

PADRÕES, CRENÇAS E EXPECTATIVAS DE CONSUMO DE ÁLCOOL E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA NUMA AMOSTRA DE UTENTES EM TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO COM METADONA

ISABEL TORRES
SÓNIA RODRIGUES

RESUMO: Com a realização deste estudo, pretendemos identificar e verificar a relação entre os diferentes padrões de consumo de álcool, crenças e expectativas pessoais inerentes ao consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica, em utentes incluídos em tratamento de manutenção com metadona (TMM). Esta investigação desenvolveu-se numa amostra de 50 sujeitos avaliados na Unidade de Matosinhos, CRI Ocidental. Foram estabelecidos quatro tipos de padrões de consumo de álcool: abstémios e de baixo risco; risco; nocivo e de dependência. Verificámos, relativamente a estes padrões, a evidência problemática de consumo de álcool nestes utentes, destacando-se na amostra uma elevada percentagem de consumo de risco e nocivo, ou seja, de alto risco. Relativamente à manifestação de sintomatologia psicopatológica, os resultados indicam que os sujeitos identificados como perturbados emocionalmente apresentam valores estatisticamente significativos nos padrões de consumo de álcool. Quando estudadas as expectativas e crenças verificamos que a relação entre estas variáveis, quando correlacionadas com o consumo, parece ser preditora do consumo de álcool. Comprovamos a existência de um elevado número de expectativas positivas em relação ao efeito do álcool nos sujeitos perturbados emocionalmente. Estes dados sugerem-nos uma relação entre Padrões de Consumo de Álcool, Expectativas e Crenças positivas inerentes ao consumo de álcool e a existência de Sintomatologia Psicopatológica.

Palavras-chave: Toxicodpendência; Padrões consumo; Álcool; Crenças e expectativas; Sintomatologia psicopatológica; Metadona.

RÉSUMÉ: Cette étude prétend identifier et analyser la relation entre les différentes normes de consommation d'alcool, les croyances et les attentes personnelles inhérentes à la consommation d'alcool et symptomatologie psychopathologique, dans des consommateurs inclus dans un traitement de maintenance à la méthadone (TMM). Cette recherche s'est développée dans un échantillon de 50 sujets évalués dans l'Unité de Matosinhos, CRI Ocidental. On a établi quatre types de normes de consommation d'alcool: abstèmes et bas risque; risque; néfaste et dépendance. Nous vérifions l'évidence d'une consommation d'alcool problématique dans cette population, vue qu'il y a dans l'échantillon étudié un pourcentage élevé de consommation de risque et néfaste, soit de haut risque.

Dans ce qui concerne la manifestation de symptomatologie psychopathologique, les résultats indiquent que les sujets identifiés comme dérangés émotionnellement présentent des valeurs statistiquement significatives dans les normes de consommation d'alcool. Considérant les attentes et les croyances nous vérifions que la relation entre ces variables, corrélées avec la consommation, semble être un prédicteur de la consommation d'alcool. Nous vérifions l'existence d'un nombre élevé d'attentes positives concernant l'effet de l'alcool dans les sujets émotionnellement aliénés. Ces données suggèrent une relation entre les schémas de consommation d'alcool, les attentes et les croyances positives inhérentes à la consommation d'alcool et l'existence de symptomatologie psychopathologique.

Mots-clé: Toxicomanie; Normes de consommation; Alcool; Croyances et attentes; Symptomatologie psychopathologique; Méthadone.

ABSTRACT: The main objective of this study was to identify and analyse the relationship between different patterns of alcohol use, personal beliefs, expectations related to alcohol consumption and psychopathic symptomatology in users included in the substitution treatment with methadone (TMM). This study was developed with a sample of 50 subjects evaluated in the Unity of Matosinhos, CRI Ocidental. Four types of consumption patterns were established: abstemious and low risk; risk; nocive and dependency. Taking into account these patterns of alcohol consumption, we found evidence of a problematic alcohol consumption in these users, since a high percentage of risk and harmful consumption stood out within the sample. Taking into account the psychopathic symptomatology manifestation, the results suggest that the subjects identified as emotionally disturbed show statistically significant values on the patterns of alcohol consumption. When expectations and beliefs were studied we verified that the relationship between expectations and beliefs and consumption seems to be a predictor for alcohol consumption. We found many positive expectations about the effects of alcohol in the subjects who are emotionally disturbed; this suggests an underlying relationship between consumption patterns, beliefs and expectations and the existence of psychopathic symptomatology.

Key Words: Drug Addiction; Alcohol; Beliefs and Expectations; Psychopathic Symptomatology; Methadone.

1. INTRODUÇÃO

O tratamento de manutenção com metadona (TMM), é uma forma de substituição opiácea amplamente utilizada, sendo uma intervenção efectiva para o tratamento da dependência de heroína na medida em que, retém os utentes em tratamento, diminui o uso de heroína e problemas relacionados com a saúde e criminalidade associada (Bertschy, 1995; Mattick *et al.*, 2003), entre outros aspectos.

Espera-se através do TMM que este promova uma redução ou eliminação do consumo de opiáceos ilícitos. Contudo, verificamos que muitos utentes apesar da toma diária de metadona continuam a consumir quer substâncias ilícitas quer substâncias lícitas. Nesta última categoria destacamos o álcool, que apesar de ser uma substância lícita acarreta consequências negativas quer para o utente quer para o processo de tratamento, quer também em termos de saúde pública. Desta forma, o consumo de álcool deve ser valorizado no TMM, não lhe devendo ser retirada importância e gravidade quando avaliamos e intervimos juntos destes utentes.

Como refere Patrício (2002), os dependentes têm uma dificuldade em respeitar a abstinência de heroína e de outras substâncias, nomeadamente o álcool. Este tipo de consumos alternativos podem traduzir por um lado a manutenção do consumo de drogas, e podem por outro expor o utente a riscos acrescidos.

A investigação clínica tem comprovado a existência de consumo excessivo e problemas relacionados com o consumo de álcool em toxicodependentes inseridos em TMM. Um estudo concluiu que um em dez indivíduos apresenta critérios de dependência de álcool. Outros estudos apontam mais de metade (52%) de indivíduos com indicadores positivos de consumo de álcool e 32% de doentes com critérios mais severos para o abuso de bebidas alcoólicas (Rittmannsberger, 2000).

Os estudos acerca do consumo de álcool durante o TMM são controversos. Um estudo sugere que o consumo de álcool aumenta após entrada no TMM (D'Auno & Vaught, 1992), enquanto outras investigações indicam um consumo constante durante este tratamento (Ball & Ross, 1991; Fairbank, Dunteman & Condelli, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000).

O consumo de álcool anterior à admissão em TMM foi também debatido em diversos estudos: enquanto alguns autores verificaram que o uso excessivo de álcool existe de uma forma continuada antes da entrada em TMM (Joseph & Appel, 1985; EL-

-Bassel *et al.*, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000), outros autores assinalaram uma relação inversa entre o uso de heroína e álcool muito tempo antes da entrada em TMM (Anglin *et al.*, 1989). Assim, o uso de álcool antes da entrada em TMM parece ser preditivo da quantidade de álcool usado na pós-admissão em TMM (Kaufman, 1982; Hunt *et al.*, 1986; Fairbank, Dunteman & Condelli, 1993).

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

O abandono do TMM por parte de alguns utentes é explicado pelo abuso de álcool. Assim Joseph e Appel (1985), referem que entre 11 a 26% de desistências do programa de metadona parecem estar relacionados com o uso desta substância.

Estes dados, como um todo, sugerem que os utentes em metadona têm elevados níveis de dependência de álcool ou padrões de consumo abusivo que afectam adversamente a adesão ao programa, assim como o seu estado de saúde físico e mental (EL-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999). Desta forma, o uso de álcool por estes utentes está associado ao aumento da actividade criminal (Roszell, Calsyn & Chaney, 1986), a uma maior incidência de sintomas psiquiátricos e problemas psicológicos (EL-Bassel *et al.*, 1993), a um funcionamento social deficitário, tendo também maior probabilidade de continuar a usar drogas ilícitas e sofrer risco de overdose (Joseph & Appel, 1985; Chatman *et al.*, 1995; Best *et al.*, 1999).

Relativamente à psicopatologia, estudos realizados evidenciam o facto de o consumo de substâncias psicoactivas se encontrar frequentemente associado à existência de perturbações mentais. Um estudo realizado por Regier e colaboradores (1996, cit. in, Oken *et al.*, 1997), demonstrou que mais de metade dos sujeitos (53%) com história de consumo de substâncias psicoactivas, também possuía diagnóstico de perturbação mental. Aproximadamente dois terços dos sujeitos com diagnóstico de dependência de substâncias têm, ou pelo menos tiveram, em algum momento das suas vidas, diagnóstico de perturbação mental. Cerca de 15% dos indivíduos com diagnóstico "crónico" de perturbação, já teve contacto com substâncias ilícitas.

Quanto ao alcoolismo, Rosa (1999) defende a importância do estudo de diferentes quadros de patologia psiquiátrica associada a esta dependência. Segundo a autora "a grande acessibilidade

do álcool e a sua procura como lenitivo de todos os mal-estares, são por vezes o motivo que leva a complicações de uma patologia subjacente” (p. 79). A autora sublinha a ideia de que a coexistência de doença psiquiátrica e consumo excessivo de álcool não significa que todos os indivíduos com problemas ligados ao álcool tenham doença psiquiátrica. No entanto, todo aquele que tenha bebida alcoólica à sua disposição e sofra desconforto psicológico tem maior tendência a utilizar o álcool como forma de se auto-medicar, devido aos seus efeitos ansiolíticos, analgésicos, tranquilizantes e ao alívio de sentimentos desagradáveis. Na prática clínica, estes doentes, representam um desafio para os seus terapeutas uma vez que o seu tratamento é mais lento e a probabilidade de recaírem é superior à dos indivíduos sem patologia psiquiátrica.

Pela breve revisão da literatura científica efectuada, pudemos verificar que a maioria dos estudos referenciados não foram realizados no nosso país e que estas investigações têm em comum o facto de serem pouco actuais. As autoras estiveram atentas a estes factos, uma vez que se constituíram como uma dificuldade, mas ao mesmo tempo, e sobretudo, como um desafio na concretização deste estudo.

Neste sentido, consideramos que os resultados da investigação que realizámos são passíveis de serem aplicados na prática clínica, uma vez que verificamos que muitos utentes mantêm e/ou desenvolvem consumos de álcool concomitantemente à toma diária de metadona e que muito deles manifestam patologia psiquiátrica. Este consumo converte-se assim, num problema quer para a estabilidade, adesão, progressão e curso do tratamento quer para as perspectivas de saúde individuais e familiares destes indivíduos. Tratar estes utentes coloca inquestionavelmente desafios aos técnicos que com eles trabalham. Estes desafios deverão constituir-se como ponto de partida na procura activa de estratégias de resolução desta problemática, onde o primeiro passo poderá ser a identificação do consumo de álcool junto a esta população.

2. METODOLOGIA

2.1. Justificação do estudo empírico

Consideramos que, a avaliação dos padrões de consumo de álcool permite a leitura quer do aumento do consumo quer da sua diminuição e desta forma possibilita a adequação consistente do tratamento. A identificação destes padrões permitirá pois, alertar os clínicos sobre a necessidade de aconselhar e intervir com

utentes cujo consumo possa afectar negativamente os aspectos do seu tratamento. Desta forma, o conhecimento dos efeitos prejudiciais do consumo de álcool, é um aspecto importante na prevenção dos riscos e danos associados ao uso desta substância. O rastreio, através de instrumentos de diagnósticos adequados, deverá ser prática comum nas unidades especializadas de tratamento de comportamentos aditivos. Este rastreio, permitirá por um lado informar o indivíduo de forma clara e objectiva quanto ao uso de álcool e as suas repercussões a nível médico e psicossocial e por outro ajudar os técnicos de saúde a estabelecer o diagnóstico do estado actual do utente e desenvolver a assistência e esforço adequado, adaptando a intervenção por forma a parar ou reduzir o consumo.

Compreender os determinantes psicológicos e sociais das atitudes e comportamentos que possam influenciar a manutenção e/ou desenvolvimento de padrões de consumo de álcool entre os utentes em TMM, parece-nos também importante no sentido de descortinar este problema. Assim, conhecer as crenças e expectativas pessoais acerca do comportamento de ingestão de álcool, pode ser útil na análise destas influências para promover a oferta de tratamento. Acreditamos ser necessário que os técnicos que trabalham com estes indivíduos se comprometam na avaliação e aconselhamento acerca destas variáveis. Optámos pelo estudo dos determinantes causais da aquisição e/ou manutenção de hábitos de bebida, disfuncionais ou não, isto é, da influência das variáveis cognitivas na decisão de beber, devido à influência que estes determinantes exercem nesta decisão e pela possibilidade que dá aos técnicos de saúde poderem trabalhar estas variáveis.

Constatamos frequentemente que o consumo de substâncias psicoactivas está associado à presença de outro quadro psiquiátrico, que pode ter fundamentalmente um valor etiológico e/ou de manutenção e que por outro lado, a toxicodependência pode ser factor etiológico de outras patologias psiquiátricas. Desta forma, a comprovada importância que os diferentes quadros de patologia psiquiátrica associada à toxicodependência têm, conduziu-nos a estudar a prevalência de sintomatologia psicopatológica e a relação entre os diferentes padrões de consumo de álcool.

2.2. Objectivo da investigação

O objectivo geral deste estudo é, como já foi referido, verificar a relação entre os diferentes padrões do uso álcool, as crenças e expectativas inerentes ao consumo de álcool e a existência de sintomatologia psicopatológica em utentes em TMM.

2.3. Tipo de estudo

Este estudo é do tipo descritivo, transversal e correlacional. Trata-se de um estudo *descritivo* na medida em que nos são fornecidas informações acerca da população em estudo. Estamos perante um estudo transversal uma vez que nos focamos apenas num único grupo representativo da população em estudo avaliado num único momento (Ribeiro, 1998). O método epidemiológico é correlacional uma vez que nos propomos recolher dados, de forma a estabelecer em que medida existe uma relação entre as variáveis em estudo, apreciando-se o grau de variação conjunta entre as variáveis, no sentido de se diferenciar grupos e observar em que medida os valores de uma variável tende a aparecer associados com a variação dos valores de outra (Almeida & Freire, 1997), analisando-se assim, a correlação existente entre as variáveis.

2.4. Seleção da amostra

O presente estudo decorreu numa unidade especializada de tratamento de toxicodependentes em regime ambulatorio – Unidade de Matosinhos, CRI Ocidental.

A selecção da amostra obedeceu a três critérios: **1)** Utentes diagnosticados, aquando do pedido inicial de tratamento, como indivíduos com perturbação relacionada com dependência de opiáceos; **2)** Utentes inseridos, no momento do estudo, em programa terapêutico específico para a dependência de opiáceos: TMM e **3)** Utentes a cumprir critérios de abstinência para os consumos de heroína e cocaína há pelo menos um mês e meio.

Salientamos que nos deparamos com alguma dificuldade na constituição da amostra clínica deste estudo, uma vez que o terceiro critério impossibilitou a admissão de grande parte dos utentes em TMM. Insistimos neste critério, uma vez que funcionou como garantia de que as respostas aos questionários não estariam, ou estariam minimamente, enviesadas por estados alterados de consciência. Tal como refere claramente a APA (*American Psychiatric Association*), quando se pretende avaliar a sintomatologia psicopatológica no toxicodependente, toda a psicopatologia encontrada nos estados de intoxicação ou ao longo das primeiras quatro semanas de abstinência, poderá sempre ser considerada secundária aos consumos ou induzida pelo próprio estado de abstinência. Por outro lado, regra geral “os sintomas que persistem por mais de quatro semanas após a cessação da intoxicação ou abstinência agudas deverão ser consideradas

como uma manifestação de uma perturbação mental independente não induzida por substâncias, ou de uma perturbação persistente induzida por substâncias” (DSM. - IV-TR). A amostra ficou constituída por 50 sujeitos que frequentam a consulta externa.

2.5. Procedimentos de recolha de dados

A recolha da amostra decorreu entre Março e Maio de 2006. Os participantes foram recrutados por convocatória das terapeutas ou à medida que compareciam às consultas e/ou toma de medicação.

Numa primeira fase, foi solicitada a colaboração voluntária dos sujeitos com explicação sobre a natureza do estudo e tipo de tratamento dos dados. O preenchimento dos questionários foi efectuado sempre na presença das investigadoras responsáveis. Na primeira parte da sessão, a entrevistadora administrava oralmente o **Questionário Sociodemográfico**⁽¹⁾. Num segundo momento, procedia-se ao preenchimento, também assistido, dos restantes três instrumentos: *Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*⁽²⁾; Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (**IECPA**)⁽³⁾ e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (**BSI**)⁽⁴⁾. Sempre que solicitado a investigadora esclarecia dúvidas, desfazendo pequenos equívocos, ou auxiliando a uma melhor compreensão dos itens.

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao Programa SPSS para Windows 11.0.

2.6. Caracterização e Enquadramento Sociodemográfico da Amostra

A amostra é constituída por 50 sujeitos em TMM na Unidade de Matosinhos. É notória a predominância do **sexo** masculino (80%) em relação ao feminino (20%), o que se aproxima dos dados estatísticos representativos existentes a nível nacional e internacional. A idade média é de 37 anos, com valores que variam entre os 25 e os 48 anos de idade ($X = 36.47$; $DP = 5.63$). Quanto ao **estado civil**, 46% são solteiros, 28% são casados, 4% vivem em união de facto, 18% são divorciados e 2% são viúvos. Relativamente à **escolaridade**, metade dos sujeitos têm entre 5 a 9 anos de estudo, com apenas 4 anos de estudo encontramos 36% dos sujeitos e só 10% da amostra frequentou o 12º ano de escolaridade. Quanto à **actividade profissional**, constatamos que a maioria, 64%, mantém actividade profissional remunerada.

Em relação à **situação clínica e história de consumos** verificamos que maioria dos utentes, 94%, iniciou os consumos da **primeira substância psicoactiva** com haxixe, seguindo-se a heroína, com 4% e depois o álcool com 2% dos utentes. A **idade** total dos sujeitos aquando do início desta **primeira substância psicoactiva** varia entre os 9 e os 25 anos de idade, com uma média de idade de 16 anos ($X= 15.66$; $DP= 2.87$). A **droga principal** é para 90% dos utentes a heroína, seguida de heroína e cocaína combinadas (*speed ball*) em 6% dos casos, o consumo de cocaína e heroína está representado em 2% dos casos e finalmente a base de coca é para 2% dos utentes a droga principal. A **idade** dos sujeitos relativamente ao consumo da **droga principal** varia entre um valor mínimo de 13 anos a um valor máximo de 36 anos, com uma média de 20 anos ($X= 20.13$; $DP= 5.14$). Relativamente às **drogas secundárias** destaca-se o uso de cocaína por 76% dos sujeitos e base de coca em 22% dos casos. A heroína surge como droga secundária em apenas 2% dos indivíduos. Relativamente ao **tempo total de início de consumo de álcool**, apresenta um valor mínimo de 1 ano e um máximo de 30 anos ($X= 16.85$; $DP= 4.45$).

No que diz respeito, à variável **tempo de permanência em**

tratamento, os resultados apresentam um valor mínimo de 2 meses e um valor máximo de 84 meses ($X= 27.56$; $DP= 21.29$). O **tempo de abstinência** apresenta um valor mínimo de um mês e meio e um valor máximo de 70 meses ($X= 16.78$; $DP= 17.78$). Caracterizou-se ainda a amostra em estudo, através de questionamento directo a cada um dos sujeitos, quanto à **existência de problemas psiquiátricos na família**. Os resultados, que adiante iremos discutir com maior detalhe, sugerem um reduzido número de sujeitos com existência de problemas psiquiátricos na família (22%). Optamos ainda por caracterizar a amostra quanto aos **antecedentes familiares de consumo abusivo de álcool** e verificamos que a maioria dos utentes (52%) não têm qualquer familiar com esta problemática na família (de origem ou alargada) enquanto que os restantes 48% têm ascendentes familiares de alcoolismo. Em 16% dos casos o pai é o ascendente familiar com história de alcoolismo.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1. Características psicométricas do AUDIT, IECPA e BSI

Tabela 1 – Consistência interna das escalas utilizadas no estudo comparativamente com os estudos originais

Escola	Nº de itens	Alpha de Cronbach no estudo original	Alpha de Cronbach no presente estudo
AUDIT	10		0.875
IECPA	61	0.984	0.961
- Efeitos globais positivos e facilitador das interacções sociais	25		0.945
- Activação e prazer sexual	12		0.863
- Efeitos positivos na actividade e humor	16		0.798
- Escape a estados emocionais negativos	11		0.839
- Desinibição sexual	3		0.461
- Diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa	10		0.829
BSI			
- Somatização	7	0.797	0.827
- Obsessões-Compulsões	6	0.773	0.764
- Sensibilidade Interpessoal	4	0.760	0.854
- Depressão	6	0.728	0.870
- Ansiedade	6	0.766	0.862
- Hostilidade	5	0.759	0.846
- Ansiedade Fóbica	5	0.624	0.741
- Ideação Paranóide	5	0.718	0.559
- Psicoticismo	5	0.621	0.729

De um modo geral podemos afirmar a elevada consistência interna das escalas utilizadas no presente estudo. Exceptuam-se as escalas *desinibição sexual* no IECPA, o que poderá estar relacionado com o reduzido número de itens que compõem a escala, e a dimensão *ideação paranóide* no BSI (Tabela 1).

Verifica-se, pela leitura da Tabela 2, que o AUDIT apresenta um valor médio de 9.92, valor este situado acima do ponto

Globais positivos e facilitadores das interações sociais com média superior aos restantes itens. Quanto às dimensões do BSI destacamos a dimensão *Depressão* com uma média superior às restantes.

3.2. Padrões de Consumo de Álcool (AUDIT)

Tendo em conta o objectivo de rastrear os **padrões de consumo de álcool** em sujeitos em TMM, verificamos na

Tabela 2 – Média e desvio padrão para as escalas: AUDIT, IECPA, BSI

Escala	Média	Desvio Padrão
AUDIT	9.92	8.39
IECPA		
- Efeitos globais positivos e facilitador das interações sociais	24.35	18.40
- Activação e prazer sexual	7.93	6.92
- Efeitos positivos na actividade e humor	8.23	6.70
- Escape a estados emocionais negativos	9.25	7.47
- Desinibição sexual	2.71	2.5
- Diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa	9.09	7.28
BSI		
- Somatização	6.45	5.22
- Obsessões-Compulsões	6.3	4.34
- Sensibilidade Interpessoal	4.25	3.63
- Depressão	6.58	5.25
- Ansiedade	5.5	4.73
- Hostilidade	5.22	4.04
- Ansiedade Fóbica	2.92	3.47
- Ideação Paranóide	6.08	3.27
- Psicoticismo	5.00	3.90

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos em função dos padrões de consumo de álcool

Padrões de consumo	n	%
Bebedores abstémios e de baixo risco	3	6
Bebedores de risco	9	38
Bebedores nocivos	21	42
Bebedores dependentes	7	14

corte para este instrumento. Parece-nos importante salientar que este instrumento não faculta médias relativas aos diferentes padrões de consumo de álcool, apresentando somente um valor médio global.

Relativamente ao IECPA destacamos o valor do item *“Efeitos*

amostra estudada a prevalência de bebedores nocivos (42%), seguida pelos bebedores de risco (38%). Os bebedores dependentes estão representados em 14% dos casos, enquanto que os bebedores abstémios e de baixo risco são apenas 6% dos sujeitos (Tabela 3).

3.3. Padrões de consumo de álcool e Características Sociodemográficas

Tendo em conta o objectivo de verificar a relação entre consumo de álcool e características socio demográficas (sexo; estado civil; escolaridade; actividade profissional), foi conduzido um teste de Qui-quadrado de forma a confirmar ou infirmar diferenças estatisticamente significativas. Relativamente ao sexo temos ($\chi^2_{(3)} = 5.702$, $p = 0.127$); às habilitações literárias temos ($\chi^2_{(6)} = 4.028$, $p = 0.673$); ao estado civil ($\chi^2_{(12)} = 16.319$, $p = 0.177$); à escolaridade ($\chi^2_{(6)} = 4.028$, $p = 0.673$) e quanto à actividade profissional ($\chi^2_{(21)} = 17.039$, $p = 0.709$).

Assim, o teste do Qui-quadrado indica que para estas variáveis não existem diferenças estatisticamente significativas quando comparadas individualmente com os padrões de consumo de álcool.

3.4. Variáveis relativas ao TMM: Tempo de Abstinência; Tempo de Permanência em Tratamento e Dosagem

Para averiguar a existência de diferenças significativas no *tempo de abstinência*, da droga principal, em função dos *padrões de consumo* foi conduzida uma análise de variância (*one-way ANOVA*). Os resultados obtidos encontram-se na **Tabela 4**.

A análise dos dados sugere que existem diferenças significativas, em que o grupo de bebedores dependentes apresenta uma média de tempo de abstinência equivalente aos bebedores nocivos. Mas estes dois grupos têm uma média, de tempo de abstinência, superior aos bebedores de risco que por sua vez apresentam uma média superior ao grupo de abstémios.

Na **Tabela 5**, através da mesma análise de variância, estudamos a existência de diferenças significativas entre o *tempo de permanência em tratamento* em função dos *padrões de consumo*.

Relativamente aos resultados do estudo da relação entre as duas variáveis em questão, constatamos existirem diferenças estatisticamente significativas. Verificamos que os bebedores dependentes são os que estão há mais tempo em tratamento, com uma média de 41,29 meses seguido dos bebedores nocivos com 35,19 meses. Com menor tempo de tratamento estão os bebedores abstémios e de baixo risco seguidos pelos bebedores de risco, com 17 e 15,74 meses respectivamente.

Seguidamente, fazemos o estudo da relação entre a dose de metadona e os padrões de consumo de álcool (**Tabela 6**).

Tabela 4 – Médias; desvios padrão; valor de f; significância e teste *Scheffe* do Tempo de Abstinência, em meses, de substâncias psicoactivas ilícitas, em função dos padrões de consumo

Padrões de consumo	Média	Desvio Padrão	F	p	<i>Scheffe</i>
Bebedor abstémio e de baixo risco	2.833	0.29	11.908	.000	Bebedor dependente = Bebedor
Bebedor de risco	5.026	2.86			Nocivo > Bebedor risco >
Bebedor nocivo	22.714	16.19			Bebedor Abstémio e baixo
Bebedor dependente	36.86	23.55			risco

Tabela 5 – Médias; desvios padrão; valor de f; significância e teste *Scheffe* do Tempo de Permanência em tratamento, em meses, de substâncias psicoactivas ilícitas, em função dos padrões de consumo

Padrões de consumo	Média	Desvio Padrão	F	p	<i>Scheffe</i>
Bebedor abstémio e de baixo risco	17.00	10.54	5.08	.004	Bebedor dependente = Bebedor
Bebedor de risco	15.74	16.36			Nocivo > Bebedor risco >
Bebedor nocivo	35.19	21.24			Bebedor Abstémio e baixo
Bebedor dependente	41.29	20.89			risco

Tabela 6 – Médias; desvios padrão; valor de f; significância e teste *Scheffe* da Dosagem de metadona em função dos padrões de consumo

Padrões de consumo	Média	Desvio Padrão	F	p	<i>Scheffe</i>
Bebedores abstêmios e de baixo risco	66.67	5.77			
Bebedores de risco	45.26	16.46			
Bebedores nocivos	47.71	20.37	2.26	0.094	–
Bebedores dependentes	36.14	9.44			

Os dados obtidos, através do estudo da variável *dosagem de álcool*, foi conduzido um teste t para amostras independentes, cujos resultados se encontram na tabela que se segue (**Tabela 8**).

3.5. Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos em função dos grupos do Índice de Sintomas Positivos (ISP)

Padrões de consumo	Grupos do ISP	
	Indivíduos pertencentes à população normal	Indivíduos perturbados emocionalmente
Bebedores abstêmios e de baixo risco	3	0
Bebedores de risco	12	7
Bebedores nocivos	13	8
Bebedores dependentes	5	2
	N=33	N=17

Tabela 8 – Médias; desvios padrão; teste t e significância dos resultados do AUDIT e da IECPA em função de serem indivíduos da população normal ou perturbados emocionalmente

Escalas	Normal (n = 33)		Perturbados (n=17)		T	p
	M	D.P.	M	D.P.		
AUDIT					-0,118	0.906
IECPA						
- Efeitos globais positivos e facilitador das interações sociais	22.54	19.08	27.31	17.43	-0.813	0.421
- Activação e prazer sexual	7.43	6.74	8.76	7.34	-0.623	0.536
- Efeitos positivos na actividade e humor	7.42	6.90	9.47	6.39	-0.979	0.333
- Escape a estados emocionais negativos	8.74	8.06	10.25	6.29	-0.651	0.518
- Desinibição sexual	2.97	2.48	2.23	2.54	0.977	0.334
- Diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa	8.03	6.97	10.94	7.65	-1.282	0.207

O teste de Qui-quadrado indica que esta distribuição não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 (3) = 1.86, p = 0$) (**Tabela 7**).

No entanto, no sentido de analisar a influência da *existência de sintomatologia psicopatológica nas crenças acerca do*

Não se registaram diferenças significativas entre os indivíduos classificados como pertencentes à população normal e os perturbados emocionalmente no valor médio do AUDIT e nos factores do IECPA. No entanto, à excepção do factor *Desinibição sexual* do IECPA, a média dos restantes 5

factores deste instrumento são mais elevados no grupo dos indivíduos perturbados emocionalmente.

3.6. Sintomas Psicopatológicos, Crenças e Padrões de Consumo de Álcool

De forma a percebermos de que modo a sintomatologia psicopatológica pode ter efeito no tipo de crenças que os sujeitos pertencentes aos diferentes padrões de consumo possuem, foram conduzidas duas análises de variância (*one-way ANOVA*): uma referente aos sujeitos que o BSI classifica

como indivíduos da população geral e outra para os que foram classificados como indivíduos perturbados emocionalmente.

Dos resultados obtidos nas **Tabelas 9 e 10** destacamos que o grupo de sujeitos da população normal não apresenta diferenças significativas, entre si, no que diz respeito ao tipo de crenças.

Seguidamente realizamos as mesmas análises de variância para o grupo de indivíduos perturbados emocionalmente.

Tabela 9 – Médias; desvios padrão dos resultados do IECPA em função do padrão de consumo para os sujeitos classificados como da população normal

	Bebedores abstémios e de baixo risco		Bebedores de risco		Bebedores nocivos		Bebedores dependentes	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
IECPA								
- Efeitos globais positivos e facilitador das interacções sociais	4.66	8.08	20.50	12.05	25.70	22.60	36.66	26.08
- Activação e prazer sexual	2.0000	3.46410	6.5000	4.55217	8.2727	8.60338	11.5000	5.91608
- Efeitos positivos na actividade e humor	0.6667	1.15470	6.6000	3.92145	8.9000	8.78699	12.0000	7.93725
- Escape a estados emocionais negativos	1.0000	1.73205	7.5833	6.73469	10.4167	9.17961	13.0000	8.48528
- Desinibição sexual	1.3333	2.30940	2.8333	2.36771	3.1538	2.57702	4.0000	2.94392
- Diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa	2.3333	4.04145	7.1111	4.28499	7.8333	7.80249	15.0000	7.39369

Tabela 10 – Análise de variância e *Scheffe* dos resultados do IECPA em função do padrão de consumo para os sujeitos classificados como da população normal

	F	p	<i>Scheffe</i>
IECPA			
- Efeitos globais positivos e facilitador das interacções sociais	1.683	0.200	–
- Activação e prazer sexual	1.297	0.298	–
- Efeitos positivos na actividade e humor	1.741	0.188	–
- Escape a estados emocionais negativos	1.650	0.201	–
- Desinibição sexual	0.679	0.573	–
- Diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa	2.367	0.096	–

Tabela 11 – Médias, desvios padrão, dos resultados do IECPA em função do padrão de consumo para os sujeitos classificados como perturbados emocionalmente

	Bebedores de risco		Bebedores nocivos		Bebedores dependentes	
	M	DP	M	DP	M	DP
IECPA						
Efeitos globais positivos e facilitador das interações sociais	12.1667	11.25019	37.0000	15.54716	34.0000	4.24264
- Activação e prazer sexual	4.8571	5.55063	11.8750	7.73559	10.0000	8.48528
- Efeitos positivos na actividade e humor	5.4286	5.25538	11.8750	6.31184	14.0000	2.82843
- Escape a estados emocionais negativos	5.4286	4.11733	14.5714	4.89412	12.0000	7.07107
- Desinibição sexual	1.1429	1.46385	3.2500	3.05894	2.0000	2.82843
- Diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa	3.7143	3.30224	16.7143	5.18698	16.0000	1.41421

Tabela 12 – Análise de variância e *Scheffe* dos resultados do IECPA em função do padrão de consumo para os sujeitos classificados como perturbados emocionalmente

	F	P	<i>Scheffe</i>
IECPA			
- Efeitos globais positivos e facilitador das interações sociais	6.150	0.013	Bebedores nocivos> Bebedores de risco
- Activação e prazer sexual	1.941	0.180	—
- Efeitos positivos na actividade e humor	3.119	0.076	—
- Escape a estados emocionais negativos	6.591	0.011	Bebedores nocivos> Bebedores de risco
- Desinibição sexual	1.354	0.290	—
- Diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa	18.464	0.000	Bebedores dependentes = Bebedores nocivos> Bebedores de risco

Dos resultados obtidos nas **Tabelas 11 e 12**, destacamos o facto de os indivíduos classificados como perturbados emocionalmente se distribuírem por três tipos de padrões de consumo: bebedores de risco, bebedores nocivos e bebedores dependentes. Desta forma, não existem neste grupo bebedores abstémios e de baixo risco.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir do exposto anteriormente, propomo-nos sistematizar e discutir os resultados obtidos nos seguintes pontos:

1. O rastreio dos padrões de consumo de álcool, confirma a existência de consumo de alto risco na população estudada,

visível pela elevada percentagem de bebedores nocivos e bebedores de risco. Existe também uma percentagem, que consideramos significativa, de utentes dependentes de álcool;

2. Ao relacionar os padrões de consumo de álcool com as características Sociodemográficas, constatamos que apesar de muitas pesquisas terem sido realizadas na tentativa de atribuir relação entre estas características e o consumo de álcool na população toxicodependente, os nossos resultados sugerem que a explicação dos factores inerentes a este consumo vão além destas variáveis, podendo estar relacionados com aspectos biológicos, psicológicos e/ou motivacionais;

3. Os resultados do estudo da relação entre o tempo de abstinência e os padrões de consumo de álcool, sugerem a relação entre estas variáveis. O que nos leva a desenhar a hipótese de que quanto maior o tempo de abstinência de drogas ilícitas maior o consumo de álcool;

4. O estudo da relação entre o tempo de permanência em tratamento e os padrões de consumo de álcool sugere que, quanto maior é o tempo de permanência em tratamento maior é o consumo de álcool;

5. O exposto nos pontos 4 e 5 confirma a relação entre o tempo de abstinência às drogas principais e o tempo de tratamento e a utilização de álcool.

Assim, este estudo corrobora investigações que sugerem que o consumo de álcool aumenta nos utentes após entrada no programa de metadona (D'Auno & Vaught, 1992; Rittmannsberger *et al.*, 2000), ou estudos que indicam um consumo constante de álcool (Ball & Ross, 1991; Fairbank *et al.*, 1993). No entanto, também destacamos que os resultados obtidos na amostra estudada, parecem contrastar com outros estudos que indicam que o uso de álcool não aumenta (D'Auno & Vaught, 1992) ou que não se altera durante o tratamento com metadona (Ball & Ross, 1991; Fairbank *et al.*, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000).

Independentemente da contradição entre os estudos, o consumo de álcool em sujeitos em TMM na nossa amostra, existe sob a forma de padrões prejudiciais à saúde física, mental e psicossocial. Como tal, esta problemática reveste-se de grande importância na medida em que exige aos técnicos de saúde a criação de directrizes que possibilitem a predição dessas consequências, prevenindo os riscos e danos associados ao uso desta substância nesse tratamento;

6. Ao estudar a relação entre a utilização de álcool e a dosagem de metadona verificamos ausência de relação. Ou seja, a dose de metadona não influencia, neste estudo, a quantidade e frequência de álcool ingerida.

Destacamos que curiosamente e apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os vários tipos de bebedores, são os sujeitos com maior dosagem que apresentam menor consumo de álcool. O que nos leva a colocar a hipótese de que a quantidade de dose administrada possa influenciar o consumo de álcool numa relação inversa.

A este propósito, alguns autores defendem que as doses acima de 50 mg/dia podem ser efectivas na redução de consumo de

álcool e que doses abaixo de 50 mg/dia falham na maioria das vezes para atenuar os efeitos de consumo de heroína durante o tratamento com metadona (Wodack, 1994; Farrel *et al.*, 1994; Lowinson *et al.*, 1998; Ward *et al.*, 1999; Johnson *et al.*, 2000);

7. O consumo de álcool parece então estar relacionado com variáveis relativas ao tratamento: Tempo de abstinência às drogas principais e Tempo de permanência em tratamento. Arriscamos dizer também, que a dosagem de metadona é uma variável determinante no consumo de álcool, apesar de não verificarmos diferenças significativas neste estudo, uma vez que metadona e álcool interagem de forma farmacocinética. Mas para além destas variáveis, existem outras que coexistem no sucesso do tratamento, nomeadamente as relativas ao domínio psicológico;

8. Assim, quando estudamos a sintomatologia psicopatológica, através do Índice de Sintomas Positivos (ISP) do BSI, verificamos que a maioria dos sujeitos não apresenta perturbação emocional. No entanto, estes sujeitos distribuem-se na sua maioria pelos padrões de consumo de álcool de risco e nocivo, ou seja, de alto risco, o que traduz a severidade deste consumo. Neste grupo, estão presentes os quatro padrões de consumo estudados.

Também nos sujeitos perturbados emocionalmente verificamos este tipo de distribuição quanto ao consumo de álcool, ainda que em menor número. Salientamos que neste grupo não existem sujeitos abstémios, ou seja, todos os indivíduos perturbados emocionalmente bebem álcool;

9. Através da tabela 8, verificamos que os indivíduos classificados como perturbados emocionalmente apresentam crenças e expectativas mais positivas acerca do consumo de álcool, que os indivíduos pertencentes ao grupo classificado como pertencente à população normal. Realçamos este facto uma vez que o aspecto cognitivo exerce influências importantes no início e na manutenção do uso de álcool e na perpetuação de comportamentos relacionados com este consumo.

Ao estudarmos de que forma as expectativas e crenças influenciam os diferentes tipos de padrões de consumo de álcool, tendo em conta a distribuição dos sujeitos quanto à existência de psicopatologia, verificamos que os indivíduos da população normal, tabela 10, não apresentam diferenças significativas entre si, no que diz respeito ao tipo de crenças. Salientamos que o factor "*Efeitos Globais Positivos e Facilitadores das Interações Sociais*", tabela 9, é o que

apresenta médias mais elevadas em todos os diferentes padrões de consumo de álcool e que quanto maior é o grau de gravidade do padrão de consumo maiores são as expectativas relativamente ao consumo desta substância.

Contrariamente ao que acontece com os resultados do grupo de sujeitos da população normal, os indivíduos perturbados emocionalmente, tabela 11 e 12, apresentam diferenças significativas entre os diferentes padrões de consumo de álcool, relativamente ao tipo de crenças. Ou seja, quanto mais positivas são as crenças e expectativas inerentes ao consumo de álcool maior este consumo.

Assim verificamos que, os bebedores nocivos têm médias superiores nos factores "*Efeitos globais positivos e facilitadores das interações sociais*" e "*Escape a estados emocionais negativos*" do que os bebedores de risco, ou seja têm expectativas mais positivas. Verificamos ainda diferenças estatisticamente significativas no factor "*Diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa*", sendo que os bebedores dependentes de álcool apresentam médias equivalentes aos bebedores nocivos, e estes dois tipos de bebedores apresentam médias superiores aos bebedores de risco.

Mais uma vez reforçamos o facto que os sujeitos pertencentes ao grupo classificado como perturbados emocionalmente, estarem distribuídos pelos padrões de consumo de álcool mais grave não havendo portanto abstermos neste grupo. São também estes sujeitos que apresentam crenças e expectativas mais positivas quanto ao consumo de álcool;

10. A sintomatologia psicopatológica parece assim poder alterar o percurso de tratamento dos sujeitos, assim como predir o uso de determinadas substâncias. Em muitos casos a existência de psicopatologia precede e perpetua o uso e dependência de álcool.

A confirmação da existência de relação entre sintomas psicopatológicos e consumo de álcool obriga a intervenções precoces devido às disfunções pessoais e familiares e sociais que daí advêm.

Várias são as razões que justificam que se determine se existe concomitantemente ao TMM sintomatologia psicopatológica ou mesmo doença psiquiátrica. O diagnóstico e tratamento precoce do alcoolismo e de toda a patologia coexistente são fundamentais uma vez que permite uma adequada intervenção e a prevenção de recaídas;

11. As atitudes permissivas que os utentes manifestam em relação à droga, poderão ser um preditor do comportamento de consumo. Os utentes entendem que o álcool actua como instrumento veiculador, facilitador das interações sociais, como escape a estados emocionais negativos, diminuição de sentimentos negativos e ansiedade avaliativa. A investigação das expectativas constitui-se como uma ferramenta preventiva útil em função do seu valor preditivo (Pinto Gouveia *et al.*, 1993).

Enquanto representações cognitivas, as expectativas quanto aos efeitos do álcool podem ser modificadas em programas preventivos e paralelamente modificar a frequência e a quantidade do consumo de álcool (Darkes & Goldman, 1993; Stacy, Widman & Marlatt, 1990; Wiers *et al.*, 2005). Consideramos que a modificação efectiva das expectativas positivas poderá resultar na redução do uso de álcool nos padrões de consumo de risco.

5. CONCLUSÃO

Foi possível pela realização deste trabalho identificar dois grandes conjuntos de resultados: **1)** os resultados que possibilitam um enquadramento Sociodemográfico e clínico da amostra estudada e **2)** os resultados que permitem caracterizar e identificar os padrões de consumo de álcool dos utentes em TMM, as crenças associadas a este consumo e a evidência de sintomatologia psicopatológica.

Os resultados encontrados indicam-nos que muitos utentes em TMM têm ou desenvolvem padrões de consumo de álcool problemáticos e que manifestam sintomatologia psicopatológica, sustentando crenças e expectativas positivas relativamente ao consumo de álcool. É importante conhecer os hábitos de consumo de bebidas alcoólicas nestes utentes já que, aparentemente, os aspectos biológicos, psicológicos e motivacionais acerca da necessidade de consumir bebidas alcoólicas são consistentes com o padrão de consumo de álcool. Parece-nos consensual estarmos perante um problema de consumo de álcool na população toxicodependente em TMM e que este problema deverá ser considerado com a devida atenção e com a severidade exigida, dado que pode representar um problema em várias vertentes, desde a estabilidade desejada do indivíduo em TMM e nas perspectivas de saúde individual, familiar e de saúde pública.

O acompanhamento clínico, o aconselhamento e o tratamento do alcoolismo nas unidades especializadas de tratamento, dos indivíduos que apresentem diferentes padrões de consumo de álcool, pode e deve ser simultâneo com o seu processo de TMM.

Uma vez que a frequência do consumo de álcool dos utentes em TMM é elevada, a frequência e padrões de consumo de álcool deverá constituir uma avaliação neste tratamento. A avaliação inicial do utente que procura pela primeira vez a unidade de tratamento, ou de um utente que esteja já em tratamento, deverá incluir um instrumento, como o AUDIT, para identificar a quantidade e a frequência do uso regular ou ocasional de álcool, investigar sintomas de dependência e problemas recentes na vida relacionados ao consumo.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade de desenvolvermos esforços, no sentido de melhorar a avaliação dos utentes que são admitidos e que estão em TMM e de adequar a resposta quando existem problemas relacionados com o consumo de álcool.

São ainda escassos os estudos que abordem as razões, as motivações ou outros factores individuais, familiares e sociais que influenciem o consumo de álcool dos utentes em TMM. Este estudo revela-nos a importância da avaliação psicológica na determinação da existência de sintomas psicopatológicos, ou de mal-estar emocional, como factor determinante no consumo de álcool, seja este mal-estar psicológico factor etiológico ou não, para a explicação deste consumo. Os resultados deste estudo indicam-nos também a importância de avaliar e compreender a associação entre expectativas positivas em relação ao efeito do álcool e o consumo problemático. Compreender a possível relação entre padrão de consumo e expectativas positivas a respeito dos efeitos do álcool pode contribuir para planear intervenções terapêuticas e estratégias preventivas mais precisas, com o objectivo de reduzir os riscos comportamentais e de saúde associados ao beber problemático entre toxicódependentes.

Consideramos pertinente a realização de estudos longitudinais que se foquem nestes utentes, no sentido de compreender estes factores e recolher informação sobre a evolução da sua condição clínica. Esses estudos, certamente seriam uma mais valia no sentido do desenvolvimento de intervenções específicas no sentido de dar resposta às necessidades de cada subgrupo de toxicódependentes. O acompanhamento

poderá ser mais eficaz e portanto o prognóstico mais positivo, se ao processo terapêutico forem associados tratamentos, mais específicos, ajustados ao alcoolismo e às perturbações psíquicas dos doentes.

Acreditamos, que esta investigação possa funcionar como um estímulo para que não se desvalorize a importância da identificação dos padrões de consumo de álcool, da avaliação das expectativas positivas quanto ao consumo de álcool e do diagnóstico e tratamento da sintomatologia psicopatológica e o efeito que exercem estas variáveis umas sobre as outras.

Gostaríamos, que este trabalho proporcionasse um contributo a nível teórico e prático. A nível teórico, ajudando a colmatar a escassez de investigação, ainda notória no nosso país, sobre esta temática. Poderá suscitar uma reflexão mais profunda e uma tomada de consciência desta realidade, contribuindo para consolidar e equipar os técnicos de saúde para enfrentar os problemas relacionados com o consumo de álcool. A nível prático acreditamos que o presente estudo funcione como um suporte ao desenvolvimento de estratégias mais adaptadas à realidade das unidades especializadas de tratamento de toxicódependentes.

Concluimos dizendo que, uma vez que a toxicódependência se constitui como um processo dinâmico e multideterminado, torna-se desejável, no sentido de obter uma visão holística da problemática, acompanhar atentamente os percursos dos toxicódependentes tendo em conta os factores de vulnerabilidade identificados neste estudo de forma a adequar o tipo de intervenção e estruturar estratégias de prevenção adequadas ao tipo de população.

Contacto

Isabel Torres, Psicóloga, tel. 93 450 4774

Sónia Rodrigues, Psicóloga Clínica, tel. 91 919 43 27

Desempenham funções na Unidade de Matosinhos do CRI Ocidental - IDT

Unidade de Matosinhos - CRI Ocidental, 472

4450-248 MATOSINHOS

Telefone: 22 00 28 800

NOTAS

(1) Este questionário tem como objectivo recolher informações relativas ao sexo; estado civil; escolaridade; actividade profissional e antecedentes pessoais e familiares e ainda questões relativas à história clínica do consumo de substâncias psicoactivas.

(2) O AUDIT é composto por 10 questões sobre o uso do álcool referentes ao último ano, sendo que as três primeiras medem a quantidade e a frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro finais referem-se a problemas recentes na vida relacionados ao consumo (Bergman & Kallmen, 2002). Possibilita a identificação do consumo de risco, uso nocivo, e dependência de álcool, proporcionados pela Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID-10 R).

(3) O IECPA avalia as expectativas individuais sobre os efeitos decorrentes da ingestão de bebidas alcoólicas, um factor cognitivo cuja importância na mediação do consumo de álcool tem sido repetidamente salientada por numerosos autores (Pinto Gouveia *et al.*, 1993).

(4) O BSI avalia sintomas de ordem psicopatológica em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Estes índices, constituem "avaliações sumárias de perturbação emocional e representam aspectos diferentes da psicopatologia. A fórmula de cálculo do Índice Geral de Sintomas (IGS) tem simultaneamente em conta o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade; o Total de Sintomas Positivos (TPS), reflecte o número de sintomas assinalados; e o Índice de Sintomas Positivos (ISP) é uma medida que integra a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes" (Canavarro, 1999, p.234). O BSI possibilita ainda a distinção entre sujeitos emocionalmente perturbados e sujeitos que não estão, verificando-se que, com uma nota no ISP maior ou igual a 1.7, é provável encontrar indivíduos perturbados emocionalmente e abaixo desse valor, indivíduos da população normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Coimbra: APPORT.
- Ball, C. & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer-Verlag.
- Bergman, H. & Kallmen, H. (2002). "Alcohol use among Swedes and psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test". *Alcohol & Alcoholism*, 37: 245-251.
- Bertschy, G. (1995). "Methadone maintenance treatment". *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245: 114-125.
- Best, D.; Gossop, M.; Lehmann, P.; Harris, J. & Strang, J. (1999). "The relationship between overdose and alcohol consumption among methadone maintenance patients". *Journal of Substance Use*, 4: 41-44.
- Bickel, W.K. & Rizzuto (1991). "The naturalistic oscillating patterns of alcohol consumption in alcoholic methadone patients". *Journal of studies on Alcohol*, 37 (2): 164-168.
- Canavarro, M. (1999). *Relações afectivas ao longo da vida e saúde mental*. Eds. Quarteto.
- Chatman, M.; Rowan-Szal, G.; Joe, G.; Brown, S. & Simpson, D. (1995). "Heavy drinking Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the E.C.A. study". *Journal of the American Medical Association*, 264: 2511-2518.
- D' Auno, T. & Vaught, T. E. (1992). "Variations in methadone treatment practices result from a national study". *Journal of the American Medical Association*, 267 (2): 253-258.
- Darke, J. & Goldman, S. (1993). "Expectancy challenge and drinking reduction: Experimental evidence for a mediational process". *Journal Consulting of Clinical Psychology*, 52: 639-650.
- DSM-IV-TR (2002): *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. American Psychiatric Association (APA). Lisboa: Climepsi.
- El-Bassel, N.; Schilling, R.; Turnbull, J. & Su, K. (1993). "Correlates of alcohol use among methadone patients". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (3): 681-686.
- Fairbank, A.; Dunteman, H.; Condelli, S. (1993). "Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at one year follow-up". *American Journal of Drug Abuse*, 19: 465-474.
- Farrel, M.; Ward, J.; Mattick, R.; Hall, W.; Stimson, G.; Des Jarlais; Gassop, M. & Strang, J. (1994). "Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review". *British Medical Journal*, 309: 997-1001.

Hunt, E.; Strug, L.; Goldsmith, S.; Lipton, S.; Robertson, K. & Truitt, L. (1986). "Alcohol use and abuse: heavy drinking among methadone clients". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12: 147-164.

Johnson, E.; Chutuape, A.; Strain, C.; Walsh, L.; Stitzer, L. & Bigelow, E. (2000). "A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence". *New England Journal of Medicine*, 18: 1290-1297.

Joseph, H. & Appel, P. (1985). "Alcoholism and methadone treatment: consequences for patient and program". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11: 37-53.

Kaufman, E. (1982). "The relationship of alcoholism and alcohol abuse to the abuse of other drugs". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9: 1-17.

Lowinson, J.; Payte, T.; Saltis, E.; Joseph, H.; Marion, J. & Dole, V. (1998). "Methadone maintenance". *Substance Abuse. A comprehensive Textbook*, 405-415.

Mattick, R.; Breen, C.; Kimber, J. & Davoli, M. (2003). "Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence". *Cochrane Database of Systematic*, 2.

Oken, L.; Blaine, J.; Genser, S. & Horton, A. (1997). *Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders*. NIDA Research Monograph, 172.

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

Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.

Pinto Gouveia, J. et al. (1993). "Inventário de expectativas pessoais acerca do álcool". *Psiquiatria Clínica*, 14 (3): 147-163.

Ribeiro, J. (1998). "Dependência psicológica versus dependência física?" *Toxicodependências*. 4 (2): 45-53.

Rittmannsberger, H. et al. (2000). "Alcohol consumption during methadone maintenance treatment". *European Addiction Research*, 6: 2-7.

Rosa, F. (1999). "Alcoolismo: comorbilidade com outros distúrbios psiquiátricos". *Psiquiatria Clínica*, 20 (1): 79-82.

Roszel, K.; Calsyn, A. & Chaney, F. (1986). "Alcohol use and psychopathology in opioid addicts on methadone maintenance". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12 (3): 269-278.

Stacy, W.; Widman, F. & Marlatt, A. (1990). "Expectancy models of alcohol use". *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 918-928.

Ward, A.; Hall, W. & Mahick, R. (1999). Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet*, 353: 221-226.

Wiers, W.; Luitgarden, V.; Wildenberg, V. & Smulders, T. (2005). "Challenging implicit and explicit alcohol-related cognitions in young heavy social drinkers". *Addiction*, 100: 806-819.

Wodack, A. (1994). "Managing illicit drug use: a practical guide". *Drugs*, 47: 446-457.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Ahmadi, J.; Toobase, S.; Kharras, M. & Radmehr, M. (2003). "Psychiatric disorders in opioid dependents". *International Journal of Social Psychiatry*, 49 (3): 185-191.

Angel P.; Richard D. & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Anglin, D.; Almong, J.; Fisher, G. & Peters, P. (1989). "Alcohol use by heroin addicts: evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug free treatment sample". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15: 191-207.

Armstrong, T. & Costello, J. (2002). "Community studies on adolescent substance use, abuse or dependence". *Psychiatric Comorbidity*, 70 (6): 1224-1239.

Egelko, S.; Galanter, M.; Dermatis, H.; Jurewick, E.; Jmison, A.; Dingle, S. & Deleon, G. (2002). *Improved Psychological Bulletin*, 3:3.

Farrel, M.; Howes, S.; Verster, D. & Davoli, M. (1999). *Reviewing Current Practice in drug Substitution Treatment in Europe*. EMCDDA project n.º CT. 98 DR.10.

Frank, J. (2001). *Adult attachment and its association with substance dependence treatment outcome*. Tese de doutoramento disponível na Proquest Digital Dissertations (www.proquest.com)

Kessler, R.; Nelson, C.; McGonale, K.; Edlund, M.; Frank, R. & Leaf, P. (1996). "The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization". *American Journal of Orthopsychiatry*, 66: 17-31.

Molina, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patologia dual*. Eds. Artes Medicas.

Regier, D.; Farmer, M. & Mal, D. (1990). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drugs abuse: Results from the Epidemiologi Catchment Area (ECA) Study". *Journal of the American Association*, 264: 2511-2518.

Regier, D.; Farmer, M.; Rae, D.; Locke, B.; Keith, S.; Judd, L. & Goodwin, F. (1999). "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the E.C.A. study". *Journal of the American Medical Association*, 264: 2511-2518.

Skinstad, A. & Swain, A. (2001). "Comorbidity in a clinical sample of substance abusers". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27 (1): 45-64.