

## 8

## Risco de recaída numa amostra de adictos portugueses; da compreensão à intervenção

MARIA ELISA MARQUES, PAULO LOURENÇO, SANDRA COSTA

Artigo recebido em 14/01/11; versão final aceite em 15/06/11.

### RESUMO

A recaída é um problema central no tratamento dos comportamentos adictivos, a substâncias psicoactivas. O presente artigo foi elaborado com base num trabalho de investigação desenvolvido numa unidade de desabitação do centro do país. O objectivo foi verificar a relação que os participantes internados, durante o período de Julho a Setembro de 2010, estabeleceram entre factores de risco, por si percebidos e a recaída. Para esse efeito, foi aplicado o questionário LOCAD-50 a 56 homens e 9 mulheres, com idades compreendidas entre os 16 e 59 anos, entre o 6º e 7º dia de internamento e com o diagnóstico de dependência de substâncias, segundo critérios do DSM-IV. Retirando-se como principais conclusões que a escolha de droga de eleição não está relacionada com o género, estado civil ou região de residência, mas que os factores de risco de recaída se encontram relacionados com o género, ainda que como factor mediador, existência ou não de companheiro/a, região de residência, tipo e existência ou não de emprego. A distribuição percentual do peso dos factores intrapessoais e interpessoais na recaída não difere significativamente dos referidos pela teoria de Marlatt.

**Palavras-chave:** Recaída; Factores de Risco; Adicção.

### RÉSUMÉ

La récidive est un problème central dans le traitement des comportements de dépendance aux substances psychoactives. C'est article a été rédigé sur la base des travaux de recherche dans une unité de désintoxication du centre du pays. L'objectif était de vérifier la relation que les participants qui l'ont été hospitalisés au cours de la période de Juillet à Septembre 2010 ont mise en place entre les facteurs de risque, perçus par eux-mêmes, et de rechute. À cette fin, nous avons appliqué le questionnaire LOCAD-50 à 56 hommes et 9 femmes, âges entre 16 et 59 ans, entre 6ème et 7ème jours de l'hospitalisation et le diagnostic de dépendance à une substance, selon le DSM-IV. Les principales conclusions sont que le choix de la drogue dans élection n'est pas lié au sexe, état matrimonial ou la région de résidence, mais que les facteurs de risque de récidive sont liés au sexe, même en tant que facteur de médiateur, l'existence ou pas d'un partenaire, la région de résidence, le type ainsi que l'existence ou non d'un emploi. La répartition en pourcentage des facteurs de pondération de récidive intrapersonnelle et interpersonnelle ne diffèrent pas significativement de celles de Marlatt.

**Mots-clé:** Récidive; Facteurs de Risque.; Addition.

### ABSTRACT

Relapse is a central problem in the treatment of addictive behaviors to psychoactive substances. This article was structured based on the research work developed in an inpatient unit of a withdrawal treatment institution in the center of country. The purpose was to verify the relation with patients, whom were inpatients from July to September 2010, made between risk factors, which they identified themselves, and relapse. To achieve that, the LOCAD-50 was applied to 56 men and 9 women, ages from 16 to 59 years, between the 6<sup>th</sup> and the 7<sup>th</sup> day of internment, with the substance dependency diagnostic, according to DSM-IV. The main conclusions are that the chosen drug is neither gender related nor related with the civil state, or region of residence, but that the risk factors are correlated with the gender, even if as a mediator factor, with the existence of a partner or not, civil state, region of residence and existence or absence of job. The percentage distribution of the weight of the intrapersonal and interpersonal factors in relapse doesn't significantly differ from the ones stated by theory Marlatt.

**Key Words:** Relapse; Risk Factors; Addiction.

### RESUMEN

La recaída es uno de los problemas centrales en el tratamiento de patologías de origen adictiva con las sustancias psicoactivas. Este artículo fue elaborado con base en un trabajo de investigación desarrollado en una unidad de desintoxicación del centro del país. El objetivo fue verificar la relación que los participantes, ingresados durante el periodo de Julio de 2010 hasta Septiembre de 2010, establecieron entre factores de riesgo entendidos por ellos y la recaída. Por esa razón, fue aplicado el cuestionario LOCAD-50 a 56 hombres y 9 mujeres, con edades situadas entre los 16 y 59 años, entre el 6º y 7º día de ingreso y con el diagnóstico de dependencia de substancias, de acuerdo con los criterios del DSM- IV. Las principales conclusiones fueron que la droga escogida no está relacionada con el género, estado civil, o área de residencia, pero que los factores de riesgo de recaída están relacionados con el género, y también como factor mediador, existencia o no de compañero/a, área de residencia, tipo y existencia o no de empleo. La distribución en porcentajes, del peso de los factores intrapersonales e interpersonales en la recaída no es significativamente diferente de los referidos por la teoría de Marlatt.

**Palabras Clave:** Recaída; Factores de Riesgo; Adicción.

## 1 – INTRODUÇÃO

A adicção a substâncias psicoactivas converteu-se, ao longo dos anos, numa grave e evidente preocupação de saúde pública, em que o consumo e a dependência são problemas crónicos e o risco de recaída continua a constituir uma preocupação constante, (Machado *et al.*, 2005). Marlatt *et al.*, (1993) consideram que o "acto de recair", enquanto acontecimento singular, pode ser denominado por lapso. Para Ferreira-Borges *et al.*, 2007, o lapso é impulsivo, associado a um consumo, (que pode ser único), acompanhado por um sentimento de culpa e pelo desejo honesto de regressar à abstinência. Contudo, Polivy *et al.* (2002) afirmam que nas tentativas de mudança de comportamento é frequente vivenciarem-se lapsos que podem conduzir à recaída. Se o indivíduo encarar o lapso, como um fracasso, é provável que este progrida para uma recaída (Miller *et al.*, 1996), se, pelo contrário, o lapso for considerado como uma aprendizagem, a evolução para a recaída será menos provável (Marlatt *et al.*, 1993; Walton *et al.*, 1994; Laws, 1995). A decisão de manter um padrão de consumo parece estar associada, por vezes, às expectativas que a pessoa tem, face aos efeitos da substância psicoactiva (Jones *et al.*, 2001). Marlatt *et al.* (1993) consideram como recaída, os períodos de consumo contínuo, após um tempo de abstinência anterior, de pelo menos noventa dias, associados a um comportamento que se caracteriza pela incerteza quanto ao desejo de voltar à abstinência e por atitudes defensivas e/ou justificativas. Adès *et al.* (2004) referem que "o DSM-IV estabelece o prazo de um ano para se poder considerar prolongada a remissão, portanto os 12 primeiros meses que se seguem à privação constituem um período de alto risco de recaída". Actualmente, a recaída é definida como o "período de tempo" mais ou menos longo e complexo, com uma ou múltiplas variáveis, que antecedem o acto de recair (Ferreira-Borges *et al.*, 2007). As recaídas, embora sejam um fenómeno reiterado nos comportamentos adictivos, não devem ser entendidas como "insucessos" ou recriminações (Rosa, 1998) antes, como oportunidades para uma aprendizagem terapêutica, elementar para o reforço das competências da pessoa, contra a substância e ao longo da vida, ao dotá-la de

habilidades e capacidades para a análise, avaliação das causas e circunstâncias em que ocorreu, melhorando a sua auto-eficácia (Bandura, 2006). Todavia, o (in)sucesso da recuperação depende em grande parte da fase de motivação em que cada indivíduo se encontra (Genovés *et al.*, 2008), pois só muda quem está realmente motivado para mudar (Henriques, 1999). Marlatt *et al.* (1993) desenvolveram uma teoria que contempla duas categorias taxonómicas detalhadas para situações de alto risco: as intrapessoais-ambientais e as interpessoais. As intrapessoais-ambientais, consideradas como principais, encontrando-se associadas ao próprio indivíduo, cotando 56% e as interpessoais aplicam-se sempre que exista uma influência significativa externa de outros indivíduos, cotando 44%. As intrapessoais-ambientais englobam os estados emocionais negativos, estados físicos negativos, estados emocionais positivos (emoções agradáveis), teste de controlo pessoal os desejos e tentações. Nas interpessoais encontram-se o conflito interpessoal, a pressão social e os estados emocionais positivos (bons momentos com os outros). Actualmente, Marlatt *et al.* (2004) remetem para uma revisão, nas categorias da taxonomia, dos factores de recaída, inicialmente propostas, com o intuito de se encontrar uma maior distinção entre as respectivas categorias inter e intrapessoais, enfatizando o impulso para o consumo e desvalorizando a sua classificação percentual e hierarquizada. Complementando esta visão, torna-se fundamental identificar os sinais de aviso e as crenças disfuncionais, funcionando como potenciais estratégias que podem ser utilizadas na antevisão da recaída (Gorski, 1990; Liese *et al.*, 1996, citados por Henriques 2004). Álvarez (2007) e Santos *et al.* (2007) consideram que são vários os factores de risco que antecedem a recaída, mas, predominam: o factor emocional negativo, o meio/amigos, os conflitos familiares e os sintomas de privação, inerentes à substância. Utilizando como metáfora a "escada", o objectivo na prevenção da recaída é colaborar para chegar ao cimo da mesma e o ponto de partida é estar decidido a subi-la. Uma vez alcançando o topo da "escada", é possível não conseguir manter-se em equilíbrio e a queda acontecer, tendo novamente que realizar o percurso (Lambaz *et al.*, 2010). Com o

estabelecimento desta interacção, pretende-se contribuir para a conquista da autonomia destes indivíduos, com vista a adquirirem um novo olhar perante o mundo (Rigotto *et al.*, 2002).

## 2 – METODOLOGIA

O objectivo do estudo foi identificar e explorar os possíveis factores de risco que contribuíram para a recaída, percebidos pelos participantes internados, no período compreendido entre Julho e Setembro de 2010. Tratou-se de um estudo quantitativo, descritivo, com sentido de análise transversal, para o qual foram seleccionados todos os indivíduos internados na instituição. Utilizaram-se como critérios de inclusão, o permanecer internado, segundo o protagonizado pelo (DSM-IV, 2002), e a sua história clínica mencionar pelo menos uma recaída; como critério de exclusão, apresentarem patologia psiquiátrica dominante sobre o comportamento adictivo. Deste modo, foi constituída uma amostra intencional, composta por 56 homens e 9 mulheres, entre os 16 e os 59 anos. Todos os seleccionados participaram no estudo, não tendo havido nenhuma recusa ou exclusão. Foi garantido o anonimato e confidencialidade da informação recolhida, a sua utilização será apenas aplicada para fins estatísticos. O instrumento utilizado para avaliação do risco de recaída foi o LOCAD-50, versão adaptada, a partir do original de Annis & Martin, Addiction Research Foundation (ARF, 1985). O questionário utilizado foi de auto-preenchimento, depreendendo a presença do consentimento informado, tendo sido aplicado num só momento de avaliação, entre o 6º e 7º dia de internamento, altura em que os efeitos iniciais da abstinência e da respectiva terapêutica já se encontram menos acentuados. Na parte inicial do questionário, foram colocadas questões que remetem para a caracterização sociodemográfica dos indivíduos: idade, sexo, residência, identificação da droga de eleição e de substituição. O corpo do questionário é composto por 50 afirmações onde cada participante se classifica, de acordo com a sua percepção, em 1 dos 4 níveis; nunca (1), raramente (2), frequentemente (3) e quase sempre (4), resultando as cotações parciais e total da soma destes valores; sendo que, quanto mais alta a

cotação, maior é a intensidade do factor de risco. Estas 50 afirmações, são agrupadas em 8 factores de risco: "emoções negativas", "mal-estar físico", "emoções agradáveis", "teste de controle pessoal", "tentações e necessidade de consumir", "conflito com os outros", "bons momentos com os outros" e "pressão social para consumir". Todos estes factores são agrupados em 2 categorias de risco: intrapessoais (para as 5 primeiras) e interpessoais (para as 3 últimas). A concepção que fundamenta este instrumento, é que as situações ocorridas no passado, podem representar prováveis situações de risco no futuro.

## 3 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para efeito de análise e tratamento estatístico dos dados, foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versão 17), através de estatística paramétrica e não paramétrica. Em todas as análises estatísticas foi utilizada uma significância de  $\alpha = 0,05$ . Tendo em conta que em todas as análises estatísticas foram consideradas hipóteses bilaterais, foram aceites valores de alfa entre 0,05 e 0,10, enquanto valores tendencialmente significativos. No teste do  $\chi^2$ , foi aplicada a correcção de continuidade de Yates, conforme recomendação de Cochran Siegel (1975). Utilizou-se também o programa Microsoft Excel (versão 2007) para a elaboração de tabelas. Os participantes, num total de 65, respectivamente 56 homens e 9 mulheres, apresentaram idades entre os 16 e os 59 anos, com uma média de idade de 38,7 anos (DP = 9,2). A média de idade para os homens foi de 39,4 anos (DP = 8,8), e para as mulheres foi de 34,1 anos (DP = 11,2), não existindo diferenças estatisticamente significativas,  $t(63) = 1,603$ ;  $p = 0,114$ .

Conforme se pode verificar nas tabelas 1 e 2, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas, a nível de idades, género, estado civil, residência, escolha da droga de eleição ou de substituição. No entanto, ao comparar os consumidores que têm como droga de eleição o álcool, com as outras substâncias, num todo, parece que, ainda que de forma indirecta, os primeiros procuram tratamento mais tarde,  $t(63) = 2,169$ ;  $p = 0,034$ .

**TABELA 1** – Idade dos sujeitos e frequência, segundo o estado civil, situação laboral e residência.

| Estado Civil            | Nº | %    | MI   | DP    |    |
|-------------------------|----|------|------|-------|----|
| Solteiro                | 39 | 60,0 | 36,2 | 8,81  |    |
| Divorciado              | 15 | 23,1 | 42,8 | 7,48  |    |
| Casado/U. de facto      | 10 | 15,4 | 40,8 | 10,48 |    |
| Viúvo                   | 1  | 1,5  | 52,0 | ----- | NS |
| <b>Situação Laboral</b> |    |      |      |       |    |
| Desempregado            | 30 | 46,2 | 39,7 | 9,38  |    |
| Sector dos Serviços     | 24 | 36,9 | 37,0 | 9,86  |    |
| Operários/Pescadores    | 10 | 15,4 | 37,9 | 6,52  |    |
| Reformado               | 1  | 1,5  | 52,0 | ----- | NS |
| <b>Residência</b>       |    |      |      |       |    |
| Lisboa                  | 40 | 61,6 | 41,2 | 8,41  |    |
| Santarém                | 13 | 20,0 | 30,2 | 9,32  |    |
| Setúbal                 | 6  | 9,2  | 43,0 | 6,26  |    |
| Outros Concelhos        | 6  | 9,2  | 35,3 | 4,89  | NS |

Nº – Número; % – Percentagem; MI – Média de Idades; DP – Desvio Padrão.

**TABELA 2** – Frequência e idades dos participantes, segundo a droga de eleição e substituição.

| Droga de Eleição             | %    | MI    | DP    |    |
|------------------------------|------|-------|-------|----|
| Heroína                      | 55,4 | 36,3  | 8,08  |    |
| Álcool                       | 23,1 | 43,1  | 10,76 |    |
| Cocaína                      | 16,9 | 40,7  | 8,55  |    |
| Sintéticas                   | 3,1  | 41,0  | 15,56 |    |
| Haxixe                       | 1,5  | 31,0  | ----- | NS |
| <b>Droga de Substituição</b> |      |       |       |    |
| Álcool                       | 29,2 | 38,2  | 7,79  |    |
| Cocaína                      | 21,5 | 34,0  | 9,55  |    |
| Benzodiazepinas              | 15,4 | 40,2  | 9,99  |    |
| Heroína                      | 13,8 | 39,6  | 11,08 |    |
| Haxixe                       | 9,2  | 46,7  | 8,82  |    |
| Não têm                      | 7,7  | ----- | ----- |    |
| Sintéticas                   | 3,1  | 33,5  | 0,71  | NS |

% – Percentagem; MI – Média de Idades; DP – Desvio Padrão.

A nível dos resultados do LOCAD-50, verificou-se que, nos sujeitos de Santarém, existe um maior risco no factor "tentação e necessidade de consumir" do que nos sujeitos de outros distritos,  $\chi^2(3) = 6,460$ ;  $p = 0,091$ . Estes resultados replicam-se para ambos os sexos a nível do risco global,  $\chi^2(3) = 6,253$ ;  $p = 0,100$  e para os homens,  $\chi^2(2) = 5,693$ ;  $p = 0,058$ . Dividindo-se o local de residência entre zonas urbanas e rurais, verificou-se que os indivíduos que residem em zonas urbanas referem maiores índices de recaída do que

os indivíduos residentes em zonas rurais, quer a nível global,  $z(59, 6) = 1,916$ ;  $p = 0,055$ , quer a nível dos factores "emoções negativas",  $z(59, 6) = 2,216$ ;  $p = 0,024$ , e "pressão social para consumir",  $z(59, 6) = 2,312$ ;  $p = 0,019$ . Ainda nos residentes em zonas urbanas, os homens referem maiores índices de recaída a nível dos factores, "tentações e necessidade de consumir",  $\chi^2(3) = 9,585$ ;  $p = 0,022$ , e as mulheres expressam como factores que favorecem a sua recaída a "pressão social para consumir" e os "bons momentos com os outros",  $\chi^2(2) = 5,693$ ;  $p = 0,058$ . Fazendo uma análise por género, e relacionando-a com as restantes variáveis investigadas, verifica-se que são os homens operários/pescadores e desempregados que apresentam maiores índices de recaída, globalmente,  $\chi^2(3) = 7,733$ ;  $p = 0,052$  e nos factores "tentações e necessidade de consumir", "pressão social para consumir" e "bons momentos com os outros", respectivamente  $\chi^2(3) = 8,997$ ;  $p = 0,029$ ,  $\chi^2(3) = 7,511$ ;  $p = 0,057$  e  $V^2(3) = 7,571$ ;  $p = 0,056$ , enquanto as mulheres empregadas no sector dos serviços expressam maiores índices de recaída no "teste de controlo pessoal",  $\chi^2(1) = 3,938$ ;  $p = 0,047$ . Correlacionou-se a idade dos participantes com os diversos factores de recaída, constatou-se que a idade, só se encontra correlacionada negativamente com os factores interpessoais, nas mulheres,  $r_s(9) = -0,700$ ;  $p = 0,036$ , ou seja, quanto mais velhas, menores são os riscos de recaída a nível dos factores intrapessoais. Comparando-se a prevalência dos factores intrapessoais e interpessoais nas recaídas, a nível do género, estado civil, emprego, região onde reside, droga de eleição e de substituição, verificou-se que, os sujeitos que elegem as benzodiazepinas como droga de substituição, apresentam maiores índices de recaída nos factores interpessoais do que os que elegem a heroína  $\chi^2(5) = 9,674$ ;  $p = 0,085$ . Nesta amostra, foram encontrados maiores índices de recaída no factor interpessoal do que no intrapessoal,  $z(65) = 1,863$ ;  $p = 0,062$ . Verificou-se que o género, só por si, não interfere no risco de recaída, quer no factor intrapessoal, quer no interpessoal, respectivamente  $z(56, 9) = 0,399$ ;  $p = 0,690$  e  $z(56, 9) = 0,818$ ;  $p = 0,414$ ; sendo que os participantes com companhia/o apresentam maiores índices nos factores de recaída inter-

peçoais do que nos intrapessoais,  $z(10) = 2,499$ ;  $p = 0,012$ . Constatou-se que os indivíduos provenientes das zonas rurais têm menor risco de recaída nos factores intrapessoais  $z(59, 6) = 1,837$ ;  $p = 0,066$  e nos interpessoais  $z(59, 6) = 1,804$ ;  $p = 0,071$ , que os indivíduos residentes em zonas urbanas. Os homens com companhia apresentam maiores índices nos factores interpessoais do que os sem companhia,  $z(47, 9) = 1,709$ ;  $p = 0,088$ . Os homens desempregados apresentam um maior índice nos factores intrapessoais dos que os empregados no sector dos serviços  $z(56) = 1,805$ ;  $p = 0,071$ . Os participantes desempregados residentes nas regiões urbanas apresentam maiores índices nos factores interpessoais que nos factores intrapessoais, respectivamente,  $z(31) = 1,676$ ;  $p = 0,094$  e  $z(59) = 1,932$ ;  $p = 0,053$ .

No presente estudo, o risco intrapessoal apresentou um valor de 39,1% e o risco interpessoal foi de 60,9%. Os resultados referidos, apesar de serem diferentes dos considerados pela teoria de Marlatt *et al.* (1993), não são estatisticamente significativos,  $\chi^2(1) = 1,766$ ;  $p > 0,10$ .

#### 4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Dada a metodologia utilizada na recolha da amostra, os resultados obtidos não têm validade externa, pelo que não podem ser generalizados. A partir dos resultados, podemos concluir que: 1) O género, estado civil e o local de residência não interferem na selecção da droga consumida nem na escolha da droga de substituição, pelo que haverá outros factores que contribuem para a apetência dos participantes por uma droga em detrimento de outra; 2) Parece que os dependentes do álcool procuram o tratamento mais tardiamente, talvez porque é uma substância lícita e os seus efeitos surgem mais tardiamente, tal como é referido por Larimer *et al.*, 1999 e Daley *et al.*, 2003; 3) Os factores de risco estão relacionados com a região de residência, assim como o facto de se habitar numa zona rural ou urbana, sendo que os residentes nas zonas urbanas apresentam maiores riscos de recaída provavelmente por se encontrarem expostos a um maior número de estímulos e estarem menos sujeitos à pressão social como menciona McMahon, 2001; 4) Do mesmo modo, é nos homens que o desemprego e o tipo de emprego

afecta um maior número de factores de recaída, possivelmente porque estes estão mais expostos à pressão social dos colegas/amigos, tal como cita Vaillant, 2004, enquanto as mulheres apresentam maior risco a testar o seu controle pessoal; 5) A correlação negativa entre a idade e os factores interpessoais, encontrada nas mulheres, parece demonstrar que estas, e só estas, vão "amadurecendo" as suas competências para lidar com os factores de risco intrapessoais, como descreve Baker *et al.*, 2004; 6) As benzodiazepinas, como droga de substituição, parecem funcionar como um moderador dos factores de recaída interpessoais, entre os quais os conflitos; 7) Na amostra, os índices de recaída dos factores interpessoais são mais elevados do que os intrapessoais, pelo que este dado deve ser tido especialmente em conta na abordagem terapêutica; 8) Estes resultados, mantêm-se para os desempregados e os residentes nas regiões urbanas o que vem confirmar que, quer a ausência de emprego, quer a cidade, contribuem para o aumento dos conflitos interpessoais. No entanto, o desemprego nos homens também aumenta o conflito intrapessoal, que diminui com o emprego; 9) Os homens com companhia apresentam maior risco de recaída a nível dos factores interpessoais, talvez porque tenham que partilhar uma companhia diária, que os pressiona para comportamentos mais assertivos, pressão esta difícil de gerir por homens imbuídos por uma cultura social masculinizada, como o relatado por Silva *et al.*, 1995.

#### 5 – CONCLUSÃO

Pretende-se que os resultados deste estudo constituam um contributo para a melhoria das práticas da enfermagem, no campo da prevenção da recaída, ao apoiar a pessoa na reflexão e capacitação das mudanças inter e intrapessoais, necessárias para a manutenção da sua abstinência. Estas práticas estão focadas na redução dos factores de vulnerabilidade, riscos específicos e fortalecimento dos factores de protecção, aplicando um plano, que contemple a personalização dos cuidados de enfermagem, adequado às situações de risco detectadas. Teria sido vantajoso a selecção de uma amostra mais numerosa, principalmente a nível do sexo feminino.

Por outro lado, uma colheita de dados sociodemográficos mais ampla teria permitido estudar os factores de risco a nível de outras variáveis. Recomenda-se que estudos futuros se concentrem na investigação da motivação para a mudança de comportamentos.

## CONTACTOS:

### MARIA ELISA MARQUES

Enfermeira Graduada  
Unidade de Desabilitação das Taipas, IDT, I.P.  
Parque de Saúde de Lisboa, Avenida do Brasil, 21-B  
1749-006 Lisboa  
962 055 369  
elisa.marques@idt.min-saude.pt

### PAULO LOURENÇO

Enfermeiro Graduado  
Unidade de Desabilitação Taipas, IDT, I.P.  
Parque de Saúde de Lisboa, Avenida do Brasil, 21-B  
1749-006 Lisboa 962 055 369  
paulo.lourenco@idt.min-saude.pt

### SANDRA COSTA

Enfermeira Graduada  
Unidade de Alcoologia de Lisboa, IDT, I.P.  
Parque de Saúde de Lisboa, Avenida do Brasil, 53-A  
1749-006 Lisboa  
962 055 370  
sandra.cristina@idt.min-saude.pt

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J., Lejoyeux, M. (2004). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento – Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 1*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores (p. 112).
- Álvarez, M. A.; Armando. (2007). "Factores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo". *Jornal Brasileiro Psiquiatria*, 56 (3): 188-193.
- American Psychiatric Association (APA), (2002). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed., Lisboa: Climepsi Editores (pp. 85-103).
- Annis, H., Herie, H. E., Watkin-Merek, L. (1996). "Prévention Structurée de la Rechute". Quebec: *Addiction Research Foundation*.
- Baker, T. B.; Piper, M. E.; MCarthy, D. E.; Majeskie, M. R.; Fiore, M. C. (2004). "Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement". *Psychological Bulletin*, 111: 33-51.
- Bandura, A. (2006). "Toward a Psychology of Human Agency". *Perspectives on Psychological Science*, 1 (2): 164-180.
- Daley, D. C.; Marlatt, G. A.; Spotts, C. E. (2003). "A comprehensive textbook". 4th ed. Philadelphia, 772-785. Relapse prevention: "Clinical models and intervention strategies". In A.W. Graham *et al.* (Eds.), *Principles of addiction medicine*. 3rd ed. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, 467-485.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, C. H. (2007). *Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico 5*. Lisboa: Climepsi Editores (p. 62).
- Gorski, T. (1990). "The Cenaps model f relapse prevention". *Journal of Psychoactive Drugs*, 22: 122-133.
- Henriques, F. (1999). "Fazer diferente: tornar fáceis as mudanças difíceis". Lisboa: CITA.
- Henriques, F. (2004). "Prevenção da Recaída". Lisboa: Climepsi Editores (pp. 390-402).
- Jones, B. T., Corbin, W. & Fromme, K. (2001). "A review of expectancy theory and alcohol consumption". University of Glasgow: *Psychology, Addiction*, 96 (1): 57-72.
- Lambaz, R., António, P. (2010). "Desenho de um Programa de Tratamento Intensivo em ambulatório a decorrer na Unidade de Alcoologia de Lisboa". *Revista Toxicodependências*, Edição IDT, 16 (1): 79-86.
- Larimer, R. S., Marlatt, G. (1999). Relapse prevention: "An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model". *Alcohol Research and Health*, 23 (2): 151-160.
- Laws, D. R. (1995). "Central elements in relapse prevention procedures with sex offenders". Sage Publications Inc.: *Psychology, Crime & Law*, 2 (1): 41-53.
- Liese, S. B. & Franz, R. A. (1996). "Treating substance use disorders with cognitive therapy: lessons learned and implications for the future". In SULLGOUSKIS, P.N. (Ed.) *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press, 20: 471-488.
- Machado, P. P., Klein, J. M. (2005). *Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências*. Psicologia: Teoria, Investigação e Prática (pp. 19-29).
- Marlatt, G. & Gordon, J. (1993). *Prevenção da recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (pp. 64-113).
- Marlatt, G.; Witkiewitz, K. (2004). "Prevenção da recaída – Problemas com álcool e drogas". São Paulo: *Revista Brasileira de Psiquiatria* 26 (2): 22-36.
- McMahon, R. C. (2001). "Personality, stress, and social support in cocaine relapse prediction". *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21: 77-87.

Miller, W. R., Westerberg, V. S., Harris, R. J. & Tonigan, J. S. (1996). "What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models". *Journal of Nervous e Mental Disease: Addiction*, 91 (Suppl. 188), 155-171.

Polivy, J. & Herman, C. P. (2002). "If at first you don't succeed: False hopes of self-change". *Department of American Psychologist: University of Toronto* 57 (9): 677-689.

Rigotto, S. D.; Gomes, W. B. (2002). "Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química". *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (1): 95-106.

Rosa, A. (1998). *Toxicodpendência: Manter a Abstinência... Prevenir a Recaída*. 1ª Ed. Coimbra: Ediliber.

Santiago, R. I.; Genovés, V. G. (2008). "Efficacy of a Psychological Treatment for Sex Offenders". *Psicothema*, 20 (1): 4-9.

Santos, C. E.; Costa-Rosa, A. (2007). "A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicómanos". *Estudos Psicologia (Campinas)*, 24 (4): 487-502.

Siegel, S. (1975). *Estatística não paramétrica (para as ciências do comportamento)*. (A. A. Farias, Trad.) São Paulo: McGraw-Hill. (Obra original publicada em 1956), pp. 121-127.

Silva, E. A.; Ferri, C. P.; Formigoni, M. L. O. S. (1995). "Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento". *Estudo preliminar. Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44: 311-315.

Vaillant, G. E. (2004). "História natural para a adicção e caminhos para a recuperação". Lisboa: Climepsi Editores (pp. 29-34).

Walton, M. A., Castro, F. G. & Barrington, E. H. (1994). "The role of attribution in abstinence, lapse and relapse following substance abuse treatment". *The Guilford Press: Addictive Behaviors*, 19 (3): 319-331.

