



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

Perceção de Risco, Regulação Emocional e Motivos para o  
Consumo de Cocaína

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

**Mónica Raquel da Silva Brito**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

NOVEMBRO 2022



CATÓLICA  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

Perceção de Risco, Regulação Emocional e Motivos para o  
Consumo de Cocaína

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

**Mónica Raquel da Silva Brito**

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

## **Agradecimentos**

Neste percurso acadêmico várias foram as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho e por isso, escrevem-se aqui os mais sinceros agradecimentos, sabendo que muito dificilmente se conseguirá transmitir por palavras a todos a enorme gratidão sentida.

O mais sincero obrigada aos meus pais, que permitiram que hoje tenha alcançado um dos maiores desafios a que me propus. Aos meus pais e irmão, por serem os meus melhores amigos, pelos valores transmitidos, por tudo o que me ensinam, por serem o meu maior amparo e por nunca deixarem de acreditar em mim.

À Carolina, um especial obrigado pela presença incansável em todos os momentos deste percurso, pelos desabafos, amizade, cumplicidade e colaboração. Sem ela, esta aventura não teria sido tão gratificante e enriquecedora!

Aos meus amigos de longa data, pelo apoio e estima, pelo convívio feliz, pelo encorajamento, pelas palavras de conforto e suporte! Eles sabem quem são!

Um agradecimento estimado ao Prof.º Dr. Paulo dias, por toda a compreensão, dedicação e capacidades que me foram transmitidas. Não existem palavras para descrever a disponibilidade e acolhimento sempre prestado!

## **Resumo**

Em Portugal, à semelhança de outros países, os números oficiais, apontam para um aumento no consumo de substâncias ilícitas, sendo que a cocaína se destaca como a segunda substância ilícita mais consumida, originando graves repercussões na saúde pública em geral (Salvado, 2021). Neste contexto, o presente estudo tem como objetivo principal a caracterização da perceção de risco, da regulação emocional e os motivos associados ao consumo de cocaína. A ausência de estudos, em Portugal, especificamente centrados neste domínio e o crescente aumento da prevalência desta problemática na sociedade, fundamenta o interesse na investigação do consumo de cocaína numa amostra de população portuguesa e a sua relação com a regulação emocional, a perceção de risco e os motivos para o consumo, de modo a contribuir para um maior conhecimento da problemática e para o desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção. A amostra, não probabilística de conveniência, foi constituída por 418 jovens e adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos que preencheram os seguintes questionários: questionário Sociodemográfico, o Questionário de Regulação Emocional, o Questionário de Perceção de Risco e, ainda, o Questionário dos Motivos para o Consumo. Os resultados obtidos permitiram perceber que os consumidores têm níveis de perceção de risco inferiores aos não consumidores. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas em função do género, tendo o género masculino obtido maior nível de consumo, possuindo menor perceção de risco comparativamente ao género feminino. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na perceção de risco entre consumidores e não consumidores, tendo os consumidores menor perceção de risco. Foi também possível compreender a importância de desenvolver programas de prevenção nesta área.

**Palavras Chave:** Cocaína, Regulação Emocional, Perceção de Risco, Motivos para o Consumo

## **Abstract**

In Portugal, as in other countries, official figures point to an increase in the consumption of illicit substances, with cocaine standing out as the second most consumed illicit substance, causing serious repercussions on public health in general (Salvado, 2021) . In this context, the main objective of the present study is to characterize risk perception, emotional regulation and the reasons associated with cocaine consumption. The absence of studies in Portugal specifically focused on this area and the increasing prevalence of this problem in society, underpins the interest in investigating cocaine use in a sample of the Portuguese population and its relationship with emotional regulation, risk perception and the reasons for consumption, in order to contribute to a greater knowledge of the problem and to the development of prevention and intervention programs. The non-probabilistic convenience sample consisted of 418 young people and adults, aged between 18 and 63 years old, who completed the following questionnaires: Sociodemographic questionnaire, the Emotional Regulation Questionnaire, the Risk Perception Questionnaire and, , the Reasons for Consumption Questionnaire. The results obtained showed that consumers have lower levels of risk perception than consumers. There were statistically significant differences according to gender, with males having a higher level of consumption, having a lower perception of risk compared to females. There were statistically significant differences in risk perception between consumers and non-consumers, with consumers having a lower risk perception. It was also possible to understand the importance of developing prevention programs in this area.

**Keywords:** Cocaine, Emotional Regulation, Perception of Risk, Reasons for use

## Índice

|   |    |
|---|----|
| Introdução.....   | 9  |
| Enquadramento Teórico .....   | 12 |
| 1. Cocaína .....  | 12 |
| 2. Perceção de risco e o consumo de cocaína .....   | 15 |
| 3. Regulação emocional e o consumo de cocaína .....   | 20 |
| 4. Motivos para o consumo de cocaína.....   | 23 |
| 5. Metodologia .....  | 25 |
| 5.1 Objetivos e Desenho do estudo .....   | 25 |
| 5.2 Hipóteses e questões de investigação .....  | 25 |
| 5.3. Amostra .....  | 26 |
| 5.4 Instrumentos .....  | 28 |
| 5.4.1. Questionário Sociodemográfico.....   | 28 |
| 5.4.2. Questionário de Regulação Emocional (QRE; adaptação portuguesa de Vaz et al., 2008). <i>Emotion Regulation Questionnaire</i> (ERQ; Gross & John, 2003) ..... | 28 |
| 5.4.3. Questionário de Perceção de Risco.....   | 29 |
| 5.4.4. Questionário dos Motivos para o Consumo (adaptação portuguesa de Dias et al., 2020). <i>Comprehensive Motives Questionnaire</i> (CMQ; Lee et., 2009).....    | 29 |
| 5.5. Procedimentos de recolha e análise de dados .....  | 29 |
| 6. Resultados .....   | 30 |
| 6.1. Estudos descritivos da perceção de risco, regulação emocional e motivos para o consumo de cocaína .....  | 30 |
| 6.1.1. Consumo da amostra.....  | 30 |
| 6.1.2. Motivos para o consumo de cocaína.....   | 31 |
| 6.1.3. Regulação emocional .....  | 32 |
| 6.1.4. Perceção de risco.....   | 32 |
| 6.2. Estudos inferenciais .....   | 34 |
| 6.2.1 O consumo de cocaína é superior entre os homens. ....   | 34 |

|   |    |
|---|----|
| 6.2.2. Diferenças na perceção de risco, regulação emocional e motivos em função do género.....                      | 35 |
| 6.2.3. Diferenças na regulação emocional e perceção de risco entre consumidores e não consumidores .....            | 38 |
| 6.2.4. Motivos para o consumo, regulação emocional, perceção de risco e o nível de escolaridade dos inquiridos..... | 40 |
| 6.2.5. Motivos para o consumo, regulação emocional, perceção de risco e o estado civil dos participantes.....       | 40 |
| 6.2.6. Motivos para o consumo, regulação emocional, perceção de risco e a idade.....                                | 43 |
| 6.2.6. Motivos para o consumo, regulação emocional, perceção de risco e o padrão de consumo. ....                   | 45 |
| Discussão.....  | 50 |
| Conclusão .....   | 54 |
| Referências .....   | 56 |
| Anexo I – Consentimento informado .....   | 65 |
| Anexo II – Protocolo para Recolha de Dados .....  | 66 |

## Índice de tabelas

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1.</b> Caracterização sociodemográfica da amostra .....   | 26 |
| <b>Tabela 2.</b> Consumo da amostra .....   | 30 |
| <b>Tabela 3.</b> Dimensões associadas aos motivos para o consumo de cocaína com maior relevância .....                                | 31 |
| <b>Tabela 4.</b> Dimensão associada à regulação emocional com maior relevância .....  | 32 |
| <b>Tabela 5.</b> Risco do consumo de cocaína.....   | 32 |
| <b>Tabela 6.</b> Percepção de risco associada à frequência de consumo .....   | 33 |
| <b>Tabela 7.</b> Percepção de risco associada a episódios como consequência do consumo de substância .....                            | 33 |
| <b>Tabela 8.</b> Diferenças no consumo de cocaína em função do gênero.....  | 35 |
| <b>Tabela 9.</b> Diferenças na regulação emocional e percepção de risco em função de consumidores e não consumidores de cocaína ..... | 38 |
| <b>Tabela 10.</b> Diferenças nos motivos, regulação emocional e percepção de risco em função do estado civil.....                     | 42 |
| <b>Tabela 11.</b> Percepção de risco em função da idade .....   | 43 |
| <b>Tabela 12.</b> Relação entre os motivos para o consumo, percepção de risco, regulação emocional e o padrão de consumo .....        | 46 |

## **Introdução**

Segundo o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD] (2021) a dependência de substâncias ilícitas é ainda nos dias de hoje assinalada como uma das problemáticas atuais e preocupantes no campo da saúde pública em muitas sociedades modernas. De acordo com o Relatório Europeu sobre Drogas do SICAD (2021) a cocaína destaca-se como a segunda droga ilícita mais consumida na Europa, embora com prevalências muito distantes do consumo de cannabis e mais próximas das restantes substâncias ilícitas (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018).

Segundo o último relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021), analisando os vários estudos epidemiológicos realizados, tem-se verificado um aumento da prevalência no consumo de cocaína. Em relação à iniciação do consumo, os estudos encontram uma idade média, por volta dos 23 anos, sendo que a idade média em que iniciam tratamento compreende os 35 anos. A frequência de consumo apresenta uma média de três a quatro dias por semana, sendo a forma de administração preferencial a via intranasal. Segundo este relatório (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, 2021), o consumo de cocaína continua a ser mais prevalente entre os rapazes, sendo que o aumento dos consumidores evidencia esta substância como uma quota persistente e lucrativa no comércio europeu da droga. O número recorde de 213 toneladas de droga apreendidas em 2019 indica um aumento da oferta na União Europeia, e ainda a pureza da cocaína que tem vindo a aumentar na última década e o número de pessoas que iniciam tratamento pela primeira vez aumentou nos últimos 5 anos. Estes e outros indicadores indicam um potencial aumento da problematização associada ao consumo e utilização da cocaína.

Relativamente aos efeitos do consumo da cocaína, estes podem ser diversificados, uma vez que as características do consumidor, o tempo de consumo, a qualidade, quantidade da substância e o ambiente podem proporcionar diversas manifestações (SICAD, 2021). De acordo com Ferreira- Borges e Cunha-Filho (2008) a cocaína é um energizante poderoso que aumenta o nível de vigília, causa a diminuição do apetite, taquicardia e arritmias, diminui a fadiga e a necessidade de dormir, aumenta o desejo sexual e a temperatura corporal. Em doses excessivas os efeitos visíveis podem englobar insónia, agitação, ansiedade intensa e agressividade, ilusões e alucinações, tremores e convulsões, que caracterizam um verdadeiro estado psicótico, a denominada psicose cocaínica (Ferreira- Borges & Cunha-Filho, 2008). O aumento da temperatura e convulsões, frequentemente de difícil tratamento, podem conduzir à morte, se prolongados. É ainda possível verificar dilatação pupilar, elevação da pressão arterial e taquicardia (os efeitos podem levar a paragem cardíaca por fibrilação ventricular,

uma das possíveis causas de morte por uma dose excessiva). Existem evidências de que a cocaína é um fator de risco para o desenvolvimento de enfartes do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais em indivíduos relativamente jovens. Um processo de degeneração irreversível da musculatura (rabdomiólise) em consumidores crônicos de cocaína foi também já verificado (SICAD, 2021). Desta forma, a cocaína é uma substância que incorpora um elevado potencial de dependência, sendo considerada a que provoca a maior percentagem de dependentes, mesmo tendo sido consumida em poucas ocasiões (SICAD, 2021). Devido à curta duração dos seus efeitos psicoativos e ao rápido aparecimento de sintomas de abstinência, provoca um consumo compulsivo e uma dependência rápida e de difícil controlo (SICAD, 2021). Salienta-se que a cocaína pode ser consumida em forma de pó (cloridrato de cocaína), inalado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma base, fumada, o crack (Madoz-Gúrpide et al., 2009). Neste sentido, o consumo de cocaína é um problema de preocupação global, não só pela prevalência, mas, especialmente pelas graves repercussões físicas e sociais que acarreta (UNODC, 2018). As primeiras consequências a surgir prendem-se, em geral, com uma alteração nos estilos e hábitos de vida, bem como uma quebra das rotinas sociais (Macedo, 2009). Com o tempo, outros prejuízos tendem a manifestar-se, nomeadamente problemas do foro de saúde física e mental, disfuncionalidade nas relações interpessoais, perdas económicas e, por vezes, problemas legais (e.g., violência doméstica, acidentes rodoviários, outras práticas criminosas) (Klaumann & Purim, 2021). Silveira (2004) na revisão de diversos estudos, identificou como consequências, inúmeros problemas de saúde física e mental, nomeadamente ansiedade, depressão, ideação suicida, disfunção sexual, isolamento social, alterações de humor e doenças infecciosas. O autor realçou, também, os problemas no âmbito conjugal (e.g., separação ou divórcio), problemas escolares e/ou profissionais, perda de interesse nas atividades da vida diária e problemas judiciais (como resultado, quer dos crimes cometidos sob o efeito do consumo, quer da sua aquisição). O cérebro é um dos órgãos mais diretamente afetados pelo consumo de cocaína, causando danos vasculares, mas sobretudo alterações nos recetores e neuromoduladores que têm um sério impacto no funcionamento cognitivo do consumidor (Paiva et al., 2020). Estas alterações desempenham um papel essencial no comportamento social e no funcionamento diário do indivíduo, bem como na perpetuação do ciclo de dependência e no prognóstico (Boska et al., 2021).

Atualmente, vale a pena destacar que a pandemia Covid-19 prejudicou tratamentos relacionados com a dependência de substâncias ilícitas, mas, do lado da oferta, os dados

européus mostram que o mercado de droga tem sido extraordinariamente resiliente, bem como uma intensificação no consumo de substâncias (Reis, 2021). Pelo contrário, importa referir que foi observada uma queda na utilização de ecstasy e cocaína no período do isolamento em 2020, o que corrobora com o levantamento de dados realizado pela UNODC, onde 30% dos países relataram queda no uso de substâncias. O decréscimo pode estar relacionado com o facto de as substâncias serem consumidas socialmente e a movimentação estar restringida no período analisado. Já em 2021 o aumento no consumo pode estar relacionado com o facto de que apesar de ilegal, a ocorrência de festas clandestinas foi crescente (Schram et al., 2022).

Para tentar compreender os fatores explicativos do consumo de substâncias, e em particular do consumo de cocaína, o presente estudo centrará na perceção de risco, na regulação emocional e nos motivos para o consumo. Considera-se pertinente perceber estas variáveis, uma vez que, os efeitos desencadeados pela utilização de substâncias despoletam consequências avassaladoras, logo a intervenção a nível da perceção de risco, na regulação emocional e a nível motivacional para o consumo evidencia-se pertinente.

Por perceção de risco entende-se uma atribuição pelo individuo a uma determinada situação, objeto ou substância e encontra-se predominantemente interligada com fatores pessoais, afetivos, biológicos, culturais e sociais (Navarro & Cardoso, 2005). Este termo é utilizado para explicar o conhecimento, sentimentos associados e potenciais consequências em referência a uma situação ou a um conjunto de circunstâncias (Aven & Renn, 2009), sendo referido também como um processo cognitivo através do qual os indivíduos atribuem características positivas ou negativas a um determinado comportamento ou evento (Bejarano et al., 2011). Nos últimos anos, os estudos relativamente à perceção de risco sobre a cocaína têm sido menos realizados, sendo importante a investigação e análise neste contexto.

Um outro aspeto central deste estudo são os motivos associados ao consumo de substâncias ilícitas, particularmente ligados à cocaína. Diversas pesquisas têm-se debruçado para perceber quais os fatores predisponentes que poderão estar na base do início do consumo de substâncias psicoativas. Segundo um trabalho clássico, publicado em 1987 por Cohen e colaboradores, a base motivacional para o uso e abuso de drogas reside nos estados emocionais. Os sujeitos procuram substâncias no sentido de reduzirem e/ou atingirem diferentes estados emocionais que podem passar por negativos (ansiedade, depressão e hostilidade) ou positivos (aventura, camaradagem e prazer). A simples procura de alívio ou prazer momentâneo, pode tornar-se um problema grave como a dependência, prejudicando todas as áreas da vida do ser humano (Selbmann, 2021).

Com a evolução da investigação sobre comportamentos de risco e de saúde, um dos processos que tem gerado particular entusiasmo é a regulação emocional. Esta define-se como o conjunto de processos através dos quais as pessoas modulam a ativação espontânea das suas emoções (Gross, 1998; Koole, 2009). Em geral, estes processos são utilizados de modo a amplificar, reduzir ou manter a intensidade das emoções (Torrado et al., 2013). Conforme as pessoas utilizam corretamente os processos de regulação emocional é possível verificar sucessivamente uma melhoria nas inúmeras dimensões psicossociais e uma diminuição da vulnerabilidade no que respeita ao desenvolvimento de perturbações emocionais e somáticas (Schore, 2009). McDougal, já em 1984, sublinhava a importância de emoções no caso de pessoas com problemas aditivos. Este identificou a utilização das substâncias como uma forma compulsiva de canalizar as emoções, ou como uma ferramenta usada para regular as emoções. Para os indivíduos consumidores, as substâncias são escolhidas de acordo com as características dos sujeitos, sendo que os sujeitos caracterizados por agressão reprimida, sentimentos de vazio, e com tendência à depressão, autoavaliação, e dificuldades com a expressão de emoções preferem substâncias estimulantes.

Assim, a ausência de estudos especificamente centrados no consumo de cocaína em Portugal, assim como o papel destas dimensões nos consumos, fundamentam a escolha deste tema. Para o concretizar, este trabalho encontra-se dividido em duas partes principais, a primeira de cariz teórico e a segunda que descreve o estudo empírico. A primeira parte pretende rever a literatura existente sobre o consumo de substâncias, e o papel dos motivos para o consumo, seguidamente, a perceção de risco dos consumidores e finalmente, a regulação emocional dos consumidores de cocaína. A segunda parte visa apresentar o percurso metodológico implementado, assim como os resultados e a sua discussão à luz da literatura.

## **Enquadramento Teórico**

### **1. Cocaína**

A cocaína é considerada uma das substâncias ilícitas mais antigas conhecida pela humanidade. É considerada o principal constituinte de uma planta denominada *Erythroxylon Coca*, com origem na América do Sul, nas regiões altas dos Andes, onde existe um clima propício para o seu desenvolvimento (Ferreira & Martini, 2001). Existem vestígios do seu consumo no Equador e no Peru datados desde 2500 a.C, sendo que a tradição e o hábito da mastigação da folha, auxiliava os Incas a aguentar a ausência de oxigénio nas altas altitudes em que viviam. Apenas em 1750, são enviadas as primeiras plantas para a Europa pelo botânico Joseph Tussie (Souza & Calvete, 2017).

No século XIX, mais precisamente no ano de 1863, um químico da Córsega, Ângelo Mariani, inventou uma mistura de folhas de coca com vinho, denominando-a de Vin Mariani. Em 1910, são já conhecidas nos Estados Unidos da América (EUA) 69 marcas de vinho contendo o alcaloide cocaína. Mesmo a Coca-Cola continha cocaína, designada de ingrediente ativo até 1903, quando foi substituída pela cafeína (Escohotado, 1998). Em 1884, Karl Koller revelou que o olho humano, com a utilização de cocaína, perdia a sensibilidade à dor, concebendo a mesma como anestesia local. No mesmo ano, Freud auxilia de uma forma decisiva a divulgação da nova droga, publicando um livro chamado “Uber coca” (sobre a cocaína), no qual defendeu o seu uso terapêutico como estimulante, afrodisíaco ou anestésico local, assim como indicado no tratamento da depressão, ansiedade, doenças digestivas, alcoolismo, adição à morfina, asma e mesmo o desconforto relacionado com a altitude. Freud, mais tarde, reconsiderou esta recomendação, rendendo-se às evidências de que a cocaína despoletava um conjunto de efeitos secundários, desde logo, pelo potencial em criar dependência, designado de cocainomania (Ferreira & Martini, 2001). Não obstante aos efeitos nocivos associados ao consumo de cocaína, a mesma continua a ser cultivada no Peru, Bolívia, Equador, Colômbia, Chile, Argentina, Brasil, Indonésia, Índia, China e em algumas regiões do continente Africano (Muakad, 2009).

Atualmente, o uso de drogas ilícitas continua a despoletar uma importância considerável, uma vez que é frequentemente a razão para a perda de vidas humanas. Segundo o Relatório Mundial de Drogas (UNODC, 2020), como já supracitado, a cocaína é a segunda substância ilícita mais consumida. Cerca de 19 milhões de pessoas consumiram cocaína em 2018. O Relatório Europeu sobre Drogas (EMCDDA, 2021) estima que, na União Europeia, cerca de 2.2 milhões de jovens entre os 15 e os 34 anos consumiram cocaína no último ano. O número de consumidores de cocaína que iniciaram tratamento pela primeira vez aumentou em 17 países, entre 2014 e 2019, tendo 12 países comunicado um aumento no último ano. A cocaína foi a segunda substância comunicada com mais frequência pelos hospitais em 2019, estando presente em 22% dos casos de intoxicações agudas relacionadas com substâncias.

A nível nacional, a cocaína inseriu-se no mercado negro nos anos 80, dado que o seu consumo e venda são ilegais. No início era considerada uma droga de elite, mas rapidamente a sua utilização se generalizou. Com a aprovação da Lei da descriminalização do consumo (Lei nº30/2000), em novembro de 2001, a aquisição, a posse e o consumo de cocaína deixou de ser considerado crime em Portugal. O consumo foi descriminalizado, mas não despenalizado. Consumir cocaína, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo-crime (e como tal tratado nos tribunais) e passou a constituir

uma contraordenação social (SICAD, 2018). Ainda a nível nacional, o SICAD (2021) indica que, em 2019, entre 13% e 39% dos utentes que recorreram a tratamento por problemas relacionados com o uso de drogas, a cocaína foi destacada como a droga principal. A cocaína surgiu uma vez mais em terceiro lugar no conjunto dos utentes em ambulatório, embora venha a adquirir maior importância nos readmitidos (com a proporção mais elevada em 2019, 20%) e nos novos utentes (com a proporção mais alta em 2019 (26%). Quanto às mortes relacionadas com o consumo de drogas, de acordo com as estatísticas nacionais da mortalidade do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), foram registadas 17 intoxicações com cocaína, em 2018 (INMLCF, 2018.) Através do INMLCF destaca-se ainda, em 2019, a cocaína como a substância predominante, sendo detetada a sua presença em 52% das overdoses.

No que concerne à forma de consumo, o cloridrato de cocaína, devido à sua alta solubilidade em água, pode ser "snifado", sendo absorvido pelas mucosas do nariz, ou através de injeção intravenosa. A inalação de "crack", é a forma mais comum de consumo para esta forma de cocaína, visto que este volatiliza facilmente quando aquecida, fornecendo uma dose superior de forma mais rápida (Barceloux 2012; Brownstein 2016; Cole 2003). Consequentemente, o resultado do consumo da cocaína, de forma inalada ou fumada, produz um efeito estimulante, produto da ação desta no sistema nervoso central (SNC) e atua, essencialmente, no sistema dopaminérgico, despertando a sua hiperestimulação, ativando a libertação e o aumento do tempo de efeito de neurotransmissores como dopamina, noradrenalina e serotonina (Balestra et al, 2020). Estes neurotransmissores são produzidos para a realização da sinapse, sendo novamente direcionados para dentro dos neurónios através de transportadores inibidos pela cocaína. Desta forma, a cocaína quando absorvida produz o acréscimo da concentração e constância dos neurotransmissores. A noradrenalina e a serotonina encontram-se associadas às funções de controlo de domínio de humor, motivação e cognição/perceção. A noradrenalina está ligada à conduta e à sustentação da pressão arterial. O sistema serotoninérgico exige grande controlo na ação mais intensa da cocaína, diferente do sistema noradrenérgico, que possui pouco desempenho nas propriedades reforçadoras da substância ilícita. A dopamina atua no sistema de recompensa, originando o efeito de prazer em conformidade com as vivências positivas na vida do indivíduo, compensando assim, a conquista de novos conhecimentos e competências (Maia, et al., 2018).

Segundo Castro (2015) a cocaína causa efeitos anestésicos através do bloqueio dos canais de sódio, estimulação do sistema nervoso central e inibição neuronal por captação de catecolamina, altera as transmissões sinápticas de dopamina, norepinefrina e serotonina. A

ação no transporte de dopamina é a mais importante, uma vez que, reforça os efeitos da cocaína no organismo, evidenciando que a mesma leva à dependência. Os efeitos de prazer produzidos pela cocaína advêm, principalmente, do facto da mesma, inibir a recaptação neuronal de dopamina, libertando muita dopamina na fenda sináptica (Castro, 2015). O sistema cardiovascular é o que sofre consequências mais distintas e particularmente complicadas. O consumo da cocaína aumenta a pressão sanguínea, devido à sua ação vasoconstritora, e a frequência cardíaca, sobre a estimulação dos recetores muscarínicos presentes no coração (Muakad, 2009).

O consumo desta substância envolve efeitos de bem-estar físico e mental (euforia, atenção, alegria, autoconfiança). Todavia, reporta sequelas associadas consideradas indesejadas ( aumento da frequência cardíaca, pressão arterial, vasoconstrição, respiração acelerada, aumento da temperatura corporal, sudorese, anestesia local, hiperexcitabilidade, insónia, inquietação, pânico, comportamento violento, disforia, cansaço, irritabilidade, depressão, síndrome serotoninérgica, dilatação das pupilas) podendo levar a convulsões, alucinações, acidente vascular cerebral, hemorragia ou insuficiência cardíaca (Barceloux 2012; Brownstein, 2016; Cole, 2003).

À parte dos efeitos, o uso crónico da cocaína ou o consumo em doses muito elevadas pode despoletar uma forte dependência psicológica, desenvolvimento de tolerância, destruição de tecidos do nariz (no caso do consumo por inalação), bronquite crónica (quando fumada) desnutrição, perda de peso, desorientação, apatia, confusão, exaustão devido à falta de sono, psicose paranoica e, em períodos de abstinência, pode influenciar um longo período de sono e depressão (Barceloux 2012; Brownstein 2016; Cole 2003), evidenciando-se, consecutivamente, o afastamento a nível social, familiar e profissional, uma vez que, o consumidor se concentra, exclusivamente, na utilização e abuso da substância (Costa, 2015). Tendo em conta o aumento da prevalência e incidência da adesão ao consumo de cocaína, torna-se pertinente explorar a perceção de risco dos consumidores.

## **2. Perceção de risco e o consumo de cocaína**

A perceção de risco é um processo que tem sido alvo de investigação por diversas áreas do conhecimento científico, uma vez que esta assume um papel crucial na prevenção, gestão e intervenção de riscos (Plapp, 2001). O fenómeno referido consiste numa avaliação subjetiva do risco (nível da probabilidade de ocorrência, gravidade pessoal e impacto social) que é associada a um determinado ambiente. Vale reforçar que esta avaliação resulta de fatores cognitivos, de personalidade, situacionais e contextuais, reportando implicações no comportamento a adaptar pelo indivíduo (Wachinger & Renn, 2010).

No decorrer dos anos, o comportamento dos indivíduos tem vindo a ser cada vez mais estudado, quando confrontados com determinadas situações, consideradas ameaças para a sua integridade física, social e psicológica, ou potenciadora de risco. A avaliação que os indivíduos fazem destas situações é crucial no processo de decisão dos comportamentos a adotar, por um lado, na prevenção dos riscos e por outro lado, na gestão deste tipo de acontecimentos (Costa, 2017). O conceito de risco está repleto de controvérsia na literatura existente, dado que se o assumirmos como algo que é considerado ameaçante devemos estar conscientes que a variabilidade social e pessoal irá alterar rapidamente esta perceção (Figueiredo, 2012).

Pode-se definir um risco como qualquer situação, objeto ou entidade que seja considerada ameaçadora. Esta subjetividade associada à perceção de risco conduz a que alguns riscos sejam mais consensuais, por estarem relacionados a contextos sociais distintos. Realça-se que à perceção de risco estão associadas variáveis que condicionam este fenómeno tornando-o pouco linear (Figueiredo, 2012). Neste sentido, torna-se expectável que o risco percecionado para uma dada situação seja tão variável quanto o número de pessoas que o avalie, já que este será também um reflexo da autoperceção de cada indivíduo, bem como da sua leitura e interação com o ambiente externo (Navarro & Cardoso, 2005). Todavia, é importante elencar que as atitudes e julgamentos de um grupo de pessoas deliberado mencione relativamente a uma dada situação será tão mais semelhante quanto mais unificado e segmentado for esse mesmo grupo, o que não implica que, dentro da concordância, não se identifique um vasto leque de avaliações, ou que indivíduos pertencentes a um mesmo grupo discordem civilizadamente (Parker et al, 2002).

Assim, a perceção de risco refere-se às avaliações intuitivas das pessoas sobre os perigos a que podem estar expostas e é afetada pela não identificação e sensação de descontrolo em relação ao perigo envolvido. Influenciada por numerosos fatores individuais, sociais, culturais e contextuais, a perceção vai além dos atributos clássicos de perigo e baseia-se em experiências, crenças, atitudes, julgamentos, conceções e sentimentos, bem como em aspetos sociais, culturais e institucionais em processos mais amplos, sendo considerada gatilho para a ação preventiva (Griep et al.,2021).

De acordo com Rodriguez (2002) a perceção de risco pode estar associada a fatores de risco como a baixa autoestima, a ansiedade, a depressão, o abuso sexual e a pressão dos pares, sendo que estes fatores podem influenciar a perceção de risco em maior ou menor grau. No campo da pesquisa sobre a utilização de substâncias a perceção de risco tem-se estabelecido

como fator chave na decisão de consumir ou não consumir. Esta percepção baseia-se em crenças, expectativas e valor afetivo atribuído à substância (Rodriguez, 2002).

No que toca à descriminalização das substâncias ilícitas em território nacional, esta evidenciou uma mudança positiva quanto à redução do número de consumidores ligeiramente problemáticos, à diminuição da criminalidade ligada às substâncias ilícitas e da transmissão de doenças essencialmente relacionada com o consumo por via injetável, como o VIH (SICAD, 2001). Em 2001, foi ainda possível verificar que, contrariamente à redução do uso de heroína e cocaína no país, observou-se o aumento do consumo de canábis, pronunciando-se como a substância mais patenteada entre os portugueses. Relativamente aos dados de marijuana e haxixe, substâncias estas descritas como sendo mais leves entre os consumidores, parecem indiciar uma tendência de normalização das mesmas (Ribeiro, 2004).

No que concerne à percepção de risco relativa às substâncias psicoativas, esta incorpora um aspeto central quando se tenta perceber em que medida os indivíduos estão dispostos a experimentar e consumir um determinado produto e de que maneira pretendem realizá-lo (Demant & Ravn, 2010). A perspetiva histórico-cultural aparenta ser indissociável deste construto, pelo que, atendendo à história do fenómeno droga a nível nacional, compreender as atitudes dos consumidores portugueses quanto às substâncias psicoativas, na atualidade, adquire especial relevância. O uso de substâncias parece estar amplamente associado a dificuldades no ambiente académico (baixo desempenho escolar), no ambiente familiar (discussões intrafamiliares, crises conjugais e violência doméstica), no meio social (acidentes rodoviários, conflitos de rua e escândalos em estabelecimentos ou na via pública) e o aparecimento de doenças derivadas do consumo (Scoppetta et al., 2019).

Apesar de todas as complicações que se podem atribuir à percepção de risco, estudos realizados com jovens consumidores de substâncias ilícitas, destacaram quatro crenças e ideias generalizadas que parecem ser transversais à grande parte dos grupos de consumidores. (Demant & Ravn, 2010). Os resultados obtidos indicam que, por norma, a partilha de experiências entre pares não envolve relatos de danos físicos ou psicológicos a longo prazo, sendo privilegiadas as experiências positivas vividas com as substâncias. A via de administração emerge no discurso dos consumidores como um dos principais fatores a ter em conta na avaliação do risco. O consumo por via injetável é descrito pelos consumidores como o mais preocupante e de risco, visto que, para além de ser o mais associado à dependência, trata-se, segundo a perspetiva dos participantes, de uma prática ligada a um avançado estado de degradação física e psicológica, e apenas se torna opção, sucessivamente, depois de se ter experienciado todas as outras possibilidades. A ingestão de comprimidos tende a ser

considerada uma via de administração qualificada como menos perigosa (Demant & Ravn, 2010).

Segundo um estudo realizado por Slovic (2000) acrescenta que, contrariamente aquilo que se acreditou ao longo do tempo, a tomada de decisão, e circunstâncias nas quais é necessário ponderar o risco envolvido, parece ser influenciada pela intuição do que precisamente por fatores técnicos e teóricos. Segundo o autor, este é o motivo mais pertinente pelo qual a comunicação de informações demasiado técnicas produz pouco ou nenhum efeito na população. Embora, no geral, os indivíduos tendam a ponderar o risco numa balança, na qual, normalmente, estão integradas variáveis como a controlabilidade, o potencial catastrófico e o potencial de ameaça, a escolha final será sempre mais influenciada pelo afeto e emoção do que pelo uso e manutenção daquilo que é correto.

Relativamente às perceções de risco para a saúde associadas ao consumo de substâncias, segundo o Flash Eurobarometer – Youth Attitudes on Drugs em 2011 e o Young People and drugs, em 2019, os jovens europeus de 15-25 anos, clarificaram a perceção de risco associada ao consumo ocasional de cocaína superior comparativamente ao ecstasy, à cannabis e outras substâncias, à exceção da heroína, que a caracterizam com um nível de perigosidade superior ao da cocaína. A grande maioria considerou como de risco elevado para a saúde o consumo regular de cocaína. Segundo um estudo efetuado por Cruz, Machado e Fernandes (2010) com consumidores não problemáticos de substâncias psicoativas, os participantes evidenciam uma forte aceitação social do consumo de cannabis, substância que parece ser considerada pouco prejudicial a nível físico, social e psicológico, particularmente, quando comparada com alucinógenos e estimulantes. Não obstante, estas foram consideradas mais controláveis, que, por exemplo, a cocaína (Leite, 2015). Ainda de acordo com o estudo realizado por Cruz, Machado e Fernandes (2010) estes parecem assim salientar a preocupação dos consumidores para com o autocontrolo e autorregulação do consumo de cocaína, um processo que, segundo os autores, implica uma gestão ponderada e contínua dos consumos, no sentido de refletir nos malefícios da cocaína e os efeitos positivos que dela tiram. De acordo com Hansen, Maycok e Lower (2001), grande parte dos consumidores de substâncias psicoativas evidenciam um nível considerável de controlo, pelo que, ainda que inconscientemente, acabam por adotar estratégias de redução de riscos. Contudo, à medida que a experiência do consumo aumenta, a preocupação com a minimização de danos tende a reduzir, sobretudo devido à habituação, à ausência de más experiências, ou à prevalência das experiências positivas, em detrimento das negativas.

Segundo um estudo realizado por Concha et al., (2019) relativo à percepção social de risco de drogas ilícitas, quase todos os participantes (94.2%) afirmaram que a droga mais perigosa ou de alto risco é o consumo frequente cocaína (93%), seguido do ecstasy (90.7%) e canábis (87.2%), no entanto, é preocupante que 9,3% pensem que o uso frequente de canábis apresenta um leve risco à saúde, seguido pelo uso frequente de tranquilizantes com 12.8%. Observou-se também que, segundo o sexo, as mulheres têm uma percepção marcadamente maior de alto risco em relação ao uso frequente de cocaína e outras substâncias em comparação aos homens.

Por fim, Demant e Ravn (2010), referiram a possível compatibilidade do uso das substâncias com a rotina diária, sendo que a cocaína adquire especial destaque neste contexto, tendo em consideração que é evidenciada como uma das substâncias cujos efeitos mais se identificam com um estado de sobriedade e lucidez. Desta forma, permite um uso regular, não implicando danos notórios para o próprio e para terceiros. A importância da potencialidade da sobriedade, juntamente a um estado alterado de consciência, é um dos fatores que determina o grau de risco e de perigosidade de uma substância ilícita (Demant & Ravn, 2010). Desta forma, e tendo em consideração que a dependência se apresenta pela grande parte dos consumidores como algo que, aparentemente, resolve sensações de mal-estar, percebe-se que a gestão de emoções e o consumo de substâncias ilícitas se relacionam negativamente, dado que uma menor capacidade de regulação emocional proporciona um maior ao consumo. Assim, torna-se pertinente explorar a regulação emocional para compreender em detalhe os seus processos e implicações.

### **3. Regulação emocional e o consumo de cocaína**

Nos últimos anos, o tema da regulação emocional a receber cada vez maior interesse, sendo um indício inequívoco o crescimento do número de publicações acerca desta matéria (Falcato, 2020). Define-se a regulação emocional como o conjunto de processos através dos quais as pessoas modulam a ativação espontânea das suas emoções (Gross, 1998; Koole, 2009). Segundo Gratz e Roemer (2004) a regulação emocional engloba a consciência, o entendimento e aceitação das emoções, a capacidade de controlar o comportamento impulsivo em função dos objetivos pessoais aquando se experienciam emoções negativas e ainda a capacidade de usar as estratégias de regulação emocional de maneira flexível, conciliando as finalidades pessoais de acordo com a natureza situacional. De acordo com os mesmos autores, o deficit ou ausência destas capacidades seriam indicadoras de dificuldades de regulação emocional. Em geral, esses processos são utilizados de modo a amplificar, reduzir ou manter a intensidade das emoções (Torrado et al, 2013). Conforme as pessoas utilizam corretamente os processos de regulação emocional é possível verificar sucessivamente uma melhoria nas inúmeras dimensões psicossociais e uma diminuição da vulnerabilidade no que respeita ao desenvolvimento de perturbações emocionais e somáticas (Schore, 2009).

Neste sentido, realçam-se as várias as propostas de conceptualização que idealizam as diferentes estratégias a que as pessoas recorrem para regular as suas emoções. Gross (1998) deu início ao desenvolvimento de um modelo relativo ao processo de regulação emocional, tendo como base cinco estratégias de regulação emocional: (1) seleção da situação que consiste em regular a proximidade a determinados estímulos; (2) modificação da situação implementando esforços para modificar diretamente a situação de maneira a reduzir o seu impacto emocional; (3) desenvolvimento atencional que consiste em direcionar o foco da atenção para determinado aspeto da situação; (4) mudança cognitiva, refere-se ao esforço por alterar uma emoção modificando o significado de uma situação; e (5) modulação da resposta que remete para o esforço por alterar aspetos fisiológicos experienciais ou comportamentais da emoção.

Deste modo, a regulação emocional mantém os estados emocionais em níveis de intensidade que permitam aos sujeitos lidar com as situações stressantes sem comprometer a sua estabilidade emocional (Goodman, 2008). Contudo, são notórias as diferenças individuais no que respeita à capacidade para regular eficazmente as emoções, podendo qualificar-se o modo como os sujeitos lidam com as emoções num continuum entre o normal e o patológico (Ochner & Gross, 2005). No polo patológico desse continuum situam-se as dificuldades de

regulação emocional transversais a várias manifestações psicopatológicas (Garza-Guerrero, 2012; Gratz & Roemer, 2004) nas quais se enquadram as Perturbações do Uso de Substâncias (Kober, 2013). Segundo Koole (2009) distintas estratégias de regulação emocional corporalmente orientadas, como o uso de substâncias, estão relacionadas ao alívio emocional imediato, em detrimento do bem-estar a longo prazo. Usualmente, estas estratégias de regulação emocional que visam o alívio emocional imediato revelam uma dificuldade de controlo de impulsos, menor capacidade de insight e a presença de pensamentos intrusivos. Assim, existem indivíduos que não conseguem, por si próprios, elaborar técnicas de regulação emocional diante de situações que instigam alguma espécie de stress ou sofrimento psicológico, surgindo, por consequência, dificuldades de regulação emocional. Tais indivíduos têm predisposição para redirecionar o seu foco na procura soluções mais imediatas, ocorrendo por vezes uma perda de controlo dos impulsos, que pode incluir a procura e o consumo de uma substância (Gross, 2002).

Recentemente, os investigadores têm-se focado no efeito da regulação emocional na severidade das dependências. A incorporação de conceitos emocionais e medidas relacionadas com emoção no estudo do abuso de substâncias e adições, poderá contribuir para a validade ecológica de futuras investigações e fornecer uma compreensão mais aprofundada da problemática (Quirk, 2001). Taylor e colaboradores (2010) sugeriram que certas perturbações psiquiátricas, tais como a dependência de substâncias poderão ser consequência de uma ineficiente regulação de emoções negativas ou de alguma forma perturbadas. Para Vreckem e Vandereycken (2002), tanto a dependência de substâncias como as perturbações alimentares constituem formas de regular emoções negativas, ansiedade e sentimentos depressivos.

Como já foi referenciado, o consumo de substâncias psicoativas pode ser apontado como uma solução por parte do indivíduo consumidor de aliviar, diminuir ou suprimir a expressão de emoções geradoras de stress ou sofrimento psicológico, ocorrendo desta forma, uma não-aceitação da resposta emocional. A supressão emocional é uma estratégia de regulação emocional que consiste na repetição de tentativas de redução ou eliminação do comportamento de expressão emocional. Contudo, esta estratégia de regulação emocional acarreta consequências cognitivas negativas, na medida em que cria um sentimento de discrepância entre o que foi experienciado e o que o indivíduo mostra aos outros, conduzindo a emoções negativas acerca de si próprio, aumentando a alienação do indivíduo perante os outros e impedindo o desenvolvimento de relações emocionalmente próximas (Vaz, 2009). A utilização da supressão emocional pode ter ainda consequências negativas a nível social, uma

vez que ao diminuir a expressão emocional, o indivíduo impede a partilha das suas emoções, culminando, conseqüentemente, num baixo suporte e responsividade social.

Realça-se ainda a existência de uma notória relação entre a capacidade de regulação dos estados emocionais e a dependência de substâncias, na medida em que uma pobre regulação dos afetos, estados de humor negativos, nomeadamente a impulsividade, a depressão, a ansiedade, a raiva, mecanismos de defesa e estratégias de coping imaturas, têm sido identificados como fatores de vulnerabilidade para o consumo de substâncias psicoactivas (Thorberg & Lyvers, 2010).

Fox e colaboradores (2007) num estudo realizado com 60 pessoas abstinentes e 50 voluntários saudáveis, avaliaram as dificuldades de regulação emocional, sendo que os indivíduos com Perturbação de Uso de Substâncias apresentaram valores mais elevados em todas as subescalas, facto visto como um indicador de que esses sujeitos têm mais dificuldades na consciencialização e aceitação de experiências emocionais negativas, mais dificuldades no controlo de impulsos, em manter objetivos e que também se debruçavam sobre a crença de que pouco podiam fazer para regular as emoções negativas de modo efetivo. Num outro estudo, Fox e colaboradores (2007) também demonstraram que indivíduos dependentes de cocaína evidenciam problemas na compreensão e no controlo de emoções durante a primeira semana de abstinência aos consumos, e consecutivamente verificaram-se dificuldades na regulação de emoções atribuídas ao aumento de reações de stress e ao controlo reduzido de impulsividade.

Por sua vez, Trinidad e Johnson (2002) verificaram que o grupo de pares influencia o indivíduo ao consumo, entende-se que o controlo eficaz das emoções reduzirá o risco de cedência ao consumo. A capacidade de controlar as emoções faz com que o indivíduo adote estratégias de enfrentamento adequadas em situações, nas quais o risco de abuso de substâncias se encontra presente e, desta forma, pessoas com elevada regulação emocional estão mais capacitadas para prever a oferta dos outros e recusar. Estes indivíduos entendem as pressões indesejadas dos colegas e controlam as suas emoções de forma mais eficiente, mostrando, consecutivamente, mais resistência ao consumo de substâncias. Pelo contrário, as pessoas que têm uma regulação emocional menos eficiente são atraídas pelo uso de substâncias com o objetivo de solucionar as suas emoções negativas. Posto isto, o consumo de substâncias tem vindo a ser associado pelos indivíduos a uma alternativa para enfrentar as dificuldades emocionais e os desafios com que se deparam ao longo da vida. Tendo em conta que a inadequada gestão emocional pode conduzir o sujeito ao consumo, torna-se também pertinente explorar os motivos que levam o indivíduo ao consumo.

#### 4. Motivos para o consumo de cocaína

Para uma compreensão do consumo de substâncias ilícitas é necessário perceber, quais as motivações que conduzem o sujeito à experiência e consumo. Segundo Morel, Hervé e Fontaine (1990) uma das motivações que conduz o sujeito a este tipo de substâncias é a necessidade de aliviar a sua dor física ou psíquica. Vale ressaltar que determinadas substâncias psicoativas têm a capacidade, a curto prazo, de atenuar o sofrimento ou angústia do consumidor. Todavia, com o decorrer do tempo e o uso contínuo da substância, o indivíduo deixa de sentir o efeito desejado inicialmente, enveredando num ciclo de procura compulsiva da substância, para evitar uma intensa sensação de mal-estar físico e/ou psicológico.

Os modelos de motivos de consumo de substâncias foram originalmente adaptados de modelos de motivos para o consumo de álcool por Cooper (1994) e foram caracterizados em cinco domínios (Cooper et al., 1995); diversão, *coping*, para a redução do afeto negativo, para tornar um evento social mais agradável, expansão ou conformidade (Simons et al., 1998). Pesquisas feitas posteriormente expandiram os motivos de consumo para incluir outros motivos como o relaxamento, diminuir ansiedade social e sono (Lee et al., 2007, 2009). Resultados de estudos mais recentes indicam que as razões frequentemente apontadas pelos consumidores para o uso de substâncias ilícitas incluem a diversão, curiosidade e desejo de viver outras experiências (prazer, euforia e descoberta), estratégia de escape à monotonia, obter relaxamento, ultrapassar dificuldades pessoais de inibição ou insegurança, facilitar a interação com os pares, desejo de autoafirmação ou aceitação pelos pares (Lee et al., 2007; Santos et al., 2014; SICAD, 2021). O facto de ter um familiar de primeiro grau consumidor é considerado um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas na medida em que, segundo a teoria transgeracional, os filhos tendem a repetir o comportamento dos pais e ainda estão suscetíveis pela predisposição genética (Danieli et al., 2017). Para além disso, segundo Cohen e colaboradores (1987) o princípio motivacional para a iniciação de uso e abuso de substâncias reside nos estados emocionais, entende-se que os sujeitos procuram substâncias a fim de reduzirem e/ou atingirem diferentes estados emocionais que podem passar por “negativos” (ansiedade, depressão e hostilidade) ou “positivos” (aventura, convívios e prazer).

Um estudo realizado por Santos e colaboradores (2014) refere que a maioria dos inquiridos na sua investigação mencionaram a curiosidade e a influência dos amigos como um dos principais motivos para o consumo. O mesmo se verifica no estudo de Basso et al., (2021) no qual, 63% dos participantes apontam a influência dos pares como um motivo chave para o consumo. Um estudo qualitativo de Dapiáz et al. (2014) com utentes de um Centro de

Atenção Psicossocial apontam alguns fatores de risco que podem influenciar o uso de substâncias, tais como: as alterações de humor (depressão e tristeza), festas e influência de pares. Os autores indicam que as alterações do humor são fatores associados ao início dos consumos na fase adulta e as festas e influência dos pares associados aos consumos com início na adolescência. Importa ainda ressaltar que nem sempre esses fatores estão associados exclusivamente a estas fases da vida, sendo que podem influenciar o uso de substâncias em qualquer fase vital. Segundo Macedo et al. (2014), os fatores de risco presentes na utilização de substâncias ilícitas são: os individuais (sintomas de depressão, ansiedade e insegurança), os familiares (pais ou irmãos consumidores, violência ou conflitos familiares), escolares (baixo desempenho e exclusão), sociais (violência, falta de trabalho e lazer) e por fim, fatores relacionados às substâncias que seriam a disponibilidade da droga e a media.

Deste modo, é possível concluir que a existências de determinadas vulnerabilidades psicológicas poderão estar na manutenção dos comportamentos aditivos (Guimarães & Fleming, 2009). Outros investigadores corroboram a ideia de que o uso de substâncias psicoativas é entendido como uma automedicação para todas as fragilidades e sentimentos de desespero do indivíduo (Khantzian & Wilson, 1993 cit in Guimarães & Fleming, 2009). Desta forma, é possível compreender que as inúmeras e diferentes substâncias psicoativas proporcionam efeitos divergentes, inclusive, é assim possível entender que estas sejam consumidas por diferentes razões. Assim, e de acordo com aquilo que é entendido como a hipótese de automedicação, a condição psicológica do consumidor irá conduzir à preferência da sua droga de eleição, uma vez que o indivíduo opta pela substância psicoativa mais inclinada para o alívio do seu estado psicológico inquietante, auxiliando o consumidor no alcance de uma estabilidade emocional. Concebe-se desta forma, que a escolha da droga de eleição não é selecionada ao acaso, sendo esta preferência o resultado da interação entre as propriedades farmacológicas da substância e a ocasião emocional do indivíduo, por outras palavras, o sofrimento psicológico e a necessidade de resolução deste sentimento (Guimarães & Fleming, 2009). Tendo em conta que a cocaína é uma substância estimulante, esta é geralmente é consumida para aumentar a energia, a sensação de euforia, a autoconfiança e a autoestima, e ainda para melhorar as capacidades físicas e mentais do indivíduo diminuindo a fadiga. Portanto, é consumida preferencialmente por indivíduos que experienciam estados depressivos, para desta forma regular o seu vazio interior (Khantzian, 2003). Neste contexto, o presente estudo pretende explorar o padrão de consumo, os principais motivos, a perceção de risco e a regulação emocional na amostra.

## **5. Metodologia**

Seguidamente, será apresentada a estrutura do estudo no que toca ao desenho, objetivos gerais e específicos, as hipóteses e questões de investigação, a caracterização da amostra, os instrumentos, bem como os procedimentos utilizados. Por último, serão expostos os resultados obtidos e a discussão dos mesmos.

### **5.1 Objetivos e Desenho do estudo**

No que concerne aos objetivos desta investigação propõe-se descrever o consumo, os principais motivos, a perceção de risco e a regulação emocional na amostra, analisar as diferenças nestas variáveis; género, grau de escolaridade, estado civil e idade. Por fim, avaliar a relação entre o consumo com motivos, perceção de risco e regulação emocional.

Assim, do ponto de vista metodológico, esta investigação é de natureza transversal, uma vez que os dados serão recolhidos em apenas um momento através de questionários (Fortin, 2009). Tem como base a metodologia quantitativa, sendo esta caracterizada pelo positivismo e objetivismo, de medição controlada, está orientada para a comprovação, confirmação e resultado, é hipotético dedutiva, precisa e fiável através da validação científica (Fortin, 2009). O estudo assenta no desenho descritivo correlacional, dado que explora relações entre variáveis com o intuito de as descrever.

### **5.2 Hipóteses e questões de investigação**

Para o desenvolvimento do estudo, e atendendo à revisão da literatura, foram delineadas as seguintes hipóteses:

H1: O consumo de cocaína é superior entre os homens.

H2: Existem diferenças na regulação emocional entre consumidores e não consumidores.

H3: Existem diferenças nos motivos para o consumo em função do género.

H4: Existem diferenças na regulação emocional em função do género.

H5: Existem diferenças nos motivos para o consumo de cocaína e a idade.

H6: Existem diferenças na regulação emocional e a idade.

Dado que não se encontrou revisão da literatura sobre o assunto, foram formuladas as seguintes questões de investigação.

Q1: Será que existe uma relação entre os motivos para o consumo e o estado civil dos participantes?

Q2: Será que existe uma relação entre a regulação emocional e o estado civil dos participantes?

Q3: Será que existe uma relação entre os motivos para o consumo e o nível de escolaridade dos inquiridos?

Q4: Será que existe uma relação entre a regulação emocional e o nível de escolaridade dos inquiridos?

Q5: Será que existe uma associação entre os motivos para o consumo e a regulação emocional?

### **5.3. Amostra**

A amostra total do presente estudo é constituída por 418 participantes, sendo a maioria do sexo feminino ( $n = 312$ , 74.6%) com idades compreendidas entre os 18 e os 63 anos ( $M = 37.11$ ,  $DP = 10.22$ ). Na Tabela 1, encontra-se a caracterização sociodemográfica da amostra. No que concerne às habilitações académicas dos participantes, a maioria possui o ensino universitário ( $n = 233$ , 55.7%). Relativamente ao estado civil, a maior parte são solteiros ( $n = 199$ , 47.6%). No que diz respeito ao estado civil dos pais, a maior parte são casados ( $n = 225$ , 53.8%).

Referindo a escolaridade do pai, a maioria possui o ensino básico ( $n = 125$ , 29.9%), já no que toca à escolaridade da mãe, a maioria possuiu o ensino primário ( $n = 118$ , 28.2%)

#### **Tabela 1.**

*Caracterização sociodemográfica da amostra*

| Variável                | Grupo                | Frequência | Porcentagem |
|-------------------------|----------------------|------------|-------------|
| Consumidores            | Consumidores         | 172        | 41.1        |
|                         | Não consumidores     | 246        | 58.9        |
| Gênero                  | Masculino            | 106        | 25.4        |
|                         | Feminino             | 312        | 74.6        |
| Idade                   | 18-28 anos           | 104        | 24.8        |
|                         | 29-39 anos           | 137        | 32.9        |
|                         | 40-50 anos           | 133        | 31.9        |
|                         | 51-63 anos           | 44         | 10.5        |
| Habilitações académicas | Ensino Básico        | 52         | 12.4        |
|                         | Ensino Secundário    | 133        | 31.8        |
|                         | Ensino Universitário | 233        | 55.7        |
| Estado Civil            | Solteiro/a           | 199        | 47.6        |
|                         | Casado/a             | 157        | 37.6        |
|                         | Divorciado/a         | 60         | 14.4        |
|                         | Viúvo/a              | 2          | .5          |
| Estado Civil dos Pais   | Solteiro/a           | 17         | 4.1         |
|                         | Casado/a             | 225        | 53.8        |
|                         | Divorciado/a         | 109        | 26.1        |
|                         | Viúvo/a              | 67         | 16.0        |
| Escolaridade do Pai     | Ensino Primário      | 101        | 24.2        |
|                         | Ensino Básico        | 125        | 29.9        |
|                         | Ensino Secundário    | 98         | 23.4        |
|                         | Ensino Universitário | 69         | 16.5        |
|                         | Não sei              | 13         | 3.1         |
|                         | Sem escolaridade     | 12         | 2.9         |
| Escolaridade da Mãe     | Ensino Primário      | 118        | 28.2        |
|                         | Ensino Básico        | 114        | 27.3        |
|                         | Ensino Secundário    | 95         | 22.7        |
|                         | Ensino Universitário | 78         | 18.7        |
|                         | Não Sei              | 9          | 2.2         |

|                  |   |     |
|------------------|---|-----|
| Sem escolaridade | 4 | 1.0 |
|------------------|---|-----|

## 5.4 Instrumentos

De forma a medirmos as variáveis em estudo, foram utilizados como instrumentos: um Questionário sociodemográfico; o Questionário de Regulação Emocional, o Questionário de Percepção de Risco e o Questionário dos Motivos para o Consumo.

### 5.4.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi construído para este estudo com o intuito de recolher dados genéricos relativos aos participantes, nomeadamente: género, idade, ano de escolaridade, curso, número de vezes que reprovou, estado civil, estado civil dos pais e, por último, a escolaridade dos pais.

### 5.4.2. Questionário de Regulação Emocional (QRE; adaptação portuguesa de Vaz et al., 2008). *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ; Gross & John, 2003)

Desenvolvido por Gross e John (2003), este instrumento tem como objetivo avaliar e compreender a utilização de duas estratégias de regulação emocional, nomeadamente a reavaliação cognitiva e a supressão emocional, assim como as diferenças individuais na utilização destas em situações específicas. O ERQ consiste, assim, numa medida de autorrelato de 10 itens referentes a duas estratégias comuns interiorizadas pelas pessoas para regular as emoções: quatro itens medem a supressão das emoções e seis medem o uso da estratégia de reavaliação das emoções. As respostas aos itens são respondidas numa escala Likert que varia de 1 (Discordo totalmente) a 7 (Concordo totalmente). O questionário apresenta boas propriedades com alfa de Cronbach's entre .79 para a subescala de reavaliação cognitiva e .73 para a subescala de supressão emocional. No que respeita à leitura das pontuações, scores mais altos indicam o uso mais frequente de uma determinada estratégia (Gross & Jonh, 2003).

Este questionário foi adaptado para a população portuguesa por Filipa Machado Vaz e Carla Martins (2008), tendo sido encontrada uma consistência interna de .76 para a subescala Reavaliação Cognitiva e de .65 para a Supressão Emocional. Nesta versão, de acordo com a análise fatorial, o item 5 (“Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação de uma forma que me ajude a ficar calmo”), que na versão original, integra a subescala reavaliação cognitiva, na versão portuguesa, faz parte dos itens que saturam no fator supressão emocional, tendo sido pelos autores integrada nesta última subescala.

#### 5.4.3. Questionário de Percepção de Risco

Para avaliar a percepção de risco utilizou-se um instrumento com 11 dimensões adaptado de O’Callaghan et al., (2006) com base no *Cannabis Problems Questionnaire* (CPQ) de Copeland, Swift e Rees (2001), sendo que apresenta boas propriedades psicométricas com alfa de Cronbach’s .96. Este questionário, adaptado para a cocaína, é constituído por 36 questões referentes ao risco associado ao consumo imediato, ou seja, engloba os consumos prolongados e os consumos esporádicos (experimentar apenas). Avalia dimensões como a dependência física, o comprometimento escolar ou laboral, problemas ao nível social (relações), falta de motivação, problemas de humor, problemas financeiros, problemas de saúde em geral e problemas legais. As respostas aos itens são dadas em resposta fechada com quatro opções: “nenhum risco”, “risco leve”, “risco moderado” e “grande risco”.

#### 5.4.4. Questionário dos Motivos para o Consumo (adaptação portuguesa de Dias et al., 2020). *Comprehensive Motives Questionnaire* (CMQ; Lee et., 2009)

No que reporta ao questionário dos motivos para o consumo teve como base o *Comprehensive Motives Questionnaire* (CMQ, Lee et. al., 2009). Este instrumento permite avaliar motivos que podem levar ao consumo como o prazer, conformidade, coping, experimentação, aborrecimento, álcool, celebração, percepção alterada, ansiedade social, baixo risco, sono/descanso, disponibilidade.

Consiste de 36 itens, com as respostas dadas numa escala Likert, entre “quase nunca/nunca”, “algumas das vezes”, “metade das vezes”, “a maior parte das vezes” e “quase todas/todas as vezes”. No que toca às qualidades psicométricas deste questionário, estudos de validade com análise confirmatória confirmam a estrutura original e os valores de alfa de Cronbach entre .72 e .91. e um valor de .96 para a escala total, sendo esta considerada muito boa. O instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Dias et al. (2020) sendo os itens com as cargas fatoriais mais baixas excluídos, tendo sido encontrada uma versão final com 34 itens, com as mesmas subescalas e fidelidade.

### **5.5. Procedimentos de recolha e análise de dados**

Devido às limitações impostas pela pandemia Covid-19, os questionários foram aplicados num formato digital através da Plataforma Google Forms. Estes foram distribuídos por uma amostra não-probabilística obtida por conveniência, uma vez que foram incluídos participantes disponíveis e voluntariados para ingressar no estudo (Carmo & Ferreira, 2008).

O processo de recolha de dados decorreu de forma *online* através da plataforma Google forms. O formulário integrou os instrumentos supracitados anteriormente e o consentimento livre e informado. Neste, com informações relativas ao estudo e aos seus

objetivos, era solicitada a participação voluntária, garantindo a confidencialidade e anonimato da informação recolhida e que somente será utilizada exclusivamente para fins de investigação. Foi divulgado na rede social Facebook, Instagram, bem como aplicado no Centro de Solidariedade de Braga/Projeto Homem.

Após o preenchimento, os participantes submeteram os seus questionários na respetiva plataforma. De seguida procedeu-se à codificação dos dados, sendo introduzidos no programa IBM SPSS Statistics versão 28, para uma análise estatística. Foram utilizados testes paramétricos, uma vez que se garantiu a normalidade da distribuição através do teorema do limite central que determina a normalidade das variáveis quando a amostra é superior a 30 elementos (Pestana & Gageiro, 2014).

## 6. Resultados

Neste ponto serão apresentados os resultados decorrentes da presente investigação, considerando as hipóteses e questões de investigação, relacionando as variáveis principais (perceção de risco, regulação emocional e motivos para o consumo de cocaína) com as variáveis sociodemográficas presentes no estudo.

6.1. Estudos descritivos da perceção de risco, regulação emocional e motivos para o consumo de cocaína

6.1.1. Consumo da amostra

Para perceber o consumo da amostra foram realizadas análises descritivas, como se pode verificar na tabela abaixo. A partir dos dados recolhidos, 247 participantes referiram nunca ter consumido cocaína ao longo da vida. Desta forma, foi possível observar que 17.2% referiram ter consumido 40 ou mais vezes ao longo da vida e 6.2% consumiram nos últimos 12 meses. Nos últimos 30 dias, 31.1% não consumiu e 35.6% nos últimos sete dias. No que concerne ao tratamento no âmbito do consumo de substâncias, a maioria dos integrantes não se encontra a fazer tratamento (n = 381, 91.1%) e uma minoria integra uma comunidade terapêutica (n = 37, 8.9%).

### Tabela 2.

*Consumo da amostra*

|         | Consumo ao longo da vida | Consumo 12 meses | Consumo 30 dias | Consumo 7 dias |
|---------|--------------------------|------------------|-----------------|----------------|
|         | F (%)                    | F (%)            | F (%)           | F (%)          |
| 0 vezes | 247(59.1)                | 92(22.0)         | 130(31.1)       | 149(35.6)      |

|                  |          |         |         |         |
|------------------|----------|---------|---------|---------|
| 1-2 vezes        | 39(9.3)  | 23(5.5) | 18(4.3) | 11(2.6) |
| 2-5 vezes        | 21(5.0)  | 8(1.9)  | 6(1.4)  | 4(1.0)  |
| 6-9 vezes        | 15(3.6)  | 9(2.2)  | 4(1.0)  | 4(1.0)  |
| 10-19 vezes      | 13(3.1)  | 7(1.7)  | 4(1.0)  | 1(0.2)  |
| 20-39 vezes      | 11(2.6)  | 6(1.4)  | 6(1.4)  | 0(0)    |
| 40 ou mais vezes | 72(17.2) | 26(6.2) | 3(0.7)  | 2(0.5)  |

#### Tratamento às dependências

|                                |            |
|--------------------------------|------------|
|                                | F (%)      |
| Sim, em comunidade terapêutica | 37 (8.9)   |
| Não                            | 381 (91.1) |

#### 6.1.2. Motivos para o consumo de cocaína

No que diz respeito aos motivos para o consumo de cocaína, como é possível observar na tabela 3, podemos verificar que as dimensões mais recorrentes são o “Prazer” e a “Experimentação”. As menos recorrentes são as dimensões “Baixo risco” e “Sono”.

#### **Tabela 3.**

*Dimensões associadas aos motivos para o consumo de cocaína com maior relevância*

|                        | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|------------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Prazer                 | 10.31 | 3.76          | 3.00   | 15.00  |
| Conformidade           | 6.96  | 3.01          | 3.00   | 15.00  |
| Coping                 | 7.54  | 4.37          | 3.00   | 15.00  |
| Experimentação         | 10.35 | 3.94          | 3.00   | 15.00  |
| Aborrecimento          | 6.93  | 3.77          | 3.00   | 15.00  |
| Álcool                 | 8.13  | 4.32          | 3.00   | 15.00  |
| Celebração             | 9.80  | 4.02          | 3.00   | 15.00  |
| Alteração da percepção | 7.40  | 4.16          | 3.00   | 15.00  |
| Ansiedade social       | 7.80  | 4.04          | 3.00   | 15.00  |

|                 |      |      |      |       |
|-----------------|------|------|------|-------|
| Baixo risco     | 5.10 | 2.63 | 3.00 | 13.00 |
| Sono            | 3.97 | 2.07 | 3.00 | 15.00 |
| Disponibilidade | 7.61 | 3.09 | 3.00 | 15.00 |

### 6.1.3. Regulação emocional

No que respeita à regulação emocional, e tal como é possível observar na Tabela 4, a dimensão com pontuação média mais elevada é a reavaliação cognitiva.

#### **Tabela 4.**

*Dimensão associada à regulação emocional com maior relevância*

|                       | Média | Desvio Padrão | Mínimo | Máximo |
|-----------------------|-------|---------------|--------|--------|
| Reavaliação cognitiva | 29.30 | 8.39          | 6.00   | 42.00  |
| Supressão emocional   | 14.67 | 6.045         | 4.00   | 28.00  |

### 6.1.4. Perceção de risco

Na Tabela 5, encontra-se a descrição do quão perigoso os participantes consideram o consumo de tabaco, álcool, cannabis e cocaína para a população em geral. Assim, as respostas variaram entre 1 (inofensivo) e 6 (muito perigoso), sendo que a cocaína apresentou a média mais elevada de perigosidade ( $M = 5.65$ ;  $DP = 0.917$ ) e a cannabis evidenciou a média mais baixa ( $M = 4.09$ ;  $DP = 1.536$ ).

#### **Tabela 5.**

*Risco do consumo de cocaína*

|          | Inofensivo | 2        | 3        | 4        | 5         | Muito perigoso | Média | DP   |
|----------|------------|----------|----------|----------|-----------|----------------|-------|------|
|          | F (%)      | F (%)    | F (%)    | F (%)    | F (%)     | F (%)          |       |      |
| Tabaco   | 10(2.4)    | 17(4.1)  | 47(11.2) | 97(23.2) | 125(29.9) | 122(29.2)      | 4.62  | 1.25 |
| Álcool   | 11(2.6)    | 11(2.6)  | 36(8.6)  | 99(23.7) | 110(26.3) | 151(36.1)      | 4.77  | 1.24 |
| Cannabis | 28(6.7)    | 48(11.5) | 68(16.3) | 84(20.1) | 95(22.7)  | 95(22.7)       | 4.09  | 1.53 |
| Cocaína  | 8(1.9)     | 3(0.7)   | 3(0.7)   | 21(5.0)  | 43(10.3)  | 340(81.3)      | 5.65  | .917 |

Na tabela 6, encontra-se a descrição relativa à perceção de risco associada a três frequências de consumo. No que concerne ao consumo ocasional 42.1% dos participantes

considerou o consumo de cocaína de risco elevado (n = 176). Por sua vez, no consumo continuado verificou-se que 63.9% considera que esta frequência de consumo assume um risco elevado (n = 267). Já no consumo regular, 385 participantes afirmaram que o consumo comporta risco elevado (n = 385, 92.1%). Por fim, quando questionados acerca da percepção de risco inerente a um consumo semelhante ao seu, a maioria dos participantes afirmou não existir nenhum risco (n = 325, 77.8%).

**Tabela 6.**

*Percepção de risco associada à frequência de consumo*

|                             | Nenhum<br>risco | Baixo<br>risco | Risco<br>moderado | Risco<br>elevado | Média | DP   |
|-----------------------------|-----------------|----------------|-------------------|------------------|-------|------|
|                             | F (%)           | F (%)          | F (%)             | F (%)            |       |      |
| Ocasional                   | 31(7.4)         | 104(24.9)      | 107(25.6)         | 176(42.1)        | 3.02  | 0.98 |
| Continuado                  | 12(2.9)         | 7(1.7)         | 14(3.3)           | 267(63.9)        | 3.85  | 0.58 |
| Regular                     | 17(4.1)         | 29(6.9)        | 105(25.1)         | 385(92.1)        | 3.49  | 0.80 |
| Igual ao do<br>participante | 325(77.8)       | 16(3.8)        | 16(3.8)           | 61(14.6)         | 1.55  | 1.10 |

Avaliou-se, ainda, a percepção de risco associada a diferentes episódios como consequência do consumo de cocaína, mesmo tendo consumido apenas uma vez. Neste sentido, construiu-se a tabela 7, que apresenta o nível de risco identificado pelos participantes relativamente a 15 episódios específicos que os consumidores associam à ocorrência de episódios adversos como consequência do consumo de cocaína. Desta análise, embora não se encontrem diferenças muito notórias, verificou-se que os inquiridos consideram um nível de risco moderado de ocorrência de episódios adversos após o consumo de cocaína, sendo que atribuíram uma média mais elevada à dificuldade em parar o consumo (3.61) e menor à possibilidade de se repercutir dor física (3.01).

**Tabela 7.**

*Percepção de risco associada a episódios como consequência do consumo de substância*

|                     | Nenhum<br>risco | Baixo<br>risco | Risco<br>moderado | Risco<br>elevado | Média | DP   |
|---------------------|-----------------|----------------|-------------------|------------------|-------|------|
|                     | F (%)           | F (%)          | F (%)             | F (%)            |       |      |
| Ataque de ansiedade | 30(7.2)         | 60(14.4)       | 137(32.8)         | 191(45.7)        | 3.17  | 0.93 |

|  |          |          |           |           |      |      |
|--|----------|----------|-----------|-----------|------|------|
| Paranoia   | 30(7.2)  | 47(11.2) | 99(23.7)  | 242(57.9) | 3.32 | 0.94 |
| Dor física                                       | 44(10.5) | 92(22.0) | 99(23.7)  | 183(43.8) | 3.01 | 1.04 |
| Sentir-me em baixo                               | 47(11.2) | 71(17.0) | 105(25.1) | 195(46.7) | 3.07 | 1.04 |
| Problemas financeiros                            | 21(5.0)  | 26(6.2)  | 66(15.8)  | 305(73.0) | 3.57 | 0.82 |
| Problemas legais/com a polícia                   | 31(7.4)  | 52(12.4) | 78(18.7)  | 257(61.5) | 3.34 | 0.96 |
| Problemas de saúde física                        | 27(6.5)  | 44(10.5) | 96(23.0)  | 251(60.0) | 3.37 | 0.91 |
| Problemas emocionais/de humor                    | 21(5.0)  | 19(4.5)  | 76(18.2)  | 302(72.2) | 3.58 | 0.80 |
| Tornar-se fisicamente dependente                 | 30(7.2)  | 27(6.5)  | 55(13.2)  | 306(73.2) | 3.52 | 0.90 |
| Ter dificuldade em parar o consumo               | 25(6.0)  | 23(5.5)  | 42(10.0)  | 328(78.5) | 3.61 | 0.84 |
| Falta de motivação                               | 31(7.4)  | 43(10.3) | 90(21.5)  | 254(60.8) | 3.36 | 0.94 |
| Problemas nos relacionamentos                    | 27(6.5)  | 31(7.4)  | 80(19.1)  | 280(67.0) | 3.47 | 0.89 |
| Pior desempenho na universidade/trabalho         | 32(7.7)  | 54(12.9) | 100(23.9) | 232(55.5) | 3.27 | 0.96 |
| Começar a utilizar outras drogas regularmente    | 37(8.9)  | 31(7.4)  | 68(16.3)  | 282(67.5) | 3.42 | 0.96 |
| Ter acidentes sob o efeito do consumo de cocaína | 30(7.2)  | 41(9.8)  | 67(16.0)  | 280(67.0) | 3.43 | 0.94 |

## 6.2. Estudos inferenciais

### 6.2.1 O consumo de cocaína é superior entre os homens.

Foi utilizado o teste  $t$  de student para analisar as diferenças no consumo de cocaína em função do género. Através da tabela abaixo, percebemos que há uma diferença

estatisticamente significativa entre o consumo e o género [ $t_{(145,415)} = -7.546, p = .000$ ], sendo superior no género masculino.

**Tabela 8.**

*Diferenças no consumo de cocaína em função do género*

|                    | Feminino<br>(n =312) |      | Masculino<br>(n =106) |      | Significância Estatística |           |          |
|--------------------|----------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|-----------|----------|
|                    | M                    | DP   | M                     | DP   | <i>t</i>                  | <i>gl</i> | <i>p</i> |
| Consumo de cocaína | 2.05                 | 1.95 | 4.17                  | 2.65 | -7.55                     | 145.42    | <.001    |

#### 6.2.2. Diferenças na perceção de risco, regulação emocional e motivos em função do género.

Foi utilizado o teste *t* de student para analisar as diferenças nos motivos para o consumo em função do género. Através da tabela 9, percebemos que há uma diferença estatisticamente significativa entre a dimensão experimentação e o género [ $t_{(162,869)} = 2.823, p = .005$ ], sendo que é superior no género feminino na dimensão experimentação. Igualmente na dimensão aborrecimento, ansiedade social e baixo risco. Nas restantes dimensões não se verificou nenhuma diferença estatisticamente significativa.

Foi utilizado o teste *t* de student para analisar as diferenças na regulação emocional em função do género, percebemos que há diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão “reavaliação cognitiva” e o género [ $t_{(153,224)} = 2.637, p = .009$ ], sendo que ao nível das estatísticas descritivas o género feminino apresenta pontuações superiores na dimensão “reavaliação cognitiva” (M = 29.936, DP = 7.781), comparando com o género masculino (M = 27.189, DP = 9.722). Percebemos que existe uma diferença estatisticamente significativa entre a dimensão “supressão emocional” e o género [ $t_{(416)} = -2.360, p = .019$ ], sendo que ao nível das estatísticas descritivas o género masculino apresenta pontuações superiores nesta dimensão (M = 15.858, DP = 6.588), comparando com o género feminino (M = 14.263, DP = 5.806).

Recorreu-se ao teste *t* student para analisar as diferenças entre a perceção de risco e o género. Como se percebe na tabela abaixo, percebemos que existem relações estatisticamente significativas, com pontuações mais elevadas no género feminino.

**Tabela 9.**

*Diferenças nos motivos para o consumo, regulação emocional e percepção de risco em função do género.*

| Motivos para o consumo    |                     |      |                       |      |               |           |             |
|---------------------------|---------------------|------|-----------------------|------|---------------|-----------|-------------|
|                           | Feminino<br>(n =94) |      | Masculino<br>(n = 78) |      | Significância |           | Estatística |
|                           | M                   | DP   | M                     | DP   | <i>t</i>      | <i>gl</i> | <i>p</i>    |
| Prazer                    | 9.96                | 3.82 | 10.74                 | 3.66 | -1.33         | 169       | 0.18        |
| Conformidade              | 6.94                | 2.96 | 7.01                  | 4.40 | -.031         | 169       | 0.97        |
| Coping                    | 7.01                | 4.40 | 8.19                  | 4.28 | -1.77         | 169       | 0.07        |
| Experimentação            | 11.10               | 3.88 | 9.42                  | 3.85 | 2.82          | 162.86    | <.001       |
| Aborrecimento             | 6.22                | 3.5  | 7.80                  | 3.90 | -2.78         | 169       | <.001       |
| Álcool                    | 7.86                | 4.39 | 8.46                  | 4.23 | -.911         | 169       | 0.36        |
| Celebração                | 9.53                | 4.17 | 10.14                 | 3.84 | -.987         | 169       | 0.32        |
| Alteração da<br>percepção | 6.92                | 3.94 | 8.00                  | 4.38 | -1.68         | 169       | 0.09        |
| Ansiedade<br>social       | 7.13                | 3.78 | 8.61                  | 4.22 | -2.40         | 169       | 0.01        |
| Baixo risco               | 4.51                | 2.07 | 5.80                  | 3.05 | -3.28         | 169       | <.001       |
| Sono                      | 3.82                | 1.91 | 4.15                  | 2.25 | -1.02         | 169       | 0.30        |
| Disponibilidade           | 7.67                | 3.04 | 7.54                  | 3.16 | .262          | 169       | 0.79        |

  

| Regulação emocional      |                      |      |                       |      |               |           |             |
|--------------------------|----------------------|------|-----------------------|------|---------------|-----------|-------------|
|                          | Feminino<br>(n =312) |      | Masculino<br>(n =246) |      | Significância |           | Estatística |
|                          | M                    | DP   | M                     | DP   | <i>t</i>      | <i>gl</i> | <i>p</i>    |
| Reavaliação<br>Cognitiva | 29.93                | 7.78 | 27.18                 | 9.72 | 2.63          | 153.22    | 0.09        |
| Supressão<br>emocional   | 14.26                | 5.80 | 15.85                 | 6.58 | -2.36         | 416       | 0.01        |

Percepção de risco

|  | Feminino<br>(n =312) |      | Masculino<br>(n =246) |      | Significância Estatística |           |          |
|--|----------------------|------|-----------------------|------|---------------------------|-----------|----------|
|  | M                    | DP   | M                     | DP   | <i>t</i>                  | <i>gl</i> | <i>p</i> |
| Risco consumo                            | 2.13                 | 0.95 | 2.63                  | 1.02 | -4.47                     | 170.49    | <.001    |
| Ansiedade                                | 3.24                 | 0.86 | 2.97                  | 1.06 | 2.31                      | 155.11    | 0.02     |
| Paranoia                                 | 3.41                 | 0.85 | 3.08                  | 1.11 | 2.80                      | 149.53    | 0.01     |
| Doença física                            | 3.11                 | 0.99 | 2.71                  | 1.12 | 3.27                      | 164.43    | 0.01     |
| Sentir-se em<br>baixo                    | 3.15                 | 0.97 | 2.83                  | 1.19 | 2.52                      | 155.35    | 0.01     |
| Problemas<br>financeiros                 | 3.59                 | 0.76 | 3.49                  | 0.95 | 0.99                      | 153.28    | 0.32     |
| Problemas<br>legais                      | 3.40                 | 0.89 | 3.17                  | 1.10 | 1.93                      | 154.50    | 0.05     |
| Problemas de<br>saúde                    | 3.46                 | 0.84 | 3.08                  | 1.03 | 3.38                      | 155.71    | 0.01     |
| Problemas<br>emocionais                  | 3.66                 | 0.69 | 3.34                  | 1.01 | 2.99                      | 140.07    | 0.03     |
| Tornar-se<br>fisicamente<br>dependente   | 3.63                 | 0.76 | 3.20                  | 1.15 | 3.62                      | 137.47    | <.001    |
| Ter dificuldade<br>em parar o<br>consumo | 3.68                 | 0.76 | 3.42                  | 1.01 | 2.42                      | 147.83    | 0.06     |
| Falta de<br>motivação                    | 3.42                 | .863 | 3.18                  | 1.11 | 1.99                      | 149.66    | 0.05     |
| Problemas nos<br>relacionament<br>os     | 3.51                 | .818 | 3.34                  | 1.05 | 1.50                      | 149.76    | 0.13     |
| Pior<br>desempenho                       | 3.32                 | .907 | 3.13                  | 1.08 | 1.60                      | 157.55    | 0.11     |

|  |      |      |      |      |      |        |       |
|--|------|------|------|------|------|--------|-------|
| Começar a utilizar outras substâncias regularmente | 3.50 | .871 | 3.20 | 1.16 | 2.44 | 146.78 | 0.06  |
| Ter acidentes sob o efeito do consumo              | 3.54 | .836 | 3.09 | 1.11 | 3.77 | 146.97 | <.001 |

### 6.2.3. Diferenças na regulação emocional e percepção de risco entre consumidores e não consumidores

Foi utilizado o teste *t* de student para analisar as diferenças na regulação emocional entre consumidores e não consumidores de cocaína. Através da tabela abaixo, percebemos que não existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão reavaliação cognitiva, como na supressão emocional. Já na percepção de risco percebemos que existem diferenças estatisticamente significativas na grande maioria dos episódios adversos que podem ocorrer após o consumo de cocaína ( $p > .05$ ). É importante destacar que os não consumidores obtiveram pontuações superiores comparativamente aos consumidores.

#### **Tabela 9.**

*Diferenças na regulação emocional e percepção de risco em função de consumidores e não consumidores de cocaína*

|                       | Regulação emocional      |      |                              |      |               |           |             |
|-----------------------|--------------------------|------|------------------------------|------|---------------|-----------|-------------|
|                       | Consumidores<br>(n =173) |      | Não consumidores<br>(n =246) |      | Significância |           | Estatística |
|                       | M                        | DP   | M                            | DP   | <i>t</i>      | <i>gl</i> | <i>p</i>    |
| Reavaliação Cognitiva | 28.26                    | 9.06 | 29.92                        | 7.82 | 1.94          | 332.66    | 0.03        |
| Supressão emocional   | 14.88                    | 6.35 | 14.52                        | 5.83 | -.586         | 347.67    | 0.56        |

Percepção de risco

|  | Não          |      |              |      | Significância | Estatística |          |
|--|--------------|------|--------------|------|---------------|-------------|----------|
|  | Consumidores |      | consumidores |      |               |             |          |
|  | (n =172)     |      | (n =246)     |      |               |             |          |
|  | M            | DP   | M            | DP   | <i>t</i>      | <i>gl</i>   | <i>p</i> |
| Risco consumo                            | 2.42         | 1.00 | 2.13         | 0.97 | -2.95         | 415         | 0.03     |
| Ansiedade                                | 3.02         | 1.02 | 3.28         | 0.84 | 2.83          | 416         | 0.01     |
| Paranoia                                 | 3.10         | 1.06 | 3.02         | 1.01 | 3.87          | 302.82      | <.001    |
| Doença física                            | 2.72         | 1.06 | 3.21         | 0.97 | 4.93          | 416         | <.001    |
| Sentir-se em<br>baixo                    | 2.93         | 1.09 | 3.17         | 0.99 | 2.33          | 416         | .020     |
| Problemas<br>financeiros                 | 3.51         | 0.88 | 3.61         | 0.76 | 1.24          | 332.93      | 0.22     |
| Problemas<br>legais                      | 3.21         | 1.06 | 3.43         | 0.87 | 2.29          | 320.85      | 0.02     |
| Problemas de<br>saúde                    | 3.12         | 0.96 | 3.54         | 0.83 | 4.68          | 334.57      | <.001    |
| Problemas<br>emocionais                  | 3.40         | 0.95 | 3.12         | 0.96 | 3.57          | 277.97      | <.001    |
| Tornar-se<br>fisicamente<br>dependente   | 3.21         | 1.07 | 3.74         | 0.67 | 5.76          | 263.28      | <.001    |
| Ter dificuldade<br>em parar o<br>consumo | 3.38         | 1.01 | 3.77         | 0.66 | 4.51          | 273.06      | <.001    |
| Falta de<br>motivação                    | 3.19         | 1.03 | 3.48         | 0.85 | 3.03          | 321.52      | 0.00     |
| Problemas nos<br>relacionament<br>os     | 3.32         | 1.00 | 3.57         | 0.78 | 2.73          | 309.16      | 0.01     |
| Pior<br>desempenho                       | 3.13         | 1.00 | 3.37         | 0.91 | 2.60          | 416         | 0.01     |

|  |      |      |      |      |      |        |       |
|--|------|------|------|------|------|--------|-------|
| Começar a utilizar outras substâncias regularmente | 3.13 | 1.09 | 3.13 | 1.00 | 5.02 | 292.58 | <.001 |
| Ter acidentes sob o efeito do consumo              | 3.14 | 1.06 | 3.63 | 0.77 | 5.16 | 291.32 | <.001 |

6.2.4. Motivos para o consumo, regulação emocional, percepção de risco e o nível de escolaridade dos inquiridos.

No que concerne à relação com o grau de escolaridade, foi utilizado o teste de *Spearman*. Foi possível perceber a existência de uma relação estatisticamente significativa negativa e muito baixa entre o grau de escolaridade e o prazer ( $r_s = -.163, p = .033$ ), as estratégias coping ( $r_s = -.140, p = .067$ ), baixo risco ( $r_s = -.185, p = .016$ ) e a dimensão sono ( $r_s = -.173, p = .024$ ). Verificou-se também uma relação estatisticamente significativa negativa e baixa com a dimensão aborrecimento ( $r_s = -.314, p = .000$ ). No que diz respeito à relação com o grau de escolaridade, foi possível perceber uma relação estatisticamente significativa negativa e muito baixa entre o grau de escolaridade e a dimensão supressão emocional ( $r_s = -.172, p = .000$ ). Por sua vez, na percepção de risco encontraram-se relações estatisticamente significativas positivas e muito baixas entre o grau de escolaridade e o episódio “paranoia” ( $r_s = -.136, p = .005$ ), assim como com a “doença física” ( $r_s = -.099, p = .044$ ).

6.2.5. Motivos para o consumo, regulação emocional, percepção de risco e o estado civil dos participantes.

Foi efetuada uma análise de variância através da realização do teste estatístico ANOVA para avaliar as diferenças nos motivos para o consumo de cocaína em função do estado civil dos participantes. Como se percebe na tabela abaixo, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Aborrecimento” ( $F = 2.78, p = .043$ ), onde as pontuações médias mais elevadas se encontram nos indivíduos divorciados.

Com recurso ao teste de comparações múltiplas de Gabriel, percebeu-se que as diferenças são estatisticamente significativas na dimensão “Aborrecimento” entre indivíduos solteiros e viúvos ( $DM = 6.440, p = .032$ ). Adicionalmente, com recurso ao teste de comparações múltiplas T2 de Tamhane verificou-se que as diferenças são estatisticamente significativas na dimensão “Alteração da percepção” entre indivíduos casados e viúvos ( $DM = 4.643, p = .000$ ), entre indivíduos solteiros e viúvos ( $DM = 4.080, p = .000$ ) e entre indivíduos

viúvos e divorciados ( $DM = -5.593, p = .000$ ). Por último, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Sono” entre indivíduos casados e viúvos ( $DM = .809, p = .006$ ) e entre indivíduos solteiros e viúvos ( $DM = 1.240, p = .000$ ). Nas restantes dimensões não foi possível perceber diferenças estatisticamente significativas.

Na regulação emocional em função do estado civil dos participantes, como se percebe na tabela abaixo, existem diferenças estatisticamente significativas na dimensão “Supressão emocional” ( $F = 2.795, p = .040$ ), com as pontuações médias mais elevadas nos indivíduos solteiros. Com recurso ao teste de comparações múltiplas de T2 de Tamhane, percebeu-se que as diferenças são estatisticamente significativas entre indivíduos casados e solteiros ( $DM = -1.794, p = .029$ ).

Também na perceção de risco em função do estado civil dos participantes, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na grande maioria dos episódios adversos que podem ocorrer após o consumo de cocaína. Com recurso ao teste de comparações múltiplas de T2 de Tamhane, percebeu-se que as diferenças são estatisticamente significativas no episódio entre indivíduos casados e viúvos, entre solteiros e viúvos, entre divorciados e viúvos no episódio “Ansiedade”. Entre casados e viúvos, solteiros e viúvos entre viúvos e divorciados, no episódio “paranoia”. Verificaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre casados e solteiros no episódio “doença física”. Observaram-se -se diferenças estatisticamente significativas no episódio entre casados e solteiros, viúvos e casados e viúvos e divorciados no episódio “problemas de saúde”. Ainda, entre casados e solteiros, casados e viúvos, solteiros e viúvos, viúvos e divorciados no episódio “problemas emocionais”. Entre indivíduos casados e solteiros, casados e viúvos, solteiros e viúvos, viúvos e divorciados no episódio “tonar-se fisicamente dependente”. Ainda no episódio “ter dificuldades em parar o consumo” foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre casados e solteiros, casados e viúvos, solteiros e viúvos e divorciados e viúvos. No episódio “ter falta de motivação” verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos casados e solteiros, casados e viúvos, solteiros e viúvos, viúvos e divorciados. Verificaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas no episódio “problemas nos relacionamentos” entre indivíduos casados e solteiros, casados e viúvos, solteiros e viúvos e viúvos e divorciados. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas no episódio “pior desempenho na universidade/trabalho” entre casados e solteiros. Constataram-se diferenças estatisticamente significativas no episódio “começar a utilizar outras drogas” entre casados e solteiros, casados e viúvos, solteiros e viúvos e entre

viúvos e divorciados. Por último, observaram-se diferenças estatisticamente significativas no episódio “ter acidentes sob o efeito de cocaína” entre casados e solteiros.

**Tabela 10.**

*Diferenças nos motivos, regulação emocional e percepção de risco em função do estado civil*

Motivos para o consumo

|                     | Casado |      | Solteiro |      | Viúvo |      | Divorciado |      | ANOVA |      |
|---------------------|--------|------|----------|------|-------|------|------------|------|-------|------|
|                     | M      | DP   | M        | DP   | M     | DP   | M          | DP   | F     | p    |
| Prazer              | 10.71  | 3.58 | 9.96     | 3.92 | 9.00  | 2.82 | 11.11      | 3.42 | 0.93  | 0.42 |
| Conformidade        | 6.78   | 2.51 | 6.86     | 3.18 | 7.00  | 5.65 | 7.62       | 2.95 | 0.55  | 0.64 |
| Coping              | 6.88   | 4.43 | 7.52     | 4.34 | 7.00  | 5.65 | 8.66       | 4.30 | 0.91  | 0.43 |
| Experimentação      | 11.26  | 3.70 | 9.90     | 4.17 | 12.0  | 1.41 | 10.48      | 3.38 | 1.31  | 0.27 |
| Álcool              | 7.21   | 4.55 | 8.72     | 4.05 | 4.00  | 1.41 | 7.70       | 4.75 | 1.97  | 0.11 |
| Aborrecimento       | 6.52   | 3.35 | 6.69     | 3.86 | 4.00  | 1.41 | 8.70       | 3.71 | 2.77  | 0.04 |
| Celebração          | 9.66   | 4.05 | 9.94     | 3.86 | 3.50  | 0.70 | 10.00      | 4.46 | 1.73  | 0.16 |
| Alteração percepção | 7.64   | 4.26 | 7.08     | 4.02 | 3.00  | 0.00 | 8.59       | 4.45 | 1.74  | 0.16 |
| Ansiedade Social    | 7.97   | 3.57 | 7.46     | 4.14 | 5.00  | 2.88 | 9.00       | 4.27 | 1.38  | 0.24 |
| Baixo Risco         | 4.73   | 2.20 | 5.27     | 2.82 | 3.00  | 0.00 | 5.14       | 2.59 | 0.82  | 0.48 |
| Sono                | 3.80   | 1.46 | 4.24     | 2.44 | 3.00  | 0.00 | 3.33       | 1.07 | 1.66  | 0.17 |
| Disponibilidade     | 8.16   | 2.93 | 7.44     | 3.04 | 7.00  | 5.65 | 7.44       | 3.42 | 0.60  | 0.61 |

Regulação emocional

|                       | Casado |      | Solteiro |      | Viúvo |      | Divorciado |      | ANOVA |      |
|-----------------------|--------|------|----------|------|-------|------|------------|------|-------|------|
|                       | M      | DP   | M        | DP   | M     | DP   | M          | DP   | F     | p    |
| Reavaliação cognitiva | 29.41  | 7.65 | 29.18    | 9.11 | 24.00 | 7.07 | 28.95      | 7.83 | 0.33  | 0.80 |
| Supressão emocional   | 13.57  | 5.47 | 15.36    | 6.45 | 15.00 | 2.82 | 15.20      | 5.81 | 2.79  | 0.04 |

Percepção de risco

|               | Casado |      | Solteiro |      | Viúvo |      | Divorciado |      | ANOVA |      |
|---------------|--------|------|----------|------|-------|------|------------|------|-------|------|
|               | M      | DP   | M        | DP   | M     | DP   | M          | DP   | F     | p    |
| Risco consumo | 2.20   | 1.03 | 2.25     | 0.96 | 3.50  | .707 | 2.37       | 0.97 | 1.47  | 0.22 |
| Ansiedade     | 3.27   | 0.87 | 3.03     | 0.82 | 4.00  | 0.00 | 3.35       | 0.82 | 3.62  | 0.01 |

|   |      |      |      |      |      |       |      |      |       |       |
|---|------|------|------|------|------|-------|------|------|-------|-------|
| Paranoia                                      | 3.43 | 0.83 | 3.18 | 1.02 | 4.00 | 0.00  | 3.50 | 0.83 | 3.48  | 0.01  |
| Doença física                                 | 3.19 | 0.96 | 2.87 | 1.06 | 1.50 | 0.71  | 3.02 | 1.06 | 4.21  | <.001 |
| Sentir-se em baixo                            | 3.22 | 1.00 | 2.97 | 1.05 | 2.00 | 1.41  | 3.05 | 1.02 | 2.32  | 0.07  |
| Problemas financeiros                         | 3.65 | 0.71 | 3.50 | 0.86 | 2.50 | 2.12  | 3.60 | 0.86 | 2.11  | 0.09  |
| Problemas legais                              | 3.42 | 0.89 | 3.26 | 1.01 | 2.50 | 2.12  | 3.43 | 0.89 | 1.51  | 0.20  |
| Problemas de saúde                            | 3.52 | 0.78 | 3.22 | 0.97 | 4.00 | 0.00  | 3.42 | 0.94 | 3.66  | 0.01  |
| Problemas emocionais                          | 3.71 | 0.65 | 3.44 | 0.90 | 4.00 | 0.00  | 3.65 | 0.70 | 3.84  | 0.01  |
| Tornar-se fisicamente dependente              | 3.72 | 0.68 | 3.37 | 1.01 | 4.00 | 0.00  | 3.52 | 0.91 | 4.80  | <.001 |
| Ter dificuldades em parar o consumo           | 3.76 | 0.68 | 3.47 | 0.92 | 4.00 | 0.00  | 3.67 | 0.87 | 3.69  | 0.01  |
| Falta de motivação                            | 3.52 | 0.82 | 3.20 | 1.01 | 4.00 | 0.00  | 3.43 | 0.90 | 3.85  | 0.01  |
| Problemas nos relacionamentos                 | 3.59 | 0.75 | 3.32 | .97  | 4.00 | 0.00  | 3.60 | 0.82 | 3.58  | 0.01  |
| Pior desempenho                               | 3.49 | 0.82 | 3.10 | 1.01 | 2.50 | 2.12  | 3.32 | 0.93 | 5.62  | <.001 |
| Começar a utilizar outras drogas regularmente | 3.57 | 1.06 | 3.27 | 1.06 | 4.00 | 0.00  | 3.53 | 0.89 | 3.60  | 0.01  |
| Ter acidentes sob efeito do consumo           | 3.60 | 0.78 | 3.26 | 1.03 | 2.50 | 2.121 | 3.57 | 0.83 | 5.099 | .002  |

#### 6.2.6. Motivos para o consumo, regulação emocional, percepção de risco e a idade.

Foi utilizado o teste *Pearson* para verificar se existe relação entre os motivos para o consumo de cocaína e a idade. Verificou-se uma relação estatisticamente significativa positiva e muito baixa entre a idade e a dimensão prazer ( $p = .013$ ,  $r = .189$ ), assim como com a dimensão aborrecimento ( $p = .045$ ,  $r = .154$ ). Também com a regulação emocional foram encontradas relações estatisticamente significativas positivas e muito baixas entre a idade e a dimensão reavaliação cognitiva ( $p = .001$ ,  $r = .160$ ) e a supressão emocional ( $p = .018$ ,  $r = -.116$ ). Foi utilizado o teste *Pearson* para verificar se existe relação entre a percepção de risco e a idade. Como se percebe na tabela 12, verificou-se a existência de relações estatisticamente significativas entre a idade e quase todos os episódios adversos que podem ocorrer após o consumo de cocaína ( $p < .05$ ).

#### **Tabela 11.**

##### *Percepção de risco em função da idade*

|               |   | Idade |
|---------------|---|-------|
| Risco consumo | r | -.066 |
|               | p | 0.18  |
|               | N | 418   |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| Ansiedade                              | r | 0.10  |
|  | p | 0.03  |
|  | N | 418   |
| Paranoia                               | r | 0.15  |
|  | p | 0.00  |
|  | N | 418   |
| Doença física                          | r | 0.09  |
|  | p | 0.07  |
|  | N | 418   |
| Sentir-se em<br>baixo                  | r | 0.08  |
|  | p | 0.11  |
|  | N | 418   |
| Problemas<br>financeiros               | r | 0.08  |
|  | p | 0.13  |
|  | N | 418   |
| Problemas legais                       | r | 0.16  |
|  | p | 0.03  |
|  | N | 418   |
| Problemas de<br>saúde                  | r | 0.13  |
|  | p | <.001 |
|  | N | 418   |
| Problemas<br>emocionais                | r | 0.15  |
|  | p | 0.00  |
|  | N | 418   |
| Tornar-se<br>fisicamente<br>dependente | r | 0.13  |
|  | p | 0.01  |
|  | N | 418   |

|  |   |       |
|--|---|-------|
| Ter dificuldade em parar o consumo                 | r | 0.11  |
|  | p | 0.02  |
|  | N | 418   |
| Falta de motivação                                 | r | 0.12  |
|  | p | 0.01  |
|  | N | 418   |
| Problemas nos relacionamentos                      | r | 0.08  |
|  | p | 0.12  |
|  | N | 418   |
| Pior desempenho                                    | r | 0.08  |
|  | p | 0.10  |
|  | N | 418   |
| Começar a utilizar outras substâncias regularmente | r | 0.13  |
|  | p | <.001 |
|  | N | 418   |
| Ter acidentes sob o efeito do consumo              | r | 0.20  |
|  | p | <.001 |
|  | N | 418   |

#### 6.2.6. Motivos para o consumo, regulação emocional, percepção de risco e o padrão de consumo.

Foi utilizado o teste Spearman para verificar se existe relação entre os motivos para o consumo, percepção de risco e o padrão de consumo dos indivíduos. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p > .05$ ). Estes resultados podem ser consultados na tabela 12.

**Tabela 12.**

*Relação entre os motivos para o consumo, percepção de risco, regulação emocional e o padrão de consumo*

|                        |   | Motivos para o consumo         |                     |                    |                   |
|------------------------|---|--------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
|                        |   | Consumo<br>ao longo da<br>vida | Consumo 12<br>meses | Consumo 30<br>dias | Consumo 7<br>dias |
| Prazer                 | r | 0.505                          | 0.22                | 0.17               | 0.14              |
|                        | p | 0.000                          | 0.03                | 0.02               | 0.06              |
|                        | N | 172                            | 172                 | 172                | 172               |
| Conformidade           | r | 0.189                          | 0.03                | 0.10               | 0.14              |
|                        | p | 0.013                          | 0.70                | 0.16               | 0.06              |
|                        | N | 172                            | 172                 | 172                | 172               |
| Coping                 | r | 0.442                          | 0.27                | 0.16               | 0.25              |
|                        | p | <.001                          | <.001               | 0.03               | 0.01              |
|                        | N | 172                            | 172                 | 172                | 172               |
| Experimentação         | r | -.266                          | -.238               | -.143              | -.152             |
|                        | p | <.001                          | 0.02                | 0.06               | 0.05              |
|                        | N | 172                            | 172                 | 172                | 172               |
| Aborrecimento          | r | .434                           | 0.30                | 0.20               | 0.23              |
|                        | p | <.001                          | <.001               | 0.01               | 0.03              |
|                        | N | 172                            | 172                 | 172                | 172               |
| Álcool                 | r | 0.17                           | 0.19                | 0.18               | 0.21              |
|                        | p | 0.02                           | 0.01                | 0.01               | 0.01              |
|                        | N | 172                            | 172                 | 172                | 172               |
| Celebração             | r | 0.30                           | 0.09                | 0.10               | 0.10              |
|                        | p | <.001                          | 0.24                | 0.15               | 0.18              |
|                        | N | 172                            | 172                 | 172                | 172               |
| Alteração da percepção | r | 0.40                           | 0.16                | 0.15               | 0.19              |
|                        | p | <.001                          | 0.03                | 0.04               | 0.01              |
|                        | N | 172                            | 172                 | 172                | 172               |

|                  |   |       |      |      |       |
|------------------|---|-------|------|------|-------|
| Ansiedade social | r | 0.42  | 0.21 | 0.17 | 0.11  |
|                  | p | <.001 | 0.01 | 0.02 | 0.12  |
|                  | N | 172   | 172  | 172  | 172   |
| Baixo risco      | r | 0.35  | 0.15 | 0.03 | 0.13  |
|                  | p | <.001 | 0.04 | 0.63 | 0.07  |
|                  | N | 172   | 172  | 172  | 172   |
| Sono             | r | 0.19  | 0.16 | 0.19 | 0.33  |
|                  | p | 0.01  | 0.02 | 0.01 | <.001 |
|                  | N | 172   | 172  | 172  | 172   |
| Disponibilidade  | r | 0.19  | 0.12 | 0.16 | 0.18  |
|                  | p | 0.01  | 0.10 | 0.03 | 0.05  |
|                  | N | 172   | 172  | 172  | 172   |

#### Perceção de risco

|                       |   | Consumo<br>ao longo da<br>vida | Consumo 12<br>meses | Consumo 30<br>dias | Consumo 7<br>dias |
|-----------------------|---|--------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------|
| Risco consumo         | r | 0.18                           | 0.08                | -.06               | 0.01              |
|                       | p | <.001                          | 0.29                | 0.37               | 0.98              |
|                       | N | 418                            | 171                 | 172                | 172               |
| Ansiedade             | r | -.03                           | -.02                | -.02               | .08               |
|                       | p | 0.46                           | 0.74                | 0.72               | 0.28              |
|                       | N | 418                            | 171                 | 172                | 172               |
| Paranoia              | r | -.02                           | -.01                | -.00               | 0.11              |
|                       | p | 0.65                           | 0.85                | 0.93               | 0.13              |
|                       | N | 418                            | 172                 | 172                | 172               |
| Doença física         | r | -.09                           | -.07                | -.02               | .06               |
|                       | p | 0.06                           | 0.31                | 0.74               | 0.38              |
|                       | N | 418                            | 172                 | 172                | 172               |
| Sentir-se em baixo    | r | -.05                           | <.001               | -.081              | 0.06              |
|                       | p | 0.29                           | 0.97                | 0.28               | 0.41              |
|                       | N | 418                            | 172                 | 172                | 172               |
| Problemas financeiros | r | 0.08                           | -.02                | -.01               | <.001             |

|   |   |      |      |       |      |
|---|---|------|------|-------|------|
|   | p | 0.08 | 0.74 | 0.82  | 0.97 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Problemas legais                              | r | 0.03 | -.08 | 0.05  | 0.10 |
|   | p | 0.49 | 0.29 | 0.51  | 0.16 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Problemas de saúde                            | r | -.05 | -.02 | 0.09  | 0.08 |
|   | p | 0.25 | 0.76 | 0.21  | 0.26 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Problemas emocionais                          | r | -.02 | -.06 | 0.03  | 0.12 |
|   | p | 0.64 | 0.43 | 0.66  | 0.10 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Tornar-se fisicamente dependente              | r | -.07 | -.16 | -.02  | .02  |
|   | p | 0.13 | 0.03 | 0.78  | 0.74 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Ter dificuldades em parar o consumo           | r | -.04 | -.04 | 0.01  | 0.03 |
|   | p | 0.34 | 0.52 | 0.93  | 0.68 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Falta de motivação                            | r | -.05 | -.02 | <.001 | 0.10 |
|   | p | 0.30 | 0.77 | 0.98  | 0.16 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Problemas nos relacionamentos                 | r | -.01 | 0.02 | 0.02  | 0.05 |
|   | p | 0.78 | 0.78 | 0.76  | 0.45 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Pior desempenho                               | r | -.06 | 0.03 | -.04  | 0.07 |
|   | p | 0.17 | 0.61 | 0.55  | 0.32 |
|   | N | 418  | 172  | 172   | 172  |
| Começar a utilizar outras drogas regularmente | r | -.06 | -.09 | -.13  | -.08 |
|   | p | 0.19 | 0.19 | 0.08  | 0.28 |

|                                       |   |                                |                                |                               |                         |
|---------------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
|                                       | N | 418                            | 172                            | 172                           | 172                     |
| Ter acidentes sob o efeito do consumo | r | -.08                           | -.13                           | -.17                          | -.04                    |
|                                       | p | 0.07                           | 0.08                           | 0.02                          | 0.52                    |
|                                       | N | 418                            | 172                            | 172                           | 172                     |
| Regulação emocional                   |   |                                |                                |                               |                         |
|                                       |   | Consumo<br>ao longo da<br>vida | Consumo<br>últimos 12<br>meses | Consumo<br>últimos 30<br>dias | Consumo<br>últim 7 dias |
| Reavaliação cognitiva                 | r | -.10                           | -.03                           | 0.05                          | 0.08                    |
|                                       | p | 0.04                           | 0.69                           | 0.51                          | 0.27                    |
|                                       | N | 418                            | 172                            | 172                           | 172                     |
| Conformidade                          | r | 0.09                           | 0.31                           | 0.20                          | 0.16                    |
|                                       | p | 0.06                           | <.001                          | 0.01                          | 0.02                    |
|                                       | N | 418                            | 172                            | 172                           | 172                     |

## **Discussão**

O presente trabalho tinha como objetivo descrever o consumo, os principais motivos para o consumo de cocaína, a percepção de risco e a regulação emocional na amostra, analisar diferenças nos consumos, motivos para o consumo, percepção de risco e na regulação emocional em função do gênero, grau de escolaridade, estado civil e idade, bem como avaliar a relação entre o consumo com motivos, a percepção de risco e a regulação emocional. Desta forma, a discussão de resultados está organizada de acordo com os objetivos estabelecidos.

Numa primeira fase foram realizadas análises descritivas. No que diz respeito ao consumo da amostra, 247 participantes nunca consumiram cocaína, sendo que 17.2% já consumiu 40 ou mais vezes. No último ano percebeu-se que 22% não consumiu e 6.2% consumiu 40 ou mais vezes. Nos últimos 30 dias 31.1% não consumiram, tendo 0.7% dos participantes consumido 40 ou mais vezes. No que toca aos últimos 7 dias 35.6% dos inquiridos não consumiram nenhuma vez e 0.5% consumiram 40 ou mais vezes. Segundo o SICAD (2020), num estudo com uma amostra com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos, a cocaína surgiu como a segunda droga preferencialmente consumida, sendo que a prevalência de consumo ao longo da vida é de 1.1%. O ano 2018/2019 apresentou uma percentagem de consumo de 0.2% e o ano 2020 registou 0.1%. Os resultados obtidos são, assim, suportados pela literatura.

Segundo a amostra deste estudo, os principais motivos para o consumo de cocaína são a experimentação, celebração, obtenção de prazer e álcool. Um estudo realizado por Santos e colaboradores (2014) refere que a maioria dos inquiridos na sua investigação mencionaram a experimentação e a influência dos amigos como um dos principais motivos para o consumo. O mesmo se verifica no estudo de Basso et al., (2021) no qual, 63% dos participantes apontam a influência dos pares como um motivo chave para o consumo. Num outro estudo realizado por Dapiaz et al., (2014) foram salientados alguns fatores de risco que podem influenciar o uso de substâncias, tais como: as alterações de humor (depressão e tristeza), celebração e influência de pares. Segundo outros estudos verificou-se que o consumo de substâncias está, maioritariamente, associado a celebrações (Litt et al., 2012; Tartaglia et al., 2017). No que toca ao consumo de cocaína motivado pelo álcool, um estudo realizado por Griffin revalida o resultado obtido, sendo que este demonstrou que o consumo de álcool aumenta a predisposição do indivíduo para o consumo de cocaína, o que significa que há medida que consumo de álcool aumenta, o indivíduo tem tendência a consumir mais cocaína.

Quanto aos motivos para o consumo em função de variáveis pessoais, foi possível perceber que, ao longo da vida, é superior o consumo de cocaína no sexo masculino,

confirmando a primeira hipótese, sendo que o principal motivo para o consumo no sexo feminino é a experimentação e o sexo masculino menciona o prazer como principal motivo. Estes resultados vão de encontro à literatura, uma vez que, segundo o relatório do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, em 2021, o consumo de cocaína continuou a ser mais prevalente entre os rapazes. No que concerne ao consumo e motivação em função do nível de estudos, verificou-se que há medida que o grau de escolaridade aumenta, o nível de prazer, as estratégias coping, o aborrecimento e o nível de risco associado diminuem. Por sua vez, no que toca aos motivos para o consumo em função do estado civil, indivíduos divorciados apontam o aborrecimento como o maior motivo para consumir, o que pode ser explicado pelas mudanças que o divórcio acarreta na vida dos indivíduos, como por exemplo, o facto de não terem a presença de um companheiro e passaram grande parte do seu tempo sós. Em relação aos motivos para o consumo e a idade, verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a dimensão prazer, o que significa que há medida que a idade aumenta, o prazer também aumenta, revalidando a hipótese cinco. Constatou-se também uma relação estatisticamente significativa positiva e muito baixa entre a idade e a dimensão aborrecimento, o que significa que há medida que a idade avança maior é o aborrecimento, levando o indivíduo ao consumo. Desta forma, é possível perceber que os resultados vão de encontro à literatura, que por sua vez defendem que o nível de consumo aumenta com a idade (Sousa, 2008; Rangel, 2017).

No que respeita à dimensão associada à regulação emocional que assume maior relevância, constatou-se que a dimensão mais frequente é a reavaliação cognitiva. Indivíduos que tendem a usar mais reavaliação cognitiva são mais propensos a terem relações mais próximas com os seus pares. Uma das possíveis explicações para isso é que esta estratégia está associada à procura de apoio e de suporte social para aliviar estados emocionais negativos, sendo que a partilha de emoções intensas pode estar associada a relacionamentos emocionalmente próximos e sentimento de conexão interpessoal (McRae & Gross, 2020). Ainda que frequentemente utilizada para diminuir as emoções negativas, a reavaliação cognitiva pode ser usada tanto diante de emoções positivas, como também para aumentar a resposta emocional ou até modificá-la em si, figurando como uma das mais utilizadas estratégias de regulação emocional (Chacko, 2017). Neste sentido, encorajar os indivíduos a utilizar a reavaliação cognitiva constitui o modelo central das abordagens psicoterapêuticas modernas, uma vez que as disfunções da regulação emocional, de uma forma geral, têm sido implicadas no modelo psicopatológico de diversas perturbações psiquiátricas, como o abuso de substâncias psicoativas (Vieira, 2018). Ao nível das estatísticas descritivas, os não

consumidores de cocaína apresentam pontuações superiores na dimensão reavaliação cognitiva, o que comprova a segunda hipótese deste estudo. Pelo contrário, na dimensão supressão emocional, os consumidores de cocaína apresentam pontuações superiores, sendo esta uma estratégia comportamental, focada na inibição da resposta (por exemplo, expressões faciais, verbais e gestos) (McRae, Heller, John, & Gross, 2011). A regulação emocional é considerada adaptativa quando as estratégias utilizadas são apropriadas ao contexto e utilizadas de forma flexível para modular as emoções e engajar-se em comportamentos direcionados aos objetivos do indivíduo. De acordo com alguns estudos realça-se ainda a existência de uma notória relação entre a capacidade de regulação dos estados emocionais e a dependência de substâncias, na medida em que uma pobre regulação dos afetos, estados de humor negativos, nomeadamente a impulsividade, a depressão, a ansiedade, a raiva, mecanismos de defesa e estratégias de coping imaturas, têm sido identificados como fatores de vulnerabilidade para o consumo de substâncias psicoactivas (Thorberg & Lyvers, 2010).

Quanto à regulação emocional em função do género foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a dimensão reavaliação cognitiva e o género feminino, o que revalida a quarta hipótese formulada neste estudo. Contrariamente, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre a supressão emocional e o género masculino. Este resultado é suportado pela literatura, uma vez que no estudo realizado por Sousa (2021) foi possível observar a existência de diferenças significativas entre ambos os géneros no que concerne às dificuldades de regulação emocional, com as mulheres a apresentarem mais dificuldades do que o género masculino, sendo que as mulheres tendem a ter mais dificuldades em compreender e aceitar as suas emoções e em aceder a estratégias eficazes quando estão perante emoções negativas, de modo a orientar os seus comportamentos para objetivos individuais que permitam responder às exigências do ambiente de forma adequada. No que diz respeito à avaliação da influência do grau de escolaridade na implementação de estratégias de regulação emocional, os resultados obtidos permitiram verificar que há diferenças ao nível da utilização da supressão emocional, sendo que há medida que o grau de escolaridade do indivíduo aumenta, a supressão emocional diminui. De modo a confirmar este resultado, ressalva-se o estudo realizado por Vaz (2009), tendo este apontado que indivíduos com o ensino básico se diferenciam dos restantes no sentido de utilizarem mais a supressão emocional, do que indivíduos com o Ensino Secundário e Superior. Foi efetuada uma análise de variância para avaliar as diferenças na regulação emocional em função do estado civil dos participantes, sendo encontrada uma diferença estatisticamente significativas na supressão emocional nos indivíduos solteiros, o que, possivelmente, pode ser explicado pela falta de um

relacionamento emocionalmente próximo causando a supressão das suas emoções, uma vez que o ser humano tem tendência a partilhar os suas emoções com o seu companheiro. Verificou-se a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a dimensão reavaliação cognitiva, sendo que há medida que a idade aumenta a reavaliação cognitiva também aumenta. Observou-se, ainda, a existência de uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a supressão emocional, o que significa que há medida que a idade aumenta a supressão emocional diminui, afirmando a formulação da sexta hipótese.

No que toca à descrição do quão perigoso os participantes consideram o consumo de tabaco, álcool, cannabis e cocaína para a população em geral, a cocaína destacou-se como a substância mais perigosa a consumir, seguido do álcool, tabaco e canábis. Segundo um estudo realizado por Concha et al., (2019) relativo à perceção social de risco de drogas ilícitas, quase todos os participantes (94,2%) afirmaram que a droga mais perigosa ou de alto risco é o consumo frequente cocaína, seguido do ecstasy e canábis. Em relação à descrição relativa à perceção de risco associada a frequências de consumo diferentes (ocasional, continuado, regular), os participantes revelaram que o consumo regular de cocaína é percecionado como o de maior risco. Da análise feita pelos inquiridos associada ao nível de risco de ocorrência de episódios adversos após o consumo, foi atribuída a média mais elevada à dificuldade em parar o consumo. Pelo contrário, atribuíram um menor nível de risco à possibilidade de se repercutir dor física (3.01). Partindo para uma análise de diferenças de género percebeu-se que o género feminino tem níveis superiores de perceção de risco do consumo de cocaína comparativamente ao género masculino. Este resultado vai de encontro aos estudos realizados por Concha et al., (2019) reforçando a ideia de que as mulheres têm uma perceção marcadamente maior de alto risco em relação ao uso frequente de cocaína e outras substâncias em comparação aos homens. No que concerne ao estudo da perceção de risco em função do nível de escolaridade dos sujeitos percebe-se que quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior é a perceção de risco. Simões (2019) reforça esta ideia concluindo através do seu estudo que o consumo de substâncias está associado a resultado negativos, ou seja, ao baixo rendimento académico, abandono escolar e à não realização profissional na vida adulta.

Ao estudar as diferenças das idades percebeu-se que há medida que a idade aumenta, maior é a sua perceção sobre os riscos, o que pode ser explicado pelo facto de na adolescência e início de a idade adulta existir uma subvalorização do consumo e uma maior procura de atividades/comportamentos de risco. De forma a validar este resultado, um estudo realizado por Conceição e Ventura (2019) defende que consoante o avanço da idade maior é a perceção do sujeito sobre os riscos.

## **Conclusão**

A realização desta investigação permitiu um melhor conhecimento sobre a percepção de risco, regulação emocional e motivos face ao consumo de cocaína. Este estudo possibilitou o aumento do conhecimento sobre o consumo de cocaína, uma vez que procurou explorar os aspetos supramencionados relacionados com variáveis pessoais, revertendo alguns resultados consistentes com a literatura analisada e outras conclusões inesperadas, com interpretações relevantes para a intervenção no consumo de cocaína.

Após a análise e discussão dos resultados obtidos podemos especular que o consumo de cocaína pode tornar-se num problema cada vez mais problemático a nível nacional, caso não existam as devidas medidas preventivas. Partindo dos dados em referência, pode-se dizer que o estudo não evidenciou a ocorrência de níveis elevados de consumo, aquando comparada com outros estudos relacionados ao consumo de substâncias, no entanto, isto pode ter ocorrido devido à dificuldade em alcançar a população alvo, já que a maioria da amostra passou pelo sexo feminino e não consumidores. No entanto, importa salientar que a grande maioria dos inquiridos experimentou cocaína. Os indivíduos consumidores com regularidade têm marcadamente uma posição de menor percepção de risco no que toca ao consumo de cocaína, pela minimização dos seus malefícios e habituação à mesma.

Ademais, importa também destacar que os indivíduos consumidores apresentam uma ineficiente regulação emocional, uma vez que têm mais tendência para suprimir as suas emoções, sendo possível especular que o indivíduo que se sente emocionalmente em baixo procura a cocaína para aliviar o sofrimento, ao invés de procurar a ajuda/ apoio de alguém próximo. Segundo o estudo realizado, o princípio motivacional para o consumo pode passar por diferentes motivos, como o prazer, a experimentação, a celebração e o álcool. Apesar de a literatura validar estes resultados, apresenta também outros motivos como a influência do grupo de pares, a inclusão, o sentimento de pertença, as dificuldades vividas no seio familiar, a ansiedade e a depressão. Neste mote, o ser humano deve ser visto numa perspetiva sistémica, tendo em consideração os aspetos condicionais integrados aos psicossociais, isto é, o consumo de cocaína depende de fatores intrínsecos e extrínsecos do sujeito em constante interação com o seu meio envolvente, sendo que a tomada de decisão do próprio indivíduo consumidor é aquela que acarreta mais influência no consumo.

O presente estudo não deve ignorar algumas limitações. Primeiramente, é relevante salientar o número ainda baixo de sujeitos consumidores, justificado pelo facto de ser uma população de adesão difícil ao preenchimento do questionário. A quantidade de instrumentos aplicados poderá ter sido excessiva na sua dimensão podendo levar à exaustão de alguns

participantes no seu preenchimento. Outra limitação cinge-se ao facto de o estudo ter sido realizado ainda em tempo de pandemia Covid-19, o que pode influenciar as respostas dos participantes. Uma dificuldade importante a ser destacada limita-se ao facto de desconhecermos outros nesta área, dificultando a revisão da literatura mais detalhada e atualizada, bem como a sua comparação com outras investigações neste contexto.

Assim, é possível definir substâncias ilícitas como problema de saúde pública (UNODC, 2018), cuja génese é ampla e complexa, sendo necessário impor cada vez mais a necessidade de situar a temática do uso e abuso de substâncias ilícitas no contexto dos fatores que promovem a sua utilização. As estratégias de prevenção não devem, nem podem limitar-se à descrição dos perigos que decorrem do uso de substâncias ilícitas, bem pelo contrário, estas estratégias devem ser oponentes aos fatores que lhes dão origem.

## Referências

- Almeida, L. S. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Psiquilíbrios.
- Aven, T., & Renn, O. (2010). *Risk Management and Governance. Concepts, Guidelines and Applications*. Springer – Verlag Berlin Heidelberg
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. [https://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/INPG%202016\\_2017\\_I%20relatorio%20final\\_dados\\_provisorios.pdf](https://www.sicad.pt/PT/Documents/2017/INPG%202016_2017_I%20relatorio%20final_dados_provisorios.pdf)
- Barceloux, D. G. (2012). *Medical Toxicology of Drug of Abuse: Synthesized Chemicals and Psychoactive Plants*. John Wiley & Sons.
- Barnes, P. C. & Olson, N. J (1987). Usage patterns of nondrug alternatives in adolescence. *Journal of Drugs Education*, 7, 359-368. <https://doi.org/10.2190%2F3352-N1N38C91-J7XH>
- Basso, T. Q. S., Rocha, E. M., Nascimento, V. F., Franco, S. E. de J., Moura, A. A. M., Silva, L. S., & Lemes, A. G. (2021). Caracterização sociodemográfica e de consumo de substâncias psicoativas em usuários acompanhados em comunidade terapêutica. *Research, Society and Development*, 10. <https://doi.org/10.33448/rsd.v10i1.11677>
- Bejarano, J., Ahumada, G., Sánchez, G., Cadenas, N., Marco, M., Hynes, M., & Cumsille, F.(2011). Perception of risk and drug use: An exploratory analysis of explanatory factors in six Latin American countries. *The Journal of International Drug. Alcohol and Tabaco Research*,1,9-17.
- Brownstein. H. (2016). *The Handbook of Drugs and Society*. Wiley Blackwell
- Chalub, M. & Telles, L. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 69-73.
- Childress, A., Ehrman, R., McLellan, A., McLellan, A., MacRae, J., Natale, M., & O'Brien, P. (1994). Can induced moods trigger drug-related responses in opiate abuse patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 17-23. [https://doi.org/10.1016/0740-5472\(94\)90060-4](https://doi.org/10.1016/0740-5472(94)90060-4)

- Chora, S. H. (2014). *Atitudes face à droga de toxicodependentes: medidas implícitas e explícitas e regulação emocional* [Dissertação de mestrado, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório do Ispa. <https://core.ac.uk/download/pdf/70653977.pdf>
- Cohen, A. J. (1968). *Relieving Acid Ingestion: Psychological and Social Dynamics Related to Hallucinogenic Drug Abuse*. BNDD
- Cole, M. D. (2003). *The Analysis of Controlled Substances*. John Wiley & Sons.
- Cook, F. & Morse, C. (1980). *The role of alternative activities in drug abuse prevention: Research results and an emerging model*. National Alcohol and Drug.
- Cook, F. (1985) The alternatives approach revisited: A biopsychological model and guidelines for application. *International Journal of the Addictions*, 20, 1399-1419. <https://doi.org/10.3109/10826088509047773>
- Cooper, L., Frone, R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative Emotions: A motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 990–1005. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.69.5.990>
- Cooper, M. L., Kuntsche, E., Levitt, A., Barber, L. L. & Wolf, S. (2016). Motivational models of substance use: A review of theory and research on motives for using alcohol, marijuana and tobacco. *The Oxford handbook of substance use and substance use disorders* (pp. 375-421). Oxford University Press. <https://psycnet.apa.org/record/201626127-010>
- Cruz, O., Machado, C., & Fernandes, L. (2010). *Consumo " não problemático" de drogas ilícitas: Experiências e estratégias de gestão dos consumos numa amostra Portuguesa*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia,
- Dalpiaç, A., Jacob, M., Silva, K., Bolson, M., & Hirdes, A. (2014). Fatores associados ao uso de drogas: depoimentos de usuários de um CAPS AD. *Aletheia*, 45, 56–71.
- Danieli, R. V., Ferreira, M. B. M., Nogueira, J. M., Oliveira, L. N. C., Cruz, E. M. T. N., & Araújo, G. M., Filho. (2017). Perfil sociodemográfico e somorbidades psiquiátricas em dependentes químicos acompanhados em Comunidades Terapêuticas. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 66. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000163>

- Demant, J., & Ravn, S. (2010). Identificando percepções de risco de drogas em jovens dinamarqueses: Exercícios de classificação em grupos de foco. *Drogas: Educação, Prevenção e Política*, 17(5), 528-543.
- Dias, C., Cruz, J., & Fonseca, A. (2010). Emoções: Passado, presente e futuro. *Revista Psicologia*, 22, 11-31. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i2.344>
- Escohotado, A. (2004). *História General de las Drogas*. Espasa Calpe.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). Mercado Europeu de medicamentos se mostra resistente à interrupção da Covid 19. [https://www.emcdda.europa.eu/news/2021/7/european-drug-report-2021-highlights\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/news/2021/7/european-drug-report-2021-highlights_en)
- Feldman, A. (1998). *Enxaqueca: alívio para o sofrimento*. Siciliano.
- Ferreira, P. & Martini, R. (2001). Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 96-99. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000200008>
- Ferreira-Borges, C., & Cunha-Filho, H. (2008). *Uso de substâncias: Álcool, tabaco e outras drogas*. Coisas de Ler.
- Fidel, C., Caridad, V., Lorenzo, S., Bustamante, E., Sanchez, S., & Linho, O. (2019). Percepção de risco e uso de drogas em estudantes universitários de enfermagem, Aequipa, Peru. *Revista Enfermeria atual de Costa Rica*, 36, 1409-4568. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.33416>
- Figueiredo, L., (2012). A População Portuguesa e a Percepção de Risco. [Tese de Doutoramento, Universidade do Algarve]. Repositório da Universidade do Algarve. <http://hdl.handle.net/10400.1/6938>
- Fortin, M. (2009). As Etapas do Processo de Investigação. *O Processo de Investigação*.
- Fox, H., Axelrod, R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend.* *National Library of Medicine*. 289, 298–301.
- Garza-Guerrero, C. (2012). Desregulación afecto-cognoscitiva en organización limítrofe de la personalidad y sobremedicación: iatrogenia, ignorância e pseudoprofisionalismo. *Revista de Medicina Universitária*, 14, 99-112. <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=86159>

- Gonçalves, A. (2008). Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares. [Tese de Doutorado, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <http://hdl.handle.net/1822/7822>
- Goodman, A. (2008). Neurobiology of addiction: An integrative review. *Biochemical Pharmacology*, 75, 266 – 322. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2007.07.030>
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Avaliação multidimensional da regulação e desregulação da emoção: desenvolvimento, estrutura do fator e validação inicial das dificuldades na escala de regulação da emoção. *Scale. Journal of Psychology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gratz, L. & Roemer, L. (2004) Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Griep, R., Costa, A., Santos, R., Alves. & Rotenberg (2021). Perceção de risco de adoecimento por Covid-19 entre trabalhadores de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 47, 2317-6369. <https://doi.org/10.1590/2317-6369/18721pt2022v47ecov4>
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. (2014). Regulação da emoção: fundamentos conceituais e empíricos. In J. Gross (Ed.). *Manual de regulação da emoção*. The Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-001>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J. (2013). Emotion Regulation: Taking Stock and Moving Forward. *American Psychological Association*, 13, 359–365. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0032135>
- Gross, J., & John, O. (2003). Diferenças individuais em dois processos de regulação da emoção: implicações para o afeto, relacionamentos e bem-estar. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>

- Guimarães, F. M. (2013). *Validação de uma escala de dor mental e avaliação da importância da dor mental em toxicodependentes* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/76152/2/30516.pdf>
- Khantzian, E. (2014). Compreendendo a vulnerabilidade aditiva: uma perspetiva psicodinâmica em evolução. *Neuropsicanálise*, 5, 5-21. <https://doi.org/10.1080/15294145.2003.10773403>
- Kinney, T. & Taylor J. (1979). *Marketing research: an applied approach*. McGraw-Hill College.
- Koole, S. (2009). A psicologia da regulação da emoção: uma revisão integrativa, In S. Koole (Ed.) *Cognição e emoção* (pp. 4-41). <http://10.1080/02699930802619031>
- Klaummann, V. & Purim, K. (2021). Perfil de dependentes químicos de crack em reabilitação hospitalar. *Ensaio e Ciência*, 25, 558-563. <https://doi.org/10.17921/1415-6938.v25n5-esp>
- Kring, A. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. In M. Lewis, J. Haviland-Jones, & L. Barrett (Eds.). *Manual de emoções* (pp. 691-705). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2008-07784-043>
- Lee, C. M., Neighbors, C., & Woods, B. A. (2007). Marijuana motives: Young adults' reasons for using marijuana. *Addictive Behaviors*, 32, 1384-1394. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.09.010>
- Lee, C. M., Neighbors, C., Hendershot, C.S., Grossbard, J.R. (2009). Development and preliminary validation of a comprehensive marijuana motives questionnaire. *J. Stud. Alcohol Drugs*, 70, 279-287. <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.279>
- Madoz-Gúrpide, A., Mangado, E., & Pelegrín, B. (2009). Uso de cocaína e danos neuropsicológicos. Implicações clínicas. *Clinical Medicine*, 132, 555-559. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2008.07.019>
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1997). *Cuidados ao Toxicodependente*. Climepsi Editores.
- Murray, M., & Pery, C. (1985). The prevention of adolescent drug abuse: Implications of etiological, developmental, behavioural and environmental models. *National Institute on Drug Abuse*, 56, 236-255. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3929102/>

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2021). Relatório Europeu sobre Drogas 2021: Tendências e Evoluções, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo.  
[https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256\\_PT\\_03.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13838/2021.2256_PT_03.pdf)
- O'Callaghan, F., Reid, A., & Copeland, J. (2006). Risk perception and cannabis use in a sample of young adults. *Journal of Substance Use*, 11, 129-136  
<https://doi.org/10.1080/14659890500237366>
- Ochner, K., & Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 242-249. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- Organização Mundial da Saúde. (2007) CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.
- Ornell, F., Moura, H., Scherer, J., Pechansky, F., Kessler, P., & Von Diemen, L. (2020). The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: Implications for prevention and treatment. *Psychiatry Research*, 289, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113096>
- Paiva, J., Medeiros, V., & Brasil, I. (2020). Hepatite aguda secundária ao abuso de cocaína, associada a severa rabiomiólise. *Revista De Medicina*, 99, 189 - 196.  
<https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v99i2p189-196>
- Parker, H., Williams, L., & Aldridge, J. (2002). A normalização do uso de drogas recreativas "sensatas": evidências adicionais do estudo longitudinal do Noroeste da Inglaterra. *Sociology*, 36, 941-964.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2014). Análise de dados para ciências sociais: A Complementaridade do SPSS. 6ª Edição, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Quirk, S. (2001). Emotion concepts in models of substance abuse. *Drug and Alcohol Review*, 20, 95-104. <http://10.1080 / 09595230125185>
- Rodriguez, J. K. (2002). Percepción de riesgo y consumo de drogas en jóvenes Mexicanos. *CONADIC Informa*, 6(1).
- Riccio, C., Waldrop, J., Reynolds, C., & Lowe, P. (2001). Effects of stimulants on the continuous performance teste. *Journal of Neuropsychiatry*, 18, 8979 - 8989.  
<https://doi.org/10.1176/jnp.13.3.326>

- Santos, R. C., Carvalho, S. R., & Miranda, F. A. (2014). Perfil socioeconômico e epidemiológico dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas II de Parnamirim, RN, Brasil. *Revista brasileira de Pesquisa Saúde*, 16, 105-111. <http://dx.doi.org/10.21722/rbps.v16i1.8497>
- Schram, A., Col, A., & Bortoli, S. (2022). Avaliação do impacto social sobre o consumo de álcool e outras drogas durante a pandemia da Covid-19. *Journal of development*, 8, 17122-17140. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-108>
- Schore, A. (2009). Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self psychology and neuroscience. *Annals of the New York Academy of Science*, 1159, 189-203. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x>
- Scoppetta, O., Martínez Ortiz., & Martín, A. (2019). Percepción de riesgo e influencia normativa: asociación con el consumo de sustancias en estudiantes .*Health and Addictions/Salud y Drogas* , 19, 8-18 <https://doi.org/10.21134/haaj.v19i2.427>
- Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e da Dependência (2021). *Consumos: comportamentos aditivos*. <https://www.sicad.pt/PT/Cidadao/Tu alinhas/PaisEducadores/CompAditivos/Paginas/Consumos.aspx>
- Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e da Dependência (2020). Relatório Anual de 2021. *A situação do país em matérias de drogas e toxicodependências*. [https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/169/Relatorio\\_Anu al\\_2019\\_A\\_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas\\_e\\_Toxicodependencias.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/169/Relatorio_Anu al_2019_A_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas_e_Toxicodependencias.pdf)
- Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e da Dependência (2010). Relatório Anual 2010 - *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. [https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/DEP\\_04%20a%2007%20AR. df](https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/DEP_04%20a%2007%20AR. df)
- Serviço de Intervenção em Comportamentos Aditivos e da Dependência (2018). Relatório Anual 2018 - *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. [https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/1 2/Relatorio\\_Anu al\\_2018\\_A\\_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas\\_e\\_Toxicodepende cias.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/1 2/Relatorio_Anu al_2018_A_SituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogas_e_Toxicodepende cias.pdf)

- Silva, A. (2013). *Regulação afetiva na toxicodependência: impacto da inteligência emocional e alexitimia no grau de dependência de substâncias* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa- Braga]. Veriati- Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/20913>
- Silva, J. (2013). A parentalidade e o consumo de substâncias: um estudo comparativo em pais consumidores de álcool, heroína e cocaína [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/114958/2/280547.pdf>
- Silveira, S. (2004). Perturbações mentais e do comportamento. In C. Ferreira & H. Filho (Eds.), *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico* (pp. 115-124). Climepsi Editores.
- Slovic, P. (1987) Perception of risk. *Science*, 236, 280-285 <http://280-285>. <http://10.1126/science.3563507>
- Slovic, P. (1999). Confiança, emoção, sexo, política e ciência: examinando o campo de batalha de avaliação de risco. *Análise de Risco*, 19, 689-701. <http://10.1023/A:1007041821623>
- Swisher, J., & Hu, T. (1983) Alternatives to drug abuse: Some are some are not. *National Institute on Drug Abuse* 47, 141-153. <https://1983;47:141-53>.
- Thorberg, F., & Lyvers, M. (2010). *Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients*. In F. Thorberg, & M. Lyvers (Eds.), *Addiction Research & Theory*, <https://doi.org/10.3109/16066350903254783>
- Torrado, M., Ouakinin, S., & Bacelar-Nicolau, L. (2013). Alexithymia, Emotional Awareness and Perceived Dysfunctional Parental Behaviors in Heroin Dependents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11, 703–718. <http://dx.doi.org/10.1007/s11469-013-9448-z>
- Trinidad, D., & Johnson, C. (2002). Associação entre inteligência emocional e uso de tabaco e álcool na adolescência. *Personalidade e diferenças individuais*, 32, 95–105.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2020). *Relatório Mundial sobre Drogas: consumo global de drogas aumenta, enquanto covid 19 empata mercados, aponta relatório*. [https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2020\\_-consumo-global-de-drogas-aumenta--enquanto-covid-19-impacta-mercado.html](https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2020/06/relatrio-mundial-sobre-drogas-2020_-consumo-global-de-drogas-aumenta--enquanto-covid-19-impacta-mercado.html)

United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *World Drug Report*. Retrieved from. <https://www.unodc.org/wdr2018/>

Vaz, F. (2009). *Diferenciação e regulação emocional na idade adulta: Tradução e validação de dois instrumentos de avaliação para a população portuguesa* [Tese de Mestrado, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9898>

Walker, D. D. (2017). Legalization of cannabis: Considerations for inter-vening with adolescent consumers. *Preventive Medicine*, 104, 37–39. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.07.010>

## Anexo I – Consentimento informado



### Consentimento Informado

**Título do Estudo:** Perceção de Risco, Regulação Emocional e Motivos para o Consumo de Cocaína

**Equipa de Investigadores:** Mónica Brito

**Universidade:** Universidade Católica Portuguesa - Braga

Eu \_\_\_\_\_ reconheço que o presente estudo de investigação e respetivos objetivos me foram explicados e que o investigador respondeu a todas as minhas questões de forma totalmente esclarecedora. Compreendo a natureza do estudo. Asseguraram-me que os meus dados pessoais e os que vierem a ficar ao cuidado dos investigadores serão guardados confidencialmente e garantiram-me que nenhuma informação, revelando a minha identidade, será dada ou publicada sem o meu consentimento.

Sei que posso colocar, agora ou mais tarde, questões sobre o estudo ou sobre o processo de investigação e tenho consciência de que sou livre de abandonar este estudo a qualquer momento.

\_\_\_\_\_  
Nome (Participante) Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura (P'la equipa de Investigação)

## Preditores do consumo de Cocaína

O presente estudo, no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, tem como objetivo compreender os motivos, a perceção de risco e os problemas associados ao consumo de cocaína. Este destina-se apenas para fins académicos salvaguardando o carácter anónimo e confidencial das respostas. Pede-se assim que responda com a maior sinceridade.

**Desde já agradecemos a tua participação!**

*Por favor, preenche mais abaixo os seguintes dados sociodemográficos:*

1. Sexo:  Masculino       Feminino      2. Idade: \_\_\_\_\_ anos completos
3. Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_
4. Curso: \_\_\_\_\_
5. Alguma vez reprovaste?  Sim       Não      6. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_
7. Estado Civil
- Casados       Solteiros       Viúvo/a       Separados/Divorciados       Não sei
- 
8. Qual é o estado civil dos teus pais?
- Casados       Solteiros       Viúvo/a       Separados/Divorciados       Não sei
- 
9. Qual é o nível de escolaridade do pai? \_\_\_\_\_ E da mãe? \_\_\_\_\_
- 
10. No momento atual, encontra-se a fazer tratamento no âmbito das dependências? Se sim, qual?
- Não       Sim, em regime ambulatorio       Sim, em comunidade terapêutica
- 

### Perceção de risco

*As próximas questões estão relacionadas com a perceção de risco associado aos diferentes tipos de consumo de cocaína. Para cada questão, assinala com uma cruz em que medida consideras o consumo de cada substância perigoso, tendo em conta a escala de 1 a 6, sendo que 1 é inofensivo e 6 é muito perigoso.*

1. Quão perigoso considera que é o consumo desta substância para população em geral?

Inofensivo

Muito Perigoso

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| Tabaco  | 1-----2-----3-----4-----5-----6 |
| Álcool  | 1-----2-----3-----4-----5-----6 |
| Cocaína | 1-----2-----3-----4-----5-----6 |

| 2. Em que medida consideras que as pessoas têm um risco de causar um dano físico ou outro com um consumo: | Nenhum risco | Baixo risco | Risco moderado | Risco elevado |
|---|--------------|-------------|----------------|---------------|
| <u>OCASIONAL</u> de cocaína (cerca de uma vez por mês)?   | 1            | 2           | 3              | 4             |
| <u>REGULAR</u> de cocaína (uma vez por semana / quinzenalmente)?  | 1            | 2           | 3              | 4             |
| <u>CONTINUADO</u> de cocaína (todos os dias)?   | 1            | 2           | 3              | 4             |
| Como o teu?   | 1            | 2           | 3              | 4             |

3. Se respondeste um risco baixo, moderado ou elevado, em que riscos estás a pensar?

---



---



---



---

4. Com que frequência te preocupas com os riscos que podem estar associados com o consumo de cocaína?

|            |                |                     |                  |
|------------|----------------|---------------------|------------------|
| Nunca<br>1 | Raramente<br>2 | Frequentemente<br>3 | Mesmo muito<br>4 |
|------------|----------------|---------------------|------------------|

*A próxima questão refere-se às consequências que a população em geral pensa que acontece imediatamente a seguir ao consumo de cocaína, mesmo que tenha sido apenas uma vez.*

| 5. Se pessoas com a tua idade consomem cocaína qual é o risco de: | Nenhum risco | Baixo risco | Risco moderado | Risco elevado |
|---|--------------|-------------|----------------|---------------|
| 1. Sofrer um ataque de ansiedade depois de consumir               | 1            | 2           | 3              | 4             |
| 2. Paranoia depois de consumir                                    | 1            | 2           | 3              | 4             |
| 3. Fisicamente doente depois de consumir                          | 1            | 2           | 3              | 4             |
| 4. Sentir em baixo depois de consumir                             | 1            | 2           | 3              | 4             |
| 5. Problemas financeiros  | 1            | 2           | 3              | 4             |
| 6. Problemas legais/com a polícia                                 | 1            | 2           | 3              | 4             |
| 7. Problemas de saúde física                                      | 1            | 2           | 3              | 4             |
| 8. Problemas emocionais/de humor                                  | 1            | 2           | 3              | 4             |
| 9. Tornar fisicamente dependente                                  | 1            | 2           | 3              | 4             |

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 10. Ter dificuldade em parar o consumo                               | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Falta de motivação   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Problemas nos relacionamentos                                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Ter um pior desempenho na universidade/ trabalho                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Começar a utilizar outras drogas regularmente                    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Ter acidentes enquanto estão sob o efeito do consumo de cannabis | 1 | 2 | 3 | 4 |

*As próximas questões são referentes ao consumo de cocaína. Por favor assiná-la a hipótese que mais se adequa a ti:*

| 1. Com que frequência consumiste <i>cocaína</i> ? | 0 vezes                  | 1-2 vezes                | 3-5 vezes                | 6-9 vezes                | 10-19 vezes              | 20-39 vezes              | 40 ou mais vezes         |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Durante a tua vida?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Durante os últimos 12 meses?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Durante os últimos 30 dias?                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Durante os últimos 7 dias?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 2. Quantos anos tinhas quando?                | Nunca                    | Anos       |
|---|--------------------------|------------|
| a) Fumaste o teu primeiro cigarro?            | <input type="checkbox"/> | _____ anos |
| b) Começaste a fumar diariamente?             | <input type="checkbox"/> | _____ anos |
| c) Bebeste álcool pela primeira vez?          | <input type="checkbox"/> | _____ anos |
| d) A primeira bebedeira?                      | <input type="checkbox"/> | _____ anos |
| e) Começaste a consumir álcool habitualmente? | <input type="checkbox"/> | _____ anos |
| f) Experimentaste cocaína pela primeira vez?  | <input type="checkbox"/> | _____ anos |
| g) Experimentaste cocaína semanalmente?       | <input type="checkbox"/> | _____ anos |

### Motivos para o consumo

De seguida encontras uma lista de razões que algumas pessoas dão para consumir cocaína.

| Pensando em todas as vezes que consumiste cocaína, com que frequência dirias que consumiste por cada uma das razões seguintes? | Quase nunca/<br>nunca | Algumas das<br>vezes | Metade das<br>vezes | A maior parte<br>das vezes | Quase todas /<br>Todas as vezes |
|--|-----------------------|----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1. Porque estava sob a influência de álcool.   | 1                     | 2                    | 3                   | 4                          | 5                               |
| 2. Porque é uma substância facilmente disponível.  | 1                     | 2                    | 3                   | 4                          | 5                               |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 3. Para aliviar o aborrecimento (tédio).                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Porque era um dia especial.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Porque fui pressionado por outros.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Porque estava deprimido.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Porque é divertido.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Para estar “numa boa”.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Porque tem poucos riscos para a saúde.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Para me permitir pensar de forma diferente.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Porque a substância estava disponível.                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Porque não tinha nada melhor para fazer.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Para festejar.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Para esquecer os meus problemas.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Para sentir os efeitos da substância.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Porque estava curioso acerca da <i>cocaína</i> .                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Porque quero mudar a minha perspetiva das coisas.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Porque a posso obter gratuitamente.                                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Porque procurava qualquer coisa para fazer.                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Porque não queria ser o único a não o fazer.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Para fugir à minha vida.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Para ver qual era a sensação.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Porque não é uma droga perigosa.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Para me ajudar a dormir.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Porque era uma ocasião especial.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Estava a experimentar.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Porque me põe mais à vontade face a uma situação nova.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Porque estava alcoolizado e não refleti sobre o que ia fazer.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Porque é mais seguro que consumir álcool                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Porque tenho tido problemas com o sono.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Porque me relaxa quando estou perante situações que me põem tenso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Porque estava alcoolizado.   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Para poder olhar para o mundo de uma outra forma.                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Para me sentir bem.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Porque torna as sextas mais fáceis e agradáveis.                   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Porque me torna mais confiante.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Muito obrigado pela tua colaboração!**

## Questionário de Regulação Emocional

J. Gross & O. John (2003)

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008)

### Instruções:

Gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como controla (isto é, como regula e gere) as suas emoções. As seguintes abaixo envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou atua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspetos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7  
Discordo                                      Não concordo/ nem discordo                                      Concordo Totalmente

1. \_\_\_ Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), mudo o que estou a pensar.
2. \_\_\_ Guardo as minhas emoções para mim próprio.
3. \_\_\_ Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) mudo o que estou a pensar.
4. \_\_\_ Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar.
5. \_\_\_ Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.
6. \_\_\_ Eu controlo as minhas emoções não as expressando.
7. \_\_\_ Quando quero sentir mais emoções positivas, eu mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.
8. \_\_\_ Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.
9. \_\_\_ Quando estou a experienciar emoções negativas, faço tudo para não as expressar.
10. \_\_\_ Quando quero sentir menos emoções negativas, mudo a forma como estou a pensar acerca da situação.