

Jânia Patrícia Tavares da Silva

**CONSUMO DE ÁLCOOL NOS TOXICODPENDENTES
EM TRATAMENTO**

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

1 de Fevereiro de 2010

Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

**Consumo de Álcool nos Toxicodependentes
em Tratamento**

Jânia Silva

1 de Fevereiro de 2010

Tânia Patrícia Tavares da Silva

Consumo de Álcool nos Toxicodependentes em Tratamento

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos
Necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Forense e da Transgressão,
realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Jorge Quintas,
Professor do Instituto Superior de Ciências da
Saúde – Norte.

Dedicatória

Ao meu namorado

Daniel

Pelo seu amor incondicional

Aos meus irmãos

Cátia e Tiago

Pelo seu carinho

A Sara pela sua simpatia e alegria de viver

E muito especialmente aos meus Pais

Maria de Fátima e Joaquim Soares

Pela sua coragem, Amor e capacidade de serem Felizes...

Agradecimentos

- *É com muita satisfação que expresso aqui o mais profundo agradecimento a todos aqueles que tornaram a realização deste trabalho possível.*

- *Ao Professor Doutor Jorge Quintas, orientador da dissertação, agradeço o apoio, a partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho. Acima de tudo, obrigada por me continuar a acompanhar nesta jornada e por estimular o meu interesse pelo conhecimento e pela vida académica.*

- *Aos utentes do CRA Oriental E7 de Gondomar, que participaram neste estudo e sem os quais esta investigação não teria sido possível.*

- *Aos técnicos e coordenadores da E7 de Gondomar, especialmente a Dr.ª Laura, pelo seu apoio incondicional, pela partilha do saber e as valiosas contribuições para o trabalho.*

- *Aos meus pais por todo o apoio, incentivo e abnegação com que contribuíram para o aspecto final do trabalho, à minha mãe pelo carinho e força perante a adversidade, ao meu pai pelo apoio.*

- *Ao Instituto da Droga e da Toxicoddependência.*

- *O meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a Concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.*

A todos vós "Bem Hajam"

Índice

	Pág.
I- Revisão Bibliográfica	
1. <u>Introdução</u>	1
2. <u>Toxicoddependencia</u>	6
2.1 Droga e Sociedade.....	6
2.2 Definições de Abuso; Dependência e Adicção.....	7
2.3 Tipos particulares de tratamento e plataforma de redução de riscos.....	11
3. <u>Consumo de Álcool em Toxicoddependentes em Tratamento</u>	15
4. <u>Comportamentos de Risco</u>	20
4.1 Interacção Álcool e Comportamentos de Risco.....	22
5. <u>Factores Associados ao Consumo de Álcool nos Toxicoddependentes</u>	24
5.1 Aspectos Psicológicos.....	24
5.2 Suporte Social.....	26
6. <u>Objectivos e Hipóteses</u>	28
II- Estudo Empírico	
1. <u>Metodologia</u>	29
1.1 Procedimento.....	29
2. <u>Instrumentos</u>	30
3. <u>Amostra</u>	34

III- Resultados

1. <u>Comportamentos relacionados com o consumo de álcool</u>	36
1.1 Padrões de consumo de álcool.....	36
1.2 O consumo de álcool, antes e durante o tratamento.....	38
1.3 Recaídas, um perfil das situações de alto risco para beber.....	39
2. <u>Indicadores de Saúde</u>	41
2.1. Percepção do status VIH, hepatite B e C.....	41
2.2 Percepção do status VIH, hepatite B, C e os padrões do consumo de álcool.....	41
3. <u>Comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas</u>	42
3.1 Comportamentos relacionados com partilha de material de injeção.....	42
3.2 Comportamentos de risco relacionados com práticas sexuais.....	43
3.3. Relação entre os comportamentos de risco e os padrões do consumo de álcool.....	43
4. <u>Sintomas Psicopatológicos</u>	43
4.1. Sintomas Psicopatológicos e os padrões do consumo de álcool.....	44
5. <u>O suporte social</u>	45

IV- Discussão

<u>Discussão dos Resultados</u>	47
---------------------------------------	----

V- Conclusão

<u>Conclusão</u>	51
------------------------	----

<u>Referências Bibliográficas</u>	54
---	----

Anexos

Anexo I: Questionário

Anexo II: AUDIT

Anexo III: Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT

Anexo IV: CAGE

Anexo V: IDTS

Anexo VI: BSI

Anexo VII: Escala do Suporte Social

Anexo VIII: Abstract

Anexo IX: Artigo - “O Consumo de Álcool nos Toxicod dependentes em Tratamento”

Índice de Gráficos e Tabelas

	Pág.
<u>Tabela I</u> : Padrão do consumo de álcool por cinco grupos definidos através dos resultados obtidos da aplicação do AUDIT.....	36
<u>Gráfico 1</u> : Distribuição dos indivíduos pelo padrão de consumo de álcool definidos pelo AUDIT.....	37
<u>Tabela II</u> : Soma total das respostas às questões do CAGE.....	37
<u>Gráfico 2</u> : Distribuição da amostra em relação à pontuação obtida após a aplicação do CAGE.....	37
<u>Tabela III</u> : Comparação dos dois momentos (Antes e Depois).....	39
<u>Tabela IV</u> : Estatística descritiva para das situações de recaída e comparação de médias, segundo o IDTS.....	40
<u>Gráfico 3</u> : Distribuição da amostra nas situações de recaída.....	40
<u>Gráfico 4.:</u> Percepção do status HIV, hepatite B e C.....	41
<u>Tabela V</u> : Padrões do consumo de álcool e Percepção do status VIH, Hepatite B, C.....	42
<u>Tabela VII</u> : Estatística descritiva para as pontuações do BSI.....	44
<u>Gráfico 7</u> : Distribuição da amostra comparativamente aos valores de Canavarro, relativamente ao BSI.....	44
<u>Tabela VIII</u> : Correlação entre Sintomas psicopatológicos e os padrões do consumo de álcool.....	45
<u>Tabela IX</u> : Definição dos factores do suporte social e respectiva média.....	45

Resumo

Pretende-se com este trabalho estudar e caracterizar o consumo de álcool nos toxicod dependentes em tratamento bem como as repercussões psicológicas e sociais deste consumo. A amostra é constituída por 50 toxicod dependentes, 41 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, recolhida no CRI Oriental, ET de Gondomar. Para o efeito foi elaborado um protocolo de avaliação constituído por um questionário geral onde são abordadas questões sociodemográficas assim como, graus de percepção de saúde, infecções VIH, hepatite B e hepatite C e comportamentos de risco relacionados com práticas sexuais e partilha de material de consumo e por questionários mais específicos, sendo eles: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test); CAGE (Cut; Annoyed; Gilty; Eyer); IDTS (The Inventory of Drug-Taking Situation); BSI (Brief Symptom Inventory) e Escala do suporte social (ESS).

Dos resultados obtidos destaca-se a elevada percentagens de toxicod dependentes bebedores de risco, com consumo nocivo e dependentes (78% no AUDIT e 78% no CAGE), e o facto de quer a necessidade de consumo, quer as diferentes medidas de frequência de consumo, serem actualmente superiores relativamente ao período anterior ao tratamento.

Encontram-se ainda relações positivas significativas entre o consumo de álcool e a adopção de comportamentos de risco, nomeadamente no que se refere aos riscos sexuais. O facto de serem portadores de VIH e hepatite B relaciona-se positivamente com os consumos de álcool, o mesmo não se verificando relativamente à hepatite C. Verificou-se ainda uma relação positiva muito significativa entre os sintomas psicopatológicos e o consumo de álcool.

No que diz respeito ao suporte social, apesar destes indivíduos apresentarem um suporte social diminuto, não é encontrada uma relação significativa entre este e o consumo de álcool.

Palavras-chave

Toxicod dependência; Programas de Substituição Opiácea; Consumos de Álcool; Comportamentos de Risco; Sintomas Psicopatológicos; Suporte Social.

Abstract

The aim of this work was to study and characterize the alcohol consumption of heroin addicts in PSO treatment, as well as psychological and social consequences of this consumption. The sample consists of 50 addicts, 41 males and 9 females, collected in Eastern CRI, ET Gondomar. For this purpose was prepared an assessment protocol consisting of a general questionnaire that covers demographic issues as well as degrees of health perception, HIV infection, hepatitis B and hepatitis C and risk behaviors related to sexual practices and sharing of supplies, and more specific questionnaires, namely: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), CAGE (Cut, Annoyed, Guilty; Eyer); IDTS (The Inventory of Drug-Taking Situation), BSI (Brief Symptom Inventory) and Scale of Social Support. The results highlighted, show us high rates of harmful, dependent and risk consumption of alcohol (78% in AUDIT and the CAGE 78%), and the fact that both the need for consumption, whether the various measures of frequency of use, are currently higher when compared with the period prior to treatment. Still, was found a significant positive relationship between alcohol consumption and the adoption of risk behaviors, particularly with regard to sexual risks. The fact that they are living with HIV and hepatitis B correlates positively with the consumption of alcohol, this is not checking for hepatitis C. It was also found a very significant positive relationship between psychopathological symptoms and alcohol consumption. Regarding social support, although these individuals have a small social support, it was not found a significant relationship between this and the consumption of alcohol.

Keywords

Addiction; opioid substitution programs, Alcohol Consumption, Risk Behaviors, psychopathological symptoms, social support.

*“ Qualquer substância, tomada por
Qualquer via de administração, que
Altera o humor, o grau de percepção
Ou o funcionamento do cérebro.”
Schuckit, 1999*

1. Introdução

A comunidade científica tem constatado um aumento do número de cidadãos que chegam aos centros de alcoologia, provenientes de percursos na toxicodpendência. A prática sugere que muitos destes casos se referem a toxicodpendentes em recuperação integrados em programas de substituição de opiácea (PSO)¹, com metadona e / ou buprenorfina e com problemas de politoxicodpendência. (Goulão, 2003)

Nos últimos anos, temos assistido a um aumento da preocupação em relação à rápida deterioração física e psicológica dos cidadãos em PSO com consumos abusivos de álcool. Assim, não parece surpreendente que vários estudos ao longo das últimas décadas apresentem resultados em que o abuso de consumo de álcool represente a droga mais frequentemente utilizada por indivíduos em recuperação em PSO.

O abuso do álcool entre os indivíduos em PSO, pode ser um problema sério para a estabilidade e adesão ao tratamento e perspectivas de saúde individuais e familiares. No entanto, o álcool não tem sido tomado em consideração com a atenção necessária. Alguns estudos que têm sido desenvolvidos nesta área, sugerem que um terço ou mais dos indivíduos em tratamento com metadona actualmente estão a consumir álcool regularmente, sendo muitos deles alcoólicos (El-Bassel, 1999).

Também tem sido documentado que utentes em programas de metadona que consomem cocaína ou álcool, ou as duas substâncias em simultâneo, revelam dificuldades significativamente maiores na adesão e manutenção ao programa (Rowan-Szal, Chatham, Simpson, 2000).

Os problemas relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas foram, durante muito tempo, alvo de pouca atenção na recuperação e tratamento de problemas de consumo de várias substâncias ilícitas. É fundamental que se orientem esforços no sentido de desenvolver e fortalecer a avaliação e tratamento dos problemas de consumo de álcool nos toxicodpendentes (Gossop *et al.*, 2000).

Entre os adultos que consomem álcool, mais de metade têm histórias familiares que indicam a existência de familiares directos que são ou foram alcoólicos e os

¹ Programas de Substituição Opiácea

alcoólicos são submetidos a quatro vezes mais hospitalizações (em dias) do que indivíduos não alcoólicos (Who, 2005).

O abuso do álcool e as suas implicações para a saúde, concomitantemente com consumos de cocaína e a infecção VIH², constitui um dos mais graves problemas entre cidadãos em tratamento com programas de metadona (Bickel et al. 1987).

Em Portugal, e de acordo com os dados do CVEDT³, a 31/03/08 existiam, 33 134 notificações de infecção pelo VIH, destes 48% são toxicodpendentes. Em 2008, havia informação sobre os resultados dos rastreios da Hepatite B para 39% dos utentes em tratamento no ano e da Hepatite C para 41% dos utentes em tratamento no ano (IDT, 2008).

Existe evidência que demonstra que os toxicodpendentes infectados com VIH que consomem álcool, apresentam maiores cargas virais e contagens de células CD4⁴ inferiores à dos doentes que habitualmente não consomem álcool. O álcool apresenta-se também como um factor associado a níveis inferiores de adesão à terapêutica anti-retroviral (Mulvihill, 2003).

São vários os estudos que estabelecem relações entre o consumo de álcool e a adopção de comportamentos de risco. *“A utilização do álcool está associada as riscos sexuais ($p < 0,001$) quando controlado para sexo, idade, raça, educação, consumo de cocaína, frequência de injeção, prostituição, número de parceiros sexuais e risco percebido de adquirir o VIH através de parceiros”* (Stein et al., 2002). Mais especificamente no que se refere ao comportamento de risco de partilha de materiais, *“de acordo com alguns estudos, a prevalência do abuso de álcool é alta entre os utilizadores de drogas injectáveis ilícitas e está associado com a partilha de seringas”* (Stein. et al. 2001,p.52).

A utilização abusiva do álcool, para além de determinar as complicações já conhecidas, constitui também um factor major que pode influenciar negativamente o sucesso da recuperação do utente que está integrado num programa terapêutico com metadona.

Aos problemas ligados ao álcool estão também associados vários padrões de consumo, incluindo a dependência, consumos regulares durante longos períodos de tempo ou com consumos moderados com episódios ocasionais de grandes consumos.

² Vírus da Imunodeficiência Humana

³ Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis

⁴ Células do sistema imunitário

Segundo, Rehm *et al.*, (2001), cerca de 50% dos problemas relacionados com o consumo de álcool estavam relacionados com consumos de pessoas não classificadas como dependentes ou com diagnóstico de abuso de álcool ou uso de bebidas alcoólicas com danos.

Os utilizadores de drogas ilícitas dos vários grupos de idade registam uma maior frequência de consumo de álcool durante a vida e referem como razão para consumir álcool: “*to feel better or to get high*”. Esta população tem uma maior frequência de episódios de altas taxas de alcoolemia do que outras populações (Madianos, Gefou-Madianou, Stefanis, 1994).

O consumo excessivo de álcool e problemas relacionados com o seu consumo, são comuns entre indivíduos inseridos em tratamentos com metadona (Elbassel, *et al.*, 1994; Ottomanelli, 1999; Lowe, 1999; Hillebrand, 2001; Caputo, 2002; Backmund, 2003), mas de facto ainda se conhece pouco sobre os determinantes psicológicos e sociais das atitudes e comportamentos relacionados com o álcool durante o tratamento. Segundo Adès Lejoyeux (1998), o meio modula e condiciona a expressão dos factores genéticos, bem como as modalidades do consumo de álcool, existindo factores ambientais, entre os quais: pobreza; instabilidade social e ruptura e/ou dependência familiar, e factores individuais, como: ansiedade; depressão; alheamento afectivo e baixa auto-estima.

Num estudo desenvolvido para conhecer a prevalência da dependência do álcool, padrões de consumo de álcool e descobertas preliminares sobre as crenças individuais de que irão alterar o seu comportamento futuro em relação à ingestão de a expectativa de alterar o comportamento em relação ao consumo de álcool era precedida por normas subjectivas (pressões sociais), níveis de bebida alcoólica no passado e dose actual de metadona. A depressão, a ansiedade, a irritabilidade e o suporte social desempenham papéis importantes no desenvolvimento do alcoolismo, funcionando como determinantes psicológicos. (Cotler LB *et al.* 2005)

O consumo de álcool e a frequência de situações de ingestão excessiva, encontram-se associados com risco aumentado de acidentes, violência intencional contra o próprio ou contra outros, suicídio, conflitos familiares, crimes violentos e outros comportamentos criminais, incluindo roubo e violação. Para todos estes efeitos existe uma relação dose-resposta (quanto maior o consumo, maior o número e a gravidade dos problemas registados).

“O compromisso dos clínicos na avaliação e aconselhamento sobre o consumo de álcool durante o tratamento com metadona, pode ser muito útil na análise destas influências para promover a oferta de tratamento” (Hillebrand et al.2001).

De acordo com dados do OEDT⁵ (2007), o tratamento dos problemas relacionados com o álcool, é particularmente importante devido ao forte efeito do consumo abusivo de álcool, a análise exploratória sugere o forte efeito do consumo abusivo de álcool na progressão da hepatite C.

Relativamente as variáveis percepção status VIH, e Hepatites B e C, estas assumem uma importância fulcral. Mcusker (2001), concluiu que 1/3 da amostra, constituída por toxicodépendentes em tratamento, apresentou padrões abusivos de consumo de álcool (resultados obtidos através do AUDIT). Esta amostra revela apresentar concomitantemente, uma percepção do status Hepatite C positivo, estimado em 70%, o que supostamente, tem grande influência nos comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas nos indivíduos positivos.

De igual forma, a investigação clínica desenvolvida nos EUA e na Europa tem demonstrado a existência de consumo excessivo e problemas relacionados com o consumo de álcool em toxicodépendentes em recuperação inseridos em PSO com metadona: Hunt (1986) e Rowan-Sazl (1995), concluíram que seis em cada dez apresentam critérios de dependência de álcool.

Outros estudos apontam para mais de metade (52%) de indivíduos com indicadores positivos para o álcool e 32% de doentes com critérios mais severos para o abuso de bebidas alcoólicas (Rittmannsberger, 2000).

Em particular o abuso de álcool e as complicações médicas associadas, juntamente com consumos de cocaína e co-existência de infecção para o VIH, constituem um dos mais graves problemas entre os doentes que estão em PSO com metadona (El-Bassel, 1994).

Relativamente á idade, Gossop (2002), afirma que os grupos de toxicodépendentes com elevada dependência de álcool tendem a ser mais velhos do que os que apresentam baixa dependência ou não são dependentes.

“Relativamente à situação parental, eventual coabitação com os filhos e relação com a família, o consumo abusivo de álcool constitui um factor fundamental de ruptura familiar e maus-tratos em crianças” (Mello, 2001).

⁵ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodépendência

Vasti (2004), estima que 1/3 ou mais dos indivíduos que estão actualmente integrados em PSO, são consumidores de álcool numa base regular, sendo muitos dependentes.

No entanto, também parece importante conseguir uma distinção entre os indivíduos que são dependentes de álcool com deterioração da saúde física, mental e social e aqueles que apresentam consumos excessivos de álcool, aparentemente sem o impacto negativo e destrutivo da função social e nas relações interpessoais.

Dos vários estudos desenvolvidos o facto é que ainda não se conseguiu encontrar uma relação causal directa entre estar inserido em PSO com metadona e surgirem problemas de álcool. (Ed Lowe & Shewan, 1999).

Este relatório está estruturado por capítulos e subcapítulos, onde abordo os aspectos mais pertinentes para o tema deste estudo, definindo e clarificando os conceitos fundamentais para a compreensão desta problemática.

O primeiro capítulo desenvolve a fundamentação teórica, onde abordo cinco grandes dimensões: a toxicoddependência, os programas de substituição opiácea, os padrões de consumo de bebidas alcoólicas, os comportamentos de risco, o suporte social, os aspectos psicológicos (através do BSI), e as situações em que os indivíduos recaem no álcool (através do IDTS).

O segundo capítulo irá abordar a metodologia, o terceiro capítulo apresentará os resultados obtidos, o quarto capítulo, a discussão dos resultados, o quinto a conclusão e as referências bibliográficas.

2.Toxicoddependência

2.1Droga e Sociedade

De acordo com a OMS, uma droga é qualquer substância que quando induzida num organismo vivo, pode alterar uma ou mais de uma das suas funções.

Esta ligação entre o social e o individual responsabiliza ao mesmo tempo as pessoas e as organizações construídas pelas pessoas que é a marca comum de todos os grandes

problemas do nosso tempo: toxicod dependência, VIH e outros problemas de saúde que resultam da forma como a sociedade está organizada.

De acordo com Patrício (2002), as substâncias psicoactivas que contribuem para a saúde do indivíduo devemos e podemos chamar de medicamentos, enquanto que as que prejudicam a saúde do indivíduo, quando estes as absorvem, podemos chamar droga.

A abordagem do problema droga e a própria noção da droga varia de acordo com as representações culturais locais e da época.

Por exemplo o alcoolismo é compreendido como a consequência de um “mau uso” de um “bom produto”, a toxicod dependência é compreendida como o resultado do uso de um produto intrinsecamente mau, a droga (Morel, 2001).

As representações têm múltiplas vertentes. Por exemplo, o alcoólico pode ser visto como um “bêbedo”, mas ele próprio argumenta que bebe como todas as pessoas, já que consumir bebidas alcoólicas é um comportamento socialmente aceite.

Quando abordamos a problemática do consumo de bebidas alcoólicas no nosso país, temos que ter em conta o facto de se produzir muito vinho e portanto ser um produto habitual, acessível e culturalmente integrado nos nossos valores sociais.

Lógicamente o estatuto ilegal de outras substâncias psicoactivas cria de imediato um estigma no sujeito que as usa: o toxicod dependente reivindica a sua toxicod dependência como um jogo de coisas interditas, e é visto como delinquente.

As nossas “fronteiras” misturam-se entre drogas e psicotrópicos, entre o lícito e o ilícito, entre a procura de conforto, de sensações, cuidados e dependência (Morel, 2001).

Sabemos que em Portugal, de acordo com Costa (2002), o consumo de heroína só se manifesta a partir dos anos 70, especialmente depois da revolução de Abril de 1974. Por outro lado a substância psicoactiva mais utilizada de sempre em Portugal, tem sido o álcool. Mas só mais recentemente se constata que o uso e/ou abuso de álcool constituiu um comportamento comum aos consumidores de drogas ilícitas.

A procura de drogas é assim influenciada por um complexo conjunto de interacções, farmacológica, social, individual e económica (OEDT⁶, 2006).

⁶ Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência

2.2. Abuso, Dependência e Adicção

De acordo com a OMS⁷, o conceito de abuso de drogas tem implícito a auto-administração de uma substância sem supervisão médica e com objectivos diversos que não incluem tratamento médico, nem estão de acordo com a boa prática médica.

Esta definição assume um papel importante para os indivíduos que fumam tabaco e/ ou consomem bebidas alcoólicas, na medida em que os confronta com o seu comportamento de consumidores de drogas. Também atribui especial importância à estreita relação entre as drogas socialmente aceites e o leque de problemas relacionados com o consumo de drogas (Ghodse, 1989).

Segundo o DSM -IV, o *Abuso da substância* é definido como um padrão mal-adaptativo de uso dessa substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses (APA, 2000):

- ✓ Uso recorrente da substância resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou desempenho ocupacional fraco relacionados ao uso da substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência quanto aos filhos ou afazeres domésticos);
- Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância);
- Problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções, conduta desordeira relacionada à substância);
- ✓ Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação, lutas corporais).

A *síndrome de abstinência* é também um dos indicadores de dependência e, segundo a OMS, revela-se por um grupo de sintomas com diversos graus de severidade que surgem com a interrupção ou redução da utilização de uma substância psicoactiva que tem sido utilizada repetidamente, na maior parte dos casos, por um longo período e/

⁷ Organização Mundial de Saúde

ou em altas doses. A duração e sintomas associados a esta síndrome estão relacionados com o tipo e dose de substância utilizada imediatamente antes da abstinência; a síndrome de abstinência de opiáceos é acompanhada por rinorreia⁸, lacrimejo, espirros, “arrepios” e após 24-48 horas, contraturas musculares e abdominais; a síndrome relacionada com o álcool é caracterizada por tremores, sudorese, ansiedade, agitação, depressão e náusea.

A dependência química não é considerada uma doença aguda, mas antes um distúrbio crónico e recorrente. De facto a multiplicidade de factores que lhe são inerentes, psicológicos, biológicos e sociais, permitem antever que o tratamento é também ele, complexo e caracterizado por recaídas.

Por exemplo, os PSO são tratados com uma substância opiácea sintética (metadona ou buprenorfina) a qual provoca dependência mas permite-lhes libertar-se de um modo de vida toxicodependente. No entanto a mera substituição de uma “droga” por um medicamento não é suficiente para resolver o problema da dependência.

O conceito de **adicção** de drogas tem implícito um comportamento compulsivo para continuar a consumir a droga, independentemente dos resultados negativos e consequências para a saúde, vida social, financeira e legal.

Estes conceitos assumiram-se como pouco claros e promotores de confusão nesta área. Uma vez mais foi necessário encontrar uma definição clara e internacionalmente aceite.

Assim, a OMS introduziu o conceito de toxicodependência: “è um estado de intoxicação periódica ou crónica, produzido pelo uso repetido de uma droga natural ou sintética, sendo o seu consumo ilícito ou lícito”. (Rosa *et al.*2000)

De acordo com o DSM IV, a **Dependência da substância** é definida como um padrão mal-adaptativo de uso dessa substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado pela ocorrência de três (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo a qualquer momento, dentro de um período de 12 meses (APA, 2000):

- Tolerância, definida por uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; ou redução acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância;
- Abstinência, manifestada por síndrome de abstinência característica para a substância; ou a mesma substância (ou outra substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar sintomas de abstinência;

⁸ Corrimento nasal

- A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- Muito tempo gasto em actividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação dos seus efeitos;
- Actividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;

O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela; ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

Pode-se observar claramente que tanto no DSM-IV quanto na CID-10 foram incorporados como critérios diagnósticos um grande espectro de problemas físicos e psíquicos e sociais que estão em conformidade com a característica da manifestação desses transtornos. Essa forma de apresentar os critérios diagnósticos também permite a prevenção e a detecção precoce desses transtornos (Gonçalves, 2008).

A característica central da dependência é o desejo, muitas vezes forte e imperioso, de utilizar a substância psicoactiva.

A descrição da dependência fisiológica está presente uma vez que o quadro de síndrome de abstinência, que caracteriza o seu diagnóstico, é relevante do ponto de vista clínico pois muitas manifestações desta síndrome necessitam de intervenção médica, muitas vezes até com internamento do paciente, quando a sua vida está em risco.

Porém, dependência psicológica não recebe mais o *status* de diagnóstico de um tipo de transtorno, pois as manifestações psicológicas características da dependência (ex. compulsão, perda de interesse por outras actividades) estão normalmente presentes em todos os quadros de dependência. O termo *adição* normalmente muito usado na língua inglesa, está muito relacionado aos componentes psicológicos da dependência, mas não consiste em um tipo de diagnóstico diferenciado. Costuma-se considerar como central para a manifestação da *adição*, a presença da compulsão ou fissura (*craving*). O NIH⁹ dos Estados Unidos define *adição* como “uma doença do cérebro crónica e recorrente

⁹ O National Institute of Health

caracterizada pelo uso e procura compulsivos da droga apesar das consequências nocivas ao indivíduo” (NIH, 2007).

São vários os factores e “razões” que podem influenciar o “consumo” ou “não consumo”, entre os quais podemos referir os individuais, sócio-familiares, ambientais e os inerentes à própria substância.

O fenómeno da dependência reveste-se de uma complexidade que se caracteriza pelo consumo mais ou menos compulsivo de uma substância por parte do indivíduo (álcool, heroína, cocaína, etc.) e o tipo de relações, de organização das suas “vivências” em torno da droga e dos consumos.

Mais do que um efeito farmacológico, a dependência é um “estilo de vida”, submerso num construto sociocultural onde existem as relações sociais, expectativas culturais, processos de construção e identificação, estratégias de interacção, negociação, entre outros e onde o fenómeno farmacológico assume o seu papel.

Na União Europeia, a prevalência de consumo problemático de droga era entre 4 a 11 casos por 1000 habitantes com idades entre os 15 e os 64 anos. Sendo que as maiores proporções surgem em cinco países onde Portugal está referenciado, sete a doze casos por 1000 habitantes (OEDT, 2007).

Em relação a Portugal, no grupo dos países da União Europeia, este integra-se nos países que apresentam menores percentagens de consumidores de todas as drogas à excepção da heroína.

2.3. Tipos particulares de tratamento e plataforma de redução de riscos

Segundo a OEDT (2007), são mais de 25% os consumidores de opiáceos na União Europeia que integram programas de substituição de opiáceos.

Portugal apresentou dados que revelam aproximadamente um aumento do número de indivíduos em tratamento com programas de substituição. A 31 de Dezembro de 2007, existiam cerca de 30000 utentes, estavam neste tipo de programas 17 782 utentes, dos quais 74% em metadona e 26% em buprenorfina.

Cerca de 7477 destes utentes foram admitidos nos programas (metadona ou buprenorfina) em 2007, sendo 2524 readmissões e 4953 novas admissões.

Entre os factores que podem explicar esta tendência incluem-se um aumento do número de consumidores problemáticos de heroína, uma expansão da oferta de tratamento ou uma melhor cobertura do sistema de comunicação de informações.

Actualmente em Portugal, os PSO incluem no seu atendimento um vasto leque de serviços:

-Cuidados de saúde (exame físico, análises laboratoriais, etc.)

-Serviço social e apoio psicológico.

-Serviço de saúde mental

Os tratamentos de substituição têm por base a perspectiva que nega definitivamente a dicotomia do “tudo” ou “nada”. Apesar de a abstinência continuar a constituir um objectivo em todas as abordagens, o “timing” e percurso do tratamento é subjectivo e estritamente personalizado.

De acordo com Costa (1995), no domínio da recuperação do toxicodependente é fundamental investir em estratégias de prevenção de recaídas, neste contexto, a abstinência deve ser considerada com prudência e como um equilíbrio instável sempre em risco de se perder em determinadas situações.

Nestes tratamentos a vontade demonstrada pelo indivíduo em reduzir os riscos para a saúde, altera a sua relação com a droga, conseguindo deste modo reconstruir o contexto sócio-afectivo e laboral, viabilizando assim a mudança desejada. Sendo que no início, esta pode constituir apenas uma redução na quantidade e frequência dos consumos ou numa alternativa à via de administração de droga injectada; não é fundamental a abstinência imediata, rápida e definitiva. O próprio indivíduo com o apoio da equipa multidisciplinar encontrará o melhor momento para viver sem drogas.

Relativamente a este contexto, podemos reflectir acerca da expressão: “*redução de riscos e minimização de danos*”, que intrinsecamente reconhece o facto de que alguns indivíduos vão continuar a consumir drogas ao longo da sua vida, este conceito estava quase exclusivamente relacionado com a transmissão do VIH. Actualmente é aplicado a uma diversidade de problemas, tais como, prevenção de doenças (hepatites C e B), violência familiar, acidentes rodoviários, justiça criminal entre outros.

Patrício (2002), sublinha que o principal risco da utilização nociva de uma droga “ (...) *é pôr em causa a qualidade da duração da vida. Tornando-se dependente, toxicodependente já é sequela, um dano conseqüente ao risco de ser consumidor. Sendo dependente a pessoa expõe-se a muitos outros riscos, a múltiplos transtornos da saúde associados ao consumo (...)*”

A redução de riscos e minimização de danos, emerge como uma acção sanitária e educativa sobre um determinado comportamento, como uma política de saúde pública. Mais do que direccionar a atenção na implementação de medidas que visam limitar o próprio consumo, procura limitar e prevenir os malefícios e efeitos nocivos ligados ao consumo de drogas.

Goulão (2005), reforça a necessidade de intervir no sentido de viabilizar a proximidade do toxicodependente e ajudá-lo a encontrar dentro dele próprio a força de vontade para alterar os seus comportamentos. Assim, concorremos para: a melhoria das suas condições de vida fornecendo o apoio necessário para a (re) conquista dos níveis de dignidade humana; diminuição da perigosidade das suas práticas, tanto para ele próprio como para os outros; contacto com o sistema sanitário e integração num programa de tratamento. Acesso e meios, os conceitos básicos que norteiam esta perspectiva.

O meio através do qual os PSO contribuem para o processo de estabilização do indivíduo consiste no controlo farmacológico da sua dependência, assim o toxicodependente deixa de sentir a necessidade imperiosa de procurar a substância (heroína).

A estabilização é um processo que poderá, viabilizar a hospitalização, a continuidade de um tratamento específico (problemas de saúde relacionados com VIH, hepatite C, tuberculose, patologia mental, duplo diagnóstico e acompanhamento de uma gravidez, entre outros) em ambulatório; proteger o indivíduo de uma overdose e prevenir o risco de contaminação pelos vírus da sida e hepatites, renunciando à injeção e relações sexuais não protegidas; contribuir para a reestruturação familiar, laboral e financeira; influenciar positivamente a relação com os outros e iniciar psicoterapia.

Este processo pode ser considerado com diferentes fases das quais alguns autores destacam, para além do controlo da qualidade e frequência dos consumos, renúncia à injeção como via de consumo da substância, as práticas delinquentes e ainda distanciamento do “mundo da droga” (Lowenstein *et al.*, 1998).

Em relação aos casos de infecção pelo VIH e regra geral, a epidemia da SIDA, entre este tipo de consumidores parece ter estabilizado ou estar a decrescer.

Em 2008, havia informação sobre os resultados dos rastreios da Hepatite B para 39% dos utentes em tratamento no ano e da Hepatite C para 41% dos utentes em tratamento no ano.

De acordo com o Relatório do IDT (2008), Em Portugal, entre os toxicodépendentes que recorreram às estruturas de tratamento no decurso de 2007, 4% a 11%, apresentavam positividade para a Hepatite B e 45% a 67% para a Hepatite C.

Embora apenas se encontrem níveis elevados de prevalência da infecção por VIH em alguns Estados – Membros da UE, a hepatite viral e, em especial, a infecção causada pelo vírus da hepatite C (VHC), tem uma prevalência maior entre os CDI de toda a Europa. Os níveis de anticorpos de VHC entre as amostras nacionais de CDI em 2005-2006 variam entre cerca de 15% e 90%, referindo tipicamente a maior parte dos países níveis superiores a 40%.

Doenças infecto-contagiosas como o VIH e as hepatites B e C figuram entre as consequências mais graves do consumo de droga para a saúde.

Os consumidores de droga por via injectada correm elevados riscos de sofrer problemas de saúde, tais como, infecções transmitidas por via sanguínea (VIH, hepatite) ou até morte.

Mesmo nos países onde a prevalência do VIH nos consumidores de droga injectada é baixa, outras doenças infecciosas, incluindo a hepatite A, B e C, as doenças transmissíveis sexualmente, a tuberculose, o tétano, o botulismo e o vírus linfotrópico de células T humanas podem afectar os consumidores de droga de uma forma desproporcionada.

Os tratamentos que incluem a substituição opiácea, podem constituir uma plataforma particularmente útil e importante para tratar diversas doenças infecciosas, tais como as acima descritas, bem como doenças do foro psiquiátrico como o duplo diagnóstico.

Doenças como a tuberculose, infecções pelo vírus da hepatite B, C e VIH, tornaram-se epidémicas em algumas subpopulações toxicodépendentes, mais particularmente em utilizadores de drogas injectáveis e, conseqüentemente, entre indivíduos inseridos em PSO, assim sendo, a constituição de equipas de saúde onde se desenvolvem os PSO, inclui os profissionais que asseguram a administração de metadona, e qualquer outro tipo de medicação, com base numa estreita articulação com outras unidades de saúde, entre as quais, os serviços de infecçologia, centros de diagnóstico pulmonar etc.

São vários os estudos que demonstram a relação entre a adesão à terapêutica tuberculostática em utentes em PSO, assim como os benefícios de tratamentos integrados para a Hepatite C (Batki *et al.*, 2002).

Actualmente, e de acordo com o plano social evoluímos de uma ideologia de marginalidade e ruptura para uma concepção de integração social. No plano político, a “luta” contra a droga endurece a sua actuação para o tráfico, no plano sanitário a pandemia do VIH que devastou a população toxicodépendente, parece finalmente evoluir favoravelmente.

3. Consumo de Álcool em Toxicodépendentes em Tratamento

O consumo de álcool contribui mais do que qualquer outro factor de risco para a ocorrência de acidentes domésticos, laborais e de condução, violência, abusos e negligência infantil, conflitos familiares, crime, incapacidade prematura e morte. Relaciona-se com o surgimento e/ou desenvolvimento de numerosos problemas ou patologias agudas e crónicas de carácter físico, psicológico e social, constituindo, por isso, um importante problema de saúde pública.

O consumo abusivo do álcool constitui também “... *Factor desencadeante de perda de saúde e do aumento dos níveis de morbi-mortalidade, quando associado ao uso de tabaco, benzodiazepinas, drogas e outros factores, nomeadamente nutricionais*” (Mello, 2001).

A OMS classifica os consumos de álcool em: Consumo de risco; Consumo nocivo e Dependência. Sendo que o consumo de risco é um padrão de consumo que pode vir a implicar dano físico ou mental se esse consumo persistir. O consumo nocivo é um padrão de consumo que causa danos à saúde, quer físicos quer mentais. Todavia não satisfaz os critérios de dependência.

Por sua vez a dependência é um padrão de consumo constituído por um conjunto de aspectos clínicos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool, sendo eles:

- ✓ Desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas;
- ✓ Descontrolo sobre o seu uso;
- ✓ Continuação dos consumos apesar das consequências;
- ✓ Uma grande importância dada aos consumos em desfavor de outras actividades e obrigações;
- ✓ Aumento da tolerância ao álcool (necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir o efeito desejado ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização da mesma quantidade);

- ✓ Sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

A dependência de drogas pode não ser necessariamente uma doença mas incontestavelmente transformou-se num fenómeno que adquiriu proporções epidémicas nos últimos anos.

“O problema das drogas na Europa deriva cada vez mais do consumo combinado de diferentes substâncias psicoactivas, tanto legais como ilegais. Esta realidade não apenas provoca mais consequências negativas, como também representa um desafio para os serviços de tratamento da toxicod dependência que têm de responder a um conjunto mais complexo de necessidades. Além disso, as nossas perspectivas políticas têm de reflectir o facto de o consumo combinado de drogas com álcool se ter tornado uma característica fundamental dos problemas que agora enfrentamos”. (OEDT, 2009)

Entre os adultos que consomem álcool, mais de metade têm histórias familiares que indicam a existência de familiares directos que são ou foram alcoólicos, sendo os alcoólicos submetidos a quatro vezes mais hospitalizações, do que os indivíduos não alcoólicos (Who, 2005).

Stimmel et al. (1983) e Bihary (1974), concluem que o álcool poderia ser considerado como substituto de outras drogas.

Existe evidência que demonstra que os toxicod dependentes infectados com o VIH que consomem álcool, apresentam maiores cargas virais e contagens de células CD4¹⁰ inferiores à dos doentes que habitualmente não consomem álcool. O álcool apresenta-se também como um factor associado a níveis inferiores de adesão à terapêutica anti-retroviral (Mulvihill, 2003).

São vários os estudos que estabelecem relações entre o consumo de álcool e a adopção de comportamentos de risco. (Stein *et al.*, 2002).

Entre os utilizadores de drogas injectáveis, o consumo de álcool, estava associado com uma utilização inconsciente do preservativo.

Indivíduos com VIH negativo e estado desconhecido para este vírus, com consumos abusivos de álcool têm associados mais comportamentos de risco nas práticas sexuais.

Entre utilizadores de drogas injectáveis, o consumo de álcool está associado com uma utilização inconsciente do preservativo. Entre aqueles que não injectam drogas o consumo de álcool e a utilização inconsciente do preservativo não estavam associadas (Stein *et al.*, 2002).

¹⁰ Células do sistema imunitário

A inconsistência da utilização do preservativo era mais comum nas mulheres. Em indivíduos utilizadores de drogas injectáveis infectados com VIH, o consumo abusivo de álcool está associado com práticas sexuais de risco.

“De acordo com alguns estudos, a prevalência do abuso de álcool é alta entre os utilizadores de drogas injectáveis ilícitas e está associado com a partilha de seringas” (Stein. *et al.* 2001,p.52).

Alguns estudos que têm sido desenvolvidos nesta área, sugerem que um terço ou mais dos indivíduos em tratamento com metadona actualmente estão a consumir álcool regularmente, sendo muitos deles alcoólicos (El-Bassel, 1999).

O sucesso de um programa de substituição onde se pretende uma redução ou cessação de consumo de opiáceos ilícitos, deve também incluir uma preocupação em relação a outras substâncias. O álcool tem constituído uma excepção a este princípio. Apesar do consumo de álcool ser referido como um problema frequente no tratamento com metadona, ainda são escassos os dados no que se refere á real dimensão do problema.

O abuso do álcool e as suas implicações para a saúde, concomitantemente com consumos de cocaína e a infecção VIH, constitui um dos mais graves problemas entre cidadãos em tratamento com programas de metadona (Bickel *et al.* 1987).

Gossop (2002), afirma que a dependência de álcool está relacionada com diferentes padrões de consumo de drogas ilícitas. Num estudo de Manita (1997) dos 334 sujeitos estudados 70% associavam o consumo de diferentes substâncias psicoactivas com o abuso de álcool.

Outros estudos, porém, referem a existência de uma associação negativa entre a utilização de drogas ilícitas e frequência de consumo de bebidas alcoólicas (Marsden *et al.*, 2004).

Através de um estudo desenvolvido para conhecer a prevalência do consumo de álcool, padrões de consumo de álcool e descobertas preliminares sobre as crenças individuais, de que estas iriam alterar o seu comportamento futuro em relação á ingestão do álcool. A análise exploratória sugere que a expectativa de alterar o comportamento futuro em relação á ingestão do álcool era precedida por normas subjectivas, como por exemplo as pressões sociais, níveis de bebida alcoólica no passado e dose actual de metadona (Kandel *et al.*, 2001).

O abuso de álcool nos indivíduos em PSO, prejudica a adesão ao tratamento para além de constituir um problema sério de saúde individual e familiar. No entanto, o álcool não tem sido tomado em consideração com a atenção necessária.

Estudos recentes, desenvolvidos nesta área, sugerem que cerca de um terço ou mais de indivíduos em tratamento com metadona, actualmente consomem álcool regularmente, e muitos deles são mesmo considerados alcoólicos.

Staines e colaboradores (2008), constatou que, de 248 toxicod dependentes que procuram tratamento, 64 %, apresentam posteriormente problemas relacionados com os consumos de álcool.

O toxicod dependente busca um estado de gratificação imediata através do álcool, este comportamento é seguido por consequências negativas retardadas: desconforto físico, desaprovação social, auto-estima diminuída, posteriormente é incapaz de exercer controle sobre o comportamento de beber, em razão da influência vigorosa dos factores psicológicos internos subjacentes à adicção.

Um estudo, conduzido pela Rand Corporation, determinou o resultado de que mais de 700 toxicod dependentes alcoólicos que participaram em vários programas típicos de tratamento. Foi descoberto que menos que 10% dos pacientes eram capazes de manter a abstinência por um período de 2 anos após a alta do programa de tratamento (Armor, Polich & Stambul, 1987). Os dados demonstram que a recaída é o resultado mais comum do tratamento para o alcoolismo, sendo que o objectivo da prevenção da recaída, é ensinar os indivíduos que tentam mudar o seu comportamento a prever e lidar com o problema de recaída (Brickman *et al.* 1982).

Marlatt descreve um perfil de abuso de substâncias psicoactivas e define três tipos de situações de alto risco, sendo elas as situações negativas ou estados emocionais negativos, as situações positivas ou estados emocionais positivos e as situações de tentação. No que se refere às situações negativas, estas agrupam-se em emoções desagradáveis, desconforto físico e conflitos interpessoais, relativamente às situações positivas, agrupam-se em tempo agradável com outros e emoções agradáveis, no que se refere às situações de tentação, agrupam-se em tentações, pressão social e teste de controlo pessoal.

Segundo Adesso & Marlatt (1988), os toxicod dependentes consomem mais álcool quando se sentem frustrados ou rancorosos, as recaídas ocorrem com frequência quando o indivíduo está emocionalmente deprimido, na presença de sentimentos tais como: raiva, tristeza, ansiedade, depressão e culpa. Em alguns casos tais sentimentos são

causados por uma situação ambiental não pessoal. Mais tipicamente, entretanto o indivíduo está deprimido por relacionamentos passados ou presentes com outros. *“Alguém que mora sozinho pode tentar lidar com esta sensação de vazio voltando ao consumo de drogas ou álcool”* (Kalin & Wanner, 1982).

O maior número de episódios de recaída ocorre nos conflitos interpessoais, envolvendo frustração e raiva, parece provável que estes sentimentos sejam derivados de uma discussão ou discordância e são frequentemente expressados no próprio episódio de recaída.

Nas situações positivas, as recaídas ocorrem quando o indivíduo se sente bem, o uso de uma substância psicoactiva para intensificar os estados emocionais positivos, explicava relativamente poucas recaídas, pois apenas 10% de consumidores de heroína e nenhum dos alcoólicos (Gordon, 1978).

No que se refere às situações de tentação, e mais especificamente no teste de controlo pessoal, a substância era usada para “testar” a própria capacidade para gerir os consumos de forma moderada, “para tentar só uma vez” para ver o que acontece. Os resultados (Marlatt; 1988) mostram que 39% de todas as recaídas se incluem nesta categoria, incluindo 2% de consumidores de heroína e 9% de alcoólicos.

4. Comportamentos de Risco

A OMS (2006) define comportamentos de risco, como um conjunto de acções por parte do indivíduo que aumentam a probabilidade de danos ao nível da saúde. Existem comportamentos de risco gerais, e comportamentos de risco específicos dos toxicodépendentes.

Os comportamentos que implicam risco para VIH e hepatites, como todos os comportamentos, estão sujeitos a alterarem-se ao longo do tempo. Alterações na rota da droga, economia, turismo, migrações sazonais, política, todos estes factores podem influenciar na prevalência dos comportamentos de risco.

Em relação às “substâncias aditivas”, e segundo a OMS (2007) os principais riscos associados ao seu consumo são: a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, do VIH, hepatites B e C, em particular quando se trata de um consumo dito problemático (uso por via injectada e/ou continuado).

Neste trabalho, estudamos os comportamentos de risco: os de carácter sexual e os relacionados com o consumo problemático de drogas.

Os comportamentos de risco a nível sexual, incluem: a não utilização ou utilização irregular do preservativo, múltiplos parceiros sexuais e comportamentos sexuais promíscuos.

Os comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas são: uso por via injectada e/ou continuado, partilha de materiais de consumo (algodão, seringa e recipiente).

A não adopção de comportamentos seguros depende, entre outros, do conhecimento individual de riscos, e crenças individuais em relação à saúde e percepção de riscos, factores culturais entre outros.

Entre indivíduos envolvidos em comportamentos de risco, os toxicodépendentes utilizadores por via intravenosa, apresentam maior resistência à mudança de atitudes mesmo tendo em sua posse informação válida sobre o meio de transmissão das hepatites e infecção pelo VIH na população heterossexual (Costa, 1999).

Aliás a toxicodépendência e a sida tornam-se uma combinação explosiva, não só pela inoculação do VIH por equipamento infectado, mas também pelo aumento dos comportamentos sexuais de risco nos toxicodépendentes. Um outro factor importante a salientar, no risco da transmissão do VIH pelos toxicodépendentes é a sua juventude.

Ehrenstein (2004) conclui que em toxicodépendentes utilizadores da via intravenosa com VIH positivo, o consumo excessivo de álcool está associado com práticas sexuais não protegidas. As alterações comportamentais associadas ao alcoolismo e à utilização de substâncias ilícitas, facilitam comportamentos de risco, entre eles relações sexuais não protegidas com preservativo, relações com múltiplos parceiros/os, bem como a troca de seringas e agulhas e demais material usado, aumentando o risco de comportamentos marginais.

A utilização do álcool está associada as riscos sexuais ($p < 0,001$) quando controlado para sexo, idade, raça, educação, consumo de cocaína, frequência de injeção, prostituição, número de parceiros sexuais e risco percebido de adquirir o VIH através de parceiros” (Stein et al., 2002).

De acordo com a OMS, vários estudos desenvolvidos em áreas de prevalência de infecções por VIH, o risco de transmissão entre utilizadores de drogas injectáveis e seus comportamentos sexuais, constituem importantes factores na disseminação epidémica entre indivíduos que não injectam.

4.1. Interacção do álcool nos Comportamentos de Risco

Segundo a OEDT (2007), três a quatro indivíduos infectados com o VHC, recuperaram conseguindo erradicar o vírus num período de seis meses após a infecção. Por sua vez, relativamente a portadores crónicos, uma grande percentagem evolui para estádios finais de doença hepática e morte.

Existem vários factores intervenientes no agravamento da evolução desta doença: a idade em que o indivíduo se infecta, o sexo, a co-infecção com VIH e/ou Hepatite B (VHB) e o consumo abusivo de álcool.

O tratamento dos problemas relacionados com o consumo abusivo de álcool, revelam-se de extrema importância, devido ao forte efeito deste consumo na progressão da hepatite C.

De acordo com Pessione *et al.* (1999), clinicamente deve ser considerada a abstinência total de consumo de bebidas alcoólicas nos indivíduos com Hepatite C activa. Quando nos debruçamos sobre os estudos efectuados que abordam a prevalência de toxicodependentes utilizadores de drogas injectáveis, constatamos que existe uma grande proporção de toxicodependentes infectados com o vírus da Hepatite C.

Segundo Mccusker (2005), as consequências para a saúde do indivíduo com Hepatite C, podem ser muito graves e potencialmente fatais, pois conclui que 70% dos indivíduos com Hepatite C desenvolvem Hepatite crónica, 10 a 30% desenvolvem cirrose e 1 a 5% desenvolvem cancro hepato celular. A probabilidade de desenvolver cirrose, aumenta significativamente nos indivíduos com Hepatite C, que apresentam consumos moderados de bebidas alcoólicas comparativamente aos que nunca consomem bebidas com álcool.

È fundamental estudar o impacto da percepção do estado Hepatite C do indivíduo no seu consumo de álcool e comportamentos de risco relacionados com práticas sexuais.

Alguns estudos referem que os toxicodependentes, que conhecem o seu estado Hepatite C positivo, têm histórias de consumos por via intravenosa mais extensas no tempo, mas adoptam menos comportamentos de risco do que aqueles que não conhecem o seu estado. Comparativamente com aqueles que apresentam valores negativos para a Hepatite C, os que dizem ter testes positivos consumiam mais frequentemente heroína e/ou crack e mais álcool (Kwiatkowski, 2003); em relação ao consumo de drogas e álcool, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os que conheciam o seu estado, Hepatite C positivo e os que não eram. O que nos leva a considerar que o conhecimento do seu estado não é suficiente, para influenciar os

comportamentos mais “perigosos” e responsáveis por graves danos na saúde do indivíduo, particularmente no que se refere aos consumos de álcool.

Mccusker, (2001), desenvolveu um estudo, numa população de heroínodpendentes em tratamento, onde encontrou uma associação entre o estado Hepatite C e o consumo de álcool. Uma grande percentagem de utentes com hepatite C negativo, referem ter consumido álcool no ano anterior ao estudo comparativamente aos que apresentavam hepatite positivo, sendo que 89% versus 63% ($p=0.001$), aparentemente a influência da Hepatite C diminui com o aumento do consumo de álcool. A diferença de percentagens entre os grupos (estado positivo e estado negativo) varia entre 26% para o consumo de bebidas alcoólicas no último ano e 9% para consumos de álcool de risco.

5. Factores associados ao consumo de álcool nos toxicodépendentes

5.1. Aspectos Psicológicos

O álcool perturba o funcionamento normal do sistema nervoso central. A sua acção é semelhante à de um anestésico. Existe uma depressão gradual das actividades nervosas, devida ao álcool, este atinge os centros nervosos pela ordem inversa da sua evolução, quer dizer, começando pelos centros que comandam a capacidade de ajuizar, a atenção, a autocrítica, o autodomínio e a locomoção, para terminar naqueles de que depende a vida orgânica.

O alcoolismo, segundo o DSM.IV, pode ser visto como uma doença psíquica, porque o alcoólico tem necessidade de álcool para aceitar a realidade; tem tendência a fugir às responsabilidades, sofre de angústia, é agressivo, resiste mal às frustrações e às tensões e porque nele o nível de consciência, enquanto racionalidade tende a baixar, levando-o a uma conduta impulsiva.

A comorbilidade é comum na patologia alcoólica e deve ser um factor a ter em conta no processo de recuperação. O estudo de Burns, Teesson e O'neill (2005) concluiu que o impacto que a comorbilidade da depressão e da ansiedade tinha em doentes alcoólicos, conduzia a maiores problemas ao longo do follow-up e maior número de recaídas. Daqui se conclui que não são só os sintomas psicopatológicos a emergirem com o aumento do consumo de álcool. De facto, também a psicopatologia, nomeadamente, a depressão e ansiedade, pode complicar, posteriormente, o processo de recuperação de uma patologia alcoólica. Isto significa que tanta a psicopatologia, como os problemas de álcool, podem ser causa ou consequência um do outro.

É importante referir que, embora os resultados do BSI possam servir como uma forma de triagem de situações clinicamente significativas, não se confinam a essa função, dado que permitem avaliar o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo que vai desde o mal estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal estar mórbido, formalmente característico das perturbações psiquiátricas (Derogatis & Titzpatrick, 2004).

Muitos estudos têm sido realizados para verificar a participação de aspectos da personalidade e factores co-mórbidos na dependência do álcool (Ratto & Cordeiro, 2004; Vaillant, 1999). Dentro deles incluem-se alguns distúrbios do processamento cognitivo das emoções, como por exemplo, dificuldade no reconhecimento e na

expressão das emoções, como no caso da alexitimia (Sifneos, 1972/1977); rebaixamento do humor, característico dos quadros depressivos (Campbell, 1996); e uma propensão para experiências emocionais negativas, como as associadas ao neuroticismo (Watson & Clark, 1992).

Um outro traço de personalidade que se destaca nos estudos sobre a dependência de álcool é o neuroticismo, identificado no processo de recaída em dependentes abstinentes e nos estudos de co-morbidades (Drummond & Phillips, 2002; Fisher, Elias & Ritz, 1998; Roy, 1999). O neuroticismo, de acordo com o modelo teórico dos Cinco Grandes Factores, corresponde a características individuais para vivenciar de forma mais intensa o desconforto psicológico (aflição, angústia, sofrimento, ansiedade, etc.), assim como ideias irreais, respostas de coping não adaptativas, baixa tolerância à frustração, ansiedade, impulsividade, autocrítica e estilos cognitivos e comportamentais que seguem esta tendência (McCrae & John, 1992; Watson & Clark, 1992).

De acordo com Rosa. L, existem factores que exercem influência sobre o indivíduo toxicodependente, que o leva a optar por comportamentos alcoólicos, sendo eles agrupados em dois grupos: os sociais (estigmatização; isolamento; rejeição e a criminalidade) e os psicológicos (culpabilidade; vergonha; impotência, regressão e a primazia do prazer).

Segundo Adès, Lejoyeux, o meio modula e condiciona a expressão dos factores genéticos, bem como as modalidades do consumo de álcool, refere como factores adjacentes: a disponibilidade da droga; a pobreza; Instabilidade social, ruptura e/ou dependência familiar e distúrbios da personalidade, tais como ansiedade, depressão, impulsividade.

5.2. Suporte Social

O suporte social, bem como todos os aspectos psicossociais da toxicod dependência, apontam como importante a adaptabilidade do sujeito (Eg. Kurdek & Sieski, 1990). Dadas as particularidades da Toxicod dependência, esse factor está muitas vezes ausente principalmente no grupo de toxicod dependentes/alcoólicos. (Blaney & Piccola, 1987).

O suporte social pode ser definido como: “ *as forças ou factores no meio social que facilitam a sobrevivência dos seres humanos*” (Lin, Dean & Ensel, 1986). Vemos aqui 3 linhas mestras do suporte social: a) uma, dada pela comunidade onde o indivíduo está inserido; b) outra, pelas instituições a que o indivíduo pertence; c) outra pelos relacionamentos íntimos que o indivíduo tem.

A perspectiva de Lin *et al.* (1986) também dá relevo à expressão do relacionamento com os outros, não só ao conteúdo das interacções, como às características relacionais do emissor e receptor, salientando a importância do contexto emocional por parte das pessoas que fornecem e recebem o suporte social. Surge assim uma diferenciação entre o suporte social fornecido por pessoas em que existem laços sociais fortes, daquelas em que esses laços não são tão marcantes, sendo que é também importante o suporte social que é oferecido, e não só o que é recebido.

Ramos J & Moreira (2006) concluem, que na família do toxicod dependente alcoólico, as relações conjugais são marcadas pelo conflito e elevado stress o que propiciará uma menor atenção e capacidade de resposta dos filhos. Sendo descritos como um grupo heterogéneo, evidenciam-se traços comuns, tais como: Personalidade fragilizada e imatura; sentimentos de solidão e desesperança, condicionados por factores do meio e circunstâncias socioculturais e familiares.

O suporte social, destes indivíduos, é quase inexistente, ou quando existe, o toxicod dependente, é visto como bode expiatório, a ligação que estabelece com a família, é caracterizada, pela falta de coesão familiar.

Berger & Luckmann (1985) defendem que toda realidade é construída socialmente, através das interacções sociais e da linguagem. (In Alves, 2006,p2).

O sujeito interage com o meio social que influencia seu comportamento, porém cada sujeito atribui um significado diferente à realidade social na qual está inserido. Desta forma há uma multiplicidade de significados atribuídos a uma mesma realidade

objectiva, ou seja, há uma construção da subjectividade a partir da interacção social. Para Silva (1997) o dependente é um problema para a sociedade porque ele perde o controle, consome a droga em situações de risco, causam acidentes e cometem crimes.

Schenker (1997) propõe: "*o indivíduo se interliga à família, que se interliga ao social, formando uma rede de causalidades múltiplas. Assim, a toxicomania não é privilégio de um indivíduo "doente", mas sim um sintoma dos nossos tempos pós-modernos*" (Schenker, M. 1997:49)

Estes indivíduos apresentam atitudes negativas (ansiedade, comportamentos autodestrutivos, agressão a terceiros, retirada social, isolamento) e um score depressivo acima da média. As posições intermédias são a deontológica e a lógica. Os indivíduos na posição deontológica encontram apoio para a sua adaptação essencialmente através de terceiros, pelo que são extremamente dependentes de apoio social e apresentam uma tendência auto actualizante pobre. (Guerra, 1994,p. 19).

6. Objectivos e Hipóteses

A reflexão sobre o tema, conduziu ao levantamento de diversas questões como: Quais os padrões de consumo de álcool dos toxicodpendentes inseridos em PSO; Existe uma relação entre o padrão de consumo de álcool e a adopção de comportamentos de risco? Nomeadamente práticas sexuais não protegidas e partilha de material de consumo de injeção: Os padrões de consumo de álcool e comportamentos de risco associados com a percepção dos toxicodpendentes quanto ao seu status hepatite C, B e VIH; Qual o suporte social que estes indivíduos possuem; e por último, a necessidade de realizar uma avaliação da sintomatologia psicológica dos utentes.

Assim sendo, é fundamental:

- Conhecer os padrões de consumo de álcool dos utentes em tratamento;
- Caracterizar os padrões de consumo de álcool dos utentes em tratamento;
- Analisar a sua relação com a adopção de comportamentos de risco relacionados com relações sexuais;
- Analisar a percepção do utente em relação ao status hepatites C e B e VIH;
- Conhecer o suporte social que estes utentes dispõem;
- Analisar a presença de sintomas psicopatológicos;
- Caracterizar as situações em que os indivíduos recaem, consumindo álcool;

Propusemo-nos desenvolver este trabalho no sentido de analisar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Os padrões de consumo de álcool dos toxicodpendentes, aumentam quando estão em tratamento em PSO, face a períodos anteriores de consumo;

Hipótese 2 – O consumo de álcool dos toxicodpendentes em tratamento em PSO está correlacionada positivamente, com a adopção de comportamentos de risco;

Hipótese 3 – Os toxicodpendentes em PSO, consomem álcool especificamente face a situações negativas;

Hipótese 4 – Os toxicodpendentes em PSO, são indivíduos que apresentam sintomas psicopatológicos e estes estão correlacionados positivamente com os consumos de álcool;

Hipótese 5 – Os toxicodpendentes, em PSO, apresentam um suporte social diminuto e o Suporte Social está correlacionado negativamente com o consumo de álcool;

1. Metodologia

1.1 Procedimento

O projecto foi apresentado ao CRI sendo posteriormente aprovado. Após obtenção de consentimento informado, foi aplicado aos toxicodépendentes em PSO do CRI Oriental, ET de Gondomar, um questionário estruturado com perguntas fechadas. Este questionário¹¹ construiu-se, tendo em consideração as variáveis seleccionadas e os objectivos deste estudo. Recorreu-se á utilização de instrumentos, para analisar variáveis específicas, sendo elas o comportamento de consumo de álcool, as situações de recaída, os sintomas psicopatológicos e o suporte social.

Os utentes foram entrevistados face a face com recurso a um conjunto de instrumentos. As entrevistas foram realizadas pela autora. Num primeiro momento a investigadora apresentou-se ao utente, identificando-se e explicando-lhe os objectivos do estudo, garantindo o seu anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

O questionário era estruturado, a investigadora garantiu a consistência no seguimento das questões, contribuindo para reduzir ao mínimo os viéses da entrevista. Posteriormente à aplicação dos questionários, procedeu-se à análise descritiva e analítica. Utilizámos o SPSS (*Statistical Package for Social Sciens*) versão 16.0 e as variáveis do questionário foram analisadas individualmente através da análise univariada e bivariada, bem como do coeficiente de correlação de Pearson, sempre que analisámos as associações entre variáveis quantitativas.

2. Instrumentos

Questionário sobre o consumo de substâncias, comportamentos de risco e actividade criminal (Silva.T, Matias.S, Quintas. J, 2009)¹²

Este questionário é constituído por 5 partes:

¹¹ Ver Anexo I (Questionário sobre o consumo de substâncias e comportamentos de risco)

¹² Este questionário, foi construído em parceria para a elaboração de outro projecto (A relação directa do crime com a toxicodépendência), e devido a esse facto, na apresentação do questionário constam apenas os capitulos que foram utilizados para a realização deste trabalho

Parte I – Soció-demográfica:

Pretende caracterizar sociodemograficamente a população estudada, (idade, sexo, zona habitacional, com quem vive, percurso escolar, percurso laboral, situação conjugal e por fim se cumpriu serviço militar).

Parte II – Tratamento:

Pretende aprofundar aspectos relacionados com o tratamento, (de acordo com o tipo de substância usada em PSO, quantos anos, a dose e o nº de tratamentos anteriores).

Parte III – Consumos:

Procura caracterizar os consumos de cocaína, heroína e álcool (idade do 1º consumo, se consumiu ao longo da vida e nos últimos doze meses, de que forma arranjava dinheiro para os consumos e os contextos de consumos).

Parte IV – Comportamentos de Risco:

Procura caracterizar comportamentos de risco (vias de administração utilizada no consumo de droga ao longo do consumo por vida, partilha de seringa, algodão, recipiente ao longo do consumo por via intravenosa nos últimos 12 meses, actividade sexual, utilização de preservativo).

Parte V – Consumo de álcool:

Pretende caracterizar a necessidade de consumo de bebidas alcoólicas, a frequência do consumo, quantas bebidas consumia num dia normal, e com que frequência consumia seis bebidas numa única ocasião, antes de estar inserido em PSO por comparação com a situação actual.

Posteriormente a este questionário inicial, recorreremos a cinco instrumentos já validados em Portugal.

AUDIT¹³ - The Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor, Thomas F et al, 2001)

Constitui um método de detecção precoce de alterações por consumo, desenvolvido e recomendado pela OMS desde 1989. Sendo considerado como um instrumento para a utilização nos cuidados de saúde primários. Foi validado em vários países e recentemente validado em Portugal por Cunha (2002).

De acordo com um estudo desenvolvido por Skipsey *et al.* (1997), o AUDIT definiu-se como tendo uma consistência interna excelente entre indivíduos toxicodépendentes.

13 Ver Anexo II

É um dos melhores testes de avaliação porque detecta tanto os consumos pontuais como os consumos abusivos.

É constituído por 10 perguntas associadas a uma escala de 0 a 4 pontos. As respostas às perguntas de 1 a 8 são cotadas numa escala de 0 a 4 pontos e as respostas às perguntas 9 e 10 com 0, 2 e 4 pontos.

A sensibilidade do AUDIT, varia entre 83 e 92% e a especificidade, entre os 92 e 98%.

Pontuações iguais ou superiores a 8 reflectem comportamentos compatíveis com consumos de risco, nocivos e/ou dependência.¹⁴

CAGE¹⁵ – Questionnaire (wing, J, 1984)

Este é o teste de avaliação mais curto, conhecido e fácil de aplicar. É comumente utilizado para determinar o risco de problemas relacionados com o álcool, e coloca 4 questões que visam os sintomas nucleares da dependência alcoólica:

A sensibilidade deste questionário situa-se entre os 61 e os 100%, e a especificidade entre os 77 e os 96%.

A cada resposta positiva atribui-se um ponto. Resultados superiores a dois indicam um provável consumo excessivo de álcool.

De acordo com Gomes (2007), verifica-se que pontuações de zero indicam a inexistência de risco para o abuso e/ou problemas de dependência de álcool, pontuações de um e/ou dois representam uma elevado risco para problemas de dependência de álcool e pontuações superiores a dois indicam um provável consumo excessivo de álcool.

IDTS¹⁶ - The Inventory of Drug-Taking Situation (Annis, H. & Martin, G, 1985)

Questionário desenvolvido a partir dos trabalhos de Alan Marlatt e seus colaboradores (Marlatt, 1978, 1979a, 1979b; Marlatt & Gordon, 1980, 1985). É um questionário de auto-relato de 50 itens, que fornece um perfil da situação de alto risco para beber. O IDTS foi escolhido por ser um modo estandardizado de recolher informação acerca das situações associadas ao consumo, esta variável poderá ter um papel mediador importante no processo e resultados terapêuticos.

Segundo a classificação descrita por Allan Marlatt, existem 8 sub escalas, que proporcionam um perfil de uso de álcool, através de 8 tipos de situações de alto risco: as

¹⁴ Ver Anexo III

¹⁵ Ver Anexo IV

¹⁶ Ver Anexo V

emoções desagradáveis; desconforto físico; emoções desagradáveis; testes de controlo pessoal; impulsos e tentações; conflito com os outros; a pressão social para usar e os tempos agradáveis com outros.

BSI¹⁷ – Brief Symptom Inventory (Derogatis & Spencer, 1982 – versão portuguesa aferida por Canavarro, 1995).

Este questionário é uma forma breve de 53 itens do Symptom Checklist-90 (SCL-90). O BSI apresenta as seguintes dimensões sintomáticas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Derogatis, 1993, p.19).

Para além destas dimensões foram constituídos três índices globais: ISP - índice de sintomas positivos, medida de intensidade do nível de mal-estar, informando sobre o estilo de resposta de mal-estar; IGS - índice geral de sintomas, indicador da resposta do nível de mal-estar, experimentado pelo indivíduo; TPS – total de sintomas positivos, amplitude do mal-estar emocional do indivíduo.

De forma geral, a interpretação das pontuações do BSI é linear, dada a natureza descritiva da informação que este instrumento de avaliação permite obter (Groth-Marnat, 2003)

ESS - Escala do suporte social¹⁸ (Guerra, 1995)

O suporte social foi avaliado utilizando a adaptação da escala “Instrumental-Expressive Social- Support” (Lin, Dean & Ensel, 1986). Esta escala, originalmente elaborada na língua inglesa, era constituída por 28 itens.

A versão utilizada, foi a portuguesa, é somente composta por 20 itens, revista e reformulada por Guerra (1995).

A escolha desta escala deve-se essencialmente ao conteúdo das questões formuladas que é global, abrangendo áreas específicas, constatadas na falta de suporte social, referida por indivíduos toxicodépendentes. São exemplos dessas situações: problemas financeiros, problemas de relacionamentos íntimos, relacionamentos afectivos próximos e relacionamentos sociais.

É uma escala com uma fiabilidade e validade bastante aceitáveis.

¹⁷ Ver Anexo VI

¹⁸ Ver Anexo VII

3. Amostra

A amostra do nosso estudo é constituída por 50 toxicodépendentes em PSO, no CRI oriental, ET de Gondomar, e colaboraram no nosso estudo entre Janeiro a Maio de 2009.

1. Caracterização sociodemográfica da população em estudo

1.1 Sexo

É notória a predominância do sexo masculino em relação ao sexo feminino, 82% dos utentes pertencem do sexo masculino e 18% ao sexo feminino, o que se aproxima dos dados estatísticos a nível nacional e internacional (sexo masculino 78% e feminino 22%, IDT, 2008)

1.2 Idade

A idade média é de 39 anos, com valores que variam entre os 24 e os 59 anos. Estes valores estão acima da média de idades referidas a nível nacional dos utentes que recorrem às unidades de tratamento em primeiras consultas, ou seja, 32 anos (IDT, 2008).

1.3 Zona habitacional

Trata-se de uma população onde 30%, moram em zona urbana, 20% em zona suburbana, 28% em zona rural, e 22% em bairro social.¹⁹

1.4 Situação familiar

Dos 50 participantes, 66% são solteiros, 18% casados ou viviam em união de facto, 16% divorciados ou separados.

Em relação à situação parental, 52% dos participantes têm filhos e destes apenas 16% coabitam com os descendentes. Apesar de se tratar de uma percentagem muito baixa não deixa de se enquadrar dentro das médias europeias, cujos estudos indicam que mais de 10% dos toxicodépendentes vivem com os filhos. (OEDT, 2008).

Estes também se encontram perante sérias dificuldades inerentes à própria toxicodépendência dos progenitores, que determina as condições de ser “pai” e “mãe” particularmente complicadas.

¹⁹ Note-se que os bairros situam-se em zonas urbanas e suburbanas

1.5 Escolaridade

Apenas 24% completaram o 1º ciclo, 26% o 2º ciclo, 32% o 3º ciclo e 18% concluíram o secundário. Destes, 86% referem ter reprovado pelo menos uma vez, e 14%, nunca reprovaram.

1.6 Situação profissional

No que se refere á situação profissional, 40% encontram-se desempregados, 4% reformados e 56% empregados.

Resultados

Os participantes deste estudo, foram todos consumidores de heroína e 86% dos participantes foram igualmente consumidores de cocaína. Embora estando todos em tratamento, no último mês consumiram heroína 44% dos participantes e relativamente aos consumos de cocaína estes verificam-se em 50%.

A idade de início de consumo de heroína varia entre o mínimo de 12 anos e um máximo de 25 anos, com uma média de 16,7 e um desvio padrão de 3,20. Relativamente à idade de início de consumo de cocaína varia entre o mínimo de 11 anos e um máximo de 27 anos, com uma média de 18,14 e um desvio padrão de 3,10.

1. Comportamentos relacionados com o consumo de álcool

1.1 Os padrões²⁰ de consumo de álcool

Para definir-mos os padrões de consumo de álcool, recorremos à aplicação do AUDIT²¹ e do CAGE²².

Através da análise da tabela I, verifica-se que 7 (14%) dos participantes encontram-se abstinentes, 4 (8%), estão incluídos no grupo, de bebedores de baixo risco ou moderado, 14 (28%) no grupo de bebedores de risco e/ou bebedores com consumo nocivo e 25 (50%), no grupo de dependentes.

Tabela I – Padrão do consumo de álcool por cinco grupos definidos através dos resultados obtidos da aplicação do AUDIT (N=50)

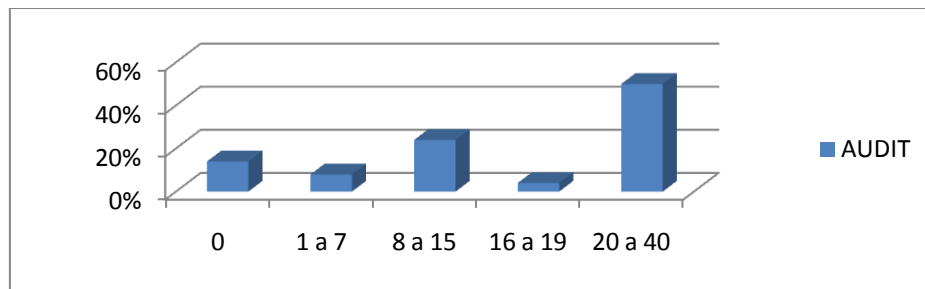
Grupos/Padrões	N	%
0 Abstinentes	7	14,0
1-7 Bebedores de baixo risco ou moderado	4	8,0
8-15 Bebedores de risco	12	24,0
16-19 Bebedores com consumo nocivo	2	4,0
20-40 Dependentes	25	50,0

²⁰ Os padrões do consumo de álcool, podem também ser definidos como níveis de ingestão de bebidas alcoólicas, geralmente utilizamos a designação de padrões, pois é assim que eles são definidos no AUDIT.

²¹ É constituído por 10 perguntas associadas a uma escala de 0 a 4 pontos. As respostas às perguntas de 1 a 8 são cotadas numa escala de 0 a 4 pontos e as respostas às perguntas 9 e 10 com 0, 2 e 4 pontos.

²² É constituído por 4 perguntas, associadas a respostas (Sim, Não), o sim é cotado como 1 e o não cotado como 0.

Gráfico 1 -Distribuição dos indivíduos pelo padrão de consumo de álcool definidos pelo AUDIT (OMS)



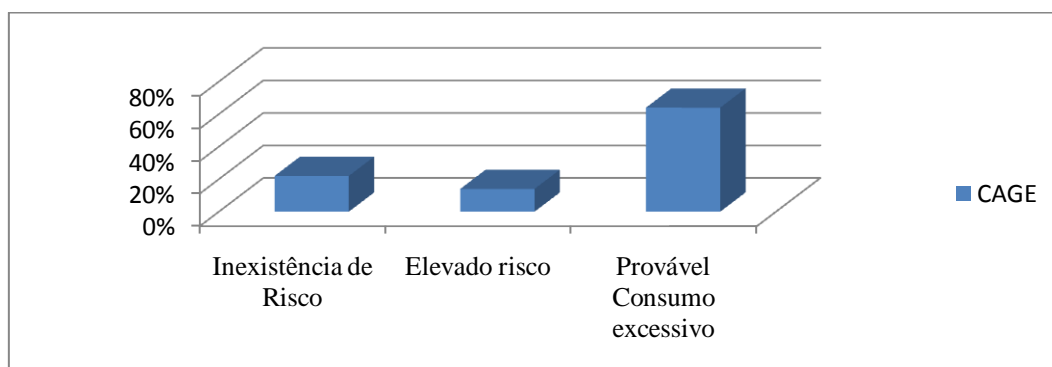
No CAGE verifica-se, de acordo com Gomes (2007) que pontuações de zero indicam a inexistência de risco para o abuso e/ou problemas de dependência de álcool, neste caso, 22%, pontuações de um e/ou dois representam um elevado risco para problemas de dependência de álcool, 14% e pontuações superiores a dois indicam um consumo excessivo de álcool, 64%.

Tabela II -Soma total das respostas às questões do CAGE (N=50)

Pontuação	N	%
0	11	22,0
1	1	2,0
2	6	12,0
3	28	56,0
4	4	8,0

Assim, se considerarmos uma ou mais respostas “sim” para as questões colocadas por este instrumento, como indicadoras de eventuais riscos para problemas com consumo de álcool, incluído o consumo excessivo e dependência, na amostra temos 39 sujeitos (78%) incluídos nesta classificação.

Gráfico 2 -Distribuição da amostra em relação à pontuação obtida após a aplicação do CAGE



É interessante notar que em termos globais, os resultados obtidos com o AUDIT reforçam os resultados obtidos com o CAGE. No GAGE encontramos 78% de

indivíduos com valores indicativos para um elevado risco para problemas de dependência de álcool e de prováveis consumos excessivos de álcool, e no AUDIT valores de 78% para o grupo que apresenta consumos de risco, nocivo e/ou dependência.

A correlação entre o total dos dois instrumentos é muito elevada $R=0,82$; $p<0,001$.²³

1.2 O consumo de álcool, antes e durante o tratamento²⁴

Conforme se pode observar na tabela III, actualmente os toxicodpendentes apresentam em média uma necessidade de consumir bebidas alcoólicas²⁵ superior ($M=3,66$), quando comparada com o momento anterior ao tratamento, ($M=2,14$), sendo esta diferença significativa $t(43)=11,53$; $p=0,001$.

A frequência de consumo de bebidas alcoólicas, é actualmente superior ($M=3,53$), quando comparada com o que consumia no momento anterior ao tratamento ($M=2,53$), $t(42)=6,01$; $p=0,001$.

Actualmente a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas num dia normal é também superior ($M=3,05$), quando comparada com as consumidas no momento anterior ao tratamento ($M=2,37$), $t(40)=2,73$; $p=0,009$.

No que se refere á frequência de consumo de seis bebidas ou mais numa única ocasião, actualmente os toxicodpendentes apresentam uma média superior ($M=3,07$), quando comparada com o momento antes de estar em tratamento, ($M=2,40$), $t(42)=3,07$; $p=0,004$.

Tabela III -Comparação dos dois momentos

	Antes de estar em tratamento		Actualmente		t	g.l	P
	Média	DP	Média	DP			
Necessidade de	2,14	0,88	3,66	1,12	11,53	43	0,001

²³ Dado a forte correlação, a partir deste momento iremos utilizar somente o AUDIT.

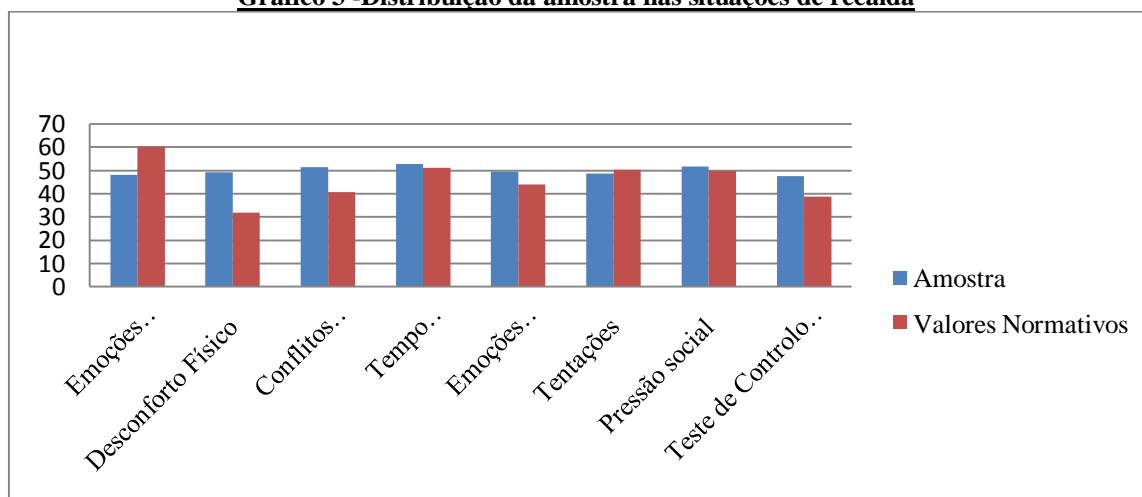
²⁴ Estes momentos são analisados tendo em conta 4 aspectos: 1º Relacionam-se com o grau de necessidade de consumir bebidas alcoólicas; 2º Relaciona-se com a frequência que consome bebidas alcoólicas; 3º Relaciona-se com quantas bebidas consome num dia normal; 4º Aspecto relaciona-se com a frequência que consome seis bebidas ou mais numa única ocasião.

²⁵ Este aspecto é analisado recorrendo a uma escala de 1 a 5, em que 1 significa nada importante, o 2 pouco importante, o 3 importante, o 4 muito importante e o 5 extremamente importante.

Situações Negativas	Emoções Desagradáveis	48,20	60,17	28,38	2,98	49	0,004
	Desconforto Físico	49,20	31,86	30,32	4,04	49	0,000
	Conflitos Interpessoais	51,33	40,74	29,22	2,56	49	0,013
Situações Positivas	Tempo Agradável com os outros	52,80	51,07	30,05	0,41	49	0,686
	Emoções Agradáveis	49,46	43,87	28,92	1,37	49	0,177
Situações de Tentação	Tentações	48,66	50,31	29,73	0,39	49	0,686
	Pressão Social	51,73	49,71	29,61	0,48	49	0,631
	Teste de Controlo Pessoal	47,46	38,67	29,25	2,12	49	0,039

O gráfico 3 ilustra, as diferenças relativamente às situações de recaída, no que se refere, aos valores da amostra, comparativamente com os valores normativos.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra nas situações de recaída



Em suma, os toxicodépendentes da amostra recaem nos consumos de álcool, nas situações negativas, mais especificamente no desconforto físico e nos conflitos interpessoais.

2. Indicadores de Saúde²⁶

2.1. Percepção do status VIH, hepatite B e C

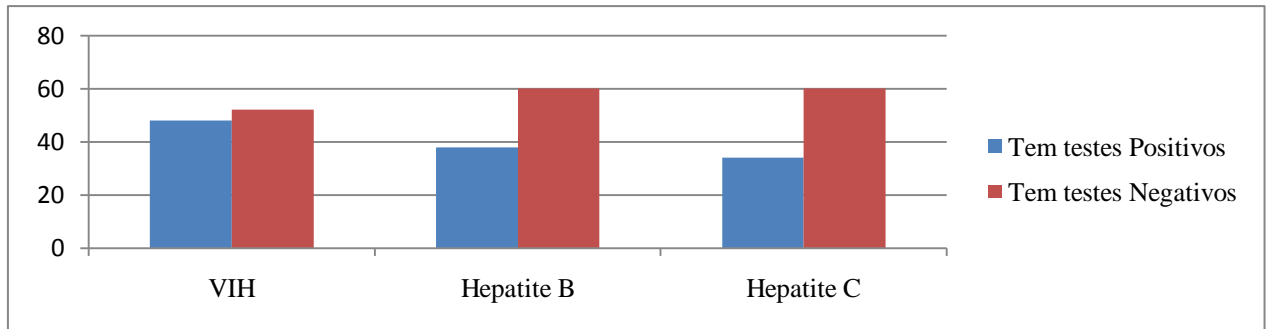
Dos participantes que colaboraram neste estudo, e relativamente ao VIH, 48% dizem ter testes positivos para o VIH, dos quais 83,3%, referiram ter conhecimento desse status há mais de um ano.

²⁶ Entendemos como indicadores de saúde, a ausência de VIH, Hepatite B e C.

Em relação à hepatite B, 38% referiram infecção, e a maioria 94,7% têm conhecimento há mais de um ano.

Relativamente à hepatite C, 34% referiram infecção e desses, a maioria 76,4% têm conhecimento há mais de um ano.

Gráfico 4- Percepção do status HIV, hepatite B e C



2.2 Percepção do status VIH, hepatite B, C e os padrões do consumo de álcool

Os padrões de consumo de álcool, são superiores no grupo de indivíduos portadores de VIH, (M=20,90) comparativamente com o grupo de indivíduos que não possuem VIH (M=11,88), sendo esta diferença muito significativa, $t(45)=3,27; p= 0,002$.

Os indivíduos com hepatite B apresentam em média consumos de álcool superiores, (M=22,31), comparativamente com indivíduos que não possuem hepatite B, (M=12,67), sendo estas diferenças muito significativas, $t(45)=0,014; p =0,001$.

No que respeita à Hepatite C, as diferenças entre os dois grupos não são significativas, $t(45) =0.461; p=0.129$.

Tabela V - Padrões do consumo de álcool e Percepção do status VIH, Hepatite B, C

Indicadores de saúde		Consumo de Álcool	T	g.l	P
VIH	Têm	20,90	3,37	45	0,002
	Não Têm	11,88			
Hepatite B	Têm	21,31	0,014	45	0,001
	Não Têm	12,67			
Hepatite C	Têm	18,95	0,461	45	0,129
	Não Têm	14,16			

Em suma, os participantes que apresentam patologia (VIH; Hepatite B e C), apresentam consumos de álcool superiores, relativamente aos que não apresentam patologia, sendo esses valores muito significativos para o VIH e a Hepatite B, no que se refere à Hepatite C, a diferença dos consumo não é significativa.

3. Comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas²⁷

3.1 Comportamentos relacionados com partilha de material de injeção²⁸

Dos 50 participantes, 64% nunca partilharam a seringa, 4% fazem-no raramente, 24% fazem-no por vezes e 8% partilham sempre.

Em relação à partilha de algodão, verificamos que 62% dos participantes nunca partilharam, 4% fazem-no raramente, 28% por vezes e 6% fazem-no sempre.

Em relação à partilha do recipiente, 60% nunca o fizeram, 8% raramente, 16% por vezes e 16% sempre.

3.2 Comportamentos de risco relacionados com práticas sexuais

Dos 50 participantes, 42% referem ter parceiro sexual fixo/ estável, sendo que 14% não utilizam preservativo e 26% utilizam.

Relativamente aos encontros sexuais casuais, 30% dizem não ter tido encontros sexuais pontuais nos últimos 12 meses, 70% afirmam ter tido encontros sexuais casuais, sendo que 36% não utilizaram o preservativo e 34% utilizaram.

3.3. Relação entre os comportamentos de risco e os padrões do consumo de álcool

Da análise dos resultados, e tendo por base a noção de correlação descrita por Cohen (1988), onde r até 0,30 significa uma correlação fraca; r de 0,30 até 0,50, correlação moderada e r superior a 0,50 correlação forte, constata-se uma relação

²⁷ O comportamento de risco, é analisado tendo em conta 3 tipos de comportamentos de risco distintos, os relacionados com a partilha de materiais de consumo/injecção, os relacionados com o comportamento sexual e os relacionados com o status HIV, Hepatite B e C.

²⁸ Relativamente aos comportamentos de risco relacionados com a partilha de materiais de injeção, ainda o subdividimos em 3 tipos, a partilha de seringa, de recipiente e de algodão.

positiva significativa, entre os comportamentos de risco no seu todo²⁹ e os padrões do consumo de álcool e uma correlação fraca, ($r=0,28$; $p=0,048$).

Retomando as variáveis originais, como era de prever, também se constata uma relação positiva significativa e uma correlação moderada entre as variáveis comportamentos de partilha de material e os padrões do consumo de álcool, ($r= 0,334$; $p=0,014$). Analisando individualmente os três tipos de comportamentos de partilha de material, verificamos como era de prever também uma relação significativa e uma correlação moderada, ou seja, partilha de seringas ($r=0,351$; $p=0,012$), partilha de algodão ($r=0,325$; $p=0,021$) e de recipiente ($r=0,314$; $p=0,026$).

Da análise dos resultados, verifica-se uma relação ainda mais positiva e muito significativa e uma correlação que embora moderada, se aproxima muito dos valores de forte, entre as variáveis práticas sexuais, no que se refere ao uso ou não do preservativo, e os padrões do consumo de álcool, ($r= 0,485$; $p=0,003$).

4. Sintomas Psicopatológicos

Os toxicodependentes participantes neste estudo apresentam uma média significativamente superior no que respeita a todas as dimensões e índices do BSI, quando o comparamos com indivíduos da população geral (Canavarro, 1999), apresentando sempre valores de $p<0,001$.

Tabela VII – Estatística descritiva para as pontuações do BSI

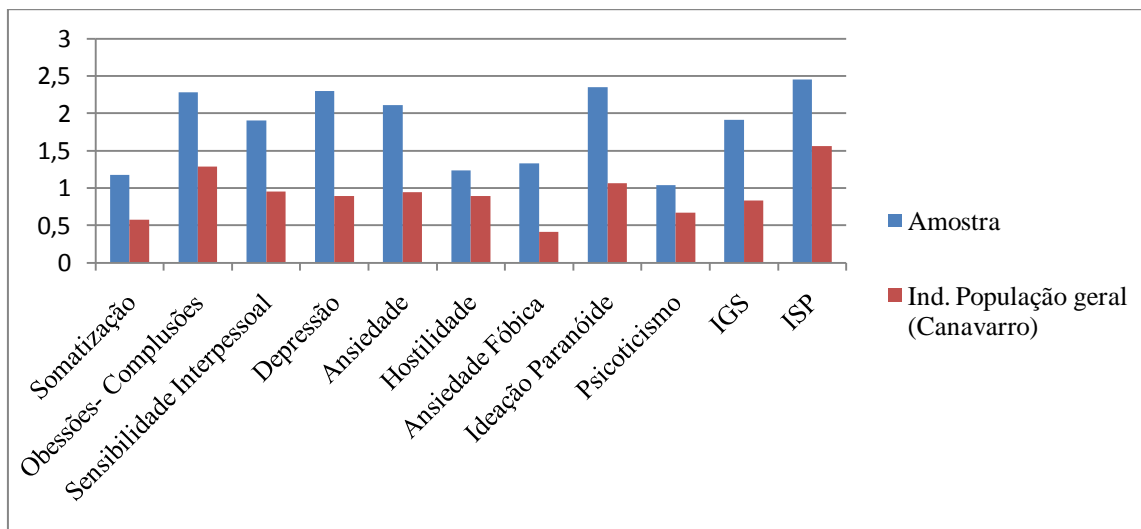
Dimensões	Amostra Toxicodependentes em PSO		Ind. População Geral (Canavarro, 1999)		t	g.l	P
	Média	DP	Média	DP			
Somatização	1,18	0,96	0,57	0,92	11,23	49	0,000
Obsessões-Compulsões	2,28	0,74	1,29	0,88	9,32	49	0,000
Sensibilidade Interpessoal	1,91	0,89	0,96	0,73	6,30	49	0,000
Depressão	2,30	0,64	0,89	0,72	15,52	49	0,000
Ansiedade	2,11	0,79	0,94	0,77	10,53	49	0,000
Hostilidade	1,23	0,86	0,89	0,78	11,22	49	0,000
Ansiedade Fóbica	1,33	0,68	0,42	0,66	12,91	49	0,000
Ideação Paranóide	2,35	0,70	1,06	0,79	13,14	49	0,000
Psicoticismo	1,04	0,85	0,67	0,61	11,52	49	0,000
Índices							
	1,92	0,68	0,84	0,48	13,81	49	0,000

²⁹ Para o efeito criamos uma soma dos comportamento de risco no seu todo, os relacionados com a partilha de materiais de consumo, os relacionados com o comportamento sexual e os relacionados com o status VIH, Hepatite B e C. Relativamente aos comportamentos de risco relacionados com a partilha de materiais de consumo, ainda o subdividimos em 3 tipos, a partilha de seringa, de recipiente e de algodão.

IGS							
TSP	39,79	10,01	26,99	11,72	13,34	49	0,000
ISP	2,26	0,39	1,56	0,39	14,54	49	0,000

O gráfico 8 ilustra as diferenças entre os resultados da amostra e os indivíduos da população geral (Canavarro, 1999).

Gráfico 7 -Distribuição da amostra comparativamente aos valores de Canavarro, relativamente ao BSI



4.1. Sintomas Psicopatológicos e os padrões do consumo de álcool

Para a análise dos dados, considerou-se também a classificação de correlação descrita por Cohen (1988), e através do Tabela VIII constata-se em geral uma relação positiva e muito significativa entre os sintomas psicopatológicos e os índices e os padrões do consumo de álcool, á excepção da Ideação Paranóide, onde a relação não é significativa. No que se refere aos níveis de correlação entre os sintomas psicopatológicos e os padrões de consumo de álcool, a correlação é fraca na dimensão, ideação paranóide, sendo moderada nas restantes dimensões, sendo a dimensão de ansiedade fóbica a que mais se aproxima de uma correlação forte.

Tabela VIII – Correlação entre Sintomas psicopatológicos e os padrões do consumo de álcool

Dimensões Básicas e índices	r	P
Somatização	0.415	0.003
Obsessão/ Compulsão	0.400	0.004
Depressão	0.372	0.008

Ansiedade	0.414	0.003
Hostilidade	0.336	0.017
Ansiedade Fóbica	0.432	0.002
Ideação Paranóide	0.257	0.072
Psicoticismo	0.374	0.007
Índice Geral de sintomas (IGS)	0.448	0,001
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	0.443	0,001
Total de sintomas positivos (TPS)	0.359	0,011

Em suma, a psicopatologia está relacionada positivamente com o consumo de álcool.

5. O suporte social

Os itens que constituem o questionário, agrupam-se em seis factores, que são construídos através da soma das questões, por forma a que cada factor avalie questões específicas do suporte social.

Tabela IX – Definição dos factores e respectiva média

Factores da Escala de Suporte Social	Média	Média da soma Total
Factor 1- define o suporte social afectivo	2.28	49
Factor 2- avalia a ausência de controlo exercido pelos outros sobre si próprio	2.77	
Factor 3- define o suporte financeiro	2.27	
Factor 4- define o suporte familiar	2.75	
Factor 5- define o ter problemas na gestão do dinheiro	2.19	
Factor 6- avalia a insatisfação conjugal	2.37	

A análise comparativa directa das médias dos indivíduos, nos diversos factores, mostra que os valores mais baixos, isto é, onde se equaciona um suporte social mais diminuto, se encontram nas variáveis que definem o suporte social e afectivo, no suporte social financeiro e nos problemas na gestão do dinheiro.

Dos participantes que colaboraram neste estudo, e através da escala de Suporte Social, verifica-se uma média de 49. Os valores de referência foram utilizados tendo por base, um trabalho desenvolvido por Guerra (1995), com indivíduos toxicodépendentes seropositivos, onde a $M=69$, mostra diferenças muito significativas, $t(49) = 10.50$; $p < 0.001$. Globalmente os participantes que constituem a amostra, têm níveis de Suporte Social muito baixos, mesmo quando comparados com uma amostra nas mesmas condições.

Não existe, uma relação significativa entre a variável suporte social e os padrões do consumo de álcool ($r=-0.258$; $p=0.071$), contudo, a tendência da correlação é negativa.

Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados obtidos passaremos a uma análise dos mesmos, tendo em conta as hipóteses inicialmente formuladas e os constructos teóricos que nos serviram de suporte na elaboração da presente investigação.

Os padrões de consumo de álcool em toxicodpendentes em PSO, revelaram a existência de consumos problemáticos na amostra, sendo que 78% enquadram-se como bebedores de risco, com consumos nocivos e dependentes. Estes dados são consonantes com os verificados noutros estudos (Rittmannberger *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Bickel & Rizzuto, 1991; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999).

A Hipótese de que *os padrões de consumo de álcool dos toxicodpendentes, aumentam quando estão em tratamento em PSO, face a períodos anteriores de consumo*³⁰, é confirmada pelos resultados obtidos. De facto os toxicodpendentes em tratamento apresentam padrões de consumo de álcool superiores aos referidos antes de iniciarem tratamento.

Estes resultados vão no sentido da bibliografia analisada sobre esta problemática. Por exemplo, Staines *et al.* (2008), constatam algo semelhante, isto é, em 248 toxicodpendentes integrados em tratamento (PSO), 64% vinham a apresentar problemas de abuso de álcool.

Nos estudos de Anglin (1989) e de El-Bassel, Witte, Wada, Gilbert e Wallace (2001), inclusivamente, a quantidade de consumo de álcool é proporcional ao consumo de heroína: quanto maior o consumo desta substância, menor a probabilidade de consumo de álcool, o que significa, inversamente, uma maior probabilidade de aumento do consumo de álcool durante os PSO.

Ottomanelli (1999) também constatou que os toxicodpendentes em PSO “apresentam elevados padrões de dependência de álcool ou consumos de risco e nocivo que, inequivocamente, afectam a sua saúde mental e física”.

Também Vasti (2004) estima que 1/3 dos toxicodpendentes em PSO são consumidores de álcool numa base regular, sendo muitos deles dependentes.

Gossop (2000) avaliou os padrões de consumo de álcool em 753 toxicodpendentes na entrevista inicial para integrar tratamento ao abuso de substâncias ilícitas e voltou a fazer um ano após a admissão no tratamento. Também ele constatou que a maioria dos

³⁰ Hipótese 1

utentes não só mantiveram ou até agravaram os padrões de consumo de álcool. O autor deixa aliás um alerta para o facto de se dar insuficiente atenção no tratamento de drogas ilícitas aos problemas com o consumo de álcool, recomendando a necessidade de se desenvolver e melhorar a avaliação e o tratamento do abuso do álcool nos toxicodépendentes.

Rittmannsberger (2000) afirma que os doentes em PSO que consumiam álcool, apresentavam menos testes de pesquisa de metabolitos na urina positivos para as drogas ilícitas, o que naquele estudo sugeria que o álcool poderia ser considerado como um substituto de outras drogas, tal como Stimmel et al. (1983) e Bihary (1974), também tinham concluído.

De facto se até á década de 70 o consumo de drogas está associado a “formas de vida marcadas mais por princípios estéticos” (Agra, 1998), actualmente esse padrão de consumo caracteriza-se “ mais pela intensidade do que pela intencionalidade” (Agra, 1998). A utilização das drogas reveste-se de um carácter de eficiência onde as substâncias são instrumentos de produção de bem-estar e/ou de redução do mal-estar psicológico. É talvez neste jogo de intensidade que se possa compreender certos comportamentos habituais em toxicodépendentes em tratamento, a saber: o uso indevido e abusivo de medicamentos prescritos pelos médicos como ansiólíticos, antidepressivos e outros que muitas vezes são consumidos com álcool. Talvez pelo mesmo motivo a figura do toxicodépendente seja cada vez mais a de um consumidor compulsivo de várias “substâncias psicoactivas”, ou seja um politoxicodépendente.

Em à hipótese de que *o consumo de álcool dos toxicodépendentes em tratamento em PSO está correlacionado positivamente, com a adopção de comportamentos de risco*³¹, poderemos também concluir da sua confirmação, quando atendemos à relação altamente significativa entre as práticas sexuais desprotegidas e os padrões de consumo de álcool, quer entre o consumo de álcool e o comportamento de partilha de material.

Estes resultados não são surpreendentes, já que são variadíssimos os estudos que apontam neste sentido. De acordo com Stein *et al* (2002), o consumo de álcool aumenta a probabilidade de se adoptarem comportamentos sexuais de risco independentemente da idade, sexo, raça, educação, consumo de cocaína, número de parceiros sexuais e risco percebido de adquirir o VIH através de parceiros. O consumo de álcool ou drogas aumenta o risco.

³¹ Hipótese 2

Balley *et al* (1999) conclui da existência de associações significativas entre comportamentos sexuais de risco e abuso de álcool e /ou outras drogas tanto em adolescente como em adultos, por exemplo adolescentes que procuraram tratamento para o abuso de drogas, relataram terem iniciado vida sexual activa mais cedo, maior número de parceiros sexuais e uso inconsistente do preservativo, quando comparados com adolescentes sem uso problemático de drogas/ álcool.

Refira-se que uma variável fundamental na adopção de comportamentos sexuais de risco, nos consumidores de drogas, concerne no uso de substâncias psicoactivas durante ou imediatamente antes do acto sexual.

O mesmo se verifica quanto à partilha de agulhas e outros materiais de consumo, sendo mais frequente quando associado ao abuso de álcool.

No que se refere à hipótese: *os toxicodependentes em PSO, consomem álcool especificamente face a situações negativas*³² esta é confirmada, pois verifica-se que os toxicodependentes bebem mais nas situações negativas, as quais se subdividem em três: emoções desagradáveis, desconforto físico e conflitos. Os valores obtidos, quando comparados com os valores normativos, definidos através dos trabalhos de Marlatt, revelam ser altamente significativos ($p=0.004$; $p=0.000$; $p=0.013$).

Os estudos mostram que toxicodependentes consomem mais álcool quando se sentem frustrados ou rancorosos, as recaídas ocorrem quando o indivíduo está emocionalmente deprimido (Marlatt, Kosturn & Lang, 1975).

Segundo Marlatt (1988), o maior número de episódios de recaída ocorre na presença de estados emocionais negativos, mais especificamente nos conflitos interpessoais, envolvendo frustração e raiva, parece provável que estes sentimentos sejam derivados de uma discussão ou discordância e são frequentemente expressados no próprio episódio de recaída.

Relativamente às situações de tentação e mais especificamente ao teste de controlo pessoal, verifica-se a existência de uma relação significativa, ou seja, perante défices na capacidade de auto-controlo e, embora menos, em situações de tentação, os consumos de álcool aumentam consideravelmente.

De acordo com Costa (1995), no domínio da recuperação do toxicodependente é fundamental investir em estratégias de prevenção de recaídas, pois neste contexto, a abstinência deve ser considerada com prudência e como um equilíbrio instável sempre em risco de se perder em determinadas situações. A ter em conta os resultados obtidos,

³² Hipótese 3

tudo aponta para o facto dessas recaídas incluírem não só consumos da dita substância de eleição, mas também de outros psicotrópicos, sendo o álcool um dos mais presentes.

Confirma-se a hipótese que *os toxicodependentes em PSO, são indivíduos que apresentam sintomas psicopatológicos e estes estão correlacionados positivamente com os consumos de álcool*³³, já que a amostra apresenta valores superiores em todas as dimensões, bem como nos índices do BSI, quando o comparamos com indivíduos da população geral tendo por referência os valores de Canavaro (1999).

Num estudo de Tessler e Dennis (1989, cit in Drake *et al.*, 1991) encontramos referências a taxas de 10-20% de indivíduos sem-abrigo que são dualmente diagnosticados com doença mental grave e problemas de abuso de drogas ou álcool.

Vários estudos também indicam taxas de co-morbilidade psiquiátrica alta (ente 50-72%), (Herman *et al.*, 1989; Regier *et al.*, 1990; Mueser *et al.*, 1998; Dixon, 1999).

Da análise dos resultados, constata-se em geral uma relação positiva muito significativa, entre os sintomas psicopatológicos e os índices e os padrões do consumo de álcool, excepto no que se refere á dimensão ideação paranóide.

Destes resultados, conclui-se que a psicopatologia e os problemas com álcool estão relacionados em termos de desenvolvimento e consequências, como já o tinham afirmado Beaty e Cipparrone (1993). E sustentam também a hipótese de que a psicopatologia aumenta também com o agravamento dos consumos.

Este resultado parece estar de acordo com a ideia de que os utentes em PSO são uma população mentalmente mais perturbada (Oken *et al.*, Graham *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004; MacManus & Fitzpatrick, 2007; El-Bassel *et al.*, 1993; Mehrabian, 2001).

Os dados corroboram os obtidos noutras investigações, onde se verifica que os indivíduos que apresentam padrões de consumo de álcool mais preocupantes são, também, mais desestruturados psicologicamente (Rounsaville, Weissman & Kleber 1982; Roszell *et al.*, 1986; Gerstlcy *et al.*, 1990; Ross *et al.*, 1988).

No que se refere à Hipótese que *os toxicodependentes, em PSO, apresentam um suporte social diminuto e o Suporte Social está correlacionado negativamente com o consumo de álcool*³⁴, também é confirmada.

A medida de Suporte Social utilizada, quando comparamos os resultados obtidos no estudo desenvolvido pela por Guerra (1996), o qual recorreu a indivíduos toxicodependentes seropositivos, constata-se que o suporte social nesta população é, de

³³ Hipótese 4

³⁴ Hipótese 5

facto, muito diminuto. Assim, os valores obtidos na nossa amostra, não só confirmaram como até reforçam a hipótese no que se refere ao suporte social ser diminuto.

Com base nos pressupostos teóricos dos autores da Escala de Suporte Social, Lin *et al.* (1986), o relevo dado à expressão do relacionamento com os outros focaliza tanto o conteúdo das interações como as características relacionais do emissor e receptor. Ou seja, estabelece-se uma diferenciação entre o suporte social fornecido por pessoas em que existem laços sociais fortes daquelas em que esses laços não são tão marcantes. Ora, o que o nosso estudo nos permite perceber é que os valores mais baixos, isto é, onde se equaciona um suporte social mais diminuto, se encontram no suporte social afectivo, no suporte social financeiro e nos problemas na gestão do dinheiro. Esta quase ausência de suporte social afectivo denuncia a inexistência de pessoas significativas na vida destes indivíduos, com quem estabeleçam relações estáveis no tempo e onde o suporte social seja tanto recebido como oferecido.

Relativamente ao suporte social estar relacionado com os consumos de álcool, não existe, contudo, uma relação significativa, apesar da evidência ter demonstrado que o consumo abusivo de álcool constitui um factor fundamental de ruptura familiar e de maus-tratos a crianças (Mello, 2001).

Ramos & Moreira (2006) concluem, que na família do toxicodependente alcoólico, as relações conjugais são marcadas pelo conflito e elevado stress o que propiciará uma menor atenção e capacidade de resposta dos filhos. De acordo com Mello (2001), estes indivíduos apresentam um suporte social, quase inexistente, ou quando existe, o toxicodependente, é encarado como bode expiatório, sendo que a ligação que este estabelece com a família, é caracterizada, pela falta de coesão familiar.

Conclusão

O presente estudo permite-nos concluir que todas as hipóteses formuladas se confirmam.

Embora estando conscientes das limitações inerentes a este estudo, nomeadamente a dimensão reduzida da amostra, não podemos deixar de salientar que os resultados vão no mesmo sentido da investigação desenvolvida nesta área.

Em particular o abuso de álcool e as complicações médicas associadas, juntamente com consumos de cocaína e co-existência de infecção para o VIH, constituem um dos mais graves problemas entre toxicodpendentes que estão em PSO com metadona (El-Bassel, 1994).

Os padrões de consumo de álcool definidos neste estudo revelam a existência de uma elevada percentagem de indivíduos com pontuações AUDIT superiores a 8, valores indicativos de consumo de risco, nocivo e dependência (78%).

A frequência e padrões de consumo de álcool deve constituir uma medida de avaliação para um PSO bem sucedido (Backmund, 2005), e conseqüentemente, uma mais valia para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos toxicodpendentes e família.

Fairbank, Dunteman e Condelli (1993), concluíram que a inserção num PSO estava associado com uma redução de todas as substâncias à excepção do álcool.

Muitos estudos desenvolvidos nesta área sugerem o que também encontramos no nosso estudo, que os toxicodpendentes em PSO apresentam elevados padrões de dependência de álcool ou consumos de risco e nocivo que, inequivocamente, afectam a sua saúde mental e física (Ottomanelli, 1999).

Os resultados deste estudo assim como de outros, na sua essência semelhantes, apontam para a necessidade de desenvolver esforços, no sentido de melhorar a avaliação dos indivíduos que são integrados em PSO, e a resposta aos problemas relacionados com o consumo de álcool (Hillebrand et al., 2001).

De um ponto de vista mais compreensivo e no enquadramento do paradigma dominante “sistémico-comunicacional-informacional” (Agra, 1986), damos conta da interligação de todos os comportamentos e da complexidade de relações que se desencadeiam.

Ou seja, existe uma circularidade entre os comportamentos de risco (tanto sexual quanto no abuso de drogas e álcool bem como formas de consumo) e os factores que os potenciam (tanto de ordem biológica, como psicológica e social).

Foram encontradas relações significativas entre consumo abusivo de álcool e comportamentos de risco, quer a nível de práticas sexuais, como de partilha de material de consumo.

O álcool sendo mais uma “droga” prejudica o funcionamento global, bio-psico-sociológico de indivíduo quando consumido em padrões abusivos (hipótese 2). Mas também não é menos verdade que os défices bio-psico-sociais do sujeito (hipóteses 3, 4 e 5) se apresentam quase sempre como factores potenciadores de consumos abusivos de álcool e/ou drogas e de outros comportamentos de risco.

Estes resultados evidenciam semelhanças nas causas e consequências do consumo abusivo de álcool, quando comparado com o consumo de outras substâncias psicoactivas. E permitem concluir da supremacia dos factores psicológicos e culturais na manutenção de padrões comportamentais disfuncionais (abuso de substâncias) em detrimento da primazia da substância.

Assim, o consumo de álcool nos toxicodépendentes em PSO, que, como constatado tende a ser muito frequente, deve ser considerado com a devida atenção, visto que pode representar um problema grave na estabilidade dos pacientes e no resultado do tratamento.

Como estes resultados não tiveram em conta a fase de tratamento em que os utentes se encontravam, seria interessante perceber se estes padrões de consumo “substituto” se verificam sobretudo em fases iniciais de tratamento de substituição opiácea ou tendem a prolongar-se e a agravar-se com o decorrer do mesmo, e também seria interessante fazer a distinção entre os vários programas de substituição opiácea.

Referências Bibliográficas

Agra, (1980) *Entre Droga e Crime*, Actores, Espaços, Trajetórias. Lisboa: Notícias Editorial

Annis, H.; Martin, G. (1985). *Inventory of Drug Taking Situations* – Addiction Research Foundation, Toronto.

American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR; *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* – TR. (4ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Anglin, M.; Almong, I.; Fisher, D., & Peters, R. (1989). “Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drugs free treatment sample”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 191-207.

Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, (2001). “*The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*”. 2ª Ed. Geneva: World Health organization – Department of mental health and substance dependence.

Barol, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., & Rounsaville, B. (1992). “Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity”, *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.

Backmund, Markus; Christian G., Schütz, Kirsten Meyer, Dieter Eichenlaub, Michael Soyka (2003) “Alcohol consumption in heroin users, methadone – substituted and codeine – substituted patients – frequency and correlates of use”. *European and addiction research*. 9.1, 45-50.

Batki, Steven; Gruber Valerie A.; Bradley Julia; Bradley Mark; Delucchi Kevin; (2002) “A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid

for tuberculosis prevention in injection drug users”. *Drug and Alcohol Dependence*. ELSEVIER. 66, 283-293.

Bickel, W. K.; Marion, I.; Lowinson, J. (1987) “Treatment of alcoholic methadone patients: a review”. *Journal os Substance Abuse and Treatment*. 4, 15-19.

Bickel, W. & Rizzuto, P. (1991). “The naturalistic patterns of Alcohol consumption in alcoholic methadone patients”. *Journal Study Alcohol*, 52 (5), 454-457.

Caputo, F.; G. Addolorato; M. Domenicali.; A. Mosti.; M. Viaggi.; F. Trevisani, G. Gasbarrini, M. Bernardi and G. F. Stefanini (2002) “Short-term, methadone administration reduces alcohol consumption in non-alcoholic heroin addicts”. *Alcohol & Alcoholism*. 37 (2), 164-168.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas psicopatológicos - *B.S.I.*. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves, & Leandro. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 87-109.

Costa, Nuno Félix da; Marques, Rui (2002) “Representações mentais de substâncias psicoactivas. *Revista Toxicoddependências*”. Lisboa: 8:1, 3-12.

Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco (2006), *Psic., Saúde & Doenças* v.7 n.1 Lisboa.

Cunningham, C. O., Kunins, H. V., Roose, R. J., Elam, R. T., & Sohler, N. L. (2007) “Barriers to obtaining waivers to prescribe buprenorphine for opioid addiction treatment among HIV physicians”, *Journal of General Internal Medicine*, (22), 1325-1329.

Darke S, Baker A, Dixon J, Wodak A, Heather N. (1992) “Drug use and HIV risk-taking behaviour among clients in methadone maintenance treatment”. *Drug and Alcohol Dependence*. (29), 263-268.

Davis, W. R., & Johnson, B. D. (2008), “Prescription opioid use, misuse, and diversion among street drug users in New York City”, *Drug and Alcohol Dependence*, (92) , 267-276

Dias, C. A. (1980). *A influência Relativa dos Factores Psicológicas e Sociais no Evolutivo Toxicómano*. Dissertação de Doutoramento, Coimbra.

Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., Ulrich, J., & Dilling, H. (1998) “Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, (22), 77-86.

Ehrenstein, Vera; Horton, Nicholas; Samet, Jeffrey (2007) “Inconsistent condom use among HIV-infected patients with alcohol problems”. *Drug Alcohol Dependence*. 73:2, 159-166.

El-Bassel, N.; Schiling, R.; Turnbull, J., & Su, K. (1993).” Correlates of alcohol use among methadone patients”. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (3),681-686.

Etter, Jean Francois (2004) “Asking about quantity and frequency of alcohol consumption before asking the CAGE- question produces lower rating on de CAGE-test”. *Drug Alcohol Dependence*. 74:2,211-214.

Ewing, Ja. (1984) Detecting alcoholism: *the CAGE questionnaire*. JAMA 252: 1905-7

Fernandes, Luís (1998). *O sítio das Drogas*, Notícias Editorial.34

Fromberg, Eric (2004) “ Os riscos fazem parte da vida”. *European AIDS Treatment News*. 13:1. 22-24.

Fortes, O. Viana, L., & Araújo, C. (2003). “ Programa de buprenorfina do CAT de Cedofeita: 18 meses de experiência” in *Toxicoddependências*, 9 (3), 3-9.

Guerra, M. e Agra, C. (1996) A prova da existência. A adaptação psicológica de toxicoddependentes seropositivos ao vírus HIV em liberdade e em meio prisional: um estudo comparativo tendo em vista a reinserção social. *Droga e Crime: Estudos Interdisciplinares*. Lisboa: Ministério da Justiça, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Guerra, MP. (1998) *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.

Guerra, MP. (1995) *Uma escala de avaliação do suporte social: Sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV*. In: *Avaliação psicológica: Formas e Contextos*; 3: 25-34.

Gossop, Michael; P. Griffiths; B. Powis; J. Strang (1993) – “Severity of heroin dependence and HIV risk sharing injecting equipment”. *AIDS care*. 5:2

Gossop, Michael; Marsden, John; Stewart, Duncan (2002). “Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers. 1 – year follow-up results”. *Journal of substance abuse*. 19:1 (2002) p.45-50.

Gossop, Michael; Marsden, John; Stewart, Duncan (2002). “Dual dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems”. *Addiction. Society for the study of addiction alcohol and others drugs*. ISBN 0965-2140. 97:2, 169-178.

Gomes, C.(2004). “Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos cuidados de saúde primários”. *Revista Portuguesa Clinica Geral* 20, 101-118.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. and Kraus, L. (2009), *The 2007 ESPAD report. Substance use among students In 35 European countries*. Consumo de substâncias entre os estudantes em 35 países europeus. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Estocolmo, Suécia.

Hillbrand, Jennifer (2001). “Excessive alcohol consumption and drinking expectation among clients in methadone maintenance”. *Journal of substance abuse treatment*. National Addiction Centre Institute of Psychiatry. ISSN 0740-5472. 21: 3. 155-160.

Instituto da Droga e Toxicoddependência. Relatório anual 2008. *A situação do país em matéria de drogas e toxicoddependências*. Edição 2009. Coleção Relatórios. Lisboa: Editorial Ministério da Educação. ISSN 1645-5630.

Issenhardt, C. E. (2002). "Factor Structure of the Inventory of Drinking Situations" *Journal of Substance Abuse* 3:59-71.

Lowenstein, William. (1998). *A metadona e os tratamentos de substituição*. 1ª Edição. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 3. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-04-6.150.

Lopes, Rosa (2004) "Consumo de álcool nos jovens – estudo da influência das características psicológicas: alexitimia, auto-conceito e locus de controlo", *Revista Arquivos de Psiquiatria, Suplemento de Arquivos de Medicina*, vol. 18, Supl. 4, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ISBN/ISSN: 0871-3413 .64 – 74.

L. K., Muller, M. C. M., Nascimento, C. A. M., Noal, M. H. O., Plein, F. A. S., & Zadra, C. N.(1995). "Depressão em alcoólicos hospitalizados". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (12), 625-629.

MacManus, E. & Fitzpatrick, C. (2007). "Alcohol dependence and mood state in a population receiving methadone maintenance treatment". *Irish Journal of Psychology Medical*, 24 (1), 19-22.

Madianos, M.G; Gefou-Madianou, D; Stefanis. (2004) "Drinking practices of illicit and licit drug users in the general population across Greece". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 20:4, 547-559.

Masur, J.; Monteiro, M.G. (1983) "Validation of the "CAGE" Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting". *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 16: 215-218.

Marllat, A., & Gordon, J. (1985); *Prevenção da Recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*, New York: Guilford Press.

- Manita, Celina. (1997). *Droga-Crime- Planos existenciais, droga e crime*, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. 15-32.
- McCUSKER, Monica. (2001). “Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment”. *Addiction*. London: *Chelsea and Westminster Mental health NHS Trust Substance Misuse Service*. 96:7, 1007-1016.
- McCUSKER, Monica. (2002). “Hazardous and harmful drinking: a comparison of the Audit and Cage screening questionnaires”. *Q. Journal Medicine*. London. 95, 591-596.
- Mello, Maria Lucília; Barrias, José; Breda (2001). “Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal”. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 925-9425-93-0. 115-120.
- Mórel, Alain; Hervé, François; Fontaine, Bernard (1998). *Cuidado ao toxicod dependente. Colecção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 4*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-15-1. 563.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroín dependentes – características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária Editora.
- OMS (2000). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (2008). “A evolução do fenómeno da droga na Europa”. *Relatório Anual 2008*. Lisboa, Portugal.
- Ottomanelli, G. (1999). “Methadone patients and alcohol abuse”. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 16 (2), 113-121.
- Patrício, L. (1997). *Face à droga: como (re) agir?* Lisboa: Figueirinhas.
- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.

Pessione, F. (1998). "Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C". *Journal Hepatology*. 27.

Rehm, J. (2001). "Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical Weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research*. 7:3. 138-147.

Ribeiro, C. (2008). Curso "Problemas ligados ao álcool" IDT.

Ribeiro, C. (2009). "Impacto do álcool no indivíduo e na sociedade". *Dependências*, 11-22.

Rittmannsberger, H.; Silberbauer, C.; Lehner, R., & Ruschak, M. (2002). "Alcohol consumption during methadone maintenance treatment". *European Addiction Research*, 6 (1), 2-7.

Roche, AM. Richard GP. (1991). "Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems". *Social Science Medicine*, 33 (9): 1053-61.

Roche, AM, Guray C, Saunders JB. (1991). "General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *Br J Addict*. 86 (3): 263-75.

Ross, H.; Glasser, F.; Germanson, T., *et al.* (1988). "The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems". *Archives of General Psychiatry*, 45 (11), 1023-1031.

Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. (2003). "The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women". *Archives of General Psychiatry*, (60), 929-937.

Silva, AV. (2007). *Consumos de álcool em jovens na Europa*. In 6º Encontro do Centro de Alcoologia Sul: Proceedings

Skipsey, Kitera; Burlson, Joseph; Kranzler, Henry. (1997). "Utility of the Audit for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients". *Drug and Alcohol Dependence. Elsevier.* (45) .157-163.

Stein, M; Maksad, J.; Clarke, J. (2001). "Hepatitis C disease among injection drug users: Knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment". *Drug and Alcohol Dependence.* (61). 211-215.

WHO (2004). "*Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*". World Health Organization: Geneva.

ANEXOS

Anexo I – Questionário

Questionário sobre o consumo de substâncias, comportamentos de risco e actividade criminal (Silva, T.; Matias, S.; Quintas, J.;

O presente questionário insere-se num projecto de Mestrado em Psicologia Forense e da Transgressão, a decorrer no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, sobre a toxicoddependência em relação directa com os Consumos de Álcool e o comportamento criminal.

As suas respostas são confidenciais – não serão reveladas a ninguém – e destinam-se, exclusivamente, para fins de investigação científica. Por isso mesmo, não terá de se identificar. Interessa-nos a sua resposta sincera. Não há boas ou más respostas. Não existe qualquer limite de tempo.

Parte I – Identificação

1. Idade ___ anos

2. Sexo- F M

3. Zona habitacional:

Urbana

Suburbana

Rural

Bairro Social

3.1. Com quem vive:

Pais

Familiares próximos

Amigos (as)

Companheiro (a)

Sozinho (a)

3.1.1. Se não vive com os seus pais, com que idade saiu de casa? _____

4. Percurso escolar

4.1. Habilitações literárias:

1º ciclo

2º ciclo

3º ciclo

Secundário

Curso superior

Curso técnico

4.2. Reprovou alguma vez? Sim Não

4.2.1. Se SIM, quantas vezes? _____

4.3. Faltava à escola? Sim Não

5. Percurso laboral

5.1. Situação profissional actual

Desempregado Empregado Outra (especificar): _____

5.2. Com que idade começou a trabalhar? _____

5.2.1. Tipo de trabalho:

Construção civil

Indústria hoteleira

Comércio

Outros

6.Situação conjugal

Solteiro

Casado/União de facto Com que idade? _____

Divorciado/separado

7.Tem filhos?

Sim Não

Parte II – Programa de Substituição Opiácea

1. Qual o tipo de tratamento em que está inserido actualmente?

Metadona

Buprenorfina

Antagonistas opiáceos

1.1. Há quanto tempo está em tratamento? _____ anos

1.2. Dose diária: _____ mg

2. Número de tratamentos anteriores: _____

Parte III– Consumo de substâncias

1.

<u>Tipo de Substância</u>	<u>1º consumo</u> (idade)	<u>Consumiu ao longo da sua vida?</u>		<u>Consumiu nos últimos 12 meses?</u>		
		Sim	Não	Sim	Não	Nº de vezes

<u>Heroína</u>						
<u>Cocaína</u>						
<u>Haxixe</u>						
<u>Anfetaminas/speed</u>						
<u>Ecstasy/MDMA</u>						
<u>LSD/Ácido</u>						
<u>Tabaco</u>						
<u>Álcool</u>						

2. De que forma, habitualmente, arranjava/arranja meios para conseguir droga:

(assinalar mais do que uma, se for o caso)

- Trabalho
- Agregado familiar
- Subsídios
- Tráfico de drogas
- Prostituição
- Roubo/Furto
- Fraude
- Outros

3. Contextos de consumo habituais:

(assinalar mais do que uma, se for o caso)

- Com amigos (as)
- Sozinho (a)

Com desconhecidos

Noutra situação

Parte IV- Comportamentos de risco

1. Partilhou a seringa ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

Nunca Raramente Por vezes sempre

2. Partilhou o algodão ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

Nunca Raramente Por vezes sempre

3. Partilhou o recipiente ao longo do consumo por via intravenosa, nos últimos 12 meses,

Nunca Raramente Por vezes sempre

4. Actividade Sexual

4.1 Tem parceiro sexual fixo (estável)?

Sim Não

4.1.1 Se respondeu SIM, nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou preservativo?

Nunca Raramente Por vezes sempre

4.2 Nos últimos 12 meses, teve “encontros” sexuais casuais?

Sim Não

4.2.1 Se respondeu SIM, nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou preservativo?

Nunca Raramente Por vezes sempre

5. Tem testes positivos para o VIH?

Não Sim Desconhece

5.1 Se SIM, Há quanto tempo?

Menos de um ano

Mais de um ano

6. Tem testes positivos para a Hepatite B?

Não Sim Desconhece

6.1 Se SIM, há quanto tempo?

Menos de um ano

Mais de um ano

7. Tem testes positivos para a Hepatite C?

Não Sim Desconhece

7.1 Se SIM, há quanto tempo?

Menos de um ano

Mais de um ano

Parte V-Comportamentos relacionados com o álcool

1. **Antes** de estar inserido em programa de substituição opiácea, qual o grau de necessidade de consumir bebidas alcoólicas?

Nada importante	1	2	3	4	5	Extrema/importante
-----------------	----------	----------	----------	----------	----------	--------------------

2. **Antes** de estar inserido em programa de substituição opiácea;

2. 1. Com que frequência consumia bebidas que contêm álcool?

Nunca

Uma vez por mês ou menos

Duas a quatro vezes por mês

Duas a Três vezes por semana

Quatro ou mais vezes por semana

2.2.Quando bebia, quantas bebidas contendo álcool consumia num dia normal?

Uma a duas

Três ou quatro

Cinco ou seis

De sete até nove

Dez ou mais

2.3.Com que frequência consumia seis bebidas ou mais numa única ocasião?

Nunca

Menos de uma vez por mês

Pelo menos uma vez por mês

Pelo menos uma vez por semana

Diariamente ou quase diariamente

3.Assinale, **actualmente**, qual o grau de necessidade de consumir bebidas alcoólicas.

Nada importante	1	2	3	4	5	Extrema/importante
-----------------	---	---	---	---	---	--------------------

Parte VI- História de Comportamentos Desviantes

1.Comportamentos desviantes:

<u>Tipo de comportamento</u>	<u>1ª vez (idade)</u>	<u>Ao longo da sua vida</u>		<u>Último ano</u>		
		Sim	Não	Sim	Não	Nº de vezes
Roubo/Furto						
Tráfico de Droga						
Receptação						

Agressão						
Fraude						
Outros						

1.1. Geralmente, a actividade criminal descrita:

1.1.1. Esteve relacionada com o consumo de drogas?

Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

1.1.2. Foi praticada sob o efeito de drogas?

Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

1.2.3. Porque estava envolvido no meio do Tráfico e Consumo de Drogas?

Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

2.Circunstâncias habituais da ocorrência do Delito:

<u>Sozinho(a)</u>	<u>Em grupo</u>
-------------------	-----------------

Roubo/Furto		
Tráfico de droga		
Receptação		
Agressão		
Fraude		
Outros		

3. Ocorrências Jurídico-Penais

3.1. Internamento em instituição de menores: Sim Não

3.1.1. Idade _____

3.2. Contacto com Instâncias Jurídico-Penais:

3.2.1. Já foi condenado(a) alguma vez a pena de prisão? Sim Não

3.2.1.1. Se SIM, durante quanto tempo no total? _____

3.2.2. Por que crimes?

(assinalar mais do que uma, se for o caso)

Roubo/Furto

Tráfico de droga

Receptação

Agressão

Fraude

Outros

Anexo II –AUDIT

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test),

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- Nunca
- Uma vez por mês ou menos
- Duas a quatro vezes por mês
- Duas a Três vezes por semana
- Quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- Uma a duas
- Três ou quatro
- Cinco ou seis
- De sete até nove
- Dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- Nunca

- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana
- Diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- Nunca
- Menos de uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez por semana

Diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência **não** se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

Nunca

Menos de uma vez por mês

Pelo menos uma vez por mês

Pelo menos uma vez por semana

Diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ferido por **voçê** ter bebido?

Não

Sim, mas **não nos últimos 12 meses** Sim, **aconteceu nos últimos 12 meses**

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

Não

Sim, mas **não nos últimos 12 meses**

Sim, aconteceu nos últimos 12 meses.

Anexo III – Dimensão e correspondência dos itens do questionário AUDIT

Quadro 1- Definição dos padrões de consumo de álcool

Pontuação	Padrões de consumo de álcool-AUDIT
0	Abstinentes
1-7	Bebedores de baixo risco ou moderado
8-15	Bebedores de risco
16-19	Bebedores com consumo nocivo
20-40	Dependentes

Fonte: World Health Organization 2001. Departmente of mental Health and substance Dependence

Quadro 2- Dimensão e Correspondência dos itens do Questionário AUDIT

Dimensão	Nº Pergunta	Conteúdo do item
Caracterização dos consumos	1	Frequência dos consumos
	2	Quantidade
	3	Frequência de consumos excessivos
Sintomas de dependência	4	Descontrolo no consumo
	5	Limitações com o consumo
	6	Consumos logo de manhã
Consequências do consumo	7	Sentimentos de culpa após beber
	8	Black-outs
	9	Consequências para outros por beber
	10	Preocupações de outros pelo consumo

Fonte: AUDIT –The alcohol Use Disorders identification test: Guidelines for use in Primary Care – World health Organization 2001. Department of mental Health and substance Dependence

Anexo IV.-CAGE

CAGE (questionnaire- wing, J)

-C-*Have you ever felt the need to CUT down on your drinking?* (Já pensou que deveria reduzir ou deixar de ingerir bebidas alcoólicas?)

-A-*Have people ANNOYED you by criticizing your drinking?* (Já se sentiu desagradado com os comentários que outras pessoas tenham feito acerca dos seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?)

-G-*Have you ever felt bad or GUILTY about your drinking?* (Já alguma vez se sentiu desgostoso e triste com os seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?)

-E-*Have you ever had an EYER opener –a drink first thing in the morning to steady your nerves or get rid of a hangover?* (Já lhe aconteceu ter que beber logo ao levantar, para aliviar a sensação de mal estar?)

CAGE

1. Já lhe aconteceu ter de beber logo ao levantar, para aliviar a sensação de mal estar?

Sim Não

2. Já pensou que deveria reduzir ou deixar de ingerir bebidas alcólicas?

Sim Não

3. Já alguma vez se sentiu desgostoso e triste com os seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

Sim Não

4. Já se sentiu desagradado com os comentários que outras pessoas tenham feito acerca dos seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas ?

Sim Não

Anexo V.-IDTS

IDTS

(H.M. Annis & G. Martin (1985))

Data:

Sexo: [] Masculino [] Feminino

Idade: ____

Tipo de Droga: [] Primária [] Secundária [] Terciária

Seguidamente, são descritas algumas situações ou acontecimentos em que algumas pessoas consomem álcool.

Leia atentamente cada uma das afirmações e assinale a resposta que mais se adequa ao seu consumo durante o último ano.

Se NUNCA consumiu nessa situação, assinale 1;

Se RARAMENTE consumiu nessa situação, assinale 2;

Se FREQUENTEMENTE consumiu nessa situação, assinale 3;

Se QUASE SEMPRE consumiu nessa situação, assinale 4.

Eu bebia:

	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
1. Quando estava deprimido(a) com as coisas em geral;	1	2	3	4
2. Quando me sentia trémulo(a), doente ou com enjoos;	1	2	3	4
3. Quando estava feliz;	1	2	3	4
4. Quando sentia que não havia outra saída;	1	2	3	4
5. Quando eu queria ver se era capaz de beber com moderação;	1	2	3	4
6. Quando estava em lugares onde já tinha consumido ou comprado álcool;	1	2	3	4
7. Quando me sentia tenso(a) ou agitado(a) com a presença de	1	2	3	4

alguém;				
8. Quando me convidavam para ir a casa de alguém e me sentia desconfortável em recusar esta(s) bebida(s) quando elas me eram oferecidas;	1	2	3	4
9. Quando me encontrei com alguns amigos e queríamos passar um bom bocado;	1	2	3	4
10. Quando era incapaz de expressar os meus sentimentos a alguém;	1	2	3	4
11. Quando sentia que me desiludia a mim mesmo;	1	2	3	4
12. Quando tinha problemas de sono;	1	2	3	4
13. Quando me sentia confiante e relaxado(a);	1	2	3	4
14. Quando estava aborrecido(a);	1	2	3	4
15. Quando queria provar a mim mesmo que o álcool não era um problema para mim;	1	2	3	4
16. Quando, inesperadamente, encontrei uma/ alguma deta droga ou aconteceu ver algo que mas recordou;	1	2	3	4
17. Quando outras pessoas me rejeitavam ou pareciam não gostar de mim;	1	2	3	4
18. Quando saía com amigos e eles sugeriam insistentemente para irmos beber;	1	2	3	4
19. Quando estava com um amigo(a) íntimo(a) e queríamos sentir-nos ainda mais próximos;	1	2	3	4
20. Quando outras pessoas me tratavam injustamente ou interferiam nos meus planos;	1	2	3	4
21. Quando me sentia sozinho(a);	1	2	3	4
22. Quando queria ficar acordado(a), estar mais activo(a) ou estar mais energético(a);	1	2	3	4
23. Quando me sentia entusiasmado(a) com algo;	1	2	3	4
24. Quando me sentia ansioso(a) ou tenso(a) com algo;	1	2	3	4
25. Quando queria descobrir se poderia beber ocasionalmente sem ficar dependente;	1	2	3	4

	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
26. Quando tinha bebido álcool e pensava consumir esta(s) droga(s);	1	2	3	4
27. Quando sentia que a minha família punha muita pressão sobre mim ou que não conseguia corresponder às suas expectativas;	1	2	3	4
28. Quando outros no mesmo quarto estavam a beber e eu sentia que eles esperavam que eu me juntasse a eles;	1	2	3	4
29. Quando estava com amigos e queria aumentar o meu prazer;	1	2	3	4
30. Quando eu não me dava bem com os outros na escola ou no trabalho;	1	2	3	4
31. Quando me começava a sentir culpado(a) em relação a qualquer coisa;	1	2	3	4
32. Quando queria perder peso;	1	2	3	4
33. Quando eu me estava a sentir satisfeito(a) com a vida;	1	2	3	4
34. Quando me senti sobrecarregado(a) e queria escapar;	1	2	3	4
35. Quando queria testar se poderia estar com amigos bebedores sem que bebe-se;	1	2	3	4
36. Quando ouvia alguém a falar sobre experiências passadas com álcool;	1	2	3	4
37. Quando havia brigas em casa;	1	2	3	4
38. Quando era pressionado(a) para beber e sentia que não poderia recusar;	1	2	3	4
39. Quando queria comemorar com um amigo;	1	2	3	4
40. Quando alguém ficou insatisfeito com o meu trabalho ou me sentia pressionado(a) na escola ou trabalho;	1	2	3	4
41. Quando estava zangado(a) com algo sucedido;	1	2	3	4
42. Quando tinha dor de cabeça ou estava com dores;	1	2	3	4
43. Quando recordava algo de bom que aconteceu;	1	2	3	4
44. Quando me sentia confuso(a) sobre o que deveria fazer;	1	2	3	4
45. Quando queria testar se poderia	1	2	3	4

estar em lugares onde a bebida estava a ser consumidas sem que consumisse nenhuma;				
46. Quando começava a pensar como era bom uma pedrada;	1	2	3	4
47. Quando sentia que necessitava de coragem para enfrentar alguém;	1	2	3	4
48. Quando estava com um grupo de pessoas e todas estavam a beber;	1	2	3	4
49. Quando estava a passar um bom bocado e queria aumentar o meu prazer sexual;	1	2	3	4
50. Quando sentia que alguém estava a tentar controlar-me e queria sentir-me mais independente.	1	2	3	4

Anexo VI.-BSI

BSI (L.R. derogatis; 1993; versão M.C. Canavarro, 1995)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços á direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o grau em que cada problema o afectou durante a última semana. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca Vezez	Poucas Vezez	Algumas Vezez	Muitas Vezez	Muitíssimas
1. Nervosismo ou tensão interior.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar Os seus pensamentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria Dos seus problemas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldades em se lembrar de coisas passadas/recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais Pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldades em fazer qualquer trabalho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se fácilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não Gostam de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou ma estar do estomâgo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca Vezez	Poucas Vezez	Algumas Vezez	Muitas Vezez	Muitíssimas
24. Impressão de que os outros o costumam observar					
Ou falar de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldades em adormecer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o					
que faz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro/ comboio ou metro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou					
Actividades por lhe causarem medo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia/ formigueiro no corpo....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos					
Seus pecados.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldades em se concentrar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões, como					
Lojas, cinema ou assembleias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo”					
De outra pessoa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido					
Valor ao seu trabalho ou ás suas capacidades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca Vezez	Poucas Vezez	Algumas Vezez	Muitas Vezez	Muitíssimas
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas Se aproveitariam de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula Bem na sua cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo VII –Escala de Suporte Social

ESCALA DE SUPORTE SOCIAL

Segue-se uma lista de problemas que as pessoas frequentemente têm. Gostaria que assinalasse com que frequência foi incomodado por esses problemas nos últimos 12 meses.

	Sempre ou quase sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1. Ter problemas na gestão do dinheiro.	1	2	3	4	5
2. Ter falta de um(a) amigo(a) íntimo(a).	1	2	3	4	5
3. Ter poucas pessoas em quem possa confiar.	1	2	3	4	5
4. Ter uma vida sexual pouco satisfatória.	1	2	3	4	5
5. Ter poucas pessoas de quem se sinta próximo.	1	2	3	4	5
6. Ter falta de alguém que se preocupe com os seus problemas.	1	2	3	4	5
7. Ter falta de dinheiro suficiente para fazer as coisas que quer.	1	2	3	4	5
8. Ter problemas com as crianças.	1	2	3	4	5
9. Exercer uma actividade profissional pouco satisfatória.	1	2	3	4	5
10. Sentir-se demasiado controlado(a) por outros.	1	2	3	4	5
11. Ter falta de dinheiro suficiente para se governar.	1	2	3	4	5
12. Sentir-se insatisfeito(a) com o seu estado civil (casado, solteiro, etc.).	1	2	3	4	5
13. Ter poucos amigos íntimos.	1	2	3	4	5
14. Ter problemas com o cônjuge ou ex-cônjuge [companheiro(a)].	1	2	3	4	5
15. Ter falta de alguém que lhe demonstre amor e afeição.	1	2	3	4	5
16. Sentir-se demasiado dependente dos outros.	1	2	3	4	5

17. Sentir que as outras pessoas interferem com aquilo que quer fazer.	1	2	3	4	5
18. Ter problemas com familiares do cônjuge, companheiro(a) ou parentes.	1	2	3	4	5
19. Ter falta de alguém que compreenda os seus problemas.	1	2	3	4	5
20. Ter problemas com as pessoas que lhe são próximas.	1	2	3	4	5

Anexo VIII – Abstract

Abstract

This communication aims study and characterizes the alcohol consumption of heroin addicts in PSO treatment, as well as psychological and social consequences of this consumption. The sample consists of 50 addicts, 41 males and 9 females, collected in Eastern CRI, ET Gondomar. For this purpose was prepared an assessment protocol consisting of a general questionnaire that covers demographic issues as well as degrees of health perception, HIV infection, hepatitis B and hepatitis C and risk behaviors related to sexual practices and sharing of supplies, and more specific questionnaires, namely: AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), CAGE (Cut, Annoyed, Guilty; Eyer); IDTS (The Inventory of Drug-Taking Situation), BSI (Brief Symptom Inventory) and Scale of Social Support (ESS).

The results highlighted, show us high rates of harmful, dependent and risk consumption of alcohol (78% in AUDIT and the CAGE 78%), and the fact that both the need for consumption, whether the various measures of frequency of use, are currently higher when compared with the period prior to treatment.

Still, was found a significant positive relationship between alcohol consumption and the adoption of risk behaviors, particularly with regard to sexual risks. The fact that they are living with HIV and hepatitis B correlates positively with the consumption of alcohol, this is not checking for hepatitis C. It was also found a very significant positive relationship between psychopathological symptoms and alcohol consumption. Regarding social support, although these individuals have a small social support, it was not found a significant relationship between this and the consumption of alcohol.

The results of this study as well as other, similar in essence, point to the need to work in order to improve the assessment of individuals who are integrated into PSO, and response to problems related to alcohol consumption (Hillebrand et al., 2001).

Anexo IX– Artigo

"O Consumo de Álcool nos Toxicodépendentes em Tratamento"

CONSUMO DE ÁLCOOL NOS TOXICODÉPENDENTES EM TRATAMENTO

Tânia Patrícia T. Silva

Instituto Superior de Ciência da Saúde- Norte / UnIPSa

ABSTRACT

This study aims to characterize the consumption of alcohol addicts in treatment as well as psychological and social consequences of this consumption. A questionnaire was developed on the substance use; risk behaviors and criminal activity were also used: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Cut, Annoyed, Gilty; Eyer (CAGE), The Inventory of Drug-Taking Situation (IDTS), Brief Symptom Inventory (BSI) and the scale of social support. The results highlighted, show us high rates of harmful, dependent and risk consumption of alcohol (78% in AUDIT and the CAGE 78%), and the fact that both the need for consumption, whether the various measures of frequency of use, are currently higher when compared with the period prior to treatment. Still, was found a significant positive relationship between alcohol consumption and the adoption of risk behaviors, particularly with regard to sexual risks. The fact that they are living with HIV and hepatitis B correlates positively with the consumption of alcohol, this is not checking for hepatitis C. It was also found a very significant positive relationship between psychopathological symptoms and alcohol consumption. For social support, although these individuals make a small social support, is not found a significant relationship between this and the consumption of alcohol.

RESUMO

Neste estudo pretende-se caracterizar o consumo de álcool nos toxicodépendentes em tratamento bem como as repercussões psicológicas e sociais deste consumo. Foi elaborado um questionário sobre o consumo de substâncias, comportamentos de risco e actividade criminal, foram também utilizados: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Cut; Annoyed; Gilty; Eyer (CAGE), The Inventory of Drug-Taking Situation (IDTS), Brief Symptom Inventory (BSI) e a Escala do suporte social. Dos resultados obtidos destaca-se a elevada percentagens de toxicodépendentes bebedores de risco, com consumo nocivo e dependentes (78% no AUDIT e no CAGE), e o facto de quer a necessidade de consumo, quer as diferentes medidas de frequência de

consumo, serem actualmente superiores relativamente ao período anterior ao tratamento.

Encontram-se ainda relações positivas significativas entre o consumo de álcool e a adopção de comportamentos de risco. Verificou-se ainda uma relação positiva muito significativa entre os sintomas psicopatológicos e o consumo de álcool.

Relativamente ao suporte social, apesar destes indivíduos apresentarem um suporte social diminuto, não é encontrada uma relação significativa entre este e o consumo de álcool.

1. Consumo de álcool nos Toxicodpendentes em tratamento

A comunidade científica tem constatado um aumento do número de cidadãos que chegam aos centros de alcoologia, provenientes de percursos na toxicodpendência. Segundo Goulão (2003), muitos destes casos referem-se a toxicodpendentes em recuperação integrados em programas de substituição de opiácea (PSO)³⁵, e com problemas de politoxicodpendência.

O abuso do álcool entre os indivíduos em PSO, pode ser um problema sério para a estabilidade e adesão ao tratamento e perspectivas de saúde individuais e familiares. De acordo com El-Bassel (1999) um terço ou mais dos indivíduos em tratamento com metadona actualmente estão a consumir álcool regularmente, sendo muitos deles alcoólicos. É fundamental que se orientem esforços no sentido de desenvolver e fortalecer a avaliação e tratamento dos problemas de consumo de álcool nos toxicodpendentes (Gossop *et al.*, 2000).

O abuso do álcool e as suas implicações para a saúde, concomitantemente com consumos de cocaína e a infecção VIH³⁶, constitui um dos mais graves problemas entre cidadãos em tratamento com programas de metadona (Bickel *et al.* 1987).

Existe evidência que demonstra que os toxicodpendentes infectados com VIH que consomem álcool, apresentam maiores cargas virais e contagens de células CD4³⁷ inferiores à dos doentes que habitualmente não consomem álcool. O álcool apresenta-se também como um factor associado a níveis inferiores de adesão à terapêutica anti-retroviral (Mulvihill, 2003).

³⁵ Programas de Substituição Opiácea

³⁶ Vírus da Imunodeficiência Humana

³⁷ Células do sistema imunitário

A utilização abusiva do álcool, para além de determinar as complicações já conhecidas, constitui também um factor major que pode influenciar negativamente o sucesso da recuperação do utente que está integrado num programa terapêutico com metadona.

Aos problemas ligados ao álcool estão também associados vários padrões de consumo, incluindo a dependência, consumos regulares durante longos períodos de tempo ou com consumos moderados com episódios ocasionais de grandes consumos.

O consumo excessivo de álcool e problemas relacionados com o seu consumo, são comuns entre indivíduos inseridos em tratamentos com metadona (El-bassel, *et al.*, 1994; Ottomanelli, 1999; Lowe, 1999; Hillebrand, 2001; Caputo, 2002; Backmund, 2003), mas de facto ainda se conhece pouco sobre os determinantes psicológicos e sociais das atitudes e comportamentos relacionados com o álcool durante o tratamento. A depressão, a ansiedade, a irritabilidade e o suporte social desempenham papéis importantes no desenvolvimento do alcoolismo, funcionando como determinantes psicológicos. (Cotler LB *et al.* 2005)

“O compromisso dos clínicos na avaliação e aconselhamento sobre o consumo de álcool durante o tratamento com metadona, pode ser muito útil na análise destas influências para promover a oferta de tratamento” (Hillebrand *et al.*2001).

De acordo com dados do OEDT³⁸ (2007), o tratamento dos problemas relacionados com o álcool, é particularmente importante devido ao forte efeito do consumo abusivo de álcool, a análise exploratória sugere o forte efeito do consumo abusivo de álcool na progressão da hepatite C.

Relativamente as variáveis percepção status VIH, e Hepatites B e C, estas assumem uma importância fulcral. Mcusker (2001), concluiu que 1/3 da amostra, constituída por toxicodpendentes em tratamento, apresentou padrões abusivos de consumo de álcool (resultados obtidos através do AUDIT). Esta amostra revela apresentar concomitantemente, uma percepção do status Hepatite C positivo, estimado em 70%, o que supostamente, tem grande influência nos comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas nos indivíduos positivos.

De igual forma, a investigação clínica desenvolvida nos EUA e na Europa tem demonstrado a existência de consumo excessivo e problemas relacionados com o consumo de álcool em toxicodpendentes em recuperação inseridos em PSO com metadona: Hunt (1986) e Rowan-Sazl (1995), concluíram que seis em cada dez apresentam critérios de dependência de álcool.

³⁸ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência

Vasti (2004), estima que 1/3 ou mais dos indivíduos que estão actualmente integrados em PSO, são consumidores de álcool numa base regular, sendo muitos dependentes.

Staines e colaboradores (2008), constatou que, de 248 toxicodpendentes que procuram tratamento, 64 %, apresentam posteriormente problemas relacionados com os consumos de álcool.

2. Comportamentos de Risco

A OMS (2007) define comportamentos de risco, como um conjunto de acções por parte do indivíduo que aumentam a probabilidade de danos ao nível da saúde. Existem comportamentos de risco gerais, e comportamentos de risco específicos dos toxicodpendentes.

Relativamente às “substâncias aditivas”, e segundo a OMS (2007) os principais riscos associados ao seu consumo são: a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, VIH, hepatites B e C, especialmente quando se trata de um consumo dito problemático (uso por via injectada e/ou continuado).

Neste estudo analisamos os comportamentos de risco em duas vertentes: os de carácter sexual e os relacionados com o consumo problemático de drogas.

No que se refere aos comportamentos de risco a nível sexual, incluem: a não utilização ou utilização irregular do preservativo, múltiplos parceiros sexuais e comportamentos sexuais promíscuos.

Os comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas são: uso por via injectada e/ou continuado, partilha de materiais de consumo (algodão, seringa e recipiente).

São vários os estudos que estabelecem relações entre o consumo de álcool e a adopção de comportamentos de risco. “*A utilização do álcool está associada as riscos sexuais ($p < 0,001$) quando controlado para sexo, idade, raça, educação, consumo de cocaína, frequência de injeção, prostituição, número de parceiros sexuais e risco percebido de adquirir o VIH através de parceiros*” (Stein *et al.*, 2002). Mais especificamente no que se refere ao comportamento de risco de partilha de materiais, “*de acordo com alguns estudos, a prevalência do abuso de álcool é alta entre os utilizadores de drogas injectáveis ilícitas e está associado com a partilha de seringas*” (Stein. *et al.* 2001,p.52).

Ehrenstein (2004), conclui que em toxicodpendentes utilizadores da via intravenosa com VIH positivo, o consumo excessivo de álcool está associado com práticas sexuais não protegidas. As alterações comportamentais associadas ao alcoolismo e à utilização de substâncias ilícitas, facilitam comportamentos de risco, entre eles relações sexuais não protegidas com preservativo, relações com múltiplos parceiros/os, bem como a troca de seringas e agulhas e demais material usado, aumentando o risco de comportamentos marginais.

3. Factores associados ao consumo de álcool nos toxicodpendentes

3.1 Aspectos Psicológicos

O alcoolismo, segundo o DSM.IV, pode ser visto como uma doença psíquica, porque o alcoólico tem necessidade de álcool para aceitar a realidade; tem tendência a fugir às responsabilidades, sofre de angústia, é agressivo, resiste mal às frustrações e às tensões e porque nele o nível de consciência, enquanto racionalidade tende a baixar, levando-o a uma conduta impulsiva.

A comorbilidade é comum na patologia alcoólica e deve ser um factor a ter em conta no processo de recuperação. O estudo de Burns, Teesson e O’neill (2005) concluiu que o impacto que a comorbilidade da depressão e da ansiedade tinha em doentes alcoólicos, conduzia a maiores problemas ao longo do follow-up e maior número de recaídas.

Daqui se conclui que não são só os sintomas psicopatológicos a emergirem com o aumento do consumo de álcool. De facto, também a psicopatologia, nomeadamente, a depressão e ansiedade, pode complicar, posteriormente, o processo de recuperação de uma patologia alcoólica. Isto significa que tanto a psicopatologia, como os problemas de álcool, podem ser causa ou consequência um do outro.

De acordo com Rosa. L, existem factores que exercem influência sobre o indivíduo toxicodpendente, que o leva a optar por comportamentos alcoólicos, sendo eles agrupados em dois grupos: os sociais (estigmatização; isolamento; rejeição e a criminalidade) e os psicológicos (culpabilidade; vergonha; impotência, regressão e a primazia do prazer).

3.2 Suporte Social

O suporte social, bem como todos os aspectos psicossociais da toxicod dependência, apontam como importante a adaptabilidade do sujeito (Eg. Kurdek & Sieski, 1990).

Dadas as particularidades da Toxicod dependência, esse factor está muitas vezes ausente principalmente no grupo de toxicod dependentes e alcoólicos. (Blaney & Piccola, 1987).

O suporte social pode ser definido como: “ *as forças ou factores no meio social que facilitam a sobrevivência dos seres humanos*” (Lin, Dean & Ensel, 1986). Vemos aqui 3 linhas mestras do suporte social: a) uma, dada pela comunidade onde o indivíduo está inserido; b) outra, pelas instituições a que o indivíduo pertence; c) outra pelos relacionamentos íntimos que o indivíduo tem.

A perspectiva de Lin *et al.* (1986) também dá relevo à expressão do relacionamento com os outros, não só ao conteúdo das interacções, como às características relacionais do emissor e receptor, salientando a importância do contexto emocional por parte das pessoas que fornecem e recebem o suporte social.

Ramos J & Moreira (2006), concluem, que na família do toxicod dependente alcoólico, as relações conjugais são marcadas pelo conflito e elevado stress o que propiciará uma menor atenção e capacidade de resposta dos filhos. Sendo descritos como um grupo heterogéneo, evidenciam-se traços comuns, tais como: personalidade fragilizada e imatura; sentimentos de solidão e desesperança, condicionados por factores do meio e circunstâncias socioculturais e familiares.

O suporte social, destes indivíduos, é quase inexistente, ou quando existe, o toxicod dependente, é visto como bode expiatório, a ligação que estabelece com a família, é caracterizada, pela falta de coesão familiar.

Schenker propõe: “ *o indivíduo se interliga à família, que se interliga ao social, formando uma rede de causalidades múltiplas. Assim, a toxicomania não é privilégio de um indivíduo “doente”, mas sim um sintoma dos nossos tempos pós-modernos*” (Schenker, M. 1997:49)

Estes indivíduos apresentam atitudes negativas (ansiedade, comportamentos autodestrutivos, agressão a terceiros, retirada social, isolamento) e um score depressivo acima da média. As posições intermédias são a deontológica e a lógica. Os indivíduos na posição deontológica encontram apoio para a sua adaptação essencialmente através de terceiros, pelo que são extremamente dependentes de apoio social e apresentam uma tendência auto actualizante pobre (Guerra, 1994).

Hipóteses

Propusemo-nos desenvolver este estudo no sentido de analisar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Os padrões de consumo de álcool dos toxicodependentes, aumentam quando estão em tratamento em PSO, face a períodos anteriores de consumo;

Hipótese 2 – O consumo de álcool dos toxicodependentes em tratamento em PSO está correlacionado positivamente, com a adoção de comportamentos de risco;

Hipótese 3 - Os toxicodependentes em PSO, consomem álcool especificamente face a situações negativas;

Hipótese 4 – Os toxicodependentes em PSO, são indivíduos que apresentam sintomas psicopatológicos e estes estão correlacionados positivamente com os consumos de álcool;

Hipótese 5 – Os toxicodependentes em PSO, apresentam um suporte social diminuto e o Suporte Social está correlacionado negativamente com o consumo de álcool;

Método

Participantes

A amostra do nosso estudo é constituída por 50 toxicodependentes em PSO, no CRI oriental, ET de Gondomar, e colaboraram no nosso estudo entre Janeiro a Maio de 2009.

É notória a predominância do sexo masculino em relação ao sexo feminino, 82% dos participantes pertencem do sexo masculino e 18% ao sexo feminino. A idade média é de 39 anos, com valores que variam entre os 24 e os 59 anos, 40% encontram-se desempregados, 4% reformados e 56% empregados.

Trata-se de uma população onde 30%, moram em zona urbana, 20% em zona suburbana, 28% em zona rural, e 22% em bairro social.³⁹ Relativamente á situação familiar, 66% são solteiros, 18% casados ou viviam em união de facto, 16% divorciados ou separados.

Em relação à situação parental, 52% dos participantes têm filhos e destes apenas 16% coabitam com os descendentes.

No que se refere á escolaridade apenas 24% completaram o 1º ciclo, 26% o 2º ciclo, 32% o 3º ciclo e 18% concluíram.

³⁹ Note-se que os bairros situam-se em zonas urbanas e suburbanas

Materiais

Questionário sobre o consumo de substâncias, comportamentos de risco e actividade criminal (Silva.T, Matias.S, Quintas. J, 2009) ⁴⁰

Este questionário é constituído por 5 partes:

Parte I - Soció-demográfica:

Pretende caracterizar sociodemograficamente a população estudada.

Parte II - Tratamento:

Pretende aprofundar aspectos relacionados com o tratamento.

Parte III - Consumos:

Procura caracterizar os consumos de cocaína, heroína e álcool (idade do 1º consumo, se consumiu ao longo da vida.

Parte IV – Comportamentos de Risco:

Procura caracterizar comportamentos de risco, tendo em conta as vias de administração utilizada no consumo de droga, partilha de seringa, algodão e recipiente bem como a actividade sexual, no que se refere á utilização de preservativo.

Parte V – Consumo de álcool:

Pretende caracterizar a necessidade, a frequência de consumo de bebidas alcoólicas, quantas bebidas consumia num dia normal, e com que frequência consumia seis bebidas numa única ocasião, antes de estar inserido em PSO por comparação com a situação actual.

Posteriormente a este questionário inicial foram também utilizados como instrumentos de medida:

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor, Thomas F et al, 2001)

Constitui um método de detecção precoce de alterações por consumo, desenvolvido e recomendado pela OMS desde 1989. Foi validado em Portugal por Cunha (2002).

⁴⁰ Este questionário, foi construído em parceria para a elaboração de outro projecto (A relação directa do crime com a toxicoddependencia), e devido a esse facto, na apresentação do questionário constam apenas os capitulos que foram utilizados para a realização deste trabalho

É constituído por 10 perguntas associadas a uma escala de 0 a 4 pontos. Apresenta uma sensibilidade que varia entre 83 e 92%, e especificidade, entre os 92 e 98%.

CAGE – Questionnaire (wing, J, 1984)

Este é o teste de avaliação mais curto, conhecido e fácil de aplicar. A sensibilidade deste questionário situa-se entre os 61 e os 100%, e a especificidade entre os 77 e os 96%.

IDTS - The Inventory of Drug-Taking Situation (Annis, H. & Martin, G, 1985)

Questionário desenvolvido a partir dos trabalhos de Alan Marlatt e seus colaboradores (Marlatt, 1978, 1979a, 1979b; Marlatt & Gordon, 1980, 1985). É um questionário de auto-relato de 50-itens, que fornece um perfil da situação de alto risco para beber.

BSI – Brief Symptom Inventory (Derogatis & Spencer, 1982 – versão portuguesa aferida por Canavarro, 1995).

Este questionário é uma forma breve de 53 itens do Symptom Checklist-90 (SCL-90). O BSI apresenta as seguintes dimensões sintomáticas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Derogatis, 1993, p.19).

ESS - Escala do suporte social (Guerra, 1995)

O suporte social foi avaliado utilizando a adaptação da escala “Instrumental-Expressive Social- Support” (Lin, Dean & Ensel, 1986). A versão utilizada, foi a portuguesa, é somente composta por 20 itens, revista e reformulada por Guerra (1995).

É uma escala com uma fiabilidade e validade bastante aceitáveis.

Resultados

Os participantes deste estudo, foram todos consumidores de heroína e 86% dos participantes foram igualmente consumidores de cocaína. Embora estando todos em tratamento, no último mês consumiram heroína 44% dos participantes e relativamente aos consumos de cocaína estes verificam-se em 50%.

Comportamentos relacionados com o consumo de álcool

Os padrões⁴¹ de consumo de álcool

Para definir-mos os padrões de consumo de álcool, recorreremos à aplicação do AUDIT e do CAGE.

Através da análise da tabela I, verifica-se que 7 (14%) dos participantes encontram-se abstinentes, 4 (8%), estão incluídos no grupo, de bebedores de baixo risco ou moderado, 14 (28%) no grupo de bebedores de risco e/ou bebedores com consumo nocivo e 25 (50%), no grupo de dependentes.

No CAGE verifica-se, de acordo com Gomes (2007) que pontuações de zero indicam a inexistência de risco para o abuso e/ou problemas de dependência de álcool, neste caso, como podemos verificar na tabela II, 22%, pontuações de um e/ou dois representam um elevado risco para problemas de dependência de álcool, 14% e pontuações superiores a dois indicam um provável consumo excessivo de álcool, 64%.

Os resultados obtidos com o AUDIT reforçam os resultados obtidos com o CAGE. No GAGE encontramos 78% de indivíduos com valores indicativos para um elevado risco para problemas de dependência de álcool e de prováveis consumos excessivos de álcool, e no AUDIT valores de 78% para o grupo que apresenta consumos de risco, nocivo e/ou dependência.

⁴¹ Os padrões do consumo de álcool, podem também ser definidos como níveis de ingestão de bebidas alcoólicas, geralmente utilizamos a designação de padrões, pois é assim que eles são definidos no AUDIT.

O consumo de álcool, antes e durante o tratamento⁴²

Actualmente os toxicod dependentes apresentam em média uma necessidade de consumir bebidas alcoólicas⁴³ superior ($M=3,66$), quando comparada com o momento anterior ao tratamento, ($M=2,14$), sendo esta diferença significativa $t(43)=11,53$; $p=0,001$.

A frequência de consumo de bebidas alcoólicas, é actualmente superior ($M=3,53$), quando comparada com o que consumia no momento anterior ao tratamento ($M=2,53$), $t(42)=6,01$; $p=0,001$.

Actualmente a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas num dia normal é também superior ($M=3,05$), quando comparada com as consumidas no momento anterior ao tratamento ($M=2,37$), $t(40)=2,73$; $p=0,009$.

No que se refere á frequência de consumo de seis bebidas ou mais numa única ocasião, actualmente os toxicod dependentes apresentam uma média superior ($M=3,07$), quando comparada com o momento antes de estar em tratamento, ($M=2,40$), $t(42)=3,07$; $p=0,004$.

Em suma, quer a necessidade de consumo, quer as diferentes medidas de frequência de consumo, são actualmente superiores relativamente ao período anterior ao tratamento.

Recaídas: Um perfil das situações de alto risco para beber

A análise do IDTS, permite identificar as situações de alto risco para beber. No que se refere ás emoções desagradáveis, a amostra apresenta uma média inferior ($M=48,20$), quando comparada com os valores normativos ($M=60,17$), $t(49)=2,98$; $p=0,004$.

O desconforto físico e os conflitos interpessoais apresentam uma média superior na amostra, relativamente ao desconforto físico ($M=49,20$), quando comparados com os valores normativos ($M=31,86$), $t(49)=4,04$; $p=0,000$, e os conflitos interpessoais ($M=51,33$), quando comparados com os valores normativos ($M=40,74$), $t(49)=2,56$; $p=0,013$.

⁴² Estes momentos são analisados tendo em conta 4 aspectos: 1º Relacionam-se com o grau de necessidade de consumir bebidas alcoólicas; 2º Relaciona-se com a frequência que consome bebidas alcoólicas; 3º Relaciona-se com quantas bebidas consome num dia normal; 4º Aspecto relaciona-se com a frequência que consome seis bebidas ou mais numa única ocasião.

⁴³ Este aspecto é analisado recorrendo a uma escala de 1 a 5, em que 1 significa nada importante, o 2 pouco importante, o 3 importante, o 4 muito importante e o 5 extremamente importante.

No que se refere às situações positivas no seu todo e nas situações de tentação, nomeadamente nas tentações e na pressão social, a média da nossa amostra quando comparada com a média dos valores normativos, não apresenta diferenças significativas.

A amostra no que se refere as situações de tentação, apresenta no teste de controlo pessoal, uma média superior ($M=47,46$), quando comparada com os valores normativos ($M=38,67$), $t(49)=2,12; p=0,039$. Em suma, os toxicodpendentes da amostra recaem nos consumos de álcool, nas situações negativas, mais especificamente no desconforto físico e nos conflitos interpessoais.

Indicadores de Saúde⁴⁴

Percepção do status HIV, hepatite B e C

Dos participantes que colaboraram neste estudo, e relativamente ao VIH, 48% dizem ter testes positivos para o VIH, dos quais 83,3%, referiram ter conhecimento desse status há mais de um ano.

Em relação à hepatite B, 38% referiram infecção, e a maioria 94,7% têm conhecimento há mais de um ano.

Relativamente à hepatite C, 34% referiram infecção e desses, a maioria 76,4% têm conhecimento há mais de um ano.

Percepção do status VIH, hepatite B, C e os padrões do consumo de álcool

Os padrões de consumo de álcool, são superiores no grupo de indivíduos portadores de VIH, ($M=20,90$) comparativamente com o grupo de indivíduos que não possuem VIH ($M=11,88$), sendo esta diferença muito significativa, $t(45)=3,27; p=0,002$.

Os indivíduos com hepatite B apresentam em média consumos de álcool superiores, ($M=22,31$), comparativamente com indivíduos que não possuem hepatite B, ($M=12,67$), sendo estas diferenças muito significativas, $t(45)=0,014; p=0,001$.

No que respeita à Hepatite C, as diferenças entre os dois grupos não são significativas, $t(45)=0,461; p=0,129$. Em suma, os participantes que apresentam patologia (VIH; Hepatite B e C), apresentam consumos de álcool superiores, relativamente aos que não apresentam patologia, sendo esses valores muito

⁴⁴ Entendemos como indicadores de saúde, a ausência de HIV, Hepatite B e C.

significativos para o VIH e a Hepatite B, no que se refere á Hepatite C, a diferença dos consumo não é significativa.

Comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas⁴⁵

Comportamentos relacionados com partilha de material de injeção⁴⁶

Dos 50 participantes, 64% nunca partilharam a seringa, 4% fazem-no raramente, 24% fazem-no por vezes e 8% partilham sempre.

Em relação á partilha de algodão, verificamos que 62% dos participantes nunca partilharam, 4% fazem-no raramente, 28% por vezes e 6% fazem-no sempre.

Em relação à partilha do recipiente, 60% nunca o fizeram, 8% raramente, 16% por vezes e 16% sempre.

Comportamentos de risco relacionados com práticas sexuais

Dos 50 participantes, 42% referem ter parceiro sexual fixo/ estável, sendo que 14% não utilizam preservativo e 26% utilizam.

Relativamente aos encontros sexuais casuais, 30% dizem não ter tido encontros sexuais pontuais nos últimos 12 meses, 70% afirmam ter tido encontros sexuais casuais, sendo que 36% não utilizaram o preservativo e 34% utilizaram.

Relação entre os comportamentos de risco e os padrões do consumo de álcool

Para análise das correlações é utilizada a classificação de descrita por Cohen (1988), onde r até 0,30 significa uma correlação fraca; r de 0,30 até 0,50, correlação moderada e r superior a 0,50 correlação forte. Da análise dos resultados, constata-se correlação fraca, uma relação positiva significativa, entre os comportamentos de risco no seu todo e os padrões do consumo de álcool, ($r=0,28$; $p=0,048$).

Retomando as variáveis originais, como era de prever, também se constata uma relação positiva significativa, entre as variáveis comportamentos de partilha de material

⁴⁵ O comportamento de risco, é analisado tendo em conta 3 tipos de comportamentos de risco distintos, os relacionados com a partilha de materiais de consumo/injeção, os relacionados com o comportamento sexual e os relacionados com o status HIV, Hepatite B e C.

⁴⁶ Relativamente aos comportamentos de risco relacionados com a partilha de materiais de injeção, ainda o subdividimos em 3 tipos, a partilha de seringa, de recipiente e de algodão.

e os padrões do consumo de álcool, e uma correlação moderada ($r= 0,334$; $p=0,014$). Analisando individualmente os três tipos de comportamentos de partilha de material, verificamos como era de prever também uma relação significativa, ou seja, partilha de seringas ($r=0,351$; $p=0,012$), partilha de algodão ($r=0,325$; $p=0,021$) e de recipiente ($r=0,314$; $p=0,026$).

Da análise dos resultados, verifica-se uma relação ainda mais positiva e muito significativa, entre as variáveis práticas sexuais, no que se refere ao uso ou não do preservativo, e os padrões do consumo de álcool, ($r= 0,485$; $p=0,003$).

Sintomas Psicopatológicos

Os toxicodépendentes participantes neste estudo apresentam uma média significativamente superior no que respeita a todas as dimensões e índices do BSI, (como podemos verificar na tabela III) quando o comparamos com indivíduos da população geral (Canavarro, 1999), apresentando sempre valores de $p<0,001$ e valores de t entre 6,30 e 15,52.

Sintomas Psicopatológicos e os padrões do consumo de álcool

Constata-se em geral uma relação positiva e muito significativa entre os sintomas psicopatológicos e os índices e os padrões do consumo de álcool, á excepção da Ideação Paranóide, onde a relação não é significativa. No que se refere aos níveis de correlação entre os sintomas psicopatológicos e os padrões de consumo de álcool, e como se pode verificar na tabela IV, a correlação é fraca na dimensão, ideação paranóide, sendo moderada nas restantes dimensões, sendo a dimensão de ansiedade fóbica a que mais se aproxima de uma correlação forte.

O suporte social

A análise comparativa directa das médias dos indivíduos, nos diversos factores, mostra que os valores mais baixos, isto é, onde se equaciona um suporte social mais diminuto, se encontram nas variáveis que definem o suporte social e afectivo, no suporte social financeiro e nos problemas na gestão do dinheiro.

Dos participantes que colaboraram neste estudo, e através da escala de Suporte Social, verifica-se uma média de 49. Os valores de referência foram utilizados tendo por base, um trabalho desenvolvido por Guerra (1995), com indivíduos toxicodpendentes seropositivos, onde a $M=69$, mostra diferenças muito significativas, $t(49) = 10.50$; $p < 0.001$. Globalmente os participantes que constituem a amostra, têm níveis de Suporte Social muito baixos, mesmo quando comparados com uma amostra nas mesmas condições.

Não existe, uma relação significativa entre a variável suporte social e os padrões do consumo de álcool ($r = -0.258$; $p = 0.071$), contudo, a tendência da correlação é negativa.

Discussão

Os padrões de consumo de álcool em toxicodpendentes em PSO, revelaram a existência de consumos problemáticos na amostra, sendo que 78% enquadram-se como bebedores de risco, com consumos nocivos e dependentes. Estes dados são consonantes com os verificados noutros estudos (Rittmannberger *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Bickel & Rizzuto, 1991; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999).

A Hipótese de que *os padrões de consumo de álcool dos toxicodpendentes, aumentam quando estão em tratamento em PSO, face a períodos anteriores de consumo*, é confirmada pelos resultados obtidos. De facto os toxicodpendentes em tratamento apresentam padrões de consumo de álcool superiores aos referidos antes de iniciarem tratamento.

Staines *et al.* (2008), constata algo semelhante, isto é, em 248 toxicodpendentes integrados em tratamento (PSO), 64% vinham a apresentar problemas de abuso de álcool.

Nos estudos de Anglin (1989) e de El-Bassel, Witte, Wada, Gilbert e Wallace (2001), inclusivamente, a quantidade de consumo de álcool é proporcional ao consumo de heroína: quanto maior o consumo desta substância, menor a probabilidade de consumo de álcool, o que significa, inversamente, uma maior probabilidade de aumento do consumo de álcool durante os PSO.

Também Vasti (2004) estima que 1/3 dos toxicodpendentes em PSO são consumidores de álcool numa base regular, sendo muitos deles dependentes.

Em à hipótese de que *o consumo de álcool dos toxicodpendentes em tratamento em PSO está correlacionado positivamente, com a adopção de comportamentos de risco*,

poderemos também concluir da sua confirmação, quando atendemos à relação altamente significativa entre as práticas sexuais desprotegidas e os padrões de consumo de álcool, quer entre o consumo de álcool e o comportamento de partilha de material.

De acordo com Stein *et al* (2002), o consumo de álcool aumenta a probabilidade de se adotarem comportamentos sexuais de risco independentemente da idade, sexo, raça, educação, consumo de cocaína, número de parceiros sexuais e risco percebido de adquirir o VIH através de parceiros. O consumo de álcool ou drogas aumenta o risco.

Balley *et al* (1999) conclui da existência de associações significativas entre comportamentos sexuais de risco e abuso de álcool e /ou outras drogas tanto em adolescente como em adultos.

O mesmo se verifica quanto à partilha de agulhas e outros materiais de consumo, sendo mais frequente quando associado ao abuso de álcool.

No que se refere à hipótese: *os toxicodependentes em PSO, consomem álcool especificamente face a situações negativas* esta é confirmada, pois verifica-se que os toxicodependentes bebem mais nas situações negativas, as quais se subdividem em três: emoções desagradáveis, desconforto físico e conflitos. Os valores obtidos, quando comparados com os valores normativos, definidos através dos trabalhos de Marlatt, revelam ser altamente significativos. Os estudos mostram que toxicodependentes consomem mais álcool quando se sentem frustrados ou rancorosos, as recaídas ocorrem quando o indivíduo está emocionalmente deprimido (Marlatt, Kosturn & Lang, 1975).

Segundo Marlatt (1988), o maior número de episódios de recaída ocorre na presença de estados emocionais negativos, mais especificamente nos conflitos interpessoais, envolvendo frustração e raiva, parece provável que estes sentimentos sejam derivados de uma discussão ou discordância e são frequentemente expressados no próprio episódio de recaída.

Relativamente às situações de tentação e mais especificamente ao teste de controlo pessoal, verifica-se a existência de uma relação significativa, ou seja, perante défices na capacidade de auto-controlo e, embora menos, em situações de tentação, os consumos de álcool aumentam consideravelmente.

De acordo com Costa (1995), no domínio da recuperação do toxicodependente é fundamental investir em estratégias de prevenção de recaídas, pois neste contexto, a abstinência deve ser considerada com prudência e como um equilíbrio instável sempre em risco de se perder em determinadas situações. A ter em conta os resultados obtidos,

tudo aponta para o facto dessas recaídas incluírem não só consumos da dita substância de eleição, mas também de outros psicotrópicos, sendo o álcool um dos mais presentes.

Confirma-se a hipótese que *os toxicodependentes em PSO, são indivíduos que apresentam sintomas psicopatológicos e estes estão correlacionados positivamente com os consumos de álcool*, já que a amostra apresenta valores superiores em todas as dimensões, bem como nos índices do BSI, quando o comparamos com indivíduos da população geral tendo por referência os valores de Canavarro (1999).

Num estudo de Tessler e Dennis (1989, cit in Drake *et al.*, 1991) encontramos referências a taxas de 10-20% de indivíduos sem-abrigo que são dualmente diagnosticados com doença mental grave e problemas de abuso de drogas ou álcool.

Vários estudos também indicam taxas de co-morbilidade psiquiátrica alta (ente 50-72%), (Herman *et al.*, 1989; Regier *et al.*, 1990; Mueser *et al.*, 1998; Dixon, 1999).

Da análise dos resultados, constata-se em geral uma relação positiva muito significativa, entre os sintomas psicopatológicos e os índices e os padrões do consumo de álcool, excepto no que se refere á dimensão ideação paranóide.

Destes resultados, conclui-se que a psicopatologia e os problemas com álcool estão relacionados em termos de desenvolvimento e consequências, como já o tinham afirmado Beaty e Cipparrone (1993). E sustentam também a hipótese de que a psicopatologia aumenta também com o agravamento dos consumos.

Este resultado parece estar de acordo com a ideia de que os utentes em PSO são uma população mentalmente mais perturbada (Oken *et al.*, Graham *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004; MacManus & Fitzpatrick, 2007; El-Bassel *et al.*, 1993; Mehrabian, 2001).

Os dados corroboram os obtidos noutras investigações, onde se verifica que os indivíduos que apresentam padrões de consumo de álcool mais preocupantes são, também, mais desestruturados psicologicamente (Rounsaville, Weissman & Kleber 1982; Roszell *et al.*, 1986; Gerstlcy *et al.*, 1990; Ross *et al.*, 1988).

No que se refere à Hipótese que *os toxicodependentes, em PSO, apresentam um suporte social diminuto e o Suporte Social está correlacionado negativamente com o consumo de álcool*, também é confirmada.

Os valores obtidos na nossa amostra, não só confirmaram como até reforçam a hipótese no que se refere ao suporte social ser diminuto.

Com base nos pressupostos teóricos dos autores da Escala de Suporte Social, Lin *et al.* (1986), o relevo dado à expressão do relacionamento com os outros focaliza tanto o conteúdo das interações como as características relacionais do emissor e receptor. Ou

seja, estabelece-se uma diferenciação entre o suporte social fornecido por pessoas em que existem laços sociais fortes daquelas em que esses laços não são tão marcantes. Ora, o que o nosso estudo nos permite perceber é que os valores mais baixos, isto é, onde se equaciona um suporte social mais diminuto, se encontram no suporte social afectivo, no suporte social financeiro e nos problemas na gestão do dinheiro. Esta quase ausência de suporte social afectivo denuncia a inexistência de pessoas significativas na vida destes indivíduos, com quem estabeleçam relações estáveis no tempo e onde o suporte social seja tanto recebido como oferecido.

Relativamente ao suporte social estar relacionado com os consumos de álcool, não existe, contudo, uma relação significativa, apesar da evidência ter demonstrado que o consumo abusivo de álcool constitui um factor fundamental de ruptura familiar (Mello, 2001).

Ramos & Moreira (2006) concluem, que na família do toxicodependente alcoólico, as relações conjugais são marcadas pelo conflito e elevado stress o que propiciará uma menor atenção e capacidade de resposta dos filhos. De acordo com Mello (2001), estes indivíduos apresentam um suporte social, quase inexistente, ou quando existe, o toxicodependente, é encarado como bode expiatório, sendo que a ligação que este estabelece com a família, é caracterizada, pela falta de coesão familiar.

Conclusões

O presente estudo permite-nos concluir que todas as hipóteses formuladas se confirmam.

Em particular o abuso de álcool e as complicações médicas associadas, juntamente com consumos de cocaína e co-existência de infecção para o VIH, constituem um dos mais graves problemas entre toxicodependentes que estão em PSO com metadona (El-Bassel, 1994).

Os padrões de consumo de álcool definidos neste estudo revelam a existência de uma elevada percentagem de indivíduos com pontuações AUDIT superiores a 8, valores indicativos de consumo de risco, nocivo e dependência (78%).

A frequência e padrões de consumo de álcool deve constituir uma medida de avaliação para um PSO bem sucedido (Backmund, 2005), e conseqüentemente, uma mais valia para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos toxicodependentes e família.

Fairbank, Dunteman e Condelli (1993), concluíram que a inserção num PSO estava associado com uma redução de todas as substâncias à excepção do álcool.

Outros investigadores encontraram resultados que sugerem, que o comportamento de consumo de álcool entre indivíduos alcoólicos (dependentes) inseridos em PSO era caracterizado por períodos de elevados consumos alternadamente com breves períodos de abstinência (Bickel & Rizzuto, 1991).

Os resultados deste estudo assim como de outros, na sua essência semelhantes, apontam para a necessidade de desenvolver esforços, no sentido de melhorar a avaliação dos indivíduos que são integrados em PSO, e a resposta aos problemas relacionados com o consumo de álcool (Hillebrand et al., 2001).

Foram encontradas relações significativas entre consumo abusivo de álcool e comportamentos de risco, quer a nível de práticas sexuais, como de partilha de material de consumo.

Estes resultados evidenciam semelhanças nas causas e consequências do consumo abusivo de álcool, quando comparado com o consumo de outras substâncias psicoactivas. E permitem concluir da supremacia dos factores psicológicos e culturais na manutenção de padrões comportamentais disfuncionais (abuso de substâncias) em detrimento da primazia da substância.

Assim, o consumo de álcool nos toxicodependentes em PSO, que, como constatado tende a ser muito frequente, deve ser considerado com a devida atenção, visto que pode representar um problema grave na estabilidade dos pacientes e no resultado do tratamento.

Contactos:

Tânia Patrícia T. da Silva

Psicóloga Clínica

Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte

Rua Central de Gandra

Telemóvel: 962706955

E-mail: tsilva082@gmail.com

Referências

Agra, (1980) *Entre Droga e Crime*, Actores, Espaços, Trajectórias. Lisboa: Notícias Editorial

Annis, H.; Martin, G. (1985). *Inventory of Drug Taking Situations – Addiction Research Foundation*, Toronto.

Anglin, M.; Almong, I.; Fisher, D., & Peters, R. (1989). “Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drugs free treatment sample”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 191-207.

Babor, Thomas F *et al* (2001). “*The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*”. 2ª Ed. Geneva: World Health organization – Department of mental health and substance dependence.

Barol, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., & Rounsaville, B. (1992). “Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity”, *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.

Backmund, Markus *et al* (2003) “Alcohol consumption in heroin users, methadone – substituted and codeine – substituted patients – frequency and correlates of use”. *European and addiction research*. 9.1,45-50.

Batki, Steven *et al*. (2002) “A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users”. *Drug and Alcohol Dependence*. ELSEVIER. 66, 283-293.

Bickel, W. K.; Marion, I.; Lowinson, J. (1987) “Treatment of alcoholic methadone patients: a review”. *Journal os Substance Abuse and Treatment*. 4, 15-19.

Bickel, W. & Rizzuto, P. (1991). "The naturalistic patterns of Alcohol consumption in alcoholic methadone patients". *Journal Study Alcohol*, 52 (5), 454-457.

Caputo, F. *et al.* (2002) "Short-term, methadone administration reduces alcohol consumption in non-alcoholic heroin addicts". *Alcohol & Alcoholism*. 37 (2), 164-168.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas psicopatológicos - *B.S.I.*. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves, & Leandro. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 87-109.

Cunningham, C. O., Kunins, H. V., Roose, R. J., Elam, R. T., & Sohler, N. L. (2007) "Barriers to obtaining waivers to prescribe buprenorphine for opioid addiction treatment among HIV physicians", *Journal of General Internal Medicine*, (22), 1325-1329.

Davis, W. R., & Johnson, B. D. (2008), "Prescription opioid use, misuse, and diversion among street drug users in New York City", *Drug and Alcohol Dependence*, (92) , 267-276

Dias, C. A. (1980). *A influência Relativa dos Factores Psicológicas e Sociais no Evolutivo Toxicómano*. Dissertação de Doutoramento, Coimbra.

Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., Ulrich, J., & Dilling, H. (1998) "Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, (22), 77-86.

El-Bassel, N.; Schiling, R.; Turnbull, J., & Su, K. (1993)." Correlates of alcohol use among methadone patients". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (3),681-686.

Etter, Jean Francois (2004) "Asking about quantity and frequency of alcohol consumption before asking the CAGE- question produces lower rating on de CAGE-test". *Drug Alcohol Dependence*. 74:2,211-214.

Ewing, Ja. (1984) Detecting alcoholism: *the CAGE questionnaire*. JAMA 252: 1905-7

Fromberg, Eric (2004) “ Os riscos fazem parte da vida”. *European AIDS Treatment News*. 13:1. 22-24.

Guerra, M. e Agra, C. (1996) A prova da existência. A adaptação psicológica de toxicodépendentes seropositivos ao vírus HIV em liberdade e em meio prisional: um estudo comparativo tendo em vista a reinserção social. *Droga e Crime: Estudos Interdisciplinares*. Lisboa: Ministério da Justiça, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Guerra, MP. (1998) *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.

Guerra, MP. (1995) *Uma escala de avaliação do suporte social: Sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV*. In: Avaliação psicológica: Formas e Contextos; 3: 25-34.

Gossop, Michael *et al.* (1993) - Severity of heroin dependence and HIV risk sharing injecting equipment. *AIDS care*. 5:2

Gossop, Michael *et al.* (2002). “Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers. 1 – year follow-up results”. *Journal of substance abuse*. 19:1 (2002) p.45-50.

Gossop, Michael; Marsden, John; Stewart, Duncan (2002). “Dual dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems”. *Addiction. Society for the study of addiction alcohol and others drugs*. ISBN 0965-2140. 97:2, 169-178.

Hillbrand, Jennifer *et al* (2001). “Excessive alcohol consumption and drinking expectation among clients in methadone maintenance”. *Journal of substance abuse treatment*. National Addiction Centre Institute of Psychiatry. ISSN 0740-5472. 21: 3. 155-160.

Lowenstein, William *et al.* (1998). *A metadona e os tratamentos de substituição*. 1ª Edição. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 3. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-04-6.150.

L. K., Muller, M. C. M., Nascimento, C. A. M., Noal, M. H. O., Plein, F. A. S., & Zadra, C. N.(1995). “Depressão em alcoólicos hospitalizados”. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (12), 625-629.

MacManus, E. & Fitzpatrick, C. (2007). “Alcohol dependence and mood state in a population receiving methadone maintenance treatment”. *Irish Journal of Psychology Medical*, 24 (1), 19-22.

Madianos, M.G; Gefou-Madianou, D; Stefanis. (2004) “Drinking practices of illicit and licit drug users in the general population across Greece”. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 20:4, 547-559.

Masur, J.; Monteiro, M.G. (1983) “Validation of the “CAGE” Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting”. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 16: 215-218.

Marllat, A., & Gordon, J. (1985); *Prevenção da Recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*, New York: Guilford Press.

McCUSKER, Monica (2001). “Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment”. *Addiction*. London: *Chelsea and Westminster Mental health NHS Trust Substance Misuse Service*. 96:7, 1007-1016.

McCUSKER, Monica *et al.* (2002). “Hazardous and harmful drinking: a comparison of the Audit and Cage screening questionnaires”. *Q. Journal Medicine*. London. 95, 591-596.

Mello, Maria Lucília; Barrias, José; Breda (2001). “Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal”. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 925-9425-93-0. 115-120.

Mórel, Alain; Hervé, François; Fontaine, Bernard (1998). *Cuidado ao toxicod dependente. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas* 4. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-15-1. 563.

Ottomanelli, G. (1999). "Methadone patients and alcohol abuse". *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 16 (2), 113-121.

Pessione, F. *et al.* (1998). "Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C". *Journal Hepatology*. 27.

Rehm, J. *et al.* (2001). "Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical Weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research*. 7:3. 138-147.

Rittmannsberger, H.; Silberbauer, C.; Lehner, R., & Ruschak, M. (2002). "Alcohol consumption during methadone maintenance treatment". *European Addiction Research*, 6 (1), 2-7.

Roche, AM. Richard GP. (1991). "Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems". *Social Science Medicine*, 33 (9): 1053-61.

Roche, AM, Guray C, Saunders JB. (1991). "General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *Br J Addict*. 86 (3): 263-75.

Ross, H.; Glasser, F.; Germanson, T., *et al.* (1988). "The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems". *Archives of General Psychiatry*, 45 (11), 1023-1031.

Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. (2003). "The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women". *Archives of General Psychiatry*, (60), 929-937.

Skipsey, Kitera; Burlson, Joseph; Kranzler, Henry. (1997). "Utility of the Audit for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients". *Drug and Alcohol Dependence. Elsevier.* (45) .157-163.

Stein, M; Maksad, J.; Clarke, J. (2001). "Hepatitis C disease among injection drug users: Knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment". *Drug and Alcohol Dependence.* (61). 211-215.

Tabela I – Padrão do consumo de álcool por cinco grupos definidos através dos resultados obtidos da aplicação do AUDIT

Grupos/Padrões	N	%
0 Abstinentes	7	14,0
1-7 Bebedores de baixo risco ou moderado	4	8,0
8-15 Bebedores de risco	12	24,0
16-19 Bebedores com consumo nocivo	2	4,0
20-40 Dependentes	25	50,0

Tabela II -Soma total das respostas às questões do CAGE

Pontuação	N	%
0	11	22,0
1	1	2,0
2	6	12,0
3	28	56,0
4	4	8,0

Tabela III – Estatística descritiva para as pontuações do BSI

Dimensões	Amostra Toxicodependentes em PSO		Ind. População Geral (Canavarro, 1999)		t	g.l	P
	Média	DP	Média	DP			
Somatização	1,18	0,96	0,57	0,92	11,23	49	0,000
Obsessões-Compulsões	2,28	0,74	1,29	0,88	9,32	49	0,000
Sensibilidade Interpessoal	1,91	0,89	0,96	0,73	6,30	49	0,000
Depressão	2,30	0,64	0,89	0,72	15,52	49	0,000
Ansiedade	2,11	0,79	0,94	0,77	10,53	49	0,000
Hostilidade	1,23	0,86	0,89	0,78	11,22	49	0,000
Ansiedade Fóbica	1,33	0,68	0,42	0,66	12,91	49	0,000
Ideação Paranóide	2,35	0,70	1,06	0,79	13,14	49	0,000
Psicoticismo	1,04	0,85	0,67	0,61	11,52	49	0,000
Índices							
IGS	1,92	0,68	0,84	0,48	13,81	49	0,000
TSP	39,79	10,01	26,99	11,72	13,34	49	0,000
ISP	2,26	0,39	1,56	0,39	14,54	49	0,000

Tabela IV – Correlação entre Sintomas psicopatológicos e os padrões do consumo de álcool

Dimensões Básicas e índices	R	P
Somatização	0.415	0.003
Obsessão/ Compulsão	0.400	0.004
Depressão	0.372	0.008
Ansiedade	0.414	0.003
Hostilidade	0.336	0.017
Ansiedade Fóbica	0.432	0.002
Ideação Paranóide	0.257	0.072
Psicoticismo	0.374	0.007
Índice Geral de sintomas (IGS)	0.448	0,001
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	0,443	0,001
Total de sintomas positivos (TPS)	0,359	0,011