente, a minha confidente. Agradeço aos meus pais por todo o apoio e força que me deram para a conclusão desta etapa. Ao meu namorado que me acompanha desde o início e sempre procurou formas de me ajudar.

Agradeço ao meu orientador, Prof. Doutor Paulo César Azevedo Dias, por todo o apoio, preocupação, partilha de conhecimentos e empenho nesta investigação.

Por fim, quero agradecer à minha grande companheira de estágio, Beatriz Fernandes. Com as nossas diferenças sempre nos completamos e se não fosses tu, o teu companheirismo, a tua amizade, a tua veia de perfeccionista e o teu traço de ansiedade, certamente não teria tido um percurso tão rico.

Agradeço a todos, que de forma direta ou indireta contribuíram para a conclusão do meu estágio.

Obrigada de coração!

## Resumo

O *cannabis* é a droga ilícita mais consumida em Portugal nas várias faixas etárias, o que se pode justificar com o facto desta substância ser vista como uma “droga leve” – sem grandes riscos sobre o consumo - e também por esta substância ser considerada como a mais fácil/acessível de acederem num período de 24 horas, sem grandes consequências para o consumidor comparativamente a outras drogas. Assim, o presente estudo foca-se na percepção de risco do consumo de *cannabis* dos adolescentes e jovens adultos, de modo a perceber se o consumo desta substância é condicionado pela noção (ou falta dela) dos riscos associados ao uso de *cannabis*. Para isso, recorremos a um Questionário Sociodemográfico, um questionário sobre o consumo de *cannabis* e sobre a percepção de risco. Os instrumentos foram aplicados a 306 sujeitos, a maioria do género feminino (n = 208, 68%), com idades entre os 16 e os 53 (M=17, DP=4.51). Os resultados permitem perceber que quanto maior é a frequência de consumo de *cannabis*, menor é a percepção de risco associado a esta substância. Também se verificaram diferenças entre o género, ou seja, as raparigas têm uma maior percepção de risco em relação aos rapazes. De igual modo deu para perceber que há diferenças entre a escolaridade, em que quanto mais instruído for o sujeito, maior percepção existe sobre os riscos de *cannabis*. Assim sendo, tal como a literatura nos tem evidenciado, pode-se concluir neste estudo que há uma menor percepção dos riscos do consumo de *cannabis* junto dos consumidores mais frequentes.

**Palavras-Chave:** *Cannabis*; Percepção de risco; Consumo; Adolescentes; Jovens Adultos.

## Abstract

Cannabis is the most commonly used illicit drug in Portugal in the various age groups, which can be justified by the fact that this substance is seen as a “light drug” - without major risks to use - and also because this substance is considered as the easier / affordable to access within 24 hours, with no major consumer consequences compared to other drugs. Thus, the present study focuses on the risk perception of *cannabis* use among adolescents and young adults, in order to understand whether the use of this substance is conditioned by the notion (or lack thereof) of the risks associated with *cannabis* use. For this study we used a sociodemographic questionnaire (self-answer), a questionnaire on *cannabis* use and a set of questions to assess the perception of risk. The instruments were applied in paper format and in digital format to 306 subjects of secondary, professional and university education, being 98 male (32%) and 208 females (68%). Participants ranged in age from 16 to 53 (M = 17, SD = 4.51). The results show that the higher the frequency of cannabis use, the lower the risk perception associated with this substance. There were also gender differences, that is, girls have a higher risk perception than boys. Similarly, you can see that there are differences between education, in which the more educated is, the greater the perception of cannabis risks. Thus, as the literature has shown us, it can be concluded from this study that there is a lower perception of the risks of cannabis use among the most frequent consumers.

**Keywords:** Cannabis; Risk perception; Consumption; Teenagers; Young adults.

## Índice

Índice de tabelas .....	6
Introdução .....	7
1. Conceptualização teórica .....	8
1.1. <i>Cannabis</i> : Consumo.....	8
1.2. Conceptualização do consumo.....	9
1.3. Fatores de Risco para o consumo.....	10
1.4. Percepção de risco e consumo de <i>cannabis</i> .....	11
2. O presente estudo .....	14
2.1. Objetivo geral.....	15
2.2. Objetivos específicos .....	15
2.3. Amostra.....	15
3. Metodologia .....	16
3.1. Instrumentos.....	16
3.1.1. Questionário sociodemográfico: .....	16
3.1.2. Consumo .....	17
3.1.3. Percepção de Risco .....	17
3.2. Procedimentos .....	17
3.3. Análise dos dados.....	18
3.4. Resultados .....	19
3.4.1. Estudos Descritivos sobre as Percepções de Risco.....	19
3.4.2. Estudos Descritivos sobre a Frequência de Consumos.....	20
3.4.3. Relação entre as Percepções de Risco e a Idade dos Participantes.....	22
3.4.4. Relação entre a percepções de risco e as variáveis de gênero, acadêmicas e familiares.....	23
3.4.5. Relação entre a Percepção de Risco e os Consumos .....	25
4. Discussão .....	27
Conclusão .....	30
Referências .....	31

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Descrição da amostra.....	15
<b>Tabela 2.</b> Estatística descritiva da percepção de risco.....	20
<b>Tabela 3.</b> Frequências do consumo de cannabis .....	21
<b>Tabela 4.</b> Percepção de risco em função da idade.....	22
<b>Tabela 5.</b> Percepção de risco em função do género.....	24
<b>Tabela 6.</b> Percepção de risco em função do consumo.....	26

## Introdução

Este estudo visa avaliar a percepção de risco dos adolescentes e jovens adultos associados ao consumo de *cannabis*. Segundo Carapinha, Balsa, Vital e Urbano (2015) o *cannabis* está incluído no quadro do consumo de alto risco de drogas, ou seja, está associado a um consumo problemático - consumo regular e de longa duração, referindo ainda que esta é a droga que predomina a população mundial em geral (Carapinha, Balsa, Vital, & Urbano, 2015). Especificamente em Portugal, segundo o SICAD (2014) a droga ilícita mais consumida nas diferentes faixas etárias era o *cannabis* (2.7%), seguido pelo *ecstasy* (0.3%) e pela cocaína (0.2%), acrescentando também que o *cannabis* era segundo os jovens portugueses (49% dos entrevistados) a droga mais fácil de acederem num período de 24 horas. Fonseca (2010) concluiu no seu estudo à população adolescente portuguesa que o consumo de *cannabis* é raro iniciar-se nesta faixa etária, contudo aumenta bastante com a idade sendo mais prevalente nos rapazes. O mesmo autor refere ainda que na adolescência é mais comum o uso de drogas lícitas em Portugal e posteriormente há uma tendência para a progressão para as drogas ilícitas como é o caso da *cannabis*, podendo-se afirmar que esta droga geralmente é precedida pelo consumo de álcool ou tabaco (drogas lícitas).

A planta *cannabis* tem três variedades diferentes, a *cannabis sativa*, a *cannabis indica* e a *cannabis ruderalis*, sendo a primeira variedade (*cannabis sativa*) a mais utilizada há vários séculos, por diferentes culturas e com fins diferentes. Esta planta tem vindo a ser aproveitada para alimentação, rituais religiosos e práticas medicinais, sendo a primeira vez referenciada pela comunidade chinesa (há 2000 anos) que descobriram as capacidades terapêuticas desta planta (Honório & Silva, 2006).

O consumo de *cannabis* tem vindo a aumentar ao longo dos anos junto da população mais jovem, o que segundo Gonçalves e Schlichting (2014) pode-se justificar pelo facto de esta ser considerada uma “droga leve” ou seja, com menos consequências comparativamente a outras drogas. Segundo um estudo realizado a jovens na Austrália de Coffey e Patton (2016) as consequências do consumo desta substância centram-se em problemas escolares (insucesso/abandono escolar), em problemas sociais, na progressão para o consumo de outras substâncias e em problemas de saúde mental persistentes, pelo que quanto mais cedo se iniciar o consumo de *cannabis* mais graves se tornam as consequências.

Assim sendo, este trabalho teve como objetivo compreender a percepção do risco assim como o consumo que os adolescentes e jovens adultos têm sobre a *cannabis* visto que tem sido uma droga que tem merecido um grande destaque sobre os investigadores porque é tida como a droga da moda, não só no uso recreativo, mas também devido às crenças associadas aos benefícios medicinais assim como a nível industrial visto que a *cannabis* pode ser utilizada com matéria-prima para a confeção de muitos produtos, como por exemplo cosméticos, produtos de higiene pessoal, de limpeza, tintas, vernizes entre outros, como é referido por Gusmão (2016).

Deste modo, o trabalho está organizado em três partes distintas, a conceptualização teórica, a parte empírica e a discussão dos resultados. A conceptualização teórica dedica-se à compreensão do consumo de *cannabis*, assim como a percepção de risco associado a este. Na parte empírica apresentamos os objetivos do estudo e a metodologia adotada (amostra, instrumentos, procedimentos, análise estatística e resultados). Por último, centramo-nos na discussão dos resultados obtidos e as principais conclusões.

## **1. Conceptualização teórica**

### **1.1. *Cannabis*: Consumo**

Zuardi, Crippa, e Guimarães, (2008, citado por Cruz, Vargens, Infurna, Garcez, & Mathias 2009) referem que há evidências desde 4000 a. C. da utilização da *cannabis*. Segundo os mesmos autores há referências de que esta planta (*cannabis*) foi utilizada como matéria-prima para a confeção tecidos, papel, cordas, também funcionava como alimento, era utilizado em medicamentos e posteriormente integrada em rituais religiosos e uso recreativo. No início do século XX o consumo da *cannabis* foi considerada nociva e por essa razão foi proibido o consumo desta substância em grande parte do mundo (Cruz, Vargens, Infurna, Garcez, & Mathias 2009).

Os mesmos autores fazem referência ao capítulo “*cannabis* e stresse pós-traumático” como inovador, mas ao mesmo tempo provocativo, pois neste capítulo aborda-se a possibilidade de investigar o uso da *cannabis* ou algumas das suas propriedades na terapia desta perturbação. Segundo o livro já referido, os autores relatam pesquisas de derivados de *cannabis* em animais e constaram que os *endocanabinoides* presentes nas áreas cerebrais relacionadas com a memória, têm influência na extinção de memórias aversivas.

A planta *cannabis* tem também uso no ramo medicinal, em alguns estados americanos e em países como a Holanda e a Bélgica, como é descrito por Honório e Silva (2006) que defendem que estes medicamentos ajudam a aliviar sintomas relacionados com o tratamento de várias doenças, como por exemplo do cancro, AIDS, da esclerose múltipla, da síndrome de Tourette. Oncologistas e portadores de cancro são apologistas da utilização da *cannabis* (mais precisamente do seu principal componente psicoativo) porque apesar de este ter um efeito menor (que pode ser aumentado se for associado a outros fármacos) do que outros medicamentos, consegue ser mais eficaz do que os outros, nos pacientes de quimioterapia que apresentam náuseas e vômitos (Honório & Silva, 2006).

Por fim, Balsa (2004) menciona o uso recreativo da *cannabis* que ocorre essencialmente em festas, visto que este consumo está mais associado a situações de lazer, em rituais de passagem/iniciação de alguma atividade, ocorrem em festas comuns, como por exemplo na passagem de ano, festas académicas, despedidas de solteiro, entre outros ambientes festivos. Niel e Silveira (2008) referem ainda que a droga que é mais consumida de forma fumada no nosso meio é a maconha (*cannabis*).

## **1.2. Conceptualização do consumo**

O modelo do comportamento planeado surge associado ao consumo de *cannabis* e como é mencionado por Conner e McMillan (1999) este modelo prediz que há fatores que determinam a decisão de um indivíduo em adotar ou manter um comportamento em específico, defendendo também que o que determina o comportamento de uma pessoa é a intenção comportamental (o que a pessoa pretende ou planeia fazer). Explicando melhor, Conner e McMillan (1999) referem que a própria intenção de um comportamento é gerida por três fatores, primeiro pela atitude que se tem em relação ao comportamento, ou seja é uma junção das crenças pessoais sobre os possíveis resultados daquela ação, funcionando como uma avaliação pessoal da ação, o segundo fator é a pressão social percebida como uma norma subjetiva para realizar o comportamento, pois a norma subjetiva é vista como sendo determinada por crenças normativas de pessoas/grupos específicos que acreditam sobre determinado comportamento (Conner, Martin, Silverdale, & Grogan, 1996, citado por Conner & McMillan, 1999). O terceiro fator remete para a perceção que o indivíduo tem sobre o seu comportamento, como sugere Ajzen (1988, citado por Conner & McMillan, 1999)

visto que o controlo do individuo sobre o seu comportamento poderá prever a intenção comportamental, ou seja, quando o individuo tem este controlo pode evitar comportamentos aditivos por exemplo. Este modelo já foi empregue em vários estudos em relação ao *cannabis* e com resultados satisfatórios para o modelo em questão (Conner & McMillan, 1999).

Por fim, o modelo de crenças da saúde, que segundo Ogden (2004) foi primeiramente desenvolvida por Rosenstock em 1966 e depois por Beck e colaboradores nos anos 70 e 80 com o intuito de prevenir comportamentos relacionados com a saúde, mas também com auxílio no tratamento de doentes agudos e crónicos. Segundo Ogden (2004) este modelo defende que os comportamentos resultam das crenças associadas a este, ou seja a perceção que a pessoa tem sobre a vulnerabilidade face a doença, a gravidade da doença, os custos, assim como os benefícios associados a determinado comportamento, as pistas internas e externas para a ação e a motivação para a saúde (perceção do individuo em relação à sua saúde).

Barletta (2010) refere que algumas pesquisas referem que o facto de os indivíduos continuarem a ter comportamentos de risco deve-se à perceção distorcida que têm sobre os riscos associados aquele comportamento criando um otimismo irrealista. Ogden (2004) aponta quatro fatores cognitivos que corroboram este otimismo irrealista: “1) a falta de experiência pessoal do problema, 2) a crença de que o problema é facilmente prevenido pela ação individual, 3) a crença de que, se o problema ainda não apareceu, não irá aparecer no futuro e, 4) a crença de que o problema é pouco frequente” (p.36).

### **1.3. Fatores de Risco para o consumo**

Guxens, Nebot, Ariza e Ochoa (2007) numa revisão a vários estudos referem como fatores de risco para o consumo de *cannabis* uma diversidade de aspetos, tais como o contexto social e familiar, o desempenho educacional, a facilidade de acesso à droga no meio imediato, os modelos comportamentais dos pais e dos amigos (fontes de conflitos comportamentais) e existência de perturbações psicológicas. Os mesmos autores fazem ainda referência como os fatores de risco mais enunciados na literatura ser do sexo masculino, consumir tabaco e/ou álcool, relações problemáticas com os pais e os amigos consumirem *cannabis* (Guxens, Nebot, Ariza, & Ochoa, 2007). Outros fatores designados como de risco são a baixa escolaridade, baixo rendimento

económico, o isolamento social ou inserção num grupo de amigos consumidores (Leweke & Koethe 2008). Andrews, Hops, Ary, Tildesley e Harris (1993) referem que na investigação feita se verificou a existência de uma associação entre o consumo de *cannabis* pelas progenitoras e o início do consumo das filhas.

Leweke e Koethe (2008) defendem que indivíduos com perturbações ansiosas tendem a consumir a *cannabis* para reduzirem a sensação ansiosa e relaxarem, o que é contraditório pois o consumo exagerado de *cannabis* contribui para o aumento dos sintomas ansiosos. Leweke e Koethe (2008) referem também que pessoas com perturbação esquizofrénica ou perturbação bipolar também tendem a um maior consumo de *cannabis* (automedicam-se consumindo *cannabis*) para aliviar os sintomas das perturbações o que origina dependência por esta substância e por sua vez piora o quadro clínico inicial.

Henrique, Amorim, Cardoso, Mello e Damasceno (2019) referem a existência de estudos que evidenciam que o consumo da *cannabis* pode antecipar e intensificar as perturbações psicológicas principalmente em consumidores com predisposição para tal, sendo que correm um maior risco para desencadear episódios psicóticos agudos, danos cognitivos, alterações comportamentais e aumento dos sintomas e consequências negativas do decorrer da perturbação. Barrona (2017) reforça a ideia anterior defendendo que o consumo de *cannabis* contribui para o desenvolvimento de psicoses, existindo uma relação entre o consumo precoce (na adolescência) e o desenvolvimento de sintomas psicóticos (perturbações como a esquizofrenia).

Num estudo de Volkow e colaboradores (2016) concluíram que a *cannabis* é uma substância que traz efeitos a curto e a longo prazo, ou seja, há uma diminuição acentuada das capacidades de aprendizagens, atenção e memória, sendo que quando o consumo é continuado há uma afeção das funções executivas, um pior desenvolvimento em atividades que exijam função neuropsicológica e enfraquecimento das capacidades motoras e verbais.

#### **1.4. Perceção de risco e consumo de *cannabis***

O consumo de *cannabis* junto dos países desenvolvidos tem vindo a aumentar significativamente, principalmente entre os adolescentes, o que segundo Gonçalves e Schlichting (2014) pode-se justificar com o facto desta substância ser vista como uma “droga leve”, sem grandes consequências para o consumidor comparativamente a outras

drogas. Os mesmos autores sugerem que principalmente nas décadas de 60 e 70, o consumo de *cannabis* ganhou mais destaque quando foi associado nas bandeiras dos movimentos hippies, o que influenciou e ainda influencia comportamentos atuais, como os movimentos feministas, os direitos humanos, entre outros (Gonçalves & Schlichting 2014).

Segundo Guxens, Nebot, Ariza e Ochoa (2007) a droga ilícita mais consumida em toda a Europa é a *cannabis*. Os mesmos autores mencionaram ainda que ao longo dos anos tem havido um aumento significativo do consumo desta substância e que as estatísticas remetem para que pelo menos um em cada cinco jovem adulto já tenha consumido *cannabis* em alguma fase da sua vida, (Guxens, Nebot, Ariza, & Ochoa 2007). Portugal em relação aos vários países da Europa situa-se entre os que têm taxas mais baixas de prevalência de consumo tanto no caso das substâncias lícitas como as ilícitas, à exceção do consumo da heroína em que se assinala com a segunda maior taxa de consumo (Balsa, 2004). É ainda de referir que como Morales, Ariza, Nebot, Pérez e Sánchez (2008) concluíram, a *cannabis* é a droga ilícita mais consumida devido à grande facilidade de acesso, visto que no estudo em questão 9 em cada 10 escolas tinham alunos que conseguiram consumir *cannabis* através de um colega ou amigo e não tinham pago por isso.

Quando nos questionamos sobre os motivos do consumo percebemos que conforme um estudo realizado por Balsa (2004) o mais referenciado (42% dos inquiridos) é que os jovens consomem para os “ajudar a relaxar”, “atingir dimensões espirituais”, “melhorar o raciocínio”, “energia física para atividades de lazer”, e “energia física para trabalhar”. Outros inquiridos do mesmo estudo, associaram o consumo à necessidade de melhorar a nível social (reduzir a timidez, para ajudar a ser sociável) e também ao desejo de experimentar. Font-Mayolas, Gras e Planes (2006). Weiner, Sussman, McCuller, e Lichtman, (1999) reforçam a ideia afirmando que nove em cada dez consumidores de *cannabis* e mais de sete em cada dez ex-consumidores, acreditam que o consumo desta droga os ajuda a relaxar. Reforçam ainda que o principal motivo do consumo de *cannabis* entre os adolescentes é porque ajuda a aliviar o tédio ou uma forma de passar o tempo.

Kandel e colaboradores (1992 citado por Guxens, Nebot, Ariza, & Ochoa 2007) fazem referência a um modelo de trampolim para o consumo de drogas. Este modelo explica o consumo através de uma progressão, como num trampolim, em que começam

pelas drogas legais (primeiro salto mais baixo no trampolim) e posteriormente se “salta” para as drogas ilegais. Guxens, Nebot, Ariza e Ochoa (2007) referem ainda que este modelo explica a associação existente entre o consumo de tabaco e/ou álcool com o consumo de *cannabis*, pois iniciar pelas drogas legais funciona como um impulsionador para as drogas ilegais, tal e qual como acontece com um trampolim que incita a saltos mais altos. Patton, Coffey, Carlin, Sawyer e Lynskey (2005, citado por Guxens, Nebot, Ariza, & Ochoa, 2007) defendem que a associação entre as drogas legais e as drogas ilegais pode dever-se à forma do consumo, ou seja, no caso do tabaco pode ser derivado à busca de efeitos imediatos, enquanto no álcool pode ser devido aos aspetos de socialização do consumo. Contudo, este modelo também conhecido por *stepping stone* foi questionado por Tullis, Dupont, Frodt-Pineda e Gold (2003) que no estudo verificaram que o consumo de *cannabis* estava associado ao consumo de tabaco, pois em ambientes onde o consumo de *cannabis* é mais prevalente, pode-se constatar que este antecede o consumo de tabaco.

Lejckova e Csémy (2005) afirmam que a percepção de risco do consumo de substâncias é influenciada por vários fatores, como por exemplo o ambiente familiar e escolar, ou seja a postura que os pais e os amigos têm sobre o consumo, porém concluíram que os não-consumidores detêm uma maior percepção de risco associado ao consumo de *cannabis*, censurando o consumo de drogas, enquanto os consumidores de drogas lícitas (tabaco e álcool) são mais tolerantes ao consumo de drogas ilegais, contudo referem que há grande risco associado a um consumo continuado destas drogas ilícitas. Já os consumidores regulares de *cannabis* não relacionam grandes riscos com este consumo, defendendo que o uso de drogas é relativamente inofensivo (Lejckova & Csémy, 2005). Sussman e colaboradores (2004 citado por Grevenstein, Nagy & Kroeninger-Jungaberle, 2015) acrescentaram ainda que a percepção de risco é constituída por mitos e pelo envolvimento social, sendo que como já referido os consumidores associam menos riscos ao consumo de substâncias do que os não consumidores, o que segundo estes autores poderá ter a ver com o facto de estes (os usuários) considerarem que os riscos descritos não são assim tão graves e notórios. O facto de a *cannabis* ser considerada uma droga ilícita em vários países pode também influenciar na percepção de risco sobre esta substância (Grevenstein, Nagy, & Kroeninger-Jungaberle, 2015).

Num estudo realizado a 237 jovens adultos que detinham conhecimentos sobre os riscos relacionados com o consumo de *cannabis*, verificaram que o problema que foi

mais vezes referido (30.3%) o foi os problemas psicológicos – concentração, memória, motivação, com 21.5% foram referidos os problemas de saúde física/geral, como por exemplo problemas respiratórias, cancro e impotência (O’Callaghan, Reid, & Copeland, 2006). No mesmo estudo ainda foram mencionados problemas sociais, como prejuízo no desempenho académico ou laboral e problemas nos relacionamentos. Danseco, Kingery e Coggeshall (1999) concluíram na investigação que as raparigas têm uma maior perceção do risco do que os rapazes, assim como os indivíduos mais jovens também associam mais riscos ao consumo de substâncias do que as pessoas mais velhas. Duarte (2016) reforça esta ideia demonstrando no seu estudo, que o sexo feminino tem níveis superiores da perceção de risco do consumo de *cannabis* e de bebidas alcoólicas comparativamente ao sexo masculino, e contraditoriamente a prevalência de consumo destas substâncias é superior no sexo masculino do que no sexo oposto.

Segundo o estudo ao ensino público em Portugal Continental do Instituto de Droga e da Toxicodpendência (2003, citado por Trigo, Silva, Fraga e Ramos 2015) demonstram que o *ecstasy* e a *cannabis* são consideradas as drogas de mais fácil acesso, porém quando avaliados os riscos associados a cada uma destas, percebe-se que apenas entre 1.3% e 3.1% consideram que o consumo regular de *ecstasy* envolve pouco ou nenhum risco, já em relação ao consumo regular de *cannabis* entre 4% e 5.4% consideram a inexistência de riscos associados.

## **2. O presente estudo**

Vários estudos apontam para que a perceção sobre os riscos do consumo de *cannabis*, ou seja, informações precisas e confiáveis sobre esta droga, funciona como um fator de proteção bastante forte para o consumo desta substância (Terry-McElrath, O'Malley, Patrick, & Miech 2017). Cousijn (2015) acrescenta ainda que na população em geral há uma perceção errada sobre os riscos associados ao consumo de *cannabis* (considera-se uma substância leve) o que leva ao maior uso desta droga.

Posto isto, o objetivo do presente estudo passa por relacionar a perceção de risco e o consumo de *cannabis* junto de adolescentes e jovens adultos.

## 2.1. Objetivo geral

Assim sendo o objetivo geral deste trabalho passa por relacionar a percepção de risco e do consumo dos adolescentes e jovens adultos.

## 2.2. Objetivos específicos

Descrever a percepção de risco e o consumo de *cannabis*.

Relação entre a percepção de riscos em função de variáveis pessoais e familiares.

Explorar a relação entre a percepção de risco e os padrões de consumo da população alvo.

## 2.3. Amostra

A amostra é composta por 306 alunos, sendo 98 do género masculino (32%) e 208 do género feminino (68%). Os participantes tinham idades compreendidas entre os 16 e os 53 (M=17, DP=4.51), a frequentar o curso científico-humanístico (32.7%), o ensino profissional (7.2%) e o ensino superior (60.1%). Quanto à escolaridade dos pais percebe-se que a maioria tem o 2º ciclo do ensino básico (27.1%), seguido pelo 3º ciclo do ensino básico (26.5%), ensino secundário (22.5%), ensino superior (12.7%) e por fim o ensino primário (10.5%). Já a maioria do nível de escolaridade das mães passa pelo 3º ciclo do básico (27.1%), seguido pelo ensino secundário (25.8%), 2º ciclo do ensino básico (20.3%), ensino superior (16.3%) e por fim o ensino primário (10.5%). Os pais na maioria (75.8%) encontram-se casados, 13.7% estão separados/divorciados, 6.5% são solteiros, 2.9% estão viúvos e apenas 1 aluno não sabia o estado civil dos pais.

*Tabela 1* Descrição da amostra (continua)

Variável	Grupo	F	%
Género	Masculino	98	32.0
	Feminino	208	68.0
Idade	Até aos 19 anos	159	52.0
	Dos 20 anos até aos 25 anos	129	42.1
	Dos 26 anos aos 60 anos	18	5.9

**Tabela 1** Descrição da amostra (continuação)

<b>Escolaridade</b>	Secundário	122	39.9
	Licenciatura	165	53.9
	Mestrado	19	6.2
<b>Curso</b>	Científico-humanístico	100	32.7
	Ensino profissional	22	7.2
	Ensino Superior	184	60.1
<b>Escolaridade pai</b>	Ensino Primário	32	10.5
	Ensino Básico (2º ciclo)	83	27.1
	Ensino Básico (3º ciclo)	81	26.5
	Secundário	69	22.5
	Superior	39	12.7
<b>Escolaridade mãe</b>	Ensino Primário	32	10.5
	Ensino Básico (2º ciclo)	62	20.3
	Ensino Básico (3º ciclo)	83	27.1
	Secundário	79	25.8
	Superior	50	16.3
<b>Estado Civil dos pais</b>	Casado	232	75.8
	Solteiro	20	6.5
	Viúvo	9	2.9
	Separados/Divorciados	42	13.7
	Não Sei	1	0.7

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Instrumentos**

##### **3.1.1. Questionário sociodemográfico:**

O questionário sociodemográfico construído *Ad Hoc* (para esta situação) integra as seguintes variáveis: género, idade, ano de escolaridade, curso, estado civil e os níveis de escolaridade dos pais.

### **3.1.2. Consumo**

Para avaliar o consumo adaptamos o instrumento do ESPAD (2011), para recolher estes dados com recurso a uma pergunta geral sobre a frequência que consome *cannabis* durante toda a sua vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e por fim na última semana. As respostas estão divididas em 0 vezes, 1-2 vezes, 3-5 vezes, 6-9 vezes, 10-19 vezes, 20-39 vezes, 40 a mais vezes.

### **3.1.3. Perceção de Risco**

Para avaliar a perceção de risco foi utilizada uma questão relativa à perceção de risco, em geral, e outro instrumento mais detalhado. O primeiro refere-se a um item geral "Quão perigoso considera que é o consumo desta substância para população em geral?" (Grevenstein, Nagy, & Kroeninger-Jungaberle, 2015) sendo que as respostas foram distribuídas separadamente para tabaco, álcool e a *cannabis* em escalas de 6 pontos que variavam entre 1 "Inofensivo" e 6 "muito perigoso".

Foi ainda utilizado um instrumento com 11 dimensões de perceção de risco do *cannabis* (O'Callaghan, Reid, & Copeland, 2006) que tiveram por base o *Cannabis Problems Questionnaire* de Copeland, Swift e Rees (2001, citado por O'Callaghan, Reid & Copeland, 2006). As dimensões avaliadas foram a dependência física, o comprometimento escolar ou laboral, problemas ao nível social (relacionamento), falta de motivação, problemas de humor, problemas financeiros, problemas de saúde em geral e problemas legais. As questões colocadas eram referentes ao risco associado ao consumo imediato, ou seja, englobava os consumos prolongados e os consumos esporádicos (experimentar apenas). Exemplo de pergunta: "Se as pessoas da mesma faixa etária consumissem *cannabis* pelo menos 2-3 vezes por semana, qual era o risco associado ao consumo?" As respostas consistiam em "nenhum risco", "risco leve", "risco moderado" e "grande risco".

## **3.2. Procedimentos**

O processo de amostragem utilizado nesta investigação foi não probabilístico por conveniência. A recolha foi feita em papel e em modo digital junto do ensino secundário, profissional e universitário.

Todos os questionários eram de língua Inglesa e por essa razão tiveram de ser traduzidos para a língua Portuguesa. Para garantir uma adequação linguística e cultural do instrumento, aplicamos a bateria de testes traduzida a um grupo piloto de forma a perceber se as questões estavam bem elaboradas (com linguagem adequada aos adolescentes e jovens adultos).

Para aplicar os instrumentos, em primeiro lugar contactamos as escolas de modo a pedir autorização aos diretores para proceder a aplicação destes. De seguida foi entregue aos pais e alunos menores de idade um consentimento informado de modo a esclarecer os objetivos e a finalidade deste trabalho. A aplicação foi feita de forma coletiva, num horário e espaço cedido pelos professores, respeitando o carácter anónimo, confidencial e voluntário de cada participante.

### **3.3. Análise dos dados**

Relativamente à análise estatística, para a execução deste estudo recorremos ao programa informático de análise estatística SPSS (*Statistic Package for the Social Science*) versão 21.0. Segundo Pestana e Gageiro (2003) o IBM-SPSS é um programa informático poderoso de apoio à análise de dados quantitativos. Os mesmos autores referem ainda que este programa na análise de dados, tem como finalidade selecionar os procedimentos estatísticos, como por exemplo as tabelas de frequências, exploração e descrição dos dados, testes paramétricos e não paramétricos, medidas de associação e de correlação, modelos de regressão linear, não linear. Foram calculados os coeficientes de Spearman ( $\rho$ ) para explorar a relação entre as variáveis de interesse consoante a aplicação da opção paramétrica ou não paramétrica. Foi analisada a direção das correlações significativas e a magnitude dos coeficientes seguindo os critérios de Cohen (1988, cit. por Pallant, 2011) em que o coeficiente entre .10 e .29 é considerado baixo, um coeficiente de .30 a .49 é considerado moderado e entre .50 e 1 é considerado elevado. Foi também conduzido um teste de diferenças, não paramétrico, para explorar as diferenças entre grupos (Mann-Whitney U Test). Por fim foram realizadas análises de regressão múltipla e determinados os coeficientes de determinação para cada modelo. Este trabalho consiste num estudo quantitativo descritivo, pois tem como foco explorar e determinar a existência de relações entre variáveis.

### **3.4. Resultados**

De seguida serão descritos os resultados da análise realizada aos dados recolhidos divididos pelos diferentes objetivos.

#### **3.4.1. Estudos Descritivos sobre as Perceções de Risco**

Relativamente ao consumo de *cannabis*, 81.6% dos consumidores considerou este comportamento como perigoso ou muito perigoso, sendo que existiu uma concentração muito elevada de consumidores que avaliou o risco associado ao consumo de *cannabis* como muito elevado (43%, o que correspondeu a 131 das 305 respostas válidas).

Numa segunda fase foram também avaliadas as perceções de risco de causar dano físico ou outro de acordo com a frequência do consumo de *cannabis*. Aqui verificou-se que os consumidores associaram um nível crescente de risco, associado a um nível mais frequente de consumo de *cannabis*. Apenas de 39.9% dos consumidores avaliou a percepção de risco de causar dano físico ou outro como moderado ou elevado, quando questionados sobre o consumo ocasional de *cannabis*. Seguidamente, quando questionados sobre o nível de risco associado a um consumo regular de *cannabis*, 75.5% dos consumidores avaliaram que este risco como moderado ou elevado. Relativamente ao nível de risco de causar dano físico ou outro, associado a um consumo de *cannabis* continuado, 89.2% dos consumidores avaliou-o como moderado ou elevado. Por fim, quando foram chamados a avaliar o nível de risco de causar dano físico ou outro com um nível de consumo semelhante ao seu, 94.6% dos consumidores indicou que não existiria risco ou que este risco seria baixo. Estes resultados explicam-se sobretudo pelo grande número de inquiridos que afirmou nunca ter consumido *cannabis* ao longo da vida.

Por último, avaliou-se a percepção de risco associada a diferentes episódios como consequência do consumo de *cannabis* cerca de 2 ou 3 vezes por semana. Para tal, construiu-se uma tabela, demonstrada em seguida, que resume o nível médio de risco, identificado pelos participantes, relativamente a 15 diferentes episódios. Adicionalmente, construiu-se uma outra variável que identifica o nível médio de risco que os consumidores associam à ocorrência de episódios adversos como consequência do consumo de *cannabis*. Desta forma, inclui o risco médio de ocorrência dos 15 episódios descritos acima. Os níveis de risco são aqui avaliados uma escala de 1 a 4,

sendo que 1 corresponde a nenhum risco, 2 a baixo risco, 3 a risco moderado e 4 a risco elevado. Desta análise podemos observar que os participantes consideram que existe um nível de risco moderado de ocorrência de episódios adversos (3.09) após o consumo de *cannabis*, sendo que consideram que os mais prováveis são a dificuldade em parar o consumo (3.48), a possibilidade de ter acidentes sob efeito do consumo de *cannabis* (3.37) e a possibilidade de ter problemas legais/ com a polícia (3.30). Por outro lado, atribuem um menor nível de risco a ter dor física (2.59), a sentir-se em baixo (2.75), a ter um ataque de ansiedade (2.92) e a ter falta de motivação (2.92).

**Tabela 2.** Estatística descritiva da percepção de risco

	Média	Erro Desvio	N
Risco total	3.09	0.596	305
Ataque de ansiedade	2.92	0.830	306
Paranoia	2.99	0.836	306
Dor física	2.59	0.930	306
Sentir-me em baixo	2.75	0.905	306
Problemas financeiros	3.25	0.845	306
Problemas legais/ com a polícia	3.30	0.789	306
Problemas de saúde física	2.94	0.900	306
Problemas emocionais/ de humor	3.03	0.831	306
Tornar-se fisicamente dependente	3.26	0.847	305
Ter dificuldade em parar o consumo	3.48	0.725	306
Falta de motivação	2.92	0.817	306
Problemas nos relacionamentos	3.04	0.807	306
Pior desempenho na universidade/trabalho	3.18	0.799	306
Começar a utilizar outras drogas regularmente	3.29	0.819	306
Ter acidentes sob efeito do consumo de <i>cannabis</i>	3.37	0.775	306

### 3.4.2. Estudos Descritivos sobre a Frequência de Consumos

Para uma melhor percepção dos resultados passar-se-á agora a uma análise das estatísticas descritivas sobre os consumos de *cannabis* durante a vida, durante os últimos 12 meses, durante os últimos 30 dias e durante os últimos 7 dias. Para responder a estas questões, os participantes tinham as seguintes hipóteses: 0 vezes, 1 a 2 vezes, 3 a 5 vezes, 6 a 9 vezes, 10 a 19 vezes, 20 a 39 vezes e 40 ou mais vezes.

Ao analisar o consumo realizado pelos participantes durante toda a sua vida verificou-se que até 78.7% dos inquiridos nunca tinha experienciado o consumo de

*cannabis*. Seguidamente, mas com percentagens consideravelmente baixas, até 85.6% tinha experimentado 1 a 2 vezes o consumo de *cannabis*, até 88.2% da amostra tinha consumido 3 a 5 vezes e até 89.8% dos inquiridos tinha experimentado 6 a 9 vezes o consumo de *cannabis* durante a vida. Até 92.1% da amostra já incluíam as pessoas que tinham consumido 10 a 19 vezes, e até 94.1% já tinham experimentado 20 a 39 vezes a *cannabis*. Os restantes 5.9% afirmaram já ter consumido ao longo da vida 40 ou mais vezes a *cannabis*.

Quanto ao consumo de *cannabis* no último ano, os resultados são relativamente semelhantes aos do consumo durante a vida sendo que, quase todos os inquiridos (que consumiram *cannabis* (97.7%) estavam incluídos nos participantes que já consumiram 10 a 19 e 20 a 39 vezes no último ano e, os últimos 2.3% já tinham consumido 40 ou mais vezes a *cannabis*.

Relativamente ao consumo de *cannabis* nos últimos 30 dias, a percentagem de inquiridos que consumiu 0 vezes aumenta em comparação com os consumos anteriores sendo que, até 94.4% da amostra colocou essa resposta.

Por último, analisar-se-á os resultados relativos ao consumo de *cannabis* na última semana. Assim, até 95.7% da amostra demonstrou não ter consumido *cannabis* nos últimos 7 dias. Apenas um inquirido disse ter consumido 20 a 39 vezes na última semana, contribuindo 0.3% na percentagem cumulativa e, por último, não houve registo de participantes que tenham consumido mais do que 40 vezes nos últimos 7 dias.

**Tabela 3** Frequências do consumo de *cannabis*

	Durante a vida		Últimos 12 meses		Últimos 30 dias		Últimos 7 dias	
	%	% cumulativa	%	% cumulativa	%	% cumulativa	%	% cumulativa
<b>0 vezes</b>	78.4	78.7	86.9	88.1	93.1	94.4	94.4	95.7
<b>1 a 2</b>	6.9	85.6	4.2	92.4	1.6	96.0	1.0	96.7
<b>3 a 5</b>	2.6	88.2	2.0	94.4	0.7	96.7	1.0	97.7
<b>6 a 9</b>	1.6	89.8	1.0	95.4	0.7	97.4	1.0	98.7
<b>10 a 19</b>	2.3	92.1	1.6	97.0	1.3	98.7	1.0	99.7
<b>20 a 39</b>	2.0	94.1	0.7	97.7	0.7	99.3	0.3	100.0
<b>40 ou mais</b>	5.9	100.0	2.3	100.0	0.7	100.0	0.0	
<b>Total</b>	99.7		98.7		98.7		98.7	
<b>Omissos</b>	0.3		1.3		1.3		1.3	
<b>Total</b>	100.0		100.0		100.0		100.0	

### 3.4.3. Relação entre as Percepções de Risco e a Idade dos Participantes

Começou-se por analisar a relação entre a idade e a percepção de risco geral podendo dizer-se que existe uma correlação fraca, positiva e estatisticamente significativa entre as variáveis anteriormente mencionadas ( $r = .297$ ,  $p < .001$ ), ou seja, quanto mais idade tiver o inquirido, maior a sua frequência de preocupação com os riscos associados ao consumo de *cannabis*.

Em seguida, analisou-se a relação existente entre a idade dos participantes e o risco percebido em pessoas da mesma idade que o inquirido que consomem *cannabis* 2 a 3 vezes por semana. Primeiramente, realizou-se uma análise mais generalizada, ou seja, entre a idade e a nova variável resultante da média de todas as respostas (Risco total). Esta correlação demonstrou-se fraca, positiva e estatisticamente significativa ( $r = .151$ ,  $p = .008$ ) significando que com o aumento da idade dos inquiridos, maior a sua percepção de risco relativamente ao consumo de *cannabis* 2 a 3 vezes por semana. Posteriormente, efetuou-se a mesma correlação, mas com cada uma das perguntas de modo a perceber o impacto de cada pergunta no resultado global. Por um lado, foi possível verificar que as perguntas que referiam dor física, problemas financeiros, problemas legais/ com a polícia, problemas de saúde física, tornar-se fisicamente dependente, ter dificuldade em parar o consumo, problemas nos relacionamentos, pior desempenho na universidade/trabalho, começar a utilizar outras drogas regularmente e ter acidentes sob efeito do consumo de *cannabis* não demonstraram uma relação forte, nem estatisticamente significativa com a idade dos respondentes. Por outro, as questões de ataque de ansiedade, paranoia, sentir-me em baixo, problemas emocionais/ de humor e falta de motivação demonstraram ter correlações positivas e estatisticamente significativas com a idade dos inquiridos sendo, no entanto, todas elas correlações fracas. Em forma de conclusão, é possível dizer que, de um modo geral, quanto mais idade tiver o participante, maior a sua percepção de risco associado ao consumo de *cannabis* e maior é a percepção de risco de ocorrer algum dos 15 episódios mencionados. Desta forma, parece existir uma subvalorização do consumo de *cannabis* pelos indivíduos de menor idade.

**Tabela 4.** Percepção de risco em função da idade (continua)

	Idade	
Risco total	$r_s$	.105
Ataque de ansiedade	$r_s$	.192

**Tabela 4.** Percepção de risco em função da idade(continuação)

Paranoia	$r_s$	.184
Dor física	$r_s$	.080
Sentir-me em baixo	$r_s$	.168
Problemas financeiros	$r_s$	-.007
Problemas legais/ com a polícia	$r_s$	.056
Problemas de saúde física	$r_s$	.063
Problemas emocionais/ de humor	$r_s$	.164
Tornar-se fisicamente dependente	$r_s$	.058
Ter dificuldade em parar o consumo	$r_s$	-.023
Falta de motivação	$r_s$	.148
Problemas nos relacionamentos	$r_s$	.087
Pior desempenho na universidade/trabalho	$r_s$	.017
Começar a utilizar outras drogas regularmente	$r_s$	-.014
Ter acidentes sob efeito do consumo de <i>cannabis</i>	$r_s$	-.019

#### **3.4.4. Relação entre a percepções de risco e as variáveis de género, académicas e familiares**

O objetivo deste ponto prende-se com a análise da relação existente entre as percepções de risco (geral e 15 diferentes episódios) e algumas das variáveis demográficas deste estudo, nomeadamente de género, académicas, estado civil e escolaridade dos pais.

Para analisar a relação da percepção de risco e da variável de género foi utilizado o teste Mann-Whitney e constatou-se que existem diferenças significativas na percepção de risco geral ( $U = 7451.500$ ,  $p=.000$ ) e que as raparigas têm pontuações mais elevadas ( $OM = 165,68$ ) comparativamente aos rapazes ( $OM = 125.82$ ). Estes resultados indicam-nos que existe uma maior percepção dos riscos de consumo de *cannabis* junto do sexo feminino. Quanto aos 15 episódios diferentes (riscos específicos) percebe-se através da tabela que em quase todos existem diferenças estatisticamente significativas ( $p>.05$ ) à exceção dos problemas financeiros ( $U= 9978.500$ ,  $p= .748$ ), problemas legais/ com a polícia ( $U= 9814.500$ ,  $p= .568$ ), ter dificuldade em parar o consumo ( $U=$

9422.000,  $p= .220$ ), falta de motivação ( $U= 9046.000$ ,  $p= .089$ ), e pior desempenho na universidade/trabalho ( $U= 9308.500$ ,  $p= .187$ ).

**Tabela 5.** Percepção de risco em função do género

	Masculino	Feminino	U	p
Com que frequência te preocupas com os riscos que podem estar associados com o consumo de cannabis?	125.82	165.68	7451.500	.000
Ataque de ansiedade	132.88	163.22	8171.000	.003
Paranoia	134.62	162.40	8341.500	.006
Dor física	133.54	162.90	8236.000	.005
Sentir-me em baixo	137.28	161.14	8602.500	.021
Problemas financeiros	151.32	154.53	9978.500	.748
Problemas legais/ com a polícia	149.65	155.31	9814.500	.568
Problemas de saúde física	137.31	161.13	8605.000	.020
Problemas emocionais/ de humor	125.06	166.90	7404.500	.000
Tornar-se fisicamente dependente	133.39	162.28	8221.500	.004
Ter dificuldade em parar o consumo	145.64	157.20	9422.000	.220
Falta de motivação	141.81	159.01	9046.000	.089
Problemas nos relacionamentos	135.89	161.80	8466.500	.010
Pior desempenho na universidade/trabalho	144.48	157.75	9308.500	.187
Começar a utilizar outras drogas regularmente	134.96	162.23	8375.500	.006
Ter acidentes sob efeito do consumo de <i>cannabis</i>	136.88	161.33	8563.500	.012

De seguida analisou-se a relação entre a percepção de risco e a escolaridade dos inquiridos, e através do teste Kruskal Wallis, constatou-se que existem diferenças significativas entre estas variáveis ( $\chi^2_{(2)} = 29.443$ ,  $p= .000$ ). Aplicando o teste de Mann Whitney com a correção de Bonferroni, percebe-se que as diferenças se encontram entre o 12º ano e o mestrado ( $U = 754.000$ ,  $p= .009$ ), em que os inquiridos com maior nível de escolaridade – mestrado ( $OM= 92.32$ ) têm uma maior percepção de risco do que os alunos de 12º ano ( $OM= 67.68$ ). Quanto aos riscos específicos não se verificaram diferenças significativas.

Na relação entre a percepção de risco e o estado civil dos pais dos inquiridos percebeu-se que não existem diferenças significativas em relação à percepção de risco em geral ( $\chi^2_{(2)} = 2.313$ ,  $p= .734$ ), nem nenhuma das variáveis de risco específicas- ataque de ansiedade ( $\chi^2_{(2)} = 2.184$ ,  $p= .753$ ), paranoia ( $\chi^2_{(2)} = 3.433$ ,  $p= .514$ ), dor física ( $\chi^2_{(2)} = 1.729$ ,  $p= .812$ ), sentir-me em baixo ( $\chi^2_{(2)} = 3.999$ ,  $p= .408$ ), problemas financeiros ( $\chi^2_{(2)}$

=1.110,  $p=.940$ ), problemas legais/ com a polícia ( $\chi^2_{(2)} = 2.157, p=.751$ ), problemas de saúde física ( $\chi^2_{(2)} = 3.543, p=.489$ ), problemas emocionais/ de humor ( $\chi^2_{(2)} = 4.210, p=.386$ ), tornar-se fisicamente dependente ( $\chi^2_{(2)} = .345, p=.999$ ), ter dificuldade em parar o consumo ( $\chi^2_{(2)} = 1.793, p=.823$ ), falta de motivação ( $\chi^2_{(2)} = 2.904, p=.612$ ), problemas nos relacionamentos ( $\chi^2_{(2)} = 3.844, p=.444$ ), pior desempenho na universidade/trabalho ( $\chi^2_{(2)} = 1.904, p=.801$ ), começar a utilizar outras drogas regularmente ( $\chi^2_{(2)} = 1.153, p=.938$ ), ter acidentes sob efeito do consumo de cannabis ( $\chi^2_{(2)} = 1.516, p=.877$ ).

No que diz respeito à relação entre a percepção de risco e a escolaridade dos pais percebe-se que apenas existem diferenças significativas em relação à percepção de risco geral ( $\chi^2_{(2)} = 10.380, p=.033$ ). Aplicando o teste de Mann Whitney com a correção de Bonferroni, verificamos essas diferenças entre o 3º ciclo do ensino básico (OM= 57.94) e o ensino superior (OM= 72.05) ( $U=1129.000, p=.008$ ). Este resultado indica-nos que quanto maior a escolaridade dos pais maior a percepção de risco. Na relação a percepção de risco e a escolaridade das mães percebe-se que não existem diferenças significativas em nenhum das variáveis.

### **3.4.5. Relação entre a Percepção de Risco e os Consumos**

Neste último tópico foram efetuadas 2 correlações, nomeadamente, entre a percepção de risco geral e o consumo de *cannabis*, entre a percepção de risco específicas e o consumo de *cannabis* e, por fim, entre a média da percepção de risco dos vários episódios (risco total) e o consumo de *cannabis*.

Assim, começou-se por avaliar a relação entre a percepção de risco geral e a frequência de consumo dos participantes em 4 períodos distintos – durante a vida, nos últimos 12 meses, últimos 30 dias, últimos 7 dias. Desta análise foi imediatamente perceptível que a frequência com que os inquiridos se preocupam com os riscos associados ao consumo varia negativamente com o aumento da frequência de consumo em cada um dos períodos (durante a vida, 12 meses, 30 dias, e 7 dias) avaliados. Contudo, apenas a relação negativa entre a percepção de risco geral e a frequência de consumo nos últimos 12 meses se mostrou significativa, indicando que os inquiridos com maior frequência de consumo nos últimos 12 meses se preocuparam menos com os riscos associados ao consumo ( $r = -.115; p = .045$ , considerando um intervalo de

confiança de 95%). De notar, contudo, que esta correlação observada ainda que estatisticamente significativa é uma correlação fraca ( $-.115 > -.39$ ).

De seguida, analisou-se como os inquiridos nesta tese avaliam as relações existentes entre 15 riscos diferentes associados ao consumo de *cannabis* (mencionadas anteriormente) e a sua frequência de consumo desta substância (durante a vida, nos últimos 12 meses, nos últimos 30 dias e nos últimos 7 dias). Foi imediatamente perceptível que as correlações existentes entre os 15 diferentes riscos são mais fracas à medida que avaliamos a frequência de consumo em períodos cada vez mais recentes. Para além do mais, verificou-se que quase todas as relações avaliadas se mostraram significativas pelo que se pode afirmar que o aumento da frequência de consumo é um fator determinante para a subvalorização dos riscos por parte dos inquiridos. Contudo, excecionalmente, 3 das 60 correlações avaliadas não se mostraram estatisticamente significativas para um intervalo de confiança de 95%.

Por fim, também pressupondo indivíduos que consomem *cannabis* 2 a 3 vezes semanais, avaliou-se a correlação entre a média da perceção de risco dos 15 diferentes episódios (risco total) e a frequência de consumos. Nesta análise verificamos que quanto maior a frequência de consumo (em todos os períodos analisados – durante a vida, 12 meses, 30 dias e 7 dias), menor o risco médio percebido de ocorrência de episódios adversos. Estas relações são mais fortes quanto maior o período analisado, assim a correlação negativa entre a frequência de consumo e a perceção média do risco é mais evidente quando avaliamos a frequência de consumo ao longo da vida do que quando avaliamos a frequência de consumo nos últimos 7 dias.

**Tabela 6.** Perceção de risco em função do consumo (continua)

		Toda a vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias	Últimos 7 dias
Com que frequência te preocupas com os riscos que podem estar associados com o consumo de <i>cannabis</i> ?	r	-.099	-.115	-.067	-.063
Ataque de ansiedade	r	-.278	-.265	-.193	-.187
Paranoia	r	-.354	-.353	-.271	-.261
Dor física	r	-.328	-.334	-.245	-.242
Sentir-me em baixo	r	-.190	-.197	-.125	-.106
Problemas financeiros	r	-.228	-.218	-.153	-.128
Problemas legais/ com a polícia	r	-.194	-.123	-.071	-.101

**Tabela 5.** Perceção de risco em função do consumo (continuação)

Problemas de saúde física	r	-.399	-.360	-.279	-.247
Problemas emocionais/ de humor	r	-.239	-.245	-.167	-.146
Tornar-se fisicamente dependente	r	-.368	-.331	-.204	-.163
Ter dificuldade em parar o consumo	r	-.414	-.354	-.234	-.187
Falta de motivação	r	-.318	-.247	-.171	-.142
Problemas nos relacionamentos	r	-.382	-.316	-.242	-.209
Pior desempenho na universidade/trabalho	r	-.355	-.322	-.201	-.165
Começar a utilizar outras drogas regularmente	r	-.481	-.445	-.305	-.289
Ter acidentes sob efeito do consumo de <i>cannabis</i>	r	-.445	-.423	-.320	-.340

#### 4. Discussão

No presente estudo analisou-se a perceção de risco com várias variáveis sociodemográficas.

Ao iniciar pela análise descritiva da perceção de risco entende-se que no presente estudo 81.6% dos consumidores considerou o consumo de *cannabis* como perigoso ou muito perigoso, Este facto pode ser justificado pelo facto de a maioria da amostra ser do género feminino (98 rapazes e 208 raparigas), e segundo o estudo de Duarte (2016) a perceção de risco é inversamente proporcional ao consumo dessa mesma substância, ou seja, o género feminino tem níveis superiores de perceção do risco de consumo de *cannabis* comparativamente ao género masculino, sendo a prevalência de consumo desta substância superior no género masculino.

Importa, de igual modo, referir que os participantes junto da lista de riscos mais específicos associados ao consumo de *cannabis*, consideram que existe um nível de risco moderado de ocorrência de episódios dos seguintes episódios - são a dificuldade em parar o consumo, a possibilidade de ter acidentes sob efeito do consumo de *cannabis* e a possibilidade de ter problemas legais/ com a polícia. Por outro lado, atribuem um menor nível de risco a ter dor física, a sentir-se em baixo, a ter um ataque de ansiedade, e a ter falta de motivação. Vasconcelos-Raposo, Couto, Formiga e Teixeira (2018) analisaram no seu estudo os riscos associados ao consumo desta droga, e perceberam que ao nível da depressão, ansiedade e stress parece existir um efeito do consumo muito

forte, sendo os mais acentuados os que se referem às variáveis de ansiedade e de stress e um efeito moderado ao nível da depressão. Acrescentam ainda que quando consideramos a possível interação das variáveis do seu estudo, verificaram que os efeitos emocionais e a ansiedade são as que apresentam efeitos mais fortes seguidos pelos da intencionalidade e stress (Vasconcelos-Raposo, Couto, Formiga & Teixeira, 2018). Conclui-se assim, que a percepção dos riscos no presente estudo não vai de encontro com os do estudo de Vasconcelos-Raposo, Couto, Formiga e Teixeira (2018), pois os riscos mencionados com um menor nível estão inseridos nos riscos mencionados com uma ligação mais forte no estudo destes autores. Esta diferença pode ser justificada pelo facto de o presente estudo ter uma amostra com mais % de raparigas, enquanto que o estudo de Vasconcelos-Raposo, Couto, Formiga e Teixeira (2018) apresenta % maiores de rapazes (65%), pois como já mencionado anteriormente o género feminino tem uma maior percepção sobre os riscos em comparação com o género masculino.

Partindo para uma análise de diferenças de género percebeu-se que o género masculino tem uma menor percepção de risco do consumo de *cannabis* quando comparado ao género feminino, o que é corroborado por Chomynova, Miller e Beck (2009) acrescentando ainda que o género feminino tem uma maior capacidade de prestar mais atenção às mensagens de prevenção do que o género masculino.

Ao estudar as diferenças das idades percebe-se que quanta mais idade o sujeito tem, maior é a sua percepção sobre os riscos, ou seja, parece existir uma subvalorização do consumo de *cannabis* pelos indivíduos de menor idade, o que pode ser justificado pelo facto de na adolescência haver uma maior procura de atividades/comportamentos de risco - altura de se afirmarem juntos do grupo de pares (Wu, Liu & Fan, 2010). O mesmo acontece num estudo de Conceição e Ventura (2019) em que os adolescentes não vêem riscos no consumo de *cannabis* em comparação com as outras faixas etárias, também se constatou ainda que estes adolescentes são os que admitem consumir esta substância com regularidade.

Quanto ao estudo da percepção de risco e o nível de escolaridade dos sujeitos percebe-se que quanto mais elevado as habilitações literárias, maior é a percepção de risco, o que é supracitado no estudo de Andrade (2014) que menciona que o consumo de drogas está associado a resultados negativos, ou seja, ao baixo rendimento académico, ao abandono escolar e à não realização profissional na vida adulta. Pereira e Dias (2018) reforçam esta ideia concluindo através do seu estudo, que o consumo de

*cannabis* e o consumo problemático/de risco estão relacionados com o insucesso e absentismo escolar, visto que quando maior o consumo de substâncias maior o insucesso e o absentismo escolar.

Na relação entre a percepção de risco e o estado civil dos pais dos inquiridos percebeu-se que não existem diferenças significativas em relação à percepção de risco em geral, nem nenhuma das variáveis de risco específicas o que é corroborado pela investigação de Zeferino e colaboradores (2015) em que defendem que as relações familiares e espirituais foram fatores socioculturais que permaneceram neutros, ou seja, não exerceram qualquer influência significativa no grupo de pares e no consumo de drogas, apesar de outros estudos terem encontrado significância. Estes autores acrescentam ainda, que o entretenimento também não exerceu influência moderadora para o consumo de drogas nesta amostra Zeferino e colaboradores (2015).

Outro objetivo da presente tese passou por explorar a relação entre a percepção de risco e o consumo de *cannabis*, e quando se correlacionou estas duas variáveis foi imediatamente perceptível que há uma correlação cada vez mais fraca à medida que se avalia a frequência do consumo, ou seja, quanto mais o sujeito consome menor são os riscos percebidos sobre este. Lejckova e Csémy, (2005) reforçam esta ideia de que os consumidores regulares de *cannabis* não relacionam grandes riscos com este consumo, defendendo que o consumo de drogas é relativamente inofensivo.

No presente estudo verificou-se que quase todas as relações avaliadas se mostraram significativas, pelo que se pode afirmar que o aumento da frequência do consumo é um fator determinante para a subvalorização dos riscos por parte inquiridos. Lejckova & Csémy, 2005 concluíram que os não-consumidores detêm uma maior percepção de risco associado ao consumo de *cannabis*, censurando o consumo de drogas, enquanto os consumidores de drogas lícitas (tabaco e álcool) são mais tolerantes ao consumo de drogas ilegais, contudo referem que há grande risco associado a um consumo continuado destas drogas ilícitas.

Conclui-se que há uma necessidade de continuar estes estudos no sentido de perceber melhor as dinâmicas entre as variáveis estudadas e outras, visto haver uma carência de literatura a nível nacional, pois trata-se de um tema que recentemente tem causado bastante discussão devido às várias pressões exercidas sobre a legalização da *cannabis*.

## Conclusão

A realização deste trabalho permitiu para uma melhor compreensão e integração de questões mais recentes sobre o tema, isto é, possibilitou o aumento de conhecimento sobre o consumo de *cannabis*, sobre os riscos associados a este e também permitiu desmistificar crenças e mitos existentes sobre o tema. Outra mais valia deste trabalho é o facto de os instrumentos utilizados inicialmente, não estarem adaptados para a língua portuguesa, o que pode servir como base para futuros estudos.

Com este estudo concluiu-se que quanto maior a percepção de risco associado ao *cannabis* menor é o seu consumo. Por esta razão torna-se emergente investir em programas de prevenção de forma a aumentar a percepção sobre os riscos, desmistificando mitos e falsas crenças.

Contudo, importa referir as limitações desta investigação de forma a serem melhoradas. O facto de os questionários em papel terem sido recolhidos em semana de exames dificultou o estudo, pois os alunos mostravam-se mais cansados e diminuiu o nível de concentração, o que poderá ter enviesado os resultados. Outra limitação prende-se com o facto de os questionários recolhidos na escola profissional terem sido aplicados numa plataforma on-line o que dificultou o esclarecimento de dúvidas pois nenhum dos autores da investigação estava presente. Para além disto, é de frisar que os dados recolhidos não permitem uma generalização à população portuguesa visto que não tem uma amostra significativa.

Em suma, considera-se que seria interessante, nos próximos estudos recorrer a uma amostra mais representativa e também seria interessante analisar a percepção de risco do consumo de *cannabis* da população Portuguesa em comparação com a percepção de risco deste consumo num país onde a *cannabis* fosse legal, tendo em conta todas as diferenças culturais envolvidas, tentando-as minimizar. Seria de igual modo aliciante fazer um estudo onde se avaliasse a percepção de risco em dois grupos distintos- um grupo integrado num programa de prevenção e outro grupo não.

A conclusão deste trabalho contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional, o que torna compensador todo o tempo que lhe foi dedicado.

## Referências

- Andrade, F. H. (2014). Co-occurrences between adolescent substance use and academic performance: School context influences a multilevel-longitudinal perspective. *Journal of Adolescence*, 37(6), 953-963.
- Andrews, J. A., Hops, H., Ary, D., Tildesley, E., & Harris, J. (1993). Parental influence on early adolescent substance use: Specific and nonspecific effects. *The Journal of Early Adolescence*, 13(3), 285-310.
- Balsa, C. (2004). Consumo e consumidores de cannabis em Portugal. *Revista Toxicodependências*, 10(3), 3-20.
- Barletta, J. (2010). Comportamentos e Crenças em Saúde: Contribuições da Psicologia para a Medicina Comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, 2(1), 307-318.
- Barrona, J. I. (2017). *Psicose e Consumo de Canábis: Causa, Consequência ou Coincidência?* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal). Retirado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/5811/027c9fc141adc9f12c1f7d29039780870ea7.pdf>.
- Benschop, A., Liebrechts, N., Pol, P., Schaap, R., Buisman, R., Laar, M., Brink, W., Graaf, R., & Korf, D. J. (2015). Reliability and validity of the Marijuana Motives Measure among young adult frequent cannabis users and associations with cannabis dependence. *Addictive Behaviors*, 40, 91-95.
- Carapinha, L., Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2015). *Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis em Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD).
- Chomynova, P., Miller, P., & Beck, F. (2009). Perceived risks of alcohol and illicit drugs: relation to prevalence of use on individual and country level. *Journal of Substance Use*, 14(3-4), 250-264.
- Coffey, C., & Patton, G. C. (2016). Cannabis Use in Adolescence and Young Adulthood. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(6), 318-327.
- Conner, M., & McMillan, B. (1999). Interaction effects in the theory of planned behaviour: Studying cannabis use. *British Journal of Social Psychology*, 38(2), 195-222.

- Conceição, M. I. G., & Ventura, C. A. (2019). Percepção de riscos e benefícios associados ao uso de maconha entre estudantes de Brasília, Brasil. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28(SPE), 1-14.
- Copeland, J., Gilmour, S., Gates, P., & Swift, W. (2005). The Cannabis Problems Questionnaire: factor structure, reliability, and validity. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(3), 313-319.
- Cousijn, J. (2015). Embracing comorbidity: a way toward understanding the role of motivational and control processes in cannabis use disorders. *Frontiers in Psychology*, 6, e 677.
- Crippa, J., Lacerda, A., Amaro, E., Filho, G., Zuardi, A. W., & Bressan, R. A. (2005). Efeitos cerebrais da maconha: resultados dos estudos de neuroimagem. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 70-78.
- Cruz, M. S., Vargens, R., Infurna, T., Garcez, R. E., & Mathias A. C. (2009). Cannabis e saúde mental: Uma revisão sobre a droga de abuso e o medicamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 58(1):69-70.
- Dansecu, E. R., Kingery, P. M., & Coggeshall, M. B. (1999). Perceived risk of harm from marijuana use among youth in the USA. *School Psychology International*, 20(1), 39-56.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2010). Abuso de cannabis em pacientes com transtornos psiquiátricos: atualização para uma antiga evidência. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 41-45.
- Duarte, L. C. A. (2016). *Consumo de substâncias psicoativas nos estudantes de Medicina da UBI e percepção do risco associado*. (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10400.6/5270>.
- Fonseca, A. C. (2010). O consumo de cannabis na adolescência: dados de um estudo português. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 44(2), 61-79.
- Font-Mayolas, S., Gras, M. E., & Planes, M. (2006). Análisis del patrón de consumo de cannabis en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 18(4), 337-344.
- Gonçalves, G. A., & Schlichting, C. L. (2014). Beneficial and deleterious effects of cannabis sativa. *Uningá Review*, 20(2), 92-97.
- Grevenstein, D., Nagy, E., & Kroeninger-Jungaberle, H. (2015). Development of risk perception and substance use of tobacco, alcohol and cannabis among

- adolescents and emerging adults: evidence of directional influences. *Substance Use & Misuse*, 50(3), 376-386.
- Gusmão, A. L. (2016). Entre interdições e impedimentos: a política repressiva de drogas e a questão da fruição das garantias constitucionais e do uso medicinal e industrial da cannabis. (Tese de Doutorado, Universidade Caruaru).
- Guxensa, M., Nebot, M., Ariza, C., & Ochoa, D. (2007). Factors associated with the onset of cannabis use: a systematic review of cohort studies. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 252-260.
- Henrique, A. L., Amorim, D. S., Cardoso, V. D., Mello, L. V., & Damasceno, M. R. (2019). Relação do uso da cannabis com o desenvolvimento de transtornos mentais: revisão bibliográfica. *UNIFACIG*, 5.
- Honório, K. M., Arroio, A., & da Silva, A. B. F. (2006). Aspectos terapêuticos de compostos da planta Cannabis sativa. *Química Nova*, 29(2), 318-325.
- Legleye, S., Kraus, L., Piontek, D., Phan, O., & Jouanne, C. (2012). Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a sample of cannabis inpatients. *European Addiction Research*, 18(4), 193-200.
- Lejckova, P., & Csémy, L. (2005). Risk perception and attitudes of young people towards drug use. *Adiktologie*, 5(1), 34-48.
- Leweke, F. M., & Koethe, D. (2008). Cannabis and psychiatric disorders: it is not only addiction. *Addiction Biology*, 13(2), 264-275.
- Morales, E., Ariza, C., Nebot, M., Pérez, A., & Sánchez, F. (2008). Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria de Barcelona: inicio en el consumo, efectos experimentados y expectativas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 321-329.
- Neil, M., & Silveira, D. X. D. (2008). *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde*. São Paulo: Imprensa Oficial.
- Noa, S. (2003). The role of structural equation modeling in scale development. *Structural Equation Modeling*, 10 (4), 622-647.
- O'Callaghan, F., Reid, A., & Copeland, J. (2006). Risk perception and cannabis use in a sample of young adults. *Journal of Substance Use*, 11(2), 129-136.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (2nd ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pallant, J. (2011). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. Crows Nest, N.S.W: Allen & Unwin.

- Pereira, V., & Dias, P. C. (2018). Atitudes e consumo de cannabis em estudantes do ensino geral e vocacional. *Psicologia, Saúde & Doenças, 19*(3), 535-549.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2003). Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo.
- Salloum, N. C., Krauss, M. J., Agrawal, A., Bierut, L. J., & Grucza, R. A. (2018). A reciprocal effects analysis of cannabis use and perceptions of risk. *Addiction, 113*(6), 1077-1085.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). *Sinopse Estatística*. Ministério da Saúde. SICAD.
- Solowij, N., & Pesa, N. (2010). Anormalidades cognitivas no uso da cannabis. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 32*(1), 31-40.
- Terry-McElrath, Y. M., O'Malley, P. M., Patrick, M. E., & Miech, R. A. (2017). Risk is still relevant: Time-varying associations between perceived risk and marijuana use among US 12th grade students from 1991 to 2016. *Addictive Behaviors, 74*, 13-19.
- Trigo, S., Silva, S., Fraga, S., & Ramos, E. (2015). Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas. *Arquivos de Medicina, 29*(2), 39-45.
- Tullis, L. M., Dupont, R., Frost-Pineda, K., & Gold, M. S. (2003). Marijuana and Tobacco. *Journal of Addictive Diseases, 22*(3), 51-62.
- Van Ours, J. C., & Williams, J. (2014). Cannabis use and its effects on health, education and labor market success. *Journal of Economic Surveys, 29*(5), 993-1010.
- Vasconcelos-Raposo, J., Couto, S., Formiga, N., & Teixeira, C. M. (2018). Cannabis use: craving and the relationship with anxiety, stress and depression. *Actualidades en Psicología, 32*(125), 1-18.
- Volkow, N. D., Swanson, J. M., Evins, A. E., DeLisi, L. E., Meier, M. H., Gonzalez, R., Baler, R. (2016). Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review. *JAMA Psychiatry, 73*(3), 292.
- Weiner, M. D., Sussman, S., McCuller, W. J., & Lichtman, K. (1999). Factors in marijuana cessation among high-risk youth. *Journal of Drug Education, 29*(4), 337-357.

- Wu, P., Liu, X., & Fan, B. (2010). Factors associated with initiation of ecstasy use among US adolescents: Findings from a national survey. *Drug and Alcohol Dependence, 106*(2-3), 193-198.
- Zeferino, M. T., Hamilton, H., Brands, B., Wright, M. D. G. M., Cumsille, F., & Khenti, A. (2015). Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. *Texto & Contexto-Enfermagem, 24*(SPE), 125-135.