

## 3

## **Volição em Toxicodependentes que frequentam a Unidade de Desabitação Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes**

CELSE TEIXEIRA, MADALENA RICOU

### **RESUMO**

Volição é a necessidade intrínseca que o indivíduo tem para agir e que guia todas as escolhas que faz. A Volição com que o toxicodependente encara um tratamento pode ser diferente de acordo com a fase de recuperação em que se encontra. Assim, o objectivo deste estudo é comparar os níveis de volição em indivíduos que frequentam uma Unidade de Desabitação pela primeira vez e em indivíduos reincidentes.

A amostra foi constituída por 52 indivíduos, que foram divididos em 2 grupos: primeiro internamento e reincidentes. Para a avaliação dos níveis de volição foram utilizados dois instrumentos específicos da Terapia Ocupacional: Questionário Volitivo (QV) e *Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale*.

Verificou-se que os níveis volitivos são maiores no grupo de indivíduos que está internado pela primeira vez. Pela análise do QV estes últimos envolvem-se de forma mais activa no tratamento. Foram encontrados dados que revelam a discordância entre os resultados dos dois instrumentos, uma vez que ao nível da causalidade pessoal os dados recolhidos pelo QV refutam as afirmações feitas pelos indivíduos reincidentes durante a entrevista. Provavelmente a recaída influencia não só a volição como também a forma como o indivíduo se vê e se sente em termos de eficácia.

**Palavras-chave:** Toxicodependência; Desabitação; Ocupação; Terapia Ocupacional; Volição.

### **RÉSUMÉ**

La Volition est la nécessité intrinsèque qui pousse l'individu à agir et conduit tous ses choix. La Volition avec laquelle un toxicodépendant envisage un traitement peut varier selon la phase de récupération dans laquelle il se trouve. Ainsi, l'objectif de cette étude est de comparer les niveaux de volition chez des individus qui fréquentent une Unité de Désabilitation pour la première fois et chez les récidivistes.

L'échantillon a été constitué par 52 individus, qui ont été divisés en deux groupes: premier internement et récidivistes. Pour l'évaluation des niveaux de volition, nous avons utilisé deux instruments spécifiques de la Thérapie Occupationnelle: Questionnaire Volitif (QV) et *Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale*.

Nous avons vérifié que les niveaux volitifs sont plus hauts dans le groupe d'individus internés pour la première fois. Par l'analyse du QV, ces derniers se sont engagés d'une manière plus active dans le traitement. Nous avons trouvé des données qui révèlent la discordance des résultats des deux instruments; en effet, au niveau de la causalité personnelle, les données recueillies par le QV réfutent les affirmations faites par les individus récidivistes pendant l'interview. Il est probable que la rechute ait de l'influence pas seulement sur la volition de l'individu mais aussi sur sa manière à lui de se voir et se ressentir, en termes d'efficacité.

**Mots-clé:** Toxicodépendance; Désabitation; Occupation; Thérapie Occupationnelle; Volition.

### **ABSTRACT**

Volition is an intrinsic need that one has to act and guide all choices he makes. The Volition that the drug addict faces a treatment may be different in agreement with the phase he is passing through. Thus, the goal of this study is to compare the levels of the individuals that attended the Desabitation Unity for the first time and those reincidents ones.

The sample was formed by 52 individuals, divided in two groups: first admissions and reincidents. To evaluate the levels of volition there were used two specific instruments of Occupational Therapy: *Volitional Questionnaire (VQ)* and *Occupational Circumstances Assessment-Interview and Rating Scale*.

The result shows the Volition levels are greater in the group of individuals admitted to Desabitation Unity for the first time. When we analyse the VQ we found that the last ones act in a more active way in the treatment. We found results that reveals a disagreement between the results of the two instruments, once that in personal causation the results of VQ refutes what reincidents said in the interview. Probably the relapse influences not only the volition but also the way one sees himself and feels in terms of efficiency.

**Key Words:** Drug Addiction; Desabitation; Occupation; Occupational Therapy; Volition.

## 1 – INTRODUÇÃO

A Toxicodependência é um fenómeno actual e planetário que afecta a vida de muitos indivíduos da nossa sociedade. Vocábulos avulsos – como dependência física e psicológica, substâncias psicoactivas, família, busca de prazer, intolerância à frustração, solidão, factores internos e externos, droga, consciência, consumo, autonomia, entre outros – afluem das diferentes cogitações sobre este fenómeno. A necessidade de respostas eficazes no tratamento desta doença, talvez pela visibilidade social que lhe está associada, é sentida como urgente e, por isso, o estudo desta problemática e das diferentes formas de abordagem são indispensáveis para a sua compreensão.

Os Terapeutas Ocupacionais baseiam a sua prática profissional na ocupação e na influência que esta tem na saúde de cada indivíduo. A Ocupação é a chave para se ser pessoa, contribui para a manutenção da identidade, visto criar os contextos necessários para uma vida significativa pelo sentido de objectivo e estruturação das actividades do dia a dia ao longo do tempo (Christiansen, C. H., 2004). Assim, os Terapeutas Ocupacionais percebem que a participação nas diferentes ocupações deve ser feita de tal forma que possibilite o equilíbrio entre o trabalho, os auto-cuidados, o lazer e o descanso, garantindo que o estado de saúde e bem-estar se mantenha ou seja restabelecido. Um desequilíbrio ocupacional é normalmente o que acontece com os toxicodependentes que podem atingir um estado de privação ocupacional, na medida em que a organização da sua rotina diária não lhes permite a realização de qualquer outro tipo de actividades, ou seja, os hábitos nocivos, associados ao consumo de substâncias, são de tal forma fortes que constituem um factor externo que impede o indivíduo de ter um desempenho à altura do desejado, de adquirir ou divertir-se com algo. (Bonder, B. R., 2004) Há ainda que considerar o ambiente no qual o toxicodependente está inserido, já que um ambiente perigoso pode conduzir a comportamentos desadequados (exemplo: cometer delitos dos quais obtém recursos que usa na aquisição da substância para consumo).

Como efeitos da adição a uma substância, é possível observar uma diminuição da concentração, da capa-

cidade de julgamento, da capacidade de resolução de problemas, de gestão do tempo e aumento do absentismo. Assim, o desempenho nas diferentes áreas de ocupação em que estas competências são necessárias fica comprometido, conduzindo a um progressivo desinteresse e abandono destas actividades (Riley *et al*, 1998). De facto, as primeiras áreas de ocupação em que se observa uma diminuição considerável do desempenho são o Lazer e o Trabalho. Em relação ao Trabalho, como este possui um carácter económico e social muito forte, o toxicodependente continua a desempenhar esta actividade até que a adição interfira determinantemente com esta área de ocupação. Em contextos problemáticos é comum que o consumo comece muito cedo, e por vezes alguns toxicodependentes não possuem qualquer competência relacionada com o desempenho de um trabalho por nunca terem experimentado esse tipo de actividade. Para fazer face às suas necessidades económicas, iniciam o pequeno tráfico, o roubo ou até a mendicância na rua. (Riley *et al*, 1998) No que diz respeito ao Lazer, o toxicodependente começa por abdicar do tempo que dedica a este tipo de actividades para o utilizar na procura, aquisição e consumo da substância. Como está, na maioria das vezes, associada ao consumo, quando abstinente, o toxicodependente tem dificuldade em identificar actividades de lazer diferentes das que associa ao consumo. Os interesses do indivíduo determinam a sua ocupação, criando atracção e desejo para a praticar, por isso antecipam momentos de prazer, não em actividades ditas saudáveis, mas sim em situações onde o consumo de substâncias é o principal objectivo.

Enquanto se encontram a consumir a substância eleita, é normal haver uma certa negligência ao nível das actividades de vida diária, nomeadamente no cuidado pessoal, na alimentação, na higiene e aprumo pessoal e no sono/descanso. Daí que, a Terapia Ocupacional (TO) se centre também na aprendizagem do uso do tempo para as diferentes áreas de ocupação. Durante o tratamento, o Terapeuta Ocupacional deve mostrar a importância e facilitar o envolvimento do indivíduo no cuidado do próprio corpo, que até aquele momento foi negligenciado, assim como na descoberta de novas actividades, que

sejam do interesse do indivíduo, e que possam ajudar à manutenção da abstinência. Actividades relacionadas com o Lazer, referidas anteriormente, em paralelo com os auto-cuidados, aumentam a auto-estima, e ajudam a diminuir o humor depressivo, comum nos primeiros dias de abstinência. A descoberta ou redescoberta de actividades significativas pode desenvolver a motivação necessária ao processo de mudança. No entanto, o principal objectivo da TO na intervenção com os toxicodpendentes deve ser a participação activa do doente no tratamento, garantindo que ele assume a responsabilidade pelas suas acções para melhorar as suas competências. (Stein *et al*, 2002)

Deste modo, através do uso terapêutico do Eu, de aconselhamento ocupacional, de actividades individuais e de grupo com base na ocupação, do treino de competências sociais e de técnicas criativas, o Terapeuta Ocupacional deve desempenhar o papel de catalisador, facilitando o processo de reconhecimento de comportamentos inadaptados exibidos durante as actividades. Assim, os toxicodpendentes podem desenvolver novos padrões de pensamentos e comportamentos dirigidos à recuperação. A realização de actividades significativas em contextos de desempenho diferentes dos contextos de consumo promove a aquisição de novos padrões de desempenho e levam ao desenvolvimento de novos hábitos e rotinas saudáveis. Por sua vez, o envolvimento em novas actividades, conduz à aquisição de novos papéis ocupacionais que aumentam a causalidade pessoal e, consequentemente os níveis volitivos do indivíduo.

Kielhofner, G. (2002) fundamenta a teoria do Modelo de Ocupação Humana num conceito fundamental: a Volição, explicada como um padrão de pensamentos e sentimentos acerca de cada um enquanto actor no seu mundo, no qual antecipa, escolhe, experimenta e interpreta o que faz. Assim, Volição é conceptualizada como sendo constituída pelo que é importante e significativo para o indivíduo (valores), pela noção de competência e eficácia do próprio (causalidade pessoal) e pelo que considera satisfatório (interesses). É a volição que guia as escolhas ocupacionais do indivíduo, que irão determinar muito do que faz, como por exemplo, o consumo de substâncias que o levarão à dependência.

Se por um lado, ao longo do período de abstinência a causalidade pessoal do indivíduo aumenta, pelo sentimento de auto-eficácia em relação ao consumo, ou seja, as competências de *coping* que vai adquirindo permitem-lhe atingir um sentimento de controlo do seu comportamento face ao consumo, por outro lado, a recaída origina uma crise motivacional profunda, na medida em que surge o sentimento de culpa e a causalidade pessoal diminui, pela extinção do sentimento de auto-eficácia, o que vai condicionar os tratamentos futuros. (Patrício, 2002) Hoje sabe-se que, apesar da realização de inúmeros tratamentos e da manutenção de grandes períodos de abstinência, é comum observar-se a recaída de toxicodpendentes em (processo de) recuperação. Neste processo poderão ser várias as desabituações a que alguns doentes se submetem e é necessário compreender a motivação para o tratamento em cada uma delas.

Neste sentido, alguns estudos (Becker *et al*, 2000, cit por Joe, G. W. *et al*, 2002) demonstram que uma capacidade funcional pobre e baixos níveis de motivação por parte do doente estão intimamente relacionados com um desempenho fraco durante o tratamento. Desta forma, indivíduos que não estão envolvidos e motivados têm tendência a abandonar prematuramente o tratamento. Por este motivo, e como já se sabe, a avaliação destes parâmetros neste tipo de doentes é fundamental para que possamos perceber se o tratamento que o utente está a receber é eficaz, e simultaneamente para que possamos alterar estes planos de acordo com as suas reais necessidades. Um outro estudo (De Leon e Simpson & Sells, 2001, cit por Joe, G. W. *et al*, 2002) refere que as características dos doentes, tais como o reconhecimento de problemas relacionados com o consumo de substâncias e o desejo de ajuda representam passos necessários no processo de mudança. Os autores deste último sugerem que é importante distinguir entre a motivação para mudar e o reconhecimento da necessidade de tratamento para que essa mudança ocorra (prontidão para o tratamento). É ainda importante diferenciar a motivação externa, como seria o caso de uma ordem judicial, da motivação interna, sendo esta última o alvo do nosso estudo, uma vez que é a motivação intrínseca de cada um para a acção – volição,

o conceito central deste trabalho. Desta forma, e como o nosso interesse é apenas perceber de que forma a volição dos indivíduos é influenciada pela recaída, e consequentemente pelo número de internamentos a que foram sujeitos, apenas consideramos objecto de estudo aqueles que se submeteram voluntariamente a tratamento.

Assim, o móbil para a realização deste estudo foi comparar os níveis de volição em indivíduos toxicod dependentes que frequentam a Unidade de Desabilitação (UD) Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes, que já o frequentaram pelo menos uma vez. Em paralelo, serão analisados os possíveis factores que influenciam a volição, para que no futuro possa ser criado um plano de estratégias que permita uma melhoria ao nível da prevenção da recaída. Assim consideramos como hipótese que os toxicod dependentes que realizam um primeiro tratamento numa UD apresentam um nível superior de Volição que os toxicod dependentes reincidentes neste tipo de tratamento.

## **2 – METODOLOGIA**

### **2.1 – Tipo de estudo**

Este estudo é do tipo quantitativo, observacional, analítico e transversal, que pretende comparar os níveis de volição em indivíduos que frequentam a Unidade de Desabilitação Norte pela primeira vez e em indivíduos reincidentes, ou seja, que já o frequentaram pelo menos uma vez. Para tal, foram realizadas uma Entrevista (OCAIRS) em contexto individual e uma actividade em contexto de grupo onde foram observados os comportamentos dos utentes, para o posterior preenchimento da escala do Questionário Volitivo.

### **2.2 – Amostra**

A População Alvo são os toxicod dependentes que frequentam CAT's da Região Norte de Portugal. Para o estudo foram seleccionados todos os utentes que frequentaram a UD Norte entre Abril e Julho de 2006 (constituiu-se a amostra através do método não-probabilístico de amostragem por conveniência). Definiram-se dois critérios de exclusão: a existência de outra doença mental associada (diagnóstico realizado pelo terapeuta do CAT de origem e que esteja

referenciado na Proposta de Internamento); e indivíduos a realizarem programa de substituição opiácea. O facto de poder haver desabilitação para uma ou mais substâncias de abuso não foi valorizado.

Foram formados 2 grupos: um grupo constituído por indivíduos que se submeteram pela 1ª vez a um tratamento na UD, e outro constituído por indivíduos reincidentes, que já o frequentaram pelo menos uma vez. Para a recolha de dados demográficos foi elaborado um guião (preenchido por observação indirecta) de acordo com os aspectos pertinentes, evidenciados nos estudos anteriores com os instrumentos em causa, para a constituição da amostra.

### **2.3 – Instrumentos**

A utilização destes instrumentos foi autorizada pelo Centro de Estudos da Ocupação Humana (CEOH) do Departamento Científico-Pedagógico de Terapia Ocupacional da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto, que possui um acordo académico de investigação com o Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de Illinois em Chicago para o desenvolvimento de estudos e validação para a população portuguesa dos diferentes instrumentos aí criados.

#### **2.3.1 – Questionário de volição (QV)**

O questionário volitivo foi criado para avaliar a volição em pessoas com limitações verbais, cognitivas e/ou físicas, através da observação, tal como a pessoa é representada no conceito de volição. Este questionário permite penetrar nos motivos interiores da pessoa e ao mesmo tempo informar como o ambiente realça ou atenua a volição. Este instrumento é constituído por uma escala de medição feita através de catorze indicadores comportamentais e um formulário de características ambientais. (Kielhofner, G. *et al*, 2003)

A Volição é um contínuo e pode ser representada por três estágios, de um nível mais baixo para um nível mais elevado de volição: exploração, competência e conquista. À exploração corresponde o nível mais baixo de motivação, em que o indivíduo mostra um desejo básico em realizar qualquer tipo de interacção com o ambiente e do qual resulta prazer. Já à competência corresponde à edificação de um senso de eficácia e

dívertimento associado à realização de coisas geradas através da exploração, e caracteriza-se pelo envolvimento e pela influência activa que o ambiente produz no indivíduo. A competência reflecte um crescimento do senso de controlo pessoal e um desejo de se esforçar mais para ser eficaz. Por último, a conquista, nível mais elevado, refere-se à motivação que o indivíduo apresenta para gerir novas competências ocupacionais e responder aos desafios colocados pelo ambiente, assim como o esforço para aumentar ou manter a capacidade de interagir com o ambiente. (Li, Y., 2004).

### 2.3.2 – Occupational circumstances assessment-interview and rating scale (OCAIRS)

A OCAIRS é um instrumento composto por uma entrevista semi-estruturada, uma escala de classificação e uma folha de sumário dos dados relativos ao cliente. É um instrumento que pode ser utilizado em todas as áreas de intervenção da TO. A chave de classificação contempla quatro escalões: Eficaz (sustenta a participação ocupacional), Dificuldade (menor interferência ou risco para a participação ocupacional), Fraqueza (maior interferência na participação ocupacional), Problema (impede a participação ocupacional). Este instrumento fornece uma estrutura para a recolha, análise e descrição da informação na amplitude e natureza da adaptação ocupacional do indivíduo. A entrevista é usada para recolher informação sobre a adaptação ocupacional e a participação, abordando os papéis ocupacionais, os hábitos, a causalidade pessoal, os valores, os interesses, as competências, os objectivos (a curto e longo prazo), as experiências passadas, o ambiente (social e físico), e a prontidão para a mudança. (Kielhofner, G., 2002)

### 2.4 – Análise de dados

Os dados recolhidos para a realização deste estudo foram tratados estatisticamente com o programa SPSS (*Statistic Package for Social Sciences*) versão 15.0.

Após consulta e análise crítica por parte de um grupo de peritos de TO do CEOH no uso destes instrumentos, modificaram-se as escalas dos mesmos, uma vez que o número de constituintes da amostra restringiu a aplicação de testes estatísticos que permitem a inferência

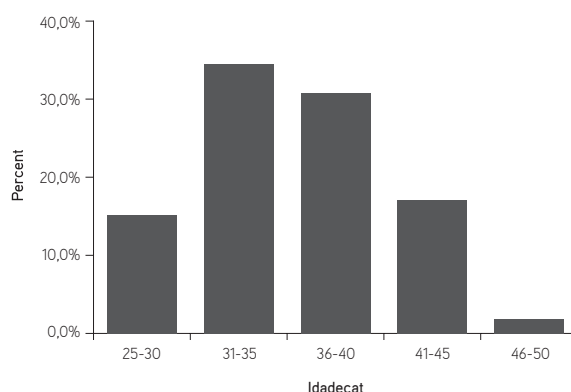
de resultados. Assim, de uma escala do tipo Lickert de quatro valores passou a ser usada uma escala adaptada do tipo Lickert mas de apenas dois valores, para que, com a aplicação dos testes estatísticos, o número de células com frequência esperada menor que 5 seja inferior a 20%. Foi feita uma análise descritiva e efectuados os testes de *Qui-Quadrado* e *Fisher*.

O facto de serem utilizados dois instrumentos de avaliação dos níveis volitivos deve-se à necessidade de validar, através da observação, a informação factual recolhida através da entrevista. Ao mesmo tempo, ao serem analisadas as várias componentes da volição, poder-se-á estabelecer um padrão de comportamento nos toxicodependentes que facilite a compreensão das áreas em défice.

## 3 – RESULTADOS

A amostra foi constituída por um total de 52 elementos, divididos em 2 grupos: 40,38% Primeiro Internamento e 59,62% Reincidentes. Relativamente à caracterização da amostra segundo parâmetros sociodemográficos não foi realizada uma separação pelos dois grupos de estudo visto em nenhum dos parâmetros ter sido encontrada uma diferença estatisticamente significativa.

GRÁFICO 1 – Distribuição da amostra relativamente à idade



No gráfico 1, podemos constatar que dos 52 indivíduos que constituem a amostra, 65,4% têm idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos, 15,4% menos de 30 anos e 19,2% mais do que 41, sendo que o indivíduo mais velho tem 48 anos.

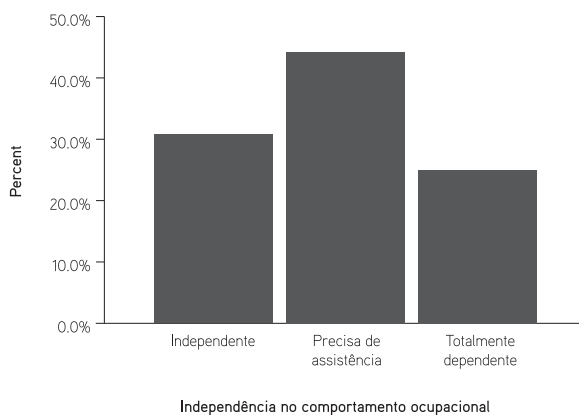
Outros dados da amostra:

- Género: 86,54% são do sexo masculino, enquanto 13,46% são do sexo feminino;
- Estado Civil: 61,54% referem ser solteiros, 23,08% casados e 15,38% divorciados;
- Habilitações Literárias: 25% apenas concluiu o 4º ano de escolaridade, 42,31% o 6º ano, 21,15% completou o 9º ano, 9,62% o 12º ano e apenas 1,92% ingressou no ensino superior tendo obtido o grau de licenciado;
- Situação Profissional: 76,9% encontra-se desempregado, sendo que dos restantes, 21,2% refere estar empregado e 1,9% tem a actividade doméstica como ocupação profissional.

Em relação ao comportamento ocupacional, ou seja, a forma como são ou não capazes de desempenhar as suas ocupações, 30,8% consideram-se independentes, 44,2% precisa de assistência e 25,0% são totalmente dependentes.

De seguida são apresentadas as tabelas com os resultados da análise inferencial realizada. Uma vez que estudamos amostras independentes, nominais, será realizada a análise inferencial recorrendo ao teste do Qui-Quadrado.

**GRÁFICO 2** – Distribuição da amostra relativamente à Independência no comportamento ocupacional



Para um nível de significância de  $p \leq 0,05$ , nos itens da OCAIRS, verifica-se que existe uma correlação entre o número de internamentos e os papéis ocupacionais, os hábitos, as competências e os objectivos a longo prazo (OLP). Esmiuçando estes dados relativamente aos papéis ocupacionais e aos hábitos, verifica-se que os indivíduos reincidentes e em primeiro internamento

**TABELA 1** – Associação entre Nº de Internamento e OCAIRS

**Test Statistics**

	Número de internamentos	OCAIRS papéis ocupacionais	OCAIRS hábitos	OCAIRS causalidade pessoal	OCAIRS valores	OCAIRS interesses
Chi-Square(a)	1,92	3,77	24,92	1,92	1,23	2,77
Df	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,17	0,05	0,00	0,17	0,27	0,10

	OCAIRS competências	OCAIRS objectivos a curto prazo (OCP)	OCAIRS objectivos a longo prazo (OCP)	OCAIRS interpretação de experiências passadas	OCAIRS ambiente físico	OCAIRS ambiente social	OCAIRS prontidão para a mudança
Chi-Square(a)	19,69	0,31	3,77	1,92	1,92	0,31	1,92
Df	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,00	0,58	0,05	0,17	0,17	0,58	0,17

a. 0 cells (0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 26,0.

apresentam aproximadamente a mesma noção de eficácia/dificuldade, enquanto se verifica o oposto em relação à fraqueza/problema. Neste segundo aspecto a diferença é consideravelmente maior, já que os reincidentes manifestam mais esta noção de fraqueza/problema. No que se refere às competências, a grande maioria, 42 dos 52 inquiridos, considera eficácia/dificuldade, sendo que os reincidentes são os que mais a apontam (27 dos 31 reincidentes). A distribuição das respostas relativas aos itens Valores e Interesses é muito semelhante para o grupo do Primeiro Internamento, enquanto são sentidos como fraqueza/problema para o grupo dos Reincidentes. Finalmente nos OLP a frequência de resposta fraqueza/problema por parte dos reincidentes é maior do que no grupo do Primeiro Internamento. De notar que no total, a maioria dos indivíduos refere eficácia/dificuldade em relação aos OCP, enquanto que nos OLP, fraqueza/problema foi maioritariamente apontado pelos dois grupos. No que diz respeito à interpretação de experiências passadas, a maior parte dos inquiridos refere fraqueza/problema, num total de 31, sendo que destes 19 são reincidentes.

Relativamente ao QV, para um nível de significância de  $p \leq 0,05$ , verifica-se que existe uma correlação entre o número de internamentos e os itens "inicia acções/tarefas", "procura responsabilidades adicionais", "mostra preferências" e "permanece envolvido". Assim, no item "inicia acções/tarefas", a maioria das classificações obtidas como passivo/hesitante foram pelos reincidentes, o que não se verifica relativamente a envolvido/espontâneo, já que as classificações foram muito semelhantes. Relativamente a "experimenta coisas novas", "mostra orgulho", e "mostra preferências", a classificação passivo/hesitante foi obtida em maioria por reincidentes, ao contrário de envolvido/espontâneo que foi maioritariamente conferida aos elementos do grupo do primeiro internamento. Da mesma forma, os indivíduos reincidentes obtiveram mais vezes a classificação passivo/hesitante, e os do primeiro internamento envolvido/espontâneo nos itens "procura desafios", "procura responsabilidades adicionais", "procura uma actividade para completar" e "investe energia/emoção/atenção adicionais".

No que se refere a "tenta corrigir os erros", "tenta resolver os problemas", "permanece envolvido" e

**TABELA 2** – Associação entre N<sup>o</sup> de Internamento e QV

	Número de internamentos	QV Mostra curiosidade	QV inicia acções tarefas	QV experimenta coisas novas	QV mostra orgulho	QV procura desafios	QV procura responsabilidades adicionais	QV tenta corrigir os erros
Chi-Square(a)	1,92	2,77	3,77	0,31	1,92	0,08	7,69	0,08
Df	1	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,17	0,10	0,05	0,58	0,17	0,78	0,01	0,78

	QV tenta resolver problemas	QV mostra preferências	QV procura uma actividade para completar	QV permanece envolvido	QV investe energia/emoção/atenção adicionais	QV indica objectivos	QV mostra que a actividade é importante ou significativa
Chi-Square(a)	0,08	3,77	0,31	7,69	0,08	1,92	1,23
Df	1	1	1	1	1	1	1
Asymp. Sig.	0,78	0,05	0,58	0,01	0,78	0,17	0,28

a. 0 cells (0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 26,0.

"indica objectivos" os indivíduos reincidentes obtiveram a classificação passivo/hesitante em maior número. Pelo contrário, os indivíduos em primeiro internamento tiveram mais vezes envolvido/hesitante, à excepção do item "indica objectivos" em que a classificação é semelhante.

Na tabela seguinte podem ser observados os resultados do Teste exacto de *Fisher*, que pretende analisar a presença de associação entre o número de internamentos, os itens da OCAIRS e do QV. Na tabela são apresentados unicamente os resultados onde se encontraram evidências estatísticas (para um nível de significância de  $p \leq 0,05$ ).

#### 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Um dos dados relevantes encontrado prende-se com o facto de mais de metade dos indivíduos que constituem a amostra serem reincidentes. Tendo em conta que foram incluídos no estudo todos os toxicodependentes que não apresentaram critérios de exclusão, isto permite-nos constatar que poderá haver mais indivíduos reincidentes a procurar a UD. Quanto à situação profissional, apesar do trabalho ser, normalmente, a última área de ocupação a ser fortemente negligenciada pelos toxicodependentes, uma vez que constitui uma fonte de rendimentos (Konkol, B. *et al*, 1988), 73% dos indivíduos que constituem a amostra estão desempregados.

**TABELA 3** – Teste exacto de Fisher: Nº de Internamentos, QV e OCAIRS

Chi-Square Tests		Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
<b>QV-Experimenta coisas novas * OCAIRS-Interpretação de experiências passadas * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	1	0,58
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	<b>0,02</b>	<b>0,02</b>
<b>QV-Procura uma actividade para completar * OCAIRS-Objectivos a curto prazo * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	1	0,59
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>
<b>QV-Procura uma actividade para completar * OCAIRS-Objectivos a longo prazo * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	0,45	0,31
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	<b>0,05</b>	<b>0,04</b>
<b>QV-Procura uma actividade para completar * OCAIRS-Ambiente Físico * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	0,33	0,26
<b>QV-Permanece envolvido * OCAIRS-Ambiente Físico * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	1	0,63
<b>QV-Permanece envolvido * OCAIRS-Prontidão para a mudança * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	0,48	0,26
<b>QV-Investe energia/emoção/atenção adicionais * OCAIRS-Causalidade pessoal * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	0,31	0,26
<b>QV-Mostra que a actividade é importante ou significativa * OCAIRS-Causalidade pessoal * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	<b>0,05</b>	<b>0,05</b>
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	0,20	0,14
<b>QV-Mostra que a actividade é importante ou significativa * OCAIRS-Valores * Número de internamentos</b>			
Reincidente	Fisher's Exact Test	1	0,51
Primeiro internamento/Primeiro internamento na UD	Fisher's Exact Test	<b>0,03</b>	<b>0,02</b>



No que diz respeito à independência no comportamento ocupacional, apesar das frequências se distribuírem equitativamente, a percentagem de indivíduos que precisa de assistência é maior (44,23%), o que revela que estes indivíduos têm dificuldades em gerir a sua vida sem auxílio de terceiros.

Quando analisamos os dados recolhidos através da OCAIRS, podemos ver que os indivíduos reincidentes sentem em todos os itens fraqueza/problema, à excepção da Causalidade Pessoal, das Competências e dos Ambientes Físico e Social. De facto, estes indivíduos sentem-se eficazes nas suas escolhas, sentem orgulho nas suas vidas e antevêem um futuro com sucesso, principalmente no que diz respeito ao controlo da sua doença. Na realidade, estes indivíduos têm pouca capacidade para perceber que o seu problema tem uma resolução morosa, e estabelecem com mais facilidade objectivos a curto e a longo prazo.

Já ao nível das competências, poucos elementos, apenas 10 dos 52 constituintes da amostra, consideram ter problemas, embora a literatura descreva que indivíduos toxicodpendentes apresentam frequentemente problemas nas competências de comunicação/interacção, nas competências de processo, por deterioração mental, ou ainda nas competências motoras, por diminuição da resistência e tolerância ao exercício. (Reed, K. L., 1991)

Relativamente aos Ambientes Físico e Social, nota-se também que a maioria dos reincidentes considera eficácia/dificuldade, embora normalmente, estes ambientes incluam o círculo de relações ligadas ao consumo e que constituem risco de recaída. Contrariamente ao que os reincidentes responderam, alguns autores dizem que é necessário facilitar o processo em que o indivíduo pode proceder a mudanças no seu ambiente que o ajudem a manter-se abstinente, como por exemplo o estabelecimento de novos relacionamentos com pessoas que não usem drogas.

No QV os resultados obtidos foram semelhantes, uma vez que os indivíduos reincidentes preencheram, em quase todos os itens, a classificação passivo/hesitante, à excepção de "inicia acções/tarefas" e

"permanece envolvido". Já os que estão internados pela primeira vez obtiveram a classificação envolvido/espontâneo em todos os itens à excepção de "procura responsabilidades adicionais" e "indica objectivos", embora neste último a diferença seja mínima. Assim, analisando unicamente os resultados fornecidos pela aplicação deste instrumento, que nos garante que a informação recolhida é fiável, podemos concluir que os indivíduos reincidentes apresentam uma volição mais baixa, tendo dificuldades em quase todos os itens que a constituem.

Na tabela 3 é possível observar as relações existentes entre o número de internamentos, os itens da OCAIRS e do QV. Assim, observa-se relação entre os itens "experimenta coisas novas" e a "interpretação de experiências passadas", relativamente ao primeiro internamento, isto é, estes indivíduos interpretam experiências passadas e têm uma atitude positiva face a experimentar coisas novas, diferente dos indivíduos reincidentes, provavelmente por a experiência do internamento para estes últimos já não ser nova. Observa-se também uma relação entre a "procura de uma actividade para completar", e os "objectivos a curto e longo prazo" com o primeiro internamento, ou seja, verifica-se que os sujeitos que estão internados pela primeira vez têm mais presente nas suas vidas a importância de desempenhar uma actividade, e mesmo quando se deparam com uma dificuldade, persistem na sua conclusão. Os reincidentes têm mais facilidade em definir objectivos a curto e longo prazo, mas têm dificuldade em "procura uma actividade para completar", o que nos indicia que provavelmente não se empenhem na concretização daquilo a que se propõem.

Da mesma forma, verifica-se uma relação entre os indivíduos reincidentes, o "ambiente físico" e os itens "procura uma actividade para completar" e "permanece envolvido". Estes dois últimos estão intimamente relacionados, uma vez que a volição com que o indivíduo realiza a actividade, determina se ele se envolve e persiste no cumprimento das tarefas necessárias. Tal comprova a importância do ambiente (contextos) para que os reincidentes permaneçam envolvidos e procurem completar o que se propõem

fazer. Por outro lado, o item "permanece envolvido" relaciona-se com a "prontidão para a mudança" nos reincidentes. O que poderá revelar que estes indivíduos mostram ter uma ligação emocional com a actividade que estão a realizar, e simultaneamente se sentem com capacidade para fazer grandes mudanças na sua vida ou na sua rotina.

Observando os resultados dos dois instrumentos podemos dizer que os indivíduos que estão internados pela primeira vez se envolvem com mais facilidade nas actividades que lhes são propostas e que apresentam uma volição mais elevada. Se decomposermos as componentes da volição, de acordo com a descrição de Kielhofner, G. (2002), esta é constituída pelo que é importante e significativo para o indivíduo (valores), pela noção de competência e eficácia do próprio (causalidade pessoal) e pelo que considera satisfatório (interesses). Da observação dos resultados obtidos, através da entrevista OCAIRS, deduzimos que os indivíduos em primeiro internamento respondem de forma equitativa tanto em eficácia/dificuldade como fraqueza/problema. O que já não acontece com os reincidentes, que manifestam fraqueza/problema relativamente aos valores e interesses, e eficácia/dificuldade em relação à causalidade pessoal. De facto, os reincidentes, que durante a entrevista mostram ter a causalidade pessoal elevada, obtêm classificações de passivo/hesitante nos itens "mostra orgulho", "procura desafios" e "procura responsabilidades adicionais". Isto permite-nos concluir que, durante a entrevista, estes indivíduos afirmam sentir-se eficazes no seu desempenho ocupacional, revelando uma das características comuns nesta população – narcisismo (Ray, O. *et al*, 1996). Assim, podemos verificar a pertinência da utilização dos dois instrumentos, já que os resultados do QV contrariam os da OCAIRS. Por outro lado, os indivíduos do grupo do primeiro internamento demonstram ter uma volição elevada, comprovada pela análise do QV, onde obtiveram na maioria das classificações envolvido/espontâneo, apesar de na OCAIRS não serem encontradas evidências suficientes para afirmar isso. A hipótese inicialmente colocada – os toxicodependentes que realizam um primeiro tratamento numa UD

apresentam um nível superior de Volição que os reincidentes – foi verificada. Foi possível observar diferenças significativas nos níveis volitivos dos elementos dos dois grupos. Para isto, o uso dos dois instrumentos foi fundamental, pois permitiu-nos perceber que a visão que o próprio tem de si e da sua doença não corresponde à realidade, ou seja, a forma como age e se envolve no que lhe é proposto refuta algumas das afirmações que faz.

## 5 – CONCLUSÃO

Estudos realizados acerca do envolvimento dos doentes no tratamento e das estratégias a abordar são escassos, principalmente à luz da TO. Na sua prática profissional, uma das funções do Terapeuta Ocupacional consiste em fornecer ao indivíduo as ferramentas necessárias para que ele desempenhe as ocupações que lhe trazem satisfação. Este processo precisa de orientação por parte da TO e implica que o doente compreenda a doença e as suas limitações. Para isso, é imprescindível que adquira a volição necessária ao processo de mudança, que o fará descobrir novas formas de vida e o ajudará a estruturar os seus contextos, de modo a manter a abstinência.

O objectivo de estudo a que nos propusemos foi cumprido, uma vez que foi possível concluir, com evidências estatísticas, que há diferenças ao nível da volição entre os dois grupos analisados. De facto, concluímos que os indivíduos reincidentes apresentam níveis de volição mais baixos que os que estão em situação de internamento pela primeira vez. Razão que os leva a considerar os tratamentos cada vez mais difíceis depois de sucessivas recaídas.

Isto remete-nos para a necessidade de prevenir a recaída, e de intervir ao nível da volição para que, quando o toxicodependente recair, o novo tratamento seja bem sucedido. Assim seria de todo necessário que novas formas de abordagem sejam desenvolvidas e que programas de intervenção primária sejam postos em prática, para que a recuperação de indivíduos com esta doença seja mais eficaz. Nestes programas o papel do Terapeuta Ocupacional seria importante na medida em que a delineação de objectivos exequíveis e

a participação em actividades de interesse garantindo um maior envolvimento e participação, poderiam, não só aumentar o verdadeiro sentido de auto-eficácia, como constituir uma força impulsionadora para o processo de mudança. Desta forma, seria interessante que, num futuro estudo, a hipótese de um programa de intervenção primária – antes da desabilitação – influenciar positivamente os níveis de volição de indivíduos reincidentes fosse testada.

O Terapeuta Ocupacional facilita a reestruturação da identidade, através da adaptação a uma nova condição. Encara o toxicodependente enquanto ser ocupacional, que é tudo o que faz do uso do tempo, das capacidades e do que o contexto lhe oferece. Tem como princípio de intervenção a reabilitação com vista à ocupação, e partindo do princípio que a realização de actividades significativas aumenta os níveis de volição do indivíduo para se manter abstinente, a sua intervenção neste contexto terapêutico é de extrema e imprescindível importância.

## CONTACTOS:

### CELSE TEIXEIRA

Terapeuta Ocupacional  
Unidade de Desabilitação Norte (Cedofeita – Porto) IDT, I.P.  
Rua Álvares Cabral, 328, 4050-040 PORTO  
celso.xavier@tvtel.pt  
Tel. 222 074 995

### MADALENA RICOU

Terapeuta Ocupacional  
Esc. Superior de Tecnologia da Saúde Porto  
madalenaricou@hotmail.com

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angel P, Richard D, Valleur M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bonder BR. (2004). "Substance-Related Disorders". In: Bonder BR. *Psychopathology and Function*. 3<sup>rd</sup> Edition. Thorofare: Slack Incorporated; Pp. 97-90.
- Christiansen CH., Townsend EA. (2004). *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living*. New Jersey: Prentice Hall.
- Crepeau EB., Cohn ES., Boyt Schell BA. (2003). *Willard & Spackman's: Occupational Therapy*. 10<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Joe GW, Ed.D, Broome KM, Rowan-Szal GA, Simpson DD. (2002). "Measuring patient attributes and engagement in treatment". *J S Abuse Treatment*, 22: Pp. 183-196.
- Kielhofner G. (2002). *Model Of Human Occupation: Theory and Application*. 3<sup>rd</sup> Edition. Baltimor: Lippincott Williams & Wilhins.
- Kielhofner G., de las Heras CG, Geist R & Li Y. (2003). *The Volitional Questionnaire (VQ) (Version 4.0)*. Chicago: Model of Human Occupation Clearinghouse, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences. Chicago: University of Illinois.
- Konkol B, Schneider MJ. (1988). "Treatment of Substance Abuse and Alcoholism". In: Scott DW, Katz N. *Occupational Therapy in Mental Health: Principles in Practice*. London, New York and Philadelphia: Taylor & Francis; Pp. 196-204.
- Li Y. (2004). *Psychometric Properties of the Volitional Questionnaire*. Chicago: University of Illinois.
- Macdonald EM. (1998). *Terapia Ocupacional em Reabilitação*. 4<sup>a</sup>ed. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Patrício LD. (2002). *Droga para que se saiba*. Porto: Livraria Figueirinhas.
- Ray O, Ksir C. (1996). *Drugs, Society, & Human Behavior*. 7<sup>a</sup> ed. Missouri: Mosby.
- Reed KL. (1991). *Quick Reference to Occupational Therapy*. Maryland: Aspen Publishers, Inc; Pp. 493-502.
- Riley K, Ramsey R, Cara E. (1998). "Substance Abuse and Occupational Therapy". In: Cara E, Macrae A. *Psychosocial Occupational Therapy: A Clinical Practice*. New York: Thomson Delmar Learning; Pp. 227-256.
- Stein F, Cutler SK. (2002). *Psychosocial Occupational Therapy: A Holistic Approach*. New York: Thomson Delmar Learning.
- Stoffel V, Moyers P. (2001). *Occupational Therapy Practice Guidelines for Substance Use Disorders*. Maryland: American Occupational Therapy Association, Inc.
- The Comission of Practice. (2002). *Occupational Therapy-practice framework: Domains ad process. Draft XVIII final*. Maryland: AOTA, Inc.
- Zeldenryk L, Yalmambirra. (2006). "Occupational deprivation: a consequence of Australia's policy of assimilation". *Australian Occupational Therapy Journal*; 53(1): Pp. 43-46.

