



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**“Motivação, Auto-eficácia e Comorbilidade Psicológica em
Toxicodependentes Inseridos em Tratamento”**

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

Andreia Sofia Pinto Ribeiro



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2012



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**“Motivação, Auto-eficácia e Comorbilidade Psicológica em
Toxicodependentes Inseridos em Tratamento”**

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

Andreia Sofia Pinto Ribeiro

Sob a Orientação da Prof.^a Doutora **Eleonora Costa**



FACULDADE DE FILOSOFIA
OUTUBRO 2012

Agradecimentos

Ao finalizar este trabalho monográfico percebi o longo caminho que tive de percorrer para alcançar o objetivo de concretizar com êxito todas as tarefas a que me propôs ao longo de todo o meu percurso escolar. Em especial pelas pessoas que me ajudaram de alguma maneira a conseguir esses objetivos, como a finalização deste trabalho.

Quero então deixar os meus sinceros agradecimentos a todas pessoas que me apoiaram e apoiaram na realização deste processo.

À professora Doutora Eleonora, pela orientação e apoio.

A toda a equipa do CRI de Braga, em especial à minha orientadora Dra. Teresa Muchata pela partilha de conhecimento, paciência e ajuda.

À minha família por me terem proporcionado toda a ajuda e meios necessários para finalizar este meu percurso e por nunca me terem faltado em todos os momentos importantes da minha vida.

A todos os meus amigos por nunca o deixarem de ser, que me apoiaram e ajudaram nesta grande caminhada que é a vida.

Por fim, ao Hugo, por estar presente em todos os momentos que marcaram esta jornada difícil do percurso da minha vida.

A todos, o meu MUITO OBRIGADO...!

*“... P’ra quem tem pensamento forte,
o impossível é só questão de opinião...”*

(C.B. jr)

Índice

Resumo

Abstract

Introdução7

1ª Parte – Enquadramento teórico.....10

Capítulo I -A Toxicodependência

1.1. Caracterização da toxicodependência

1.2. Retrospectiva Histórica, Social e Cultural da Toxicodependência.....12

1.3. Dados epidemiológicos.....14

1.4. Características Clínicas.....16

1.4.1. Critérios de diagnóstico.....17

1.5. Tratamento da toxicodependência.....19

1.5.1. Prevenção da recaída.....21

Capítulo II- Variáveis psicossociais na toxicodependência.....23

2.1. Comorbilidade Psicológica

2.2. A Auto-eficácia.....25

2.3. A Motivação.....28

2.3.1. Modelo Transteórico.....31

2.4. Motivação, Auto-eficácia e o Tratamento na Toxicodependência.....34

2ª Parte - Investigação Empírica.....38

Capítulo III – Metodologia

3.1. Objectivos da investigação

3.2. *Design* do Estudo.....39

3.3. Variáveis estudadas

3.4. Hipóteses.....	40
3.5. Seleção e Recolha da Amostra	
3.6. Caracterização da Amostra.....	41
3.7. Instrumentos.....	43
3.7.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico	
3.7.2. Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral	
3.7.3. <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI).....	45
3.7.4. <i>University of Rhode Island Change Assessment</i> (URICA).....	47
3.8. Análise Estatística.....	50
Capítulo IV – Resultados	
4.1 Resultados dos Testes de Hipóteses	
Capítulo V – Discussão dos Resultados.....	56
Limitações do estudo.....	59
Conclusão.....	60
Referências Bibliográficas	
Anexos	

Resumo: A motivação, a auto-eficácia e a comorbilidade psicológica são variáveis fundamentais para o sucesso do tratamento da toxicod dependência. Além disso, estas variáveis apresentam uma relação bastante próxima entre si. Neste estudo, procuramos compreender essas relações. O objetivo central foi avaliar os níveis de motivação e auto-eficácia na população toxicod dependente em tratamento, bem como a existência de morbidade psicológica e suas implicações. Com uma amostra de 60 sujeitos toxicod dependentes inseridos em tratamento, e utilizando como instrumentos o URICA (University of Rhode Island Change Assessment), o BSI (questionário de sintomas psicopatológicos) e a Escala de Avaliação da Auto-eficácia Geral, além de um questionário clínico e sociodemográfico, avaliamos essencialmente, a motivação e a auto-eficácia dos respectivos utentes no processo de tratamento. Os resultados da nossa investigação demonstraram que não há uma correlação significativa entre motivação e auto-eficácia na toxicod dependência e que a comorbilidade psicológica aumenta quando a motivação, na fase de manutenção, também é elevada. Encontramos, ainda, algumas diferenças significativas na motivação e auto-eficácia relativamente aos diferentes grupos de recaídas. Verificamos que o estágio de pré-contemplação da motivação e a auto-eficácia influenciam no tempo do tratamento.

Palavras-Chave: Toxicod dependência; Modelo Transteórico; Auto-eficácia, Motivação.

Abstract: The motivation, self-efficiency and psychological comorbidity variables are critical to the success of drug treatment. Furthermore, these variables have a close relationship with each other. In this study we tried to understand these relationships. The main objective was to evaluate the levels of motivation and self-efficiency in the addict population in treatment as well as the existence of psychological morbidity and its implications. With a sample of 60 male individuals included in the treatment for drug addicts and using tools such as the URICA (University of Rhode Island Change Assessment), BSI (psychopathological symptom questionnaire), the Scale for Assessment of General Self-Efficiency and a socio-demographic and clinical questionnaire, we essentially evaluated the motivation and self-efficiency of their respective clients in the treatment process. The results of our research have shown that there is a significant correlation between motivation and self-efficiency in drug abuse and that the psychological comorbidity increases when the motivation is also high in the maintenance phase. Also, we still find some significant differences in motivation and self-efficiency in relation to different groups of relapses. Furthermore we found that the pre-contemplation stage of motivation and self-efficiency influence the treatment time.

Keywords: Addiction; Trans theoretical Model, Self-efficiency, Motivation.

Introdução

A toxicodependência é um fenómeno em ascensão que tem marcado as sociedades nos últimos anos. Este tipo de dependência baseia-se no uso constante ou repetido de substâncias psicoativas, cuja possibilidade das quantidades e as circunstâncias de consumo serem controladas são muito reduzidas, proporcionando um consequente prejuízo para o comportamento e para a vida relacional do indivíduo (Rochel, 2009). Este vício é um fenómeno resultante da dependência psicológica ou física de substâncias psicoactivas e o seu uso continuado provoca diversos efeitos no domínio físico, psíquico e social no funcionamento do sujeito (Rochel, 2009).

A dependência de drogas ilícitas, enquanto fenómeno de massa foi durante alguns anos, uma patologia amplamente masculina, apenas 20% dos consumidores destas substâncias eram mulheres. Recentemente esta percentagem aumentou para cerca de 30 a 35%, parecendo que tal facto deverá ser analisado em paralelo com a evolução social (Patrício, 1997).

No entanto, com os avanços da ciência, a toxicodependência é uma doença com tratamento e cura possível. Semelhante a outras doenças do tipo recorrente, tais como diabetes, asma ou doença cardíaca, a dependência de drogas pode ser gerida com êxito, e como outras doenças crónicas, são recorrentes as recaídas. No entanto, isso não é sinal de fracasso do tratamento mas sim, que o tratamento deveria ser reajustado, ou que outra alternativa será necessária para ajudar o indivíduo a recuperar o controlo da situação (NIDA, 2011).

Vários estudos psicoterapêuticos, principalmente focados nos resultados tem demonstrado que os sujeitos podem alcançar mudanças significativas com a ajuda de profissionais devidamente preparados para o efeito (Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; *cit in* Machado & Klein, 2007).

Os tratamentos estão disponíveis para ajudar as pessoas com dependência. A pesquisa efetuada revela que a combinação de fármacos de tratamento da dependência com a terapia comportamental é a melhor forma para garantir o sucesso na maioria dos pacientes. As abordagens de tratamento que são adaptadas aos padrões de cada paciente podem desencadear uma recuperação sustentada e uma vida sem drogas (NIDA, 2011).

Segundo o relatório da OEDT (2010), o número estimado de pessoas na União Europeia em tratamento da toxicodependência é atualmente mais de um milhão (sendo que aproximadamente metade destas pessoas estão a receber tratamento de substituição

dos opiáceos – 670 000).A expansão do tratamento da toxicod dependência tem sido liderada pelo crescimento dos cuidados especializados em ambulatório, acompanhados pelos serviços de proximidade, envolvendo serviços de cuidados primários e de médicos de clínica geral (OEDT, 2010). Devido ao variado leque de profissionais envolvidos neste tipo de tratamento é frequente a descoberta de novos problemas associados à toxicod dependência.

Os profissionais que trabalham nas equipas de tratamento, principalmente os psicólogos, cada vez mais apoiam a teoria de que a existência de psicopatologia não diagnosticada atempadamente, tem um impacto acrescido no processo de tratamento dos toxicod dependentes (Santos, Calado, Coxo, Trindade & Parente, 2011). O tratamento é dificultado quando prevalece o duplo diagnóstico.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011), define comorbilidade, ou duplo diagnóstico, como a ocorrência simultânea, no mesmo indivíduo, de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e uma outra perturbação psiquiátrica.

Durante o processo terapêutico o sujeito deve ser capaz de se concentrar em aspetos de outra importância que outrora foram ofuscados pelo desejo do consumo ilícito (Torosian, 1997; cit in Pereira, 2008). Antes de iniciar um tratamento de sucesso, o sujeito deve conseguir realizar uma espécie de luto sobre a etapa da vida que agora quer ultrapassar de forma segura. Assim, um primeiro passo, será admitir que tinha um problema de saúde grave, assegurando uma forte vontade em se curar (Conte, 2002). Deste modo, torna-se essencial abordar aspectos como a motivação e a auto-eficácia, uma vez que ambos os conceitos parecem ser potenciais propulsores da mudança comportamental (Ribeiro, 1995).

A Auto-eficácia é a crença que o sujeito desenvolve acerca da sua capacidade de desempenho numa situação particular (Bandura, 1977). É a crença de que se consegue controlar a própria motivação, processos de pensamento, estados emocionais e padrões de comportamento (Bandura, 1994).A auto-eficácia é uma variável cognitiva com uma função motivacional (Bandura, 1977). A teoria indica que a forma como as pessoas percebem as suas capacidades, afeta largamente o comportamento, o nível de motivação, o padrão de pensamento e a sua reação emocional (O'Leary, 1985; cit in Ribeiro, 1995).

Recentes desenvolvimentos teóricos sobre o tratamento de dependentes centram-se sobre o papel da motivação e na prevenção da recaída focando uma

perspetiva cognitivo-comportamental (Annis & Davis, 1989; Irvin, Bowers, Dunn & Wang, 2000; cit in Pelissier& Jones, 2006).

A motivação tem sido definida como um processo multidimensional no qual o sujeito se desloca, através de diferentes estágios de prontidão, para a mudança de comportamentos relacionados com o uso de substâncias (Pelissier& Jones, 2006). A motivação para o tratamento do uso de drogas tem sido apontada, como um fator importantíssimo que determina e afeta a probabilidade dos sujeitos participarem no tratamento e eliminar ou reduzir o uso de drogas (Gregoire & Burke, 2004; De Leon et al., 2000; cit in Longshore&Teruya, 2006).

Os autores sugerem que mais estudos nesta área são necessários para melhorar a compreensão da motivação para o tratamento como uma construção teórica, e aumentar o valor das medidas de motivação como ferramentas para a clínica, avaliação e pesquisa (Longshore&Teruya, 2006).

Em suma, a prevenção de recaídas é o objetivo da maioria dos programas de tratamento, tendo por objectivo melhorar as competências pessoais de confronto para lidar com situações de alto risco e, portanto, melhorar a auto-eficácia de permanecer abstinente, ao longo e após a conclusão de tratamento (Pelissier& Jones, 2006).

Segundo Machado e Klein (2007), seria importante avaliar não só a gravidade e tipos de consumos, mas também o funcionamento psicossocial e psicopatologia eventualmente associada.

Assim esta investigação encontra-se dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo irá incidir no enquadramento teórico do tema apresentado, caracterizando a toxicodependência, salientando o conceito da dependência bem como os aspetos históricos a ela associados. Em seguida, serão abordados os dados epistemológicos da toxicodependência, os critérios considerados essenciais ao seu diagnóstico, salientando a influência que a morbilidade psicológica pode implicar. Por fim, será dado destaque ao tratamento desta doença evidenciando o método da prevenção da recaída. O segundo capítulo fará referência às variáveis psicológicas aqui estudadas, sendo elas a motivação, a auto-eficácia e a psicopatologia. Serão apresentadas algumas definições dos conceitos, tendo em conta os seus domínios. Abordar-se-á o Modelo Transteórico e, posteriormente, dar-se-á ênfase à interacção e à importância que estas variáveis suportam no decorrer do tratamento da toxicodependência. Nos restantes capítulos será atribuído destaque à descrição da investigação empírica, bem como à exposição dos resultados e à discussão sobre os mesmos.

1ª Parte – Enquadramento teórico

Capítulo I – A Toxicodependência

1.1.Caraterização da toxicodependência

Na medicina, a dependência química é definida como estado de intoxicação periódica ou crónica gerada pelo consumo repetido de uma droga, acompanhado por um desejo indomável ou de uma necessidade de continuar a consumir a droga (Pereira, 2008).

A dependência é a resultante de uma interação entre o organismo e uma substância tóxica ou droga que o indivíduo se sente compelido a consumir periódica ou continuamente (Fonseca, 1997; cit in Nunes & Jóluskin, 2010). Segundo o mesmo autor a dependência física consiste numa adaptação aquando da suspensão da administração da substância, verificando-se a síndrome de abstinência quando esses sintomas são mais visíveis. Quando a dependência se instala, o sujeito perde a capacidade de ser racional e o seu poder de tomada de decisão enfraquece devido à influência que a substância exerce sobre si próprio, por vezes, até a noção de auto-preservação chega a estar em risco (Carver&Scheier, 1998; Lichtenberg, 1989; cit in Torres, Chagas & Ribeiro, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011) refere que a toxicodependência é um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se vão desenvolvendo em consequência do uso repetitivo de uma substância. Assim sendo, este fenómeno inclui consequências nefastas, tais como: um forte desejo de consumir a droga, dificuldades em controlar o seu uso e persistindo no mesmo, uma maior prioridade dada ao uso da droga do que a outras atividades e obrigações, tolerância aumentada, e às vezes um estado de privação física. De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IVTR) (APA, 2002), o abuso de substâncias psicoactivas caracteriza-se essencialmente por um padrão desadaptativo de utilização da substância manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas, relacionadas com a utilização repetida das substâncias. O uso de droga torna-se uma das formas de reprodução de identidade, é uma alternativa encontrada pelo sujeito para fazer frente à fragilidade das referências simbólicas (Pereira, 2008). No entanto, os efeitos secundários podem ser nefastos.

Os problemas causados pelo abuso e dependência de substâncias assumem-se como um dos mais difíceis de resolver (Soares, 2009). Para além dos danos causados, não só no próprio toxicodependente, a dependência também prejudica o seio relacional, como família e amigos, bem como a sociedade em geral. Além de ser destrutivo para a saúde pública e para a economia, também detém outras implicações, como a desintegração familiar, perda de emprego, fracasso escolar, violência doméstica e abuso infantil (Soares, 2009). Deste modo, pode-se sintetizar que o abuso de drogas e o vício têm consequências negativas para os indivíduos e para a sociedade.

Em termos físicos, a toxicodependência pode comprometer a saúde do indivíduo pois está associada a uma probabilidade mais elevada de doenças infecciosas, má nutrição e falta de higiene pessoal. No que diz respeito à saúde mental, são vários os problemas comuns de caráter afetivo, de relacionamento interpessoal, de adaptação a normas e valores, baixa auto-estima, baixo nível de tolerância à frustração e alterações na percepção da realidade. Geralmente a este tipo de problema também se agregam circunstâncias de vida difíceis como a pobreza, a instabilidade profissional, a marginalização e problemas judiciais (Moro, Esteve, Moreno, Quintanilla, Vivanco, González, et al., 2000; cit in Muchata & Martins, 2010).

Antes de ser considerada uma doença, a toxicodependência deve ser vista como uma solução para atenuar as dificuldades da vida, no cruzamento de fatores de ordem social, psicológica e biológica (Geismar-Wierviorka, 1998; cit in Matos, 2005). Para Ribeiro (1997; cit in Pereira, 2008, p.211) *“quando a droga é o principal objecto de desejo, as relações perdem importância e eficácia, estabelecendo-se um curto-circuito narcísico, proporcionando uma ilusão de auto-suficiência (e conseqüente retraimento de investimento no mundo exterior). O constante re-uso é uma forma de refazer a cada dia o preenchimento narcísico, que salva o toxicómano de um desaparecimento subjectivo”*.

As pessoas com problemas de adição às drogas apresentam uma taxa de mortalidade elevada e exibem uma considerável variedade de condições médicas, incluindo sintomas de dependência, doenças infecciosas e psicopatologias relacionadas com droga. A nível social também existe um conjunto de fatores que se podem agravar devido à condição referida, (e.g. o desemprego, perda de abrigo, ruptura da estrutura familiar e atividades criminais) (Machado & Klein, 2007).

A compreensão deste acontecimento na vida de um sujeito deve ter em conta vários aspetos da vida do indivíduo. É importante que a primeira análise seja

realizado no seio familiar, já que a família exerce uma importância significativa ao longo do desenvolvimento do sujeito. Deste modo é pertinente averiguar a influência da família no contexto da toxicod dependência bem como todo o seu meio envolvente, isto é, perceber que tipo de importância a família teve no aparecimento do problema, na sua evolução e tratamento do mesmo (Matos, 2005). Assim, a avaliação do comportamento-problema deve ser sempre acompanhada pela história familiar e pelo contexto no qual o problema se desenvolveu, pois se o comportamento for avaliado isoladamente é provável que a avaliação realizada adquira outros significados, dificultando assim o tratamento.

1.2. Retrospectiva Histórica da Toxicod dependência

Desde sempre que o ser humano procura alcançar estados de euforia e de conforto através das plantas.

O consumo de substâncias psicoactivas de forma vulgar e ritualizada aparenta ser um fenómeno omnipresente na história da humanidade. O seu uso desaconselhável e excessivo, bem como a possível dependência é um problema comportamental de carácter não só individual como também social (Torres, Chagas & Ribeiro, 2008).

A droga e a sua utilização não é um acontecimento recente na história da humanidade, pelo contrário, é um registo histórico complexo que se vem constatando ao longo de várias décadas. Portanto é notória a necessidade de conhecer este histórico de modo a tornar-se mais compreensível o desenrolar da temática nos dias de hoje (Nunes & Jólluskin, 2010). Desde sempre estiveram presentes os consumos de droga na vida humana, no entanto a razão pela qual ela era utilizada é que foi variando exponencialmente de acordo com o período histórico.

A literatura aponta o século XIX como a época do aparecimento das drogas (Patrício, 1995). Historicamente, o consumo de drogas geral era moderado nas civilizações onde a droga era aceite culturalmente. Este acontecimento devia-se ao controlo social exercido pela própria organização das comunidades. O consumo de substâncias psicoativas fez parte dos hábitos de diversas comunidades primitivas, durante longos anos integrando-se nas tradições das mesmas sob a forma cultural e ritualizada, permanecendo em práticas colectivas e em aplicações terapêuticas. O ópio foi usado desde tempos imemoriáveis pelos habitantes de diversas regiões do Médio

Oriente, do Sudeste da Ásia e do Pacífico Ocidental, devido aos seus efeitos hedônicos ou como alívio para o sofrimento (Ribeiro, 1995).

O conhecimento que os antepassados adquiriram sobre o uso destas substâncias possibilita, desde logo, estabelecer algumas comparações relevantes. Nomeadamente entre o consumo de drogas nas culturas pré-modernas e a sociedade atual, uma vez que, antigamente a sua utilização e possível dependência não eram preocupantes, contrariando aquilo que se têm vindo a identificar nas sociedades atuais (DuPonte, 2005). No mundo atual, o consumo de drogas ilícitas tem-se revelado um problema que atinge dimensões consideráveis (Torres, Chagas & Ribeiro, 2008). A sociedade de hoje depara-se com uma situação de epidemia à escala mundial, um conjunto de drogas naturais e sintéticas em que a ciência teve bastante contributo, bem como a produção industrial e até os meios de comunicação (Patrício, 1995). Tudo o que envolve a sociedade é um potencial transmissor de informação e divulgação sendo o ponto de partida para a procura e o início da dependência.

De acordo com Marques (2006), o agravar deste fenómeno deve-se à capacidade que a sociedade possui em conceber comportamentos desviantes em contexto social e de saúde pública, apesar de possuir modelos de comportamentos pelos quais a sociedade se deve reger.

Na verdade, o consumo de drogas com as características actuais, não se desenvolveu ao acaso, mas percorreram um trajecto subordinado a vários factores de carácter económico, político, social e científico, numa contextualização histórico-cultural que também foi determinando a evolução do fenómeno (Morel, Boulanger, Hervé & Tonnelet, 2001).

Segundo Patrício (1995), verificou-se um enorme crescimento na produção das drogas, traduzindo-se numa maior oferta em termos de quantidade e qualidade. No entanto, não foi só a produção que aumentou pois a própria atitude da sociedade tem vindo a desenvolver-se numa linha bastante consumista e permissiva face a este tipo de comportamento.

As drogas consideradas artificiais têm vindo a agravar a problemática da toxicod dependência, pois, para além de serem uma “imitação”, são mais económicas, fortes e agressivas para o sujeito (Patrício, 1995).

Deste modo, verifica-se que é relevante perceber a história do toxicod dependente, de forma a poder compreender o desenrolar dos acontecimentos ao longo dos tempos.

1.3.Dados epidemiológicos

Um dos problemas mais graves que a saúde pública tem enfrentado é o abuso e os consumos excessivos de drogas, principalmente nos países ocidentais. As toxicodependências são responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade, da prevalência de condições médicas crônicas e agudas associadas aos sintomas de dependência, infecção e acidentes (Frischeret al., 1993; cit in Machado & Klein, 2005).

A toxicodependência nem sempre foi um fenómeno maioritariamente masculino. No século XIX a prevalência do uso e abuso de drogas de homens e mulheres era, em termos comparativos, inversa aos dados epidemiológicos atuais. Havia, então, uma predominância de mulheres dependentes de opiáceos em relação ao número de homens (Keire, 1998; Alrdich, 1994; Young, 1994; *cit in* Cardoso & Manita, 2004). Atualmente é necessário salientar que, embora as mulheres estejam pouco representadas entre os consumidores de drogas ilícitas, são as primeiras representantes do consumo de psicotrópicos legais, pois este tipo de consumo não implica a exclusão social (Patrício, 1997).

Um estudo realizado por Pelissier e Jones (2006) revelou diferenças sexuais significativas, indicando que as mulheres relatavam com mais facilidade o seu problema com drogas do que os homens. No entanto, os homens e mulheres não relataram diferenças no que refere à resolução do problema, avançando em direção à mudança comportamental, ou usando estratégias para manter a mudança.

Diversos estudos nacionais de caracterização (Beirão, 2006; Gonçalves & Santos, 2006; Negreiros & Magalhães, 2009) mostram que esta população é maioritariamente constituída por sujeitos do sexo masculino (numa proporção de 8-9 homens para 1-2 mulheres), com uma média de idades que varia entre os 30-37 anos, conforme as amostra estudadas, havendo um predomínio do estado civil solteiro (que varia entre os 60%-70%), uma percentagem elevada de indivíduos desempregados (entre 40%-65%) e um nível de escolaridade em que a maioria dos utentes completou entre 4-9 anos de escolaridade.

No que concerne à Europa, cerca de 3% da população mundial, consomem drogas ilícitas anualmente (Naia, Simões & Matos, 2007). Em 2008, o número de utilizadores de drogas injetáveis a nível mundial era estimado em 15.9 milhões, calculando-se que uma em cada dez infeções pelo vírus da imunodeficiência humana

tenha ocorrido entre utilizadores de drogas injetáveis (Oliveira, Monteiro, Freixo e Venâncio, 2010).

Os dados do Relatório Anual de 2010 do Observatório Europeu da Droga e Toxicod dependência (OEDT, 2010) estimam que 22.5% dos adultos europeus são consumidores regulares de cannabis, 4.1% de cocaína, 3.3% de ecstasy, 3.7% de anfetaminas, e uma percentagem um pouco menor de opiáceos, 0.45%. Segundo o mesmo relatório (OEDT, 2010), o número estimado de pessoas na União Europeia em tratamento da toxicod dependência é actualmente mais de um milhão.

No que respeita a Portugal, um estudo nacional realizado em 2007 (IDT,2010) revelou que, na população com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, as substâncias ilícitas elegidas para consumo são: o cannabis (11.7%), a cocaína (1.9%) e o ecstasy (1.3%) com prevalências de consumo ao longo da vida. Entre 2001 e 2007, na população portuguesa verificou-se uma subida generalizada da prevalência de consumo ao longo da vida - pelo menos uma experiência de consumo na vida - a nível das várias substâncias ilícitas. No contexto das populações escolares, os resultados indicam que o consumo de drogas diminuiu pela primeira vez em 2006 e 2007 face à década de 90, constatando-se em 2010 novamente um aumento do consumo de drogas nestas populações (IDT, 2010). O estudo realizado em 2005 (IDT, 2010) sobre a prevalência do consumo problemático de drogas em Portugal, aponta para taxas por mil habitantes de 15-64 anos entre os 6.2-7.4% para uma definição de consumidores problemáticos, e, entre os 1.5-3.% para os consumidores de drogas por via endovenosa.

Num estudo realizado por Trigueiros e Carvalho (2010), constatou-se que as primeiras experiências com drogas surgem, na maior parte dos casos antes dos 16 anos de idade, sendo que nessa primeira experiência a opção recai sobre o cannabis ou um dos seus derivados.

1.4. Caraterísticas Clínicas

Apesar dos efeitos, que o consumo de drogas provoca, serem considerados agradáveis no momento, as suas implicações na saúde do indivíduo são incalculáveis. Este tipo de comportamento provoca danos ao nível social e da saúde, quer a curto, médio ou longo prazo (Nunes & Jóluskin, 2010).

No que diz respeito à saúde do sujeito, as consequências deste ato traduzem-se em sintomas diversos, podendo ser de carácter psicológico ou físico.

Relativamente às complicações fisiológicas a toxicodependência abrange problemas bucodentários, perturbações do foro digestivo, dermatológicos e até problemas menstruais, no caso das mulheres (Morel, Hervé & Fontaine, 1998). Outros efeitos visíveis durante os consumos ou na sua privação são tremores, suores, dores musculares, espasmos, convulsões, náuseas, perda ou aumento do apetite, vómitos e comportamento irracional) (Michel, 2000).

O sistema cognitivo é igualmente afetado pelo uso indevido de substâncias, sendo as mais recorrentes e de menor gravidade, a excitação, hiperactividade, irritabilidade, euforia, ansiedade, depressão e alucinações (Marques & Cruz 2000). Num limiar mais crítico também se contabilizam perturbações do humor, perturbação psicótica, *delirium*, disfunção sexual, perturbação do sono, e atémência persistente ou mnésica (Nunes & Jóluskin, 2010).

Assim, destes efeitos adversos podem resultar patologias graves e permanentes na vida do sujeito toxicodependente, que poderiam ser evitadas pela adoção de comportamentos preventivos.

O modo como são utilizadas as substâncias ilícitas, por si só já implicam certos problemas, isto é, as vias de administração, o padrão de consumos, e os estilos de vida são variáveis propícias a desencadear psicopatologia ou doença infecto-contagiosas. No que diz respeito a doenças infecto-contagiosas são várias as que se associam a este comportamento, nomeadamente o VIH/SIDA, tuberculose e a hepatite que, neste contexto, se propaga através da partilha de material infectado e no caso da hepatite também pode dever-se ao abuso crónico de álcool e drogas (Morel, Hervé & Fontaine, 1998).

É de salientar que não é só na saúde que o consumo de drogas é prejudicial, este tipo de comportamento também acarreta consequências ao nível social. Os problemas que se desenvolvem estão relacionados com o afastamento da família por parte do sujeito, rotura com a vida social, desenvolvimento de condutas anti-sociais, problemas de cariz ocupacional, económicos e jurídico-legais (Nunes & Jóluskin, 2010).

Deste modo, é notório que a maioria das patologias associadas à toxicodependência poderia ser evitada pela adoção de medidas básicas de protecção, cujo sujeitos dependentes deste tipo de substâncias raramente estão dispostos a aceitar quer pela vergonha ou pelo desconhecimento.

Assim pode-se concluir que as consequências do consumo de drogas são devastadoras para o indivíduo. É sem dúvida um fenômeno bastante complexo que engloba um enorme conjunto de fatores, tornando-se num ciclo constante, uma vez que um problema desencadeia outro formando um regime cumulativo. A sua utilização envolve consequências nefastas para a vida do sujeito, não compensando os escassos benefícios momentâneos.

1.4.1. Critérios de diagnóstico

As definições de dependência focam-se em diferentes particularidades e estão interligadas a outros conceitos, conforme distintas perspectivas. Deste modo, podem variar os critérios de inclusão para o diagnóstico, conforme as definições consideradas. São duas, as principais classificações internacionais das perturbações mentais a possuir os critérios mais utilizados de diagnóstico das toxicodependências, CID-10 e DSM-IV, que por sinal revelam ser muito semelhantes.

Assim sendo, segundo o CID-10 (OMS, 1998), na síndrome de dependência, pelo menos três das seguintes manifestações devem ter acompanhado o sujeito ao mesmo tempo ao longo do último ano: (1) desejo intenso ou compulsivo de consumir uma substância psicoactiva; (2) dificuldade em controlar a utilização da substância, quanto ao início, interrupção ou grau de consumo; (3) síndrome de abstinência fisiológica quando se interrompem ou diminuem os consumos ou quando se utiliza uma substância para aliviar ou evitar os sintomas de privação; (4) tolerância evidente; o indivíduo tem necessidade de uma quantidade maior da substância para obter o efeito desejado; (5) abandono gradual de outras actividades gratificantes em proveito da substância psicoactiva, aumento do tempo passado a obter a substância, a consumi-la ou a recuperar dos seus efeitos; (6) continuação do consumo da substância apesar de serem conhecidas as consequências manifestamente.

Conforme o DSM-IV (APA, 2002), o que provoca dano ou sofrimento clinicamente significativo, é um padrão mal adaptativo no modo como se utiliza a substância levando à sua dependência. Este padrão ocorre em qualquer momento ao longo de um período de 12 meses, manifestando três ou mais dos seguintes sintomas (APA, 2002): (1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes: (a) carência de quantidades graduais de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; (b)

decréscimo acentuado do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância (APA, 2002). (2) A abstinência deve-se manifestar por um dos seguintes: (a) síndrome de abstinência característica da substância, isto é, existir uma modificação do comportamento quer ao nível fisiológico ou cognitivo; (b) ocorre consumo para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência (APA, 2002). (3) A substância é utilizada constantemente em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se desejava (APA, 2002). (4) Existem esforços persistentes, fracassados, para diminuir ou controlar a utilização da substância (APA, 2002). (5) É perdido bastante tempo em atividades necessárias à sua obtenção e recuperação dos efeitos desejados na utilização (APA, 2002). (6) Diminuição ou abandono da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância (APA, 2002). (7) a utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pelo seu uso (APA, 2002).

Para além de preencher os critérios é necessário especificar quanto à tolerância e abstinência, isto é, pode haver dependência fisiológica caso na dependência de substâncias existam provas de tolerância e abstinência (Critério 1 e 2). Se não se verificarem evidências de tolerância e abstinência a dependência de substâncias é sem dependência fisiológica (APA, 2002).

Em síntese, verifica-se que a gravidade da toxicod dependência depende do grau e da intensidade de fatores tais como: dificuldades em controlar os consumos, abstinência e focalização nas drogas com detrimento de outros interesses. Ambas as classificações apontam no sentido em que estes parecem ser os fatores mais relevantes da toxicod dependência.

1.5. Tratamento da toxicod dependência

A procura pelo tratamento da toxicod dependência tem-se tornado mais evidente nos últimos tempos e os locais de reabilitação também têm aumentado. A expansão do tratamento da toxicod dependência tem sido liderada pelo crescimento dos cuidados especializados em ambulatório, acompanhados pelos serviços de proximidade (OEDT, 2010).

O tratamento da toxicod dependência não é fácil, pois quando o sujeito se dispõe para esta fase é porque à partida tomou consciência da dimensão do seu problema e do quão necessita de apoio quer dos pessoas mais próximas como de profissionais capazes de resolver a situação.

Este processo é sem dúvida uma mais-valia para o sujeito, desde que este demonstre interesse e vontade de o realizar. Num primeiro momento o dependente deve romper com o meio da droga, isto é, ser capaz de parar com os consumos, afastar-se dos consumidores conhecidos, e dos locais associados ao consumo de drogas (Patrício, 1995). No entanto o tratamento de um toxicod dependente não se resume à paragem dos consumos. Este procedimento não é uma garantia de recuperação por si só, todo o tratamento está inserido num enorme processo, envolvendo várias pessoas e etapas (Pereira, 2008).

Quando se fala em tratamento, não se sublinha apenas o apoio do meio que envolve o sujeito, a motivação e a pré-disposição para a mudança, mas sim de uma equipa técnica especializada, que embora muito importante, nem sempre está presente (Patrício, 2002).

Segundo o OEDT (2010), um aspeto relevante no tratamento da toxicod dependência é a combinação dos serviços especializados com o envolvimento dos serviços médicos, isto é, a equipa de tratamento toxicod dependente deve abranger médicos de clinica geral, para apoio farmacológico, serviços especializados em termos psicológicos (e.g. terapeutas e psiquiatras) e em termos sociais (e.g. assistentes sociais). Assim, o principal objetivo do tratamento centra-se sobretudo em produzir um efeito imediato, para que o indivíduo não seja submetido a sinais de abstinência muito significativos podendo levar à recaída (Patrício, 2002). Deste modo, o trabalho de recuperação realizado pela equipa técnica torna-se imprescindível para um tratamento de sucesso.

Outro aspeto a ter em conta é que o indivíduo se integre num tratamento com conhecimento, isto é, antes de determinar qual o tratamento é essencial dar a conhecer as várias possibilidades existentes, bem como entender qual será o mais indicado. Qualquer que seja a escolha do sujeito deve ser respeitada, considerando que é sempre possível reajustar o programa terapêutico (Morel, Hervé & Fontaine, 1998). Assim, ao responsabilizar o sujeito pelo seu tratamento implica também que ele faça uma livre escolha do mesmo.

Deste modo, um tratamento adequado deve discutir todas as estratégias que permitam melhorar a vida da pessoa toxicodependente. Assim, um sujeito que entre em tratamento deve ser auxiliado no que refere ao sofrimento físico e a tomar consciência de que a principal dificuldade na dependência de drogas é a dependência psíquica. Deve ainda ser orientado no sentido de reorganizar as relações com o ambiente que o rodeia (Nunes & Jólluskin, 2010).

Este tipo de processo é bastante moroso, pois tanto podem surgir significativos avanços como pequenos recuos que por vezes conduzem a uma recaída imediata. Porém quanto maior for o espaço entre as recaídas menor serão os riscos ligados à toxicodependência e melhor será o prognóstico (Patrício, 1997). Assim, o tratamento procura inicialmente, a consciencialização acerca da dependência e dos seus prejuízos na relação com a droga. A partir daí, o tratamento visaria favorecer no paciente um processo de autoconhecimento e a procura por outras fontes de prazer (Scaduto & Barbieri, 2009).

Em suma, qualquer sujeito pode e deve iniciar o tratamento da toxicodependência. Atualmente, na União Europeia, mais de um milhão de pessoas recebe tratamento para problemas causados pela droga (OEDT, 2010). Apesar da oferta de tratamento ter aumentado, o acesso ao mesmo apresenta desigualdades evidentes. Na prática, são por vezes as pessoas mais necessitadas de tratamento que menos possibilidades têm de aceder, e a desigualdade não é meramente geográfica. (OEDT, 2010). No entanto, percebeu-se que antes de qualquer avanço ser realizado, o sujeito deve mostrar total interesse e disposição para iniciar o tratamento, mas sobretudo ter consciência da gravidade do seu problema e qual a melhor forma de o resolver a longo prazo. A escolha acertada do tratamento com as características apropriadas ao candidato é uma mais-valia, pois traduz-se numa recuperação mais simples, embora seja um processo moroso.

1.5.1. Prevenção da recaída

A prevenção da recaída é um método bastante utilizado no tratamento da toxicodependência que complementa o procedimento farmacológico.

Marlatt (1993) levou a cabo uma abordagem cognitivo-comportamental para o tratamento dos comportamentos aditivos, denominada por “prevenção de recaídas”.

Conforme o autor, seria necessário identificar e monitorar os pensamentos e crenças distorcidas, identificando e mapeando as situações de risco para as recaídas, treinar as estratégias para encarar as situações de risco, ampliar as mudanças no estilo de vida. De acordo com o autor, a abordagem à recaída carece de uma visão que rompa com o ciclo vicioso que se gera nessa situação.

Segundo Oliveira, Jaeger e Schreiner (2003), a recaída é considerada como parte do processo de mudança, ou seja, é um ponto de viragem pelo qual o paciente recomeça o tratamento mais consciente do seu problema.

A ideia de recaída pode conduzir a noções algo subjetivas, como a de fracasso do tratamento, retorno à conduta aditiva, e rotura com retorno ao estado de doença. São expressões que se enquadram mais no modelo de doença em que se verifica a cura ou remissão de sintomas ou, pelo contrário, pode verificar-se uma situação de recaída (Patrício, 2002).

É importante perceber de que tipo de recaída se trata. Por um lado pode acontecer num momento de falha de atenção, tratando-se de um erro isolado, em que o sujeito não retoma necessariamente aos padrões de consumo anteriores ao período de abstinência, portanto, o lapso não implica forçosamente uma recaída, embora constitua um momento de grande risco. Por outro lado, a recaída pode consistir na readopção dos padrões de consumo anteriores ao período de abstinência, e pode ser precipitada pela má gestão da ocorrência de um lapso (Marlatt, 1985; cit in Nunes & Jóluskin, 2010).

O processo de recaída acarreta a implicação de alguns aspectos importantes como a percepção de auto-eficácia, a qual aumenta com o período de abstinência. Então, quanto mais longo o período de abstinência, maior será a percepção de eficácia do sujeito. Há ainda a percepção de auto-controlo, que se mantém até que o sujeito se veja perante uma situação de risco (Patrício, 1997).

Na recaída é possível identificar os seus antecedentes e, por isso, pode-se prevê-los e evitá-los. Há situações de risco que acontecem com mais frequência e são provocadas essencialmente por componentes: estados emocionais negativos, conflitos inter-pessoais, pressão social. Nestes factores e perante uma situação de risco podem-se verificar dois tipos de resposta conducentes a dois resultados: a redução da probabilidade de recaída ou o aumento dessa probabilidade (Williams, Meyer & Pechansky, 2007). Deparando-se com uma situação de risco o indivíduo deve utilizar estratégias de forma a contornar a situação. Assim essas respostas irão elevar a percepção de auto-eficácia do sujeito, que por consequência irá aumentar a sua auto-

confiança e paralelamente, reduzindo a possibilidade de suceder a recaída. Porém, se as respostas não se revelarem eficazes, a auto-eficácia do sujeito diminuirá e as expectativas em relação aos consumos aumenta e assim, há a possibilidade de ocorrer a recaída (Ribeiro, 2003). Aos efeitos de violação da abstinência acrescenta-se a dissonância cognitiva que se instala no indivíduo, o qual desenvolve um sentimento de culpa e de perda de controlo, num registo de conflito entre a situação de lapso e os objectivos de abstinência definidos pelo próprio (Marlatt, 1985; cit in Nunes & Jóluskin, 2010). Resumindo, a recaída reforça a perda de percepção de auto-eficácia, bem como a perda de percepção de controlo comportamental. Deste modo, pode gerar-se um ciclo vicioso que, não sendo quebrado, pode conduzir o indivíduo a uma situação de não recuperação.

Os programas de prevenção de recaída têm sido executados, tanto em regime ambulatorio, como em regime de internamento. Este tipo de programa surge da confirmação de que a abstinência é uma etapa relevante no combate à toxicodependência, mas que se faz acompanhar constantemente pelas recaídas, portanto trata-se de um ponto que merece especial destaque ao longo do tratamento. Assim, o tratamento não se pode centrar unicamente em alcançar a abstinência, mas exige uma atenção paralela sobre a prevenção de recaída. A resposta terapêutica deve-se caracterizar por um modelo integrador que destaque a componente psico-comportamental, uma vez que, a dependência psicológica aparenta ser a principal responsável pela tendência e pela cronicidade de recaídas entre os toxicodependentes (Range & Marlat, 2008).

Em suma, a prevenção de recaídas é o objectivo da maioria dos programas de tratamento, tendo por objectivo melhorar as competências pessoais de confronto para lidar com situações de alto risco e, portanto, melhorar a auto-eficácia de permanecer abstinente, ao longo e após a conclusão de tratamento (Pelissier & Jones, 2006).

Segundo Machado e Klein (2007), seria importante avaliar não só a gravidade e tipos de consumos, mas também o funcionamento psicossocial, e psicopatologia eventualmente associada. Na maioria dos casos, a presença de outra psicopatologia por si só prejudica o funcionamento do sujeito e ao mesmo tempo pode ser um entrave ao tratamento da toxicodependência, uma vez que, os sintomas da perturbação podem provocar uma recaída.

Perante isto pode-se concluir que a recaída não é necessariamente uma desgraça. Há todo um trabalho que se pode fazer para a evitar, mas acontecendo pode permitir o

amadurecimento do indivíduo e a tomada na decisão definitiva quanto ao desejo de estar abstinente.

Capítulo II - Variáveis psicossociais na toxicodependência

A motivação e a auto-eficácia são duas variáveis essenciais na procura de mudança de um comportamento, principalmente no tratamento da toxicodependência. A percepção da auto-eficácia atua diretamente nos diferentes mecanismos que ajustam a motivação, portanto pode-se afirmar que estas variáveis dependem directamente uma da outra (Bandura, 1986).

Outra variável tão ou mais importante neste processo é a comorbilidade psicológica. A presença de psicopatologia na toxicodependência tem um impacto fortíssimo no desenrolar do tratamento bem como na motivação e auto-eficácia do sujeito (Santos, Calado, Coxo, Trindade & 2011).

Uma vez que estas variáveis parecem relacionar-se no contexto toxicodependente é interessante aprofundá-las individualmente e em conjunto, de forma a identificar conceitos e perceber as relações existentes.

2.Comorbilidade Psicológica

Geralmente a toxicodependência acarreta inúmeros problemas sociais, familiares, mas sobretudo de saúde.O abuso de drogas e a sua dependência são desordens complexas que incluem sinais e sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos (Ferreira-Borges & Filho, 2004).Assim são muitas as vezes que a morbidade psicológica se associa à perturbação do consumo de substâncias, originando um duplo diagnóstico.

Esta expressão “duplo-diagnóstico” refere-se então à coexistência de perturbações do abuso ou dependência de substâncias com outra perturbação mental, sendo largamente observada a frequência deste género de comorbilidade, entre os toxicodependentes (Ferros, Moura, Pinto & Negreiros, 2008).A Organização Mundial de Saúde (OMS), citada pelo Observatório Europeu da Droga e das Toxicodependências

(OEDT, 2010) define comorbilidade, ou duplo diagnóstico, como a co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoativas e uma outra perturbação psiquiátrica.

Segundo Morel, Hervé e Fontaine (1998), a toxicod dependência alimenta-se de várias lacunas do interior do sujeito, especialmente do sofrimento psíquico, que muitas vezes os consumos se traduzem numa tentativa abortada de alívio do mesmo.

Deste modo, a investigação conduzida por Ferreira (2004), demonstrou que os toxicod dependentes constituem um grupo heterogéneo, com personalidades e tipos de psicopatologia associada diferentes. Assim não é possível agrupar todos os toxicod dependentes na mesma taxionomia.

Relativamente à investigação realizada neste domínio encontraram-se vários estudos.

A pesquisa realizada por Machado e Klein (2007) evidenciou que, para além da droga, as características individuais também estão implicadas na vulnerabilidade à psicopatologia.

Numa revisão realizada por Dawe, Loxton, Kavanagh e Mattick, (2002) verificou-se que é comum, uma grande parte de sujeitos toxicod dependentes, apresentarem uma gama alargada de problemas psicológicos e psiquiátricos, referindo que estas problemáticas variam gradualmente e, todavia, têm um impacto significativo no bem-estar, na qualidade de vida e trazem dificuldades aos processos de tratamento.

Outras investigações (Godinho, 2007; Rodrigues, 2006) apontam que a população toxicod dependente apresenta níveis de psicopatologia associada superiores ao normal, incidindo nas perturbações do humor, da ansiedade e da personalidade. Num estudo realizado por Godinho (2007) verificou-se que a população toxicod dependente (tanto em tratamento ambulatorio como sem-abrigo) apresentava valores superiores de psicopatologia comparando com uma amostra normativa portuguesa do sexo masculino. Machado e Klein (2007) obtiveram resultados significativos de stresse psicológico correlacionado com a severidade da adição às drogas. Já Kebler (2007) evidenciou que aproximadamente 70% dos utilizadores de opiáceos tem um diagnóstico psiquiátrico concorrente ou exibem alguma sintomatologia psiquiátrica.

Numa investigação conduzida por Hendriks (1990, cit in Ferreira, 2004) encontrou-se, numa amostra de 152 sujeitos em tratamento numa clínica de desintoxicação na Holanda, 80% de indivíduos que apresentavam pelo menos uma perturbação psiquiátrica para além do uso de substâncias. As três perturbações mais

frequentes foram a personalidade anti-social, depressão e perturbações relacionadas com a ansiedade.

Escudeiro, Lamachã, Freitas e Silva (2006) evidenciaram que os utentes mais velhos apresentavam mais queixas associadas ao funcionamento somático e verificaram ainda que os anos de consumotínham um impacto no bem-estar psicológico dos utentes.

Um estudo realizado por Santos, Calado, Coxo, Trindade e Parente (2011) revelou que a amostra em estudo apresentava psicopatologia. Ainda no mesmo estudo, os consumidores de cocaína apresentam valores superiores aos da população geral com perturbação emocional; já os que referem opiáceos como droga de eleição apresentam valores de depressão elevados. Kosten (1998), confirmou que os dependentes de opiáceos com um consumo severo tendem mais à depressão, assim como aqueles que iniciam pela primeira vez um tratamento. Segundo o autor, o curso da depressão tende a diminuir durante o tratamento prolongado.

De acordo com Torres e Rodrigues (2007), o tratamento da toxicoddependência pode sofrer graves alterações devido à sintomatologia psicopatológica dos sujeitos e à forma como são usadas tais substâncias. Segundo os mesmos autores, são vários os motivos que podem justificar a presença de uma morbidade psicológica para além da dependência química, aliás, a toxicoddependência é um forte produtor de problemas psíquicos. No entanto, as equipas de tratamento, estão cada vez mais atentas à existência de problemáticas psicopatológicas, sabendo que têm implicações no processo de tratamento dos toxicoddependentes e por isso devem ser identificadas cada vez mais cedo (Santos, Calado, Coxo, Trindade & Parente, 2011).

Assim, conclui-se que existe uma enorme diversidade de psicopatologia associada à população toxicoddependente, sendo que os níveis de psicopatologia associada são superiores ao normal, com particular incidência nas perturbações do humor, da ansiedade e da personalidade (Godinho, 2007; Rodrigues, 2006).

2. A auto-eficácia

A auto-eficácia é sem dúvida um construto poderoso, que dá força ao sujeito para seguir em frente.

Bandura (1977) foi o pioneiro a definir a auto-eficácia em Psicologia. O autor descreve a auto-eficácia como sendo *“o juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de*

quanto são capazes de organizar e implementar atividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stresse” (p. 163). No entanto, em 1986, o autor altera este conceito, abordando agora a capacidade de planeamento para obter determinada ação.

Os avanços na compreensão de que os processos cognitivos intercalam a relação entre a ação e a consequência revelaram-se através da contribuição da Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1977). O conceito de auto-eficácia foi desenvolvido no contexto da Teoria da Aprendizagem Social, no entanto, a partir de 1986, Bandura intitula essa mesma teoria de “Teoria da Cognição Social” propondo-se diferenciar a contribuição de diversos autores da Aprendizagem Social (Salvetti & Pimenta, 2007).

O conceito de auto-eficácia não se reduz à cognição, também suporta o fator de atitude de controlo, traduzindo-se na procura e utilização de recursos mais competentes (Bandura, 1990 cit in Parreira, 2006).

A auto-eficácia vai de encontro ao conceito abordado na teoria da cognição social, uma vez que, abarca as crenças do sujeito face ao modo de organização e capacidade para realizar ações mais complexas, de modo a alcançar os objectivos pré-definidos (Bandura, 1977, 1986, 1997). No paradigma da aprendizagem social reconhece-se que a pessoa é um ser complexo e o seu comportamento nem sempre pode ser explicado através de vias tão simples como o condicionamento clássico ou o operante (Rafael, 2005). O mesmo autor refere que o sujeito vive em interação constante com o meio físico e com os parceiros sociais, por isso grande parte do que aprende fá-lo através da observação das outras pessoas, imitando o que os outros fazem escolhendo modelos sociais como guias para as suas próprias ações. Assim, quando o indivíduo percebe um determinado modelo a desempenhar uma tarefa pode facilmente tentar replicá-la, funciona como um estímulo positivo, aumentando a sua auto-eficácia.

A percepção da eficácia pode influenciar o comportamento em vários níveis. A forma como se percebe a eficácia afeta diretamente a escolha das atividades e das situações. Determina ainda o esforço e o tempo que o indivíduo irá utilizar em cada tarefa, bem como, os processos de pensamento e as reações emocionais (Ribeiro, 1995).

A percepção deste constructo provoca vários efeitos sobre o indivíduo, isto é, ao determinar um comportamento, diversos aspetos do funcionamento do ser humano serão afetados, tais como, os resultados pretendidos, o empenho, a persistência, os estados emocionais e o próprio desempenho. No entanto, existe um conjunto de fatores que, por

sua vez, também pode afetar o modo como o sujeito, posteriormente, irá perceber a sua eficácia, sendo eles a má avaliação da própria eficácia, originando resultados insuficientes, o espaço entre a avaliação da eficácia e o seu desempenho, o déficit de reflexão sobre as competências e possíveis falhas de autoconhecimento (Salveti & Pimenta, 2007).

São vários os processos mediadores da expectativa de auto-eficácia no comportamento humano, tais como, os processos cognitivos, seletivos, afetivos e motivacionais (Salveti & Pimenta, 2007).

A expectativa de auto-eficácia persuade os processos cognitivos que automaticamente definem objetivos e organizam estratégias de forma a realizá-los de eficazmente. Outro processo mediador é a seleção de atividades e ambientes (Bandura, 1997). O indivíduo tenta contornar situações que ultrapassam as suas capacidades, procurando integrar-se em atividades onde percebe que alcançará um maior desempenho aumentando assim a sua gratificação pessoal (Costa, 2003). Os mesmos autores referem ainda que ao afetar a seleção de atividades e de ambientes, a expectativa de auto-eficácia por si só influencia o desempenho pessoal do sujeito. Os processos afetivos também fazem parte do grupo de mediadores da expectativa de auto-eficácia, isto é, acreditar na própria eficácia circunscreve o grau de intensidade das reações afetivas, podendo influenciar cognições e ações do sujeito (Bandura, 1995, 1997). Por último, os processos motivacionais também são um tipo de mediador, pois delimitam o objetivo de desempenhar o comportamento proposto, a força e a firmeza necessários para enfrentar as dificuldades na realização da ação (Salveti & Pimenta, 2007). Os processos motivacionais são influenciados pela auto-eficácia ao transformar significados e valores de influências externas e ao afetar expectativas de resultados de ações, bem como os valores desses resultados. Modificando assim, as avaliações do desempenho no que refere ao alcance de objetivos pessoais (Rabelo & Cardoso, 2007).

As experiências de domínio pessoal do desempenho, as experiências por meio de modelos sociais, persuasão social e estados emocionais e fisiológicos são ferramentas fulcrais no desenvolvimento da auto-eficácia do sujeito (Bandura 1986, 1995, 1997).

A experiência vai desenvolvendo a capacidade de percepção sobre o desempenho em determinada situação. Se essa percepção for de sucesso, considera-se que seja a mais efetiva das fontes de informação para o crescimento de um forte senso de eficácia. Porém, se o indivíduo tiver a percepção de ter fracassado tende a prejudicar a convicção

de auto-eficácia, principalmente se esta ainda não estiver fortemente desenvolvida (Meneses & Abbad, 2010).

As experiências por observação de modelos sociais fortalecem e modificam a convicção de auto-eficácia, principalmente se o indivíduo se considerar em situações semelhantes às dos modelos. Ao observar o desempenho de outros, o sujeito julga suas próprias competências. A sua auto-eficácia tende a aumentar ou diminuir se concluir que, por esforço próprio, pessoas em situações semelhantes à sua tiveram ou não sucesso no desempenho proposto (Bandura, 1995). Outro aspecto a salientar é a persuasão social. Esta é executada através de apreciações por parte de terceiros sobre a capacidade pessoal do indivíduo para o desempenho de uma atividade. Assim, se os sujeitos forem persuadidos de que são competentes para realizar uma ação tendem a adquirir maior auto-eficácia. Situações contrárias irão danificar a auto-eficácia (Bandura, 1995, 1997; cit in Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro & Silveira, 2002).

A auto-eficácia de se abster do uso de drogas pode resultar de ter ou observar uma série de experiências de sucesso positivos resultantes de abstenção, ou ser convencido sobre os efeitos positivos da abstenção (Dolan, Martin, & Rohsenow, 2008).

Marlatt & Gordon (1983) verificaram que no processo de reincidência que é comum a dependentes de heroína, álcool e fumadores, a percepção de eficácia auto-reguladora é um fator que pode contribuir garantindo a possibilidade de se dar continuidade ao tratamento.

Em suma, a auto-eficácia e as suas expectativas possuem um papel extremamente importante na resposta do indivíduo perante uma dificuldade. Assim os sujeitos que acreditarem ter aptidões suficientes para enfrentar os problemas irão se sentir auto-eficientes e provavelmente o seu desempenho será melhor. Relativamente à toxicodependência se o plano de intervenção passar pela fomentação da auto-eficácia acredita-se ser possível obter um melhoramento considerável no tratamento da toxicodependência.

3.A Motivação

Na ânsia de compreender a atividade do ser humano, a psicologia incumbiu à motivação a tarefa de elucidar as consequências do comportamento.

O conceito de motivação parece ser consensual no que diz respeito à ligação direta com a predisposição para a ação (Heredia, 2002). Segundo Czernecki, Pillon, Houeto, Pochon, Levy, Dubois, 2002) a motivação é um estado interior que incentiva o sujeito para determinada ação. Apesar deste estado poder ser inconsciente ou consciente, também altera consideravelmente várias etapas do planeamento comportamental, isto é, influencia o definir de um objetivo, a seleção e elaboração de respostas e a avaliação das possíveis consequências dessa ação. Os mesmos autores afirmam que a motivação é um processo fundamental para a organização de um comportamento. Sancho, Blasco, Martínez & Palmero (2005) também consideram que a motivação está relacionada com a existência de uma necessidade. Para Palmero (2005) a motivação está ligada a um sistema interno que estimula o sujeito, esse estímulo poderá estar relacionado com um acontecimento interno ou externo ao sujeito. Para Maslow (1943; 1954, cit in Sampaio, 2009), o sujeito é um todo integrado e organizado e desse modo, não se deve referenciar a motivação como sendo de uma parte física do corpo, mas sim apenas da motivação da pessoa como um todo.

O comportamento motivacional abrange o anseio implícito no valor do reforço, resultado ou efeito esperado. Deste modo, este tipo de comportamento estimula o sujeito na procura de comportamentos positivos e evita os negativos (Parreira, 2006).

A motivação é considerada como uma etapa de disponibilidade do sujeito para a realização de algo (Tavares 2006). Este conceito pode ser visto de duas perspetivas, a intrínseca e extrínseca. Portanto quando a motivação é extrínseca a atividade constitui apenas um meio para atingir um objetivo externo (e.g. dinheiro ou estatuto) e esse tipo de motivação, geralmente causa maior tensão e pressão e por consequência níveis mais altos de ansiedade e estresse. Quando a motivação é intrínseca, o sujeito não está essencialmente focado em gratificações, e portanto tem tendência a ser um comportamento mais duradouro e estável.

Massarella & Winterstein (2009).

Este conceito pode ainda variar noutro sentido, quanto à sua intensidade, direção e persistência. Assim, os sujeitos motivados estão dispostos a empregar mais esforços (intensidade) por mais tempo (persistência) e optam por reunir forças e atenção em atividades significativas para realizar determinada tarefa, ignorando atividades insignificantes (direção) (Lemos, 2005).

Relativamente à motivação para o tratamento da toxicod dependência claramente se percebe que este conceito tem um peso fundamental na iniciação deste processo, pois

trata-se de uma mudança e da predisposição para tal. A motivação para o tratamento refere-se a um vontade de procurar ajuda e disponibilidade para investir e agir de acordo com um programa de tratamento (DiClemente, Schlundt & Gemmell 2004). Para Silva (2005) a motivação tem sido a variável intrapsíquica mais associada à eficácia do tratamento, sendo caracterizada com fundamental para a realização de mudanças estáveis. Segundo o mesmo autor o nível de motivação consiste na manifestação da intensidade das forças em conflito, ou seja, se os consumos estão unicamente vinculados a expectativas positivas, o sujeito permanece numa fase de pré-contemplação, se as desvantagens excedem as vantagens do consumo, à partida, o sujeito tenderá para iniciar um processo de mudança.

A motivação para procurar apoio terapêutico e o desejo de reduzir os consumos tem sido reconhecido como principal preditor no tratamento da toxicod dependência (Ryan, Planta & O'Malley, 1995; cit in Godman, Peterson-Badali & Henderson, 2011).

Entre os consumidores de substâncias que realizam tratamento em ambulatório e em comunidades, o estudo de Cahill, Adinoff, Hosig, Muller e Pulliam, (2003) indica que os sujeitos que frequentam um tratamento em ambulatório são altamente motivados, mostram-se interessados no tratamento e sentem que lhes é útil em todas os sentido.

Ekdahl (2007) realizou um estudo com três grupos de sujeitos, os que não estavam em tratamento, os que estava mas obrigados e os voluntários. Aqui evidenciou que a motivação obteve melhores resultados no grupo de voluntários. O mesmo estudo verificou o facto da motivação ser maior para o tratamento quando o meio ambiente assim o proporciona, isto é a presença de apoios de terceiros e de um bom nível de qualidade de vida são fatores que aumentam a motivação durante o tratamento da toxicod dependência.

Deste modo, pode-se concluir que a motivação é deveras importante para o tratamento da toxicod dependência. Sem motivação não há forma de progredir no tratamento, uma vez que o sujeito o está a fazer provavelmente por obrigação ou ainda não se encontra preparado para tal.

A motivação do indivíduo para a mudança pode ser explicada pelo modelo Transteórico, sendo que a motivação pode ser repartida em vários estágios tendo em conta a fase em que o sujeito se encontra. De seguida este modelo será abordado de forma a perceber melhor os seus estágios.

3.1. Modelo Transteórico

São vários os avanços que a ciência tem alcançado ao longo dos anos no que respeita a esta temática e a motivação para o tratamento da toxicod dependência não é excepção.

A pesquisa que mais destaque merece foi a descoberta da necessidade de averiguar o estágio de prontidão para a mudança do indivíduo e posteriormente ajustar as intervenções terapêuticas (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Uma das contribuições mais importantes neste âmbito tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento.

Considerar o Modelo Transteórico aplicado ao tratamento da toxicod dependência é uma tarefa complexa, onde por vezes, as suas conclusões podem não ser concretas nem definitivas (Szupszynsk & Oliveira, 2008). O Modelo Transteórico apresenta uma nova perspectiva de assimilar a mudança de comportamento. Este modelo permite perceber o quão o sujeito está motivado, podendo ser útil no planeamento de tratamentos mais adequados.

Este modelo centra-se na compreensão do processo de mudança de comportamento-problema, na procura de hábitos saudáveis e na intenção de mudar por parte do sujeito. Baseia-se na premissa de que a mudança do comportamento surge ao longo de um processo pelo qual os sujeitos passam por várias etapas de motivação para a mudança. Estas etapas indicam uma dimensão temporal do Modelo Transteórico e assim, proporcionar uma melhor compreensão sobre quando mudanças particulares, intenções ou comportamentos reais podem surgir (Janeiro, 2007). Deste modo, são quatro as etapas pelas quais o sujeito dependente passa ao longo do processo de mudança, com ou sem ajuda terapêutica: a fase de pré-contemplação; contemplação; acção e manutenção (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011).

Na primeira etapa, a pré-contemplação, os indivíduos à partida não tencionam mudar o comportamento e quando o tentam fazer é apenas por pressão externa, pois não admitem que isso seja um problema. A principal característica desta etapa é o facto de raramente o sujeito procurar ajuda, demonstrando estar em constante negação. Até pode admitir o problema mas não equaciona a possibilidade de mudança (Williams, Meyer, Pechansky, 2007). No estágio de Contemplação, começa a surgir a tomada de consciência acerca do problema e, portanto, o sujeito esforça-se por compreender a sua dependência e o seu possível tratamento. No entanto, esta fase destaca-se pela

ambivalência, isto é, por um lado mostram grande vontade em mudar, mas por outro aparecem momentos de ansiedade que fragilizam a sua determinação motivacional (Silva, 2005). Pode acontecer que os sujeitos permaneçam por tempo indeterminado nesta etapa substituindo a ação pelo pensamento, podendo tornar-se uma etapa crónica. Quando se dá a evolução para o próximo estágio é frequente observar-se essencialmente duas mudanças: a instituição de um foco na resolução de problemas e o pensamento voltado para o futuro (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011). A preparação é o terceiro passo, aqui o indivíduo desencadeia algumas mudanças comportamentais no sentido de concretizar a tomada de decisão para o abandono do comportamento dependente, isto é, elabora um plano minucioso baseado em ações orientadas para a mudança. Nesta fase é importante tornar a decisão pública, de forma a assumir um compromisso, não só para com ele mas também para com os outros, envolvendo-se mais no processo de mudança (Szupszynsk & Oliveira, 2008). Uma vez que não há ações a desenrolar-se ao mesmo tempo os sujeitos que se encontram neste estágio não necessitam ter a sua ambivalência resolvida por completo. Na quarta etapa, designada por ação, o sujeito muda o seu comportamento no sentido de abandonar a dependência, podendo desencadear um maior reconhecimento exterior bem como maior reforço social (Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Schneider, 2003). Neste sentido o indivíduo dá início à mudança nos seus comportamentos prejudiciais à sua condição. Esta fase necessita de mais empenho e energia pessoal do que as restantes, fazendo com que as mudanças efetuadas se tornem muito mais visíveis que as restantes (Nunes & Jólluskin, 2010). Apesar de todas as mudanças realizadas e de toda a preparação dos estágios anteriores, é importante que o sujeito tenha consciência de que as mudanças realizadas carecem de manutenção constante. Por último, o estágio de manutenção, aqui o sujeito procura manter e consolidar os progressos obtidos na fase anterior e deve tentar prevenir uma possível recaída (Tavares, 2006). O último estágio é considerado o grande desafio em todo o processo. O principal objetivo é estabilizar o comportamento em questão. O esforço do indivíduo deve ser constante de forma a fortalecer o que até ao momento angariou, este esforço deve ser contínuo de forma a evitar possíveis recaídas. Sem um robusto acordo neste estágio é mais provável surgirem recaídas (Szupszynsk & Oliveira, 2008).

Posto isto, pode-se sintetizar que ao longo dos estágios existem processos de mudança que estão subjacentes às mudanças atitudinais e comportamentais do sujeito perante o comportamento dependente. Existem determinados processos que são mais

comuns a umas fases do que outras. Assim, os processos de mudanças de aumento de consciencialização, vivência do dramático e a reavivação ambiental são comuns no estágio da pré-contemplanção, podendo prolongar-se para o estágio de contemplanção (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011). Neste estágio pode iniciar-se o processo de auto-reavaliação, processo que se poderá estender até grande parte do estágio de preparação. Por outro lado, é no estágio de preparação que se inicia o processo de auto-libertação continuando no estágio da ação, apesar de neste último também ocorrerem os processos de gestão de contingências, relações de ajuda, contra-condicionamento e controlo de estímulos (Tavares, 2006).

Estudos realizados com base neste modelo comprovam a validade do mesmo.

Callaghan et al. (2005; cit in Oliveira, Szupszynski e Diclemente, 2010) avaliaram o estágio motivacional de pacientes de um programa de tratamento para adolescentes toxicodependentes, utilizando a escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) baseada no modelo transteórico. O estudo comprovou a validade do modelo transteórico, já que os adolescentes, que obtiveram níveis elevados no estágio de pré-contemplanção, representaram substancialmente o número de desistências do programa.

Na amostra estudada por Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo e Schneider, (2003) a partir da correlação positiva entre o estágio de Manutenção da URICA e uma maior gravidade da dependência do álcool, pode-se verificar que os sujeitos com dependência alcoólica mais grave, por experienciarem maiores prejuízos, tanto clínicos, quanto psicossociais, apresentam uma maior prontidão para a mudança. Edens, Willoughby & Frederick (2000) analisaram um grupo de alcoólicos, verificando que os pacientes no estágio de pré-contemplanção relatavam menos preocupação relativamente aos consumos e menos recetividade em receber ajuda. Um estudo realizado por Carpenter, Miele e Hasin, (2002), testou a relação entre o efeito mediador da motivação para a mudança e a gravidade das perturbações do uso de substâncias no início do tratamento e depois do tratamento, numa amostra de toxicodependentes. Os resultados sugerem que a dependência de substâncias tem um efeito direto e positivo na motivação para a mudança na entrada do tratamento. Evidenciaram ainda que quanto menor a gravidade de dependência maior é a motivação para a mudança e auto-ajuda.

Neste modelo, as estratégias de intervenção são adaptadas conforme as fases. Para além das estratégias centradas no desenvolvimento da relação terapêutica segura, no facultar de informação objetiva e não pressionando as mudanças comportamentais,

as restantes estratégias remetem fundamentalmente para o modelo cognitivo-comportamental (Szupszynsk & Oliveira, 2008). Os mesmos autores referem ainda que, a integração na intervenção terapêutica dos estádios de mudança realiza-se através da intencionalidade do terapeuta em fazer desenvolver no sujeito todos os processos através das várias fases de mudança, consoante o nível de mudança em que se está a trabalhar. Portanto, uma vez que existem vários estágios de motivação, é crucial que o terapeuta identifique o nível de motivação em que o sujeito se encontra para ser possível identificar as suas dificuldades adequadamente e resolve-las da melhor forma.

4. Comorbilidade Psicológica, Motivação e Auto-eficácia no Tratamento da Toxicodependência

A motivação e a auto-eficácia para iniciar o tratamento tem sido uma consideração importante na tentativa de compreender o início do tratamento e o seu sucesso entre utilizadores de drogas, bem como as dificuldades que se acumulam quando existe psicopatologia associada ao consumo de substâncias.

O'Leary (1992; cit in Ribeiro, 1995) esclarece que a baixa auto-eficácia pode prejudicar a saúde através dos comportamentos, assim, sujeitos que adotam comportamentos de promoção da saúde possuem maior perceção de auto-eficácia e por sua vez, alteram atitudes prejudiciais à própria saúde. Os estados emocionais e os fisiológicos podem influenciar o julgamento sobre a capacidade pessoal. Como indicadores de vulnerabilidade podem ser considerados o stresse, a tensão e estados de humor depressivos; cansaço e fadiga, mas principalmente as perturbações psiquiátricas podem ser percebidas como sinais de debilidade física/mental e assim reduzir automaticamente a auto-eficácia do sujeito (Salvetti & Pimenta, 2007).

Apesar de existirem variações no conceito de prontidão ou motivação para tratamento entre os estudos e teorias, a definição dessas construções muitas vezes incluem o reconhecimento do problema e a intenção de interromper o uso ilícito de substâncias (Severtson, Thomsen, Hedden; Latimer, 2010). Embora a motivação para o tratamento seja quase um pré-requisito para a mudança, só recentemente os investigadores começaram a validar empiricamente o papel da motivação (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller & Pulliam, 2003). Se a motivação é de facto um elemento crítico para sustentar ganhos durante o tratamento, então, os programas de tratamento

deveriam aumentar a motivação no sujeito, para que tal programa fosse mais eficaz, sustentando assim a adesão ao tratamento e, em paralelo, resultados bem-sucedidos (Cahill, Adinoff, Hosig, Muller, Pulliam, 2003).

A motivação para o tratamento da toxicod dependência é considerada fundamental para envolver o sujeito no tratamento da dependência. Esta variável é vista por muitos terapeutas como um fator crítico que afecta consideravelmente a participação no tratamento e por consequência o seu desfecho positivo (Longshore & Teruya, 2006).

Uma considerável parte dos dependentes iniciam o tratamento devido a pressões externas, isto é, por influência de terceiros e portanto carecem de motivação, degradando a possibilidade de tratamento com sucesso (Battjes, Gordon, Grady, Kinlock & Garswell, 2003). No entanto, este conceito não deixa de ser importante neste tipo de situações (Broome, Knight, Hiller & Simpson, 2001).

A motivação é um processo importante na recuperação e como tal são vários os autores a mencionar esse facto nas diferentes perspectivas teóricas da recuperação, abrangendo a programação neurocomportamental (Zackon, McAuliffe & Chien, 1985; cit in Battjes, Gordon, Grady, Kinlock & Garswell, 2003), prevenção de recaídas (Marlatt & Gordon, 1985) e nos estágios de mudança (Prochask & Diclemente, 1992).

Várias pesquisas efetuadas têm demonstrado que a motivação é um fator imprescindível para o sujeito permanecer e adquirir força de vontade ao longo do tratamento, obtendo assim resultados positivos (Battjes, Gordon, Grady, Kinlock & Garswell, 2003).

Segundo DeLeon, (1993), a motivação também sofre alterações conforme o tipo de substância que o sujeito utiliza. O mesmo estudo revela que os indivíduos mais motivados para o tratamento são os consumidores de cocaína, em seguida os de opiáceos e por último os de haxixe e álcool. Assim pode-se apurar que a gravidade do uso destas substâncias influencia significativamente o motivação para iniciar um tratamento.

É importante que haja motivação para iniciar um tratamento e para que este seja realizado com sucesso. No entanto, por vezes, as pressões externas desencadeiam o oposto ao pretendido, isto é, o sujeito acaba por se apresentar ao tratamento e afirmar querer realizá-lo, mas a sua vontade/ motivação é nula, pois apenas não quer contrariar os familiares ou o próprio sistema judicial. Neste tipo de situação o sujeito pode ainda não se ter apercebido do seu problema ou simplesmente não se querer reabilitar. Estudos

comprovam que a motivação é influenciável por qualquer factor interno ou externo ao sujeito (Battjes, Gordon, Grady; Kinlock&Carswell, 2003).

A prevenção da recaída é um dos objetivos primordiais na maioria dos programas de tratamento, cuja intenção é melhorar significativamente as habilidade de confronto do sujeito de forma a se precaver para eventuais situações de risco e portanto, aperfeiçoar a auto-eficácia de permanecer abstinente durante e após o tratamento (Pelissier & Jones, 2006). Diversos estudos têm relacionado a eficácia e a expectativa de resultado em sujeitos que se propõem para o tratamento. Solomon e Annis, (1990) exploraram a relação da expectativa de eficácia numa população de alcoólicos enquanto participavam num programa de tratamentos, sendo contactados três meses pós-tratamento. Os resultados indicaram que expectativas de resultado não prevêm o consumo depois do tratamento. No entanto, a auto-eficácia (definida como a confiança em ser capaz de resistir ao desejo de beber muito), foi fortemente associada ao nível de consumo de bebida em ocasiões pós-tratamento.

Um estudo realizado por Wonget al. (2004) em dependentes de cocaína, confirmou que a auto-eficácia no início do tratamento era maior do que durante os seguintes meses, bom como a abstinência.

Para além de a motivação ser um ponto fulcral no início do tratamento da toxicodependência, a auto-eficácia também se revela extremamente essencial neste processo. Uma vez que a auto-eficácia se traduz na percepção da capacidade que o indivíduo julga ter para realizar uma tarefa, se esta for estimulada, pode auxiliar o sujeito no desenrolar do tratamento. Marlatt e Gordon (1980; cit in Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro & Silveira, 2002) indicam que no processo de reincidência que é comum a dependentes em heroína, a alcoólatras e fumadores, a percepção de eficácia auto-reguladora é um factor que pode contribuir garantindo a possibilidade de dar-se continuidade ao tratamento.

Segundo Bandura (1986, p. 175), *"As crenças na auto-eficácia funcionam como um importante conjunto de determinantes próximos na motivação humana, do afecto e da acção"*. Estas crenças atuam através dos processos intervenientes motivadores, cognitivos e afectivos.

As crenças de auto-eficácia alteram o pensamento de várias formas. Na maioria dos casos o comportamento dos sujeitos é ajustado pela disposição prévia organizando alvos conhecidos. A auto-avaliação das próprias capacidades irá afectar o traçar de metas e objectivos. O grau no qual as expectativas de resultados contribuem para a

motivação independentemente das crenças pessoais de eficácia é parcialmente determinado pela relação entre as acções e os resultados num dado domínio de actividades (Meneses & Abbad, 2010).

As crenças na auto-eficácia que o indivíduo possui determinam o nível de motivação e o quanto se vai empenhar e por quanto tempo (Bandura, 1986). Quanto maior for a crença, maior será a persistência e o esforço. Quando acometidas de dúvidas sobre a sua eficácia pessoal, o sujeito tem tendência de aliviar os esforços, desiste de tentar ou altera os objectivos estabelecendo soluções medíocres.

A percepção da auto-eficácia pessoal actua como principal factor entre os mecanismos que regulam a motivação e a acção humana, na perspectiva da teoria da cognição social (Bandura, 1986). O sujeito aumenta a motivação quando determina para si próprio objectivos e padrões estimulantes. Ao determinar este quadro, irá desencadear um esforço conforme o necessário para que seja possível alcançar o que anteriormente definiu. Ao receberem a informação sobre o próprio desempenho, as pessoas fazem ajustes em seu esforço para alcançarem os resultados que desejam.

A percepção de auto-eficácia insere-se na auto-regulação da motivação, uma vez que, serve de base para o indivíduo definir objectivos, perseverar esforços e reajustar os seus padrões internos àquilo que conseguirá realizar. A auto-percepção de não ser eficaz pode anular a motivação que irá obter resultados gratificantes, pois os sujeitos que duvidam das próprias capacidades raramente se empenham em tentar provar o contrário (Meneses & Abbad, 2010).

Em síntese, verifica-se que a auto-eficácia é um constituinte da motivação, pois é uma avaliação de desempenho, ocupando um papel fundamental nessa estrutura teórica e, conseqüentemente, na aquisição e mudança de comportamento (Salveti & Pimenta, 2007). A motivação irá depender em grande parte do modo como o indivíduo percebe a sua capacidade para enfrentar o problema. Caso o sujeito possua uma avaliação positiva do seu desempenho, ampliará a sua motivação para iniciar um tratamento e por sua vez, terminá-lo com sucesso.

Assim, torna-se essencial avaliar a motivação e auto-eficácia na população toxicodependente em tratamento, bem como a existência de morbilidade psicológica e suas implicações. Tendo em conta que a auto-eficácia tem uma forte influência sobre a motivação pessoal do sujeito e, eventualmente, pode afetar a própria tentativa de enfrentar determinadas situações e escolhas, neste caso, relacionadas com o tratamento da toxicodependência.

Assim sendo, esta investigação tem por objetivo avaliar as diferentes relações entre as variáveis psicológicas anteriormente referidas, bem como perceber se existem diferenças quando comparadas a variáveis do domínio sócio-demográfico.

2ª Parte - Investigação Empírica

Capítulo III – Metodologia

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada para a realização da investigação, identificando o desenho do estudo, bem como, a amostra, os seus critérios de seleção e procedimento de recolha dos dados. Por último, apresentam-se ainda os instrumentos selecionados e os procedimentos estatísticos que se pretendem efetuar.

3.1. Objetivos da investigação

Esta investigação terá por principal objetivo avaliar os níveis de motivação e auto-eficácia na população toxicodependente em tratamento, bem como a existência de morbilidade psicológica e suas implicações. Tendo em conta que a auto-eficácia tem uma forte influência sobre a motivação pessoal do sujeito e, eventualmente, pode afetar a própria tentativa de enfrentar determinadas situações e escolhas, neste caso, relacionadas com o tratamento da toxicodependência. Deste modo, torna-se vantajoso verificar os níveis de motivação e auto-eficácia, com o intuito de detetar possíveis falhas e automaticamente corrigi-las e adicioná-las ao tratamento, em busca de melhores resultados terapêuticos.

Além disso, como objetivos específicos pretende-se avaliar as diferentes relações entre as variáveis psicológicas e perceber se existem diferenças quando comparadas a variáveis do domínio sócio-demográfico.

3.2. Design do Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, pois pretende aprofundar a relação da morbidade psicológica, motivação e auto-eficácia em toxicod dependentes inseridos em tratamento. A grande razão deste estudo ser quantitativo é pelo facto de enfatizar as regras da lógica, o raciocínio dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana (Ribeiro, 2008).

Tendo em vista os objetivos traçados, a investigação será do tipo correlacional pois pretende-se avaliar a relação entre as variáveis sem qualquer manipulação da variável independente e descrever as variações inerentes da relação entre essas mesmas variáveis (Vilelas, 2009). Relativamente aos momentos de avaliação este estudo será transversal, uma vez que, geralmente, foca apenas um grupo representativo, isto é, somente um grupo será testado num dado momento do tempo (Ribeiro, 2008). Abrange ainda o método descritivo e, entre-sujeitos pois, para além de fornecer informação sobre a população, também permite que todos os sujeitos inseridos na investigação passem pela mesma avaliação num único momento (Vilelas, 2009).

3.3. Variáveis estudadas

Relativamente às variáveis sociodemográficas serão abordadas: a idade; o género; a nacionalidade; a escolaridade; a constituição do agregado familiar; a situação profissional em que o sujeito se encontra; o estado civil; e o nível financeiro.

Quanto às clínicas, destacar-se-ão o tipo de doença; a duração do tratamento; o motivo do tratamento; os tratamentos realizados anteriormente; os tipos de tratamento já realizados; o número de recaídas; a idade de início de consumos; os tipos de consumos; e o tempo de abstinência.

Por último, como variáveis psicológicas serão abordadas:

- I- Psicopatologia, com as dimensões: Somatização; Obsessão-compulsão; Sensibilidade interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; e Psicoticismo.
- II- Motivação, incluindo os estágios de Pré-contemplação; Contemplação; Ação; e Manutenção.

III- Auto-Eficácia: Iniciação e persistência; Eficácia perante a adversidade; e Eficácia social.

Como variáveis dependentes definiu-se a Motivação, a Auto-Eficácia e Morbilidade Psicológica. A variável independente a considerar neste estudo é a população toxicodependente em tratamento.

3.4. Hipóteses

Assim, sendo para este estudo foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1: Espera-se uma relação positiva significativa entre a auto-eficácia e a motivação.
- Hipótese 2: Prevê-se que a morbilidade psicológica afete os níveis de motivação para o tratamento e de auto-eficácia.
- Hipótese 3: Espera-se diferenças significativas nas variáveis psicológicas em função do número de recaídas.
- Hipótese 4: Espera-se diferenças significativas nas variáveis psicológicas em função do tempo de tratamento.

3.5. Seleção e recolha da Amostra

A amostra desta investigação foi constituída por toxicodependentes, participando no estudo de forma voluntária, sendo portanto, uma amostra de conveniência (Almeida & Freire, 2003). O único critério de inclusão passava por serem toxicodependentes inseridos em tratamento de ambulatório. Como critérios de exclusão foi solicitado não serem menores de 16 anos e familiares diretos, de toxicodependentes, em acompanhamento.

A amostra, de ambos os sexos, conforme os critérios acima referidos, foi recolhida, na Equipa Técnica de Braga, pertencente ao CRI de Braga, após terem autorizado o estudo devidamente aprovado pelo diretor do CRI.

Os técnicos que aceitaram colaborar, encaminharam os pacientes após a consulta para uma sala destinada à recolha dos dados. Foi ainda esclarecido com os participantes questões relativas ao procedimento, após o preenchimento do consentimento informado.

A taxa de mortalidade mostrou-se nula, ou seja, todos os participantes que se disponibilizaram para o presente estudo mantiveram-se até ao fim.

3.6. Caracterização da Amostra

No que respeita à caracterização dos dados sócio demográficos (Anexo – tabela 1), a amostra é constituída por 40 sujeitos toxicodependentes. A maioria dos participantes, 32 (80%) é do sexo masculino, e apenas 8 (20%) são do género feminino. A idade dos sujeitos varia entre os 16 e os 53 anos, com uma média de 35.72 e um desvio padrão de 9.48anos. 39 (97.5%) indivíduos são de nacionalidade Portuguesa e apenas 1 (2.5%) tem outro tipo de nacionalidade. Relativamente ao nível de ensino, 14 (35%) concluíram o 3º ciclo, 9 (22.5%) possuem o 1º ciclo, 9 dos participantes (22.5%) têm o 2º ciclo, 6 (15%) têm o ensino secundário e apenas 2 (5%) sujeitos possuem o ensino superior. Quanto à situação profissional, 31 (77.5%) depara-se com uma situação de desempregado, 8 (20.0%), participantes está a trabalhar e somente 1 (2.5%) encontra-se reformado. Quase metade dos sujeitos, 19 (47.5%) dependem em termos monetários da ajuda familiar, 14 (35%) deles é financeiramente autónomo e 7 (17.5%) têm ajuda monetária proveniente de terceiros. Do total dos participantes, 23 (57.5%) habita com a família, 11 (27.5%) vive com outras pessoas e apenas 6 (15%) reside sozinho. A maior parte dos indivíduos 26 (65.5%) é solteira, enquanto 11 (27.5%) estão divorciados e 3 (7.5%) são casados.

Face aos dados clínicos (Anexos – Tabela 2) verificou-se que dos 40 entrevistados, 27 (67.5%) não tem qualquer doença e 13 (32.5%) tem, sendo que dessa percentagem, 7 (17.5%) possui hepatite, 4 (10%) tem HIV e somente 2 (5%) sujeitos possuem ambas as doenças.

Relativamente à idade de início dos consumos, 22 (55%) dos sujeitos começaram a consumir entre os 16 e os 20 anos, 14 participantes (35%) iniciaram antes dos 15 anos

e somente 4 (10%) utilizaram drogas pela primeira vez depois dos 20 anos. Uma grande parte dos participantes, 14 (35%) referiu já ter consumido todas as drogas mencionadas no questionário (haxixe, heroína, cocaína, álcool e outras), 10 (25%) sujeitos experienciaram cocaína, heroína e haxixe, 3 (7.5%) utilizaram apenas heroína e outros 3 (7.5%) participantes referiram como droga consumida o álcool, por fim, 1 (2.5%) sujeito era consumidor de cocaína e heroína. Como vias de administração, 14 (35%) dos sujeitos consumiram drogas de todas as formas (oral, nasal e intravenosa), outros 14 (35%) preferiram apenas a via oral, 8 (20%) dos participantes usaram drogas através da via oral e nasal, 2 (5%) consumiram por via oral e intravenosa, restando apenas 1 (2.5%) indivíduo consumidor por via intravenosa e 1 (2.5%) por via nasal.

Quando questionados sobre a existência de ter feito tratamentos anteriormente, 30 (75%) dos sujeitos responderam que sim e apenas 10 (25%) participantes nunca realizaram tratamentos prévios. Relativamente ao motivo do tratamento, a maioria dos sujeitos 29 (72.5%) respondeu ser por vontade própria e apenas 11 (27.5%) participantes por pressão de terceiros. Quanto aos tipos de tratamentos mais realizados pelos utentes, 20 (50%) estão inscritos no programa da metadona, 11 (27.5%) estão em tratamento com buprenorfina, com naltraxona estão 4 (10%) sujeitos medicados, 3 (7.5%) estão a realizar tratamento devido à dependência de álcool e no programa da prevenção da recaída apenas 2 (5%) sujeitos estão inscritos. Dos inquiridos, 27 (67.5%) encontram-se em tratamento entre um a dez anos, 7 (17.5%) estão em tratamento há menos de um ano e apenas 6 (15%) indivíduos já efetuam esta terapêutica há mais de dez anos. Do total dos sujeitos em tratamento, a maioria, 33 (82,5%), refere já ter recaído, enquanto 7 (17,5%) ainda se encontram abstinentes. Dos sujeitos que recaíram, 26 (65%) fizeram-no entre uma a cinco vezes e apenas 7 (17.5%) tiveram mais de cinco recaídas. Perante a questão da abstinência, a maioria dos sujeitos, 28 (70%), afirma estar abstinente e somente 12 (30%) não está. Dos sujeitos que estão abstinentes, 14 (35%) deles estão há menos de um ano, 12 (30%) dos participantes estão sem consumir entre um a cinco anos e somente 2 (5%) sujeitos encontram-se abstinentes há mais de cinco anos.

3.7. Instrumentos

Na presente investigação serão utilizados quatro instrumentos de avaliação, nomeadamente um questionário sociodemográfico, o *BriefSymptomInventory (BSI)*, a *Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (EAEG)*, e o *University of Rhode Island ChangeAssessment (URICA)*. Seguidamente serão descritas as características, objetivos e validade destes mesmos instrumentos.

3.7.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico (Ribeiro & Costa, 2012)

Este questionário, construído especificamente para esta investigação com o propósito de caracterizar a amostra, tem como objetivo recolher um conjunto de informações demográficas e clínicas, que possibilitem a caracterização dos participantes como a indicação de idade e género, do nível de escolaridade, estado civil, profissão, tratamento e consumos.

3.7.2. Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral (Ribeiro, 1995)

Descrição da Versão Original

A versão original da escala de Auto-eficácia Geral foi desenvolvida por Sherer, Madduz, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs e Rogers (1982), sendo que o principal objetivo é avaliar o juízo que cada pessoa faz sobre a sua capacidade individual para enfrentar e reagir a situações desconhecidas e imprevistas, causadoras de stresse.

Destina-se a jovens adultos, é uma escala ordinal do tipo Likert, sendo constituída originalmente por 36 itens, agrupados em dois fatores: a auto-eficácia geral (17 itens) e a auto-eficácia social (16 itens) (Mestrinho, Antunes, Monteiro, Areadinho & Queirós, 2009).

Cotação

A cada item da escala é atribuído um valor de um a sete, isto é, o valor “1” corresponde à letra “A” e o valor “7” corresponde à letra “G”, salvos itens invertidos (3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14 3 15). A nota total e por dimensão traduz-se na soma bruta dos itens (Ribeiro, 1995). A pontuação máxima é de 14 pontos, ou seja, quanto mais baixa a nota, menor a sua percepção do sujeito face à sua eficácia (Mestrinho, Antunes, Monteiro, Areadinho & Queirós, 2009).

Características Psicométricas da Versão Original

Na versão original o instrumento apresentava valores de .86 para o primeiro fator (auto-eficácia geral) e .71 para o segundo fator (auto-eficácia social). O valor de alfa para a escala total era .80 (Sherer, Madduz, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs & Rogers (1982).

Versão Portuguesa

A adaptação Portuguesa inclui apenas 15 itens com resposta Likert cotada com apenas sete pontos. As respostas variam entre discordo totalmente e concordo totalmente (Ribeiro, 1995). Com a adaptação deste instrumento, procedeu-se a uma análise de componentes principais com diversos métodos de rotação e diversas soluções fatoriais tendo-se optado por uma solução ortogonal-varimax com três fatores. Assim o primeiro fator designou-se por “iniciação e persistência” (itens 1, 5, 6, 7, 14, 15;), qualificando a apreciação que o sujeito faz acerca da sua vontade para iniciar e para complementar uma ação; o segundo, por “eficácia perante a adversidade (itens 2, 4, 8, 9, 12) indaga a vontade para persistir numa atividade perante situações que são adversas admitir; e o terceiro por “eficácia social” (itens 3, 10, 11, 13), apurando as expectativas do sujeito perante situações sociais (Ribeiro, 1995).

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

Através da análise da consistência interna, recorrendo ao teste de alfa de Cronbach, foram apurados os seguintes valores: .80 (primeiro fator), .80 (segundo fator) e .60 (terceiro fator). O valor de alfa obtido para a escala total foi de .84, revelando assim, uma boa consistência interna (Ribeiro, 1995).

Características Psicométricas no Presente Estudo

A fidelidade foi avaliada numa amostra de 40 sujeitos toxicodependentes em tratamento. Os alfas das sub-escalas não revelaram concordância com as expectativas. O total da escala EAEG revelou um alfa de (.52). Apesar do resultado da consistência ser reduzido a utilização da escala não será posta em causa, uma vez que, segundo o autor Davis (1964; cit in Maroco & Garcia-Marques, 2006), a consistência é aceitável quando atinge valores superiores a .50. Porém os resultados onde a variável é utilizada deveram ser analisados com maior precaução (Anexos – tabela 4).

3.7.3. *Brief Symptom Inventory (BSI)* (Canavarro, 1995)

Descrição da Versão Original

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) é um inventário de auto-resposta com 53 itens que avalia os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas. Os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afetou durante a última semana. A escala é do tipo *likert*, em que a possibilidade de resposta vai desde *Nunca* a *Muitíssimas Vezes*.

As dimensões da sintomatologia são: *Somatização* (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37), *Obsessivo-Compulsivo* (itens 5, 15, 26, 27, 32, 36), *Sensibilidade Interpessoa* (itens 20, 21, 22, 42), *Depressão* (itens 9, 16, 17, 18, 35, 50), *Ansiedade* (itens 1, 12, 19, 38, 45, 49), *Hostilidade* (itens 6, 13, 40, 41, 46), *Ansiedade Fóbica* (itens 8, 28, 31, 43, 47), *Ideação Paranóide* (itens 4, 10, 24, 48, 51), *Psicoticismo* (itens 3, 14, 34, 44, 53). Existem quatro itens que não pertencem a qualquer uma das dimensões (11, 25, 39, 52),

pois representam indicadores clínicos e vegetativos importantes (Canavarro, 2008). Da soma dos itens podem-se obter três índices globais de sintomatologia no BSI: o Índice Geral de Sintomas (dá informações sobre o número de sintomas e intensidade da sintomatologia), o Total de Sintomas Positivos (representa a contagem dos sintomas que o indivíduo experiência) e o Índice de Sintomas Positivos (permite saber se o indivíduo aumentou ou atenuou a sintomatologia na forma como respondeu ao inventário).

Cotação

Os sintomas psicopatológicos são avaliados em nove dimensões de sintomatologia e três índices globais. Este instrumento corresponde a uma versão mais pequena do SCL-R-90 que mede as mesmas dimensões (Derogatis, 1975, 1977).

A interpretação é feita através do resultado global que representa o IGS (numero total de itens dividido pelo número total de respostas positivas). Depois, deve-se ter em atenção as nove dimensões primárias (pontuação bruta a dividir pelo numero de itens de cada dimensão) que permitem traçar um perfil do indivíduo em termos psicopatológicos e nos dá informação sobre a sintomatologia. Finalmente, ao nível dos sintomas discretos (total bruto das respostas positivas), que fornecem informação pormenorizada importante para decisões clínicas (Canavarro, 2008).

Características Psicométricas da Versão Original

Derogatis (1975) refere uma boa consistência interna para as nove dimensões que vão desde .71 até .85. A boa fiabilidade é suportada por outros estudos independentes, não existindo contudo uma medida de fiabilidade para qualquer um dos três índices globais. Os coeficientes teste-reteste para cada uma das nove dimensões variam entre ,68 e ,91 e para os três índices globais de ,87 até ,90 (Derogatis, 1975, 1977).

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

A versão utilizada neste estudo é de Canavarro (1999) tendo sido traduzida e validada pelo mesmo autor.

Os estudos psicométricos desta versão revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove escalas, com valores de *alpha* de *Cronbach* entre ,62 e ,79 (Canavarro, 1999).

Estudos de fiabilidade e validade indicam que este instrumento avalia adequadamente a psicopatologia (Canavarro, 1999). O instrumento possui boa fidelidade e estabilidade temporal, sendo que as escalas de *Ansiedade Fóbica* e *Psicoticismo* são as que tem menor consistência interna quando comparadas com as restantes (Canavarro, 1999).

Características Psicométricas no Presente Estudo

Foi avaliada a fidelidade numa amostra de 40 toxicodependentes em tratamento. Os alfas para as diferentes dimensões revelaram boa consistência interna: Somatização (.83), Obsessivos-compulsivos (.69), Sensibilidade Interpessoal (.77), Depressão (.76), Ansiedade (.81), Hostilidade (.83), Ansiedade Fóbica (.56), Ideação Paranóide (.76), Psicoticismo (.74). O total dos itens obteve um alfa de .95 revelando assim uma boa consistência interna para o presente estudo (Anexos – Tabela 5).

3.7.4. *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)* (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2007)

Descrição da Versão Original

A escala URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*), concebida por McConaughy, Prochaska & Velicer (1983; cit in Szupszynski, 2006) procura avaliar os estágios motivacionais de indivíduos, baseada nos estágios de mudança do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (MTT). Baseia-se numa medida de auto-

relato, do tipo *likert*, sendo aplicada para todos os problemas associados a comportamentos de dependência (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011).

A URICA possui três versões: uma composta por 32 itens; outra por 28 itens e uma versão de 24 itens. Todas essas versões possuem quatro sub-escalas correspondentes aos estágios de mudança do MTT: Pré contemplação (itens 1, 5, 11, 13, 23, 26, 29 e 31, invertidos); Contemplação (itens 2, 4, 8, 12, 15, 19, 21 e 24); Ação (itens 3, 7, 10, 14, 17, 20, 25 e 30) e Manutenção (itens 6, 9, 16, 18, 22, 27, 28 e 32), (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011).

Cotação

A cotação do instrumento realiza-se através do somatório bruto da pontuação obtida em cada dimensão (Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção). As pontuações podem obter um mínimo de 8 pontos a um máximo de 40 pontos, em todos os estádios. Deste modo será possível conhecer os estádios predominantes no momento da aplicação, isto é, a dimensão que apresentar o valor mais alto é a predominante no momento da aplicação (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011).

Características Psicométricas da Versão Original

Através da análise da consistência interna da escala verificou-se uma boa validade interna, sendo que o Alfa de Cronbach atinge valores entre .74 a .89 (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983).

Versão Portuguesa

A adaptação da URICA para a população Portuguesa adoptou a versão com apenas 32 itens sendo realizada por Lopes, Prieto, Delgado, Gamito e Trigo (2011) numa amostra da população toxicod dependente.

Características Psicométricas da Versão Portuguesa

O instrumento foi validado para uma amostra de 166 toxicodependentes. No que concerne à consistência interna, a fidedignidade estimada, baseada no alfa de Cronbach foi analisada em particular pelas quatro subescalas, obtendo-se .81 (Pré-contemplação), .80 (Contemplação), .87 (Ação) e .74 (Manutenção) (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011).

Características Psicométricas no Presente Estudo

No presente estudo, com uma amostra de 40 toxicodependentes em tratamento, a escala total obteve um alfa de .79. Quanto às dimensões do instrumento obteve-se a seguinte pontuação: Pré-Contemplação (.83); Contemplação (.83), Ação (.84) e Manutenção (.72). (Anexo – tabela 6).

3.7. Procedimento de recolha

Antes de iniciar o estudo, foi tida em conta a dignidade humana e o bem-estar dos participantes. O estudo foi conduzido de acordo com as leis e regras em vigor do local, com as regras que regulam a prática da profissão e a investigação com pessoas.

Assim sendo, o primeiro passo consistiu em requerer o consentimento informado das instituições referidas para que autorizassem a recolha da amostra, isto é, a investigação foi aprovada pela instituição e naturalmente conduzida de acordo com o protocolo estipulado. Posteriormente, o consentimento informado foi solicitado aos participantes, onde constavam todos os procedimentos da investigação, bem como o *design* do estudo, as consequências da participação e a responsabilidade que ambas as partes devem assumir. Posto isto, os participantes preencheram os instrumentos anteriormente referidos.

3.8. Análise Estatística

Os dados foram devidamente inseridos numa base de dados e processados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*, versão 19.0). Os dados relativos à caracterização da amostra foram obtidos através de estatística descritiva, análises de distribuições e frequências. Para a determinação dos testes a aplicar foi realizada uma análise exploratória, verificando a homogeneidade e normalidade dos dados. No entanto, não se verificou o cumprimento dos pressupostos para a estatística paramétrica, assim este estudo utilizará na análise dos dados recolhidos testes não-paramétricos.

Deste modo, para a primeira hipótese, de forma a avaliar a relação entre a motivação e auto-eficácia foi utilizado um Coeficiente de Correlação de Spearman. Este teste também foi usado na 2ª hipótese, onde se pretendia avaliar a relação entre a motivação e a morbilidade psicológica. Nas hipóteses três e quatro foram utilizados teste de Kruskal-Wallis com o objetivo de perceber a existência ou não de diferenças entre as variáveis psicológicas e o tempo de tratamento e o número de recaídas.

Capítulo IV – Resultados

Aqui serão apresentados os resultados das hipóteses, bem como das análises exploratórias.

4.1. Resultado dos Testes de Hipóteses

Hipótese 1: Espera-se uma relação positiva significativa entre a auto-eficácia e a motivação.

Através das análises realizadas verificou-se uma relação bastante fraca e não o suficiente significativa entre os estágios da motivação e a auto-eficácia geral. De modo que não é possível confirmar a hipótese definida. Portanto, aceita-se a hipótese nula, pois não se verifica uma relação positiva significativa entre as variáveis psicológicas.

Porém, considerando a análise realizada, pode-se observar uma correlação negativa entre o estágio de Pré-contemplação e o de Contemplação ($r = -,346$, $p < ,05$), revelando que quando a motivação é baixa na fase de pré-contemplação maior é no estágio seguinte, ou seja, por vezes na fase de Pré-contemplação o sujeito ainda se encontra em fase de preparação para a mudança e é natural que não se sinta completamente motivado para fazer tal mudança na sua vida, logo superando essa etapa o sujeito tem tendência a elevar a motivação quando se encontra no estágio de contemplação visto que é uma fase caracterizada pela tomada de consciência do possível tratamento.

Verificaram-se também associações positivas significativas entre a contemplação e a ação ($r = ,638$, $p < ,01$) e contemplação e manutenção ($r = ,441$, $p < ,01$), demonstrando que quanto mais motivação na fase da contemplação maior esta será nos estágios seguintes, isto é, como na fase de contemplação há uma motivação acrescida para realizar o tratamento, nas fases seguintes (Ação e Manutenção) há uma maior probabilidade de essa motivação continuar ativa e até aumentar, pois o sujeito está decidido concluir o tratamento, abandonando a dependência e mantendo os progressos.

Tabela 1. Resultados do Coeficiente de Correlação de Spearman (N=40)

	Auto-Eficácia	Pré-contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção
Auto-Eficácia	_____				
Pré-Contemplação	,302	_____			
Contemplação	-,124	-,346*	_____		
Ação	-,080	-,243	,638**	_____	
Manutenção	,009	-,163	,441**	,310	_____

** $p < ,01$; * $p < ,05$

Hipótese 2: Prevê-se que a morbidade psicológica afete os níveis de Motivação e de Auto-Eficácia para o tratamento.

Tendo em conta a análise efetuada confirmou-se uma relação bastante fraca e sem significância entre os três primeiros estágios da motivação e a morbidade psicológica.

Porém, o estágio de *Pré-Contemplação* e a dimensão da *Ansiedade Fóbica* ($r=,321, p< ,05$) revelou uma correlação positiva moderada, indicando que quanto maior é o nível de Pré-Contemplação da motivação maior é a Ansiedade Fóbica.

Considerando ainda, a análise realizada, pode-se observar uma correlação positiva moderada a elevada entre o estágio de *Manutenção* e praticamente todas as dimensões da *Morbidade Psicológica*: *Manutenção e Somatização* ($r=,472, p< 0,01$); *Manutenção e Obsessões-Compulsões* ($r=,435, p< 0,01$); *Manutenção e Sensibilidade Interpessoal* ($r=,477, p< 0,01$); *Manutenção e Depressão* ($r=,414, p< 0,01$); *Manutenção e Ansiedade* ($r=,449, p< 0,01$); *Manutenção e Ansiedade Fóbica* ($r=,361, p< 0,05$); *Ideação Paranóide* ($r=,440, p< 0,01$); *Manutenção e Psicoticismo* ($r=,527, p< 0,01$); *Manutenção e IGS* ($r=,497, p<0,01$). Apenas não existe correlação significativa entre o estágio da *Manutenção* e a *Hostilidade*.

Estes resultados apontam para a elevada Morbidade Psicológica quando a motivação na fase da *Manutenção* é também elevada. Isto significa que, na fase da *Manutenção* o sujeito pretende manter e fortalecer os progressos obtidos sendo que o principal objetivo é prevenir a recaída, portanto é nesta fase que surgem também as primeiras preocupações e ansios de recair e por consequência a psicopatologia aumenta nestes utentes.

Por fim, verificou-se ainda correlações significativas entre as diferentes dimensões da *Morbidade Psicológica*, portanto na presença de certas patologias é provável que outras surjam outras, como por exemplo é o caso da ansiedade e da depressão.

	Pré-Contemp.	Contem.	Ação	Manut.	Soma.	Obs. Comp.	Sensi. Int.	Dep	Ans.	Host.	Ans. Fób.	Id. Par.	Psico.	IGS
Pré-Contemp.	—													
Contemp.	-346**	—												
Ação	-,246	,638**	—											
Manut.	-,163	,441**	,310	—										
Soma.	,209	,153	,175	,472**	—									
Obs.Comp.	,077	-,166	-,195	,435**	,478**	—								
Sens. Int.	-,042	,159	,046	,477**	,423**	,554**	—							
Dep.	-,032	,209	,026	,414**	,465*	,495*	,752**	—						
Ansi.	,123	,290	,108	,449**	,595**	,605**	,594**	,700**	—					
Host.	-,080	-,082	-,194	,132	,333*	,451**	,172	,202	,407**	—				
Ansi. Fob.	,321*	-,085	,042	,361*	,699**	,571**	,611**	,486**	,644**	,300	—			
Id. Pa.	,136	,099	,025	,440**	,556**	,622**	,834**	,741**	,684**	,280	,678**	—		
Psico.	-,077	,123	,022	,527**	,477**	,617**	,655**	,738**	,696**	,408*	,449**	,695**	—	
IGS	,088	,099	,001	,497**	,811**	,693**	,804**	,832**	,848**	,479*	,719**	,878**	,811**	—

Hipótese 3: Espera-se diferenças significativas na motivação e auto-eficácia em função do número de recaídas.

A avaliação dos resultados indicou que nos três grupos não existem diferenças significativas na subescala *Pré-Contemplação* ($k=1,61$, $p=,447$), na *Contemplação* ($k=,368$, $p=,832$), bem como na *Ação* ($k=1,20$, $p=,550$).

Observaram-se apenas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos na subescala *Manutenção* ($k=6,83$, $p=,033$) e na escala da auto-eficácia ($k=6,26$, $p=,042$), sendo que em ambas as situações o grupo que mais se destaca pela negativa é aquele que recaiu mais de cinco vezes. Isto significa que os sujeitos que recaíram mais de cinco vezes possuem uma percepção da auto-eficácia e um estágio de manutenção fracos, pois não sentem que são capazes de evitar ou prevenir uma recaída.

Tabela 3. Resultados de teste de Kruskal-Wallis (N=40)

Variáveis	Não recaiu	1 a 5 recaídas	Mais de 5 recaídas	K	p
	(n=7) Ordem média	(n=26) Ordem média	(n=7) Ordem média		
Pré- Contemplação	19,71	19,35	25,57	1,610	,447
Contemplação	19,07	20,29	22,71	,368	,832
Ação	17,00	20,56	23,79	1,195	,550
Manutenção	28,64	20,50	12,36	6,826	,033
Auto-Eficácia	24,43	22,12	10,57	6,364	,042

Hipótese 4: Espera-se diferenças significativas na motivação e auto-eficácia em função do tempo de tratamento.

A apreciação dos resultados assinalou que nos três grupos não existem diferenças significativas na subescala *Contemplação* ($k=4,14$, $p=,126$), na *Ação* ($k=2,28$, $p=,320$), bem como na *Manutenção* ($k=20,50$, $p=,705$).

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos na subescala *Pré-Contemplação* ($k=6,36$, $p=,042$) e na escala da auto-eficácia ($k=7,06$, $p=,029$). Sendo que em ambas as situações o grupo que mais se destaca pela negativa é aquele que está em tratamento há mais de 10 anos. Estes resultados significam que quem está há mais de 10 anos em tratamento possui níveis motivação em fase de *Manutenção* reduzidos e por consequência valores de auto-eficácia menores.

Deste modo, pode-se concluir que o tempo de tratamento influencia consideravelmente a auto-eficácia do sujeito e por consequência a sua motivação.

Tabela 4. Resultados do Testes Kruskal-Wallis (N=40)

Variáveis	< de 1 ano trat.	1 a 10 anos trat.	>de 10 anos tra.	K	p
	(n=7) Ordem Média	(n= 27) Ordem média	(n= 6) Ordem média		
Pré-Contemplação	25,75	21,83	10,86	6,36	,042
Contemplação	26,29	17,91	25,42	4,14	,126
Ação	25,07	18,59	23,75	2,28	,320
Manutenção	17,21	21,35	20,50	,700	,705
Auto-Eficácia	25,33	22,11	10,14	7,06	,029

Capítulo V – Discussão dos Resultados

Na tentativa de discussão e de possível explicação de alguns dos resultados obtidos, iremos em seguida explorá-los, de acordo com as variáveis em estudo e resultados de ambas as escalas aplicadas.

Hipótese 1: Espera-se uma relação positiva significativa entre a auto-eficácia e a motivação.

A nossa hipótese não se verificou. Nesta amostra não se encontrou uma relação significativa entre a motivação e a auto-eficácia. Contudo, este resultado contraria o estado da arte. Bandura (1986) afirma que a auto-eficácia que o sujeito detém influencia consideravelmente o nível de motivação, bem como a sua duração e intensidade.

Um estudo concretizado por Dolan, Martin e Rohsenow (2008), verificou que variáveis motivacionais, tais como desejo de parar ou prontidão para a mudança pode estar correlacionada com a auto-eficácia durante o tratamento, aumentando a motivação em benefício do tratamento. Também Demmel, Beck, Richter e Reker (2004) afirmam que a motivação para mudar se correlaciona positivamente com a auto-eficácia em dependentes de álcool.

Mais teoria

A não correlação entre os estágios da Motivação e a Auto-eficácia pode dever-se ao facto de os participantes não terem sabido interpretar as questões ou até mesmo não terem conhecimentos básicos acerca dos conceitos em questão uma vez que o alfa de Cronbach da escala foi reduzido ($\alpha=.52$).

Hipótese 2: Prevê-se que a morbidade psicológica afete os níveis de Motivação e de Auto-Eficácia para o tratamento.

Para esta hipótese obteve-se um resultado positivo, isto é, apesar de não se verificar uma correlação em todos os estágios da motivação, confirmou-se a hipótese para o estágio da manutenção.

Porém, a literatura não faz referência aos diferentes estágios relacionados com a existência de morbidade psicológica, mas sim à motivação no seu todo. No estudo realizado por Borini, Guimarães e Borini (2003) verifica-se a influência de patologia durante o empenho no tratamento.

O facto de se verificar uma correlação positiva entre a Psicopatologia e a Motivação ao nível da fase de manutenção deve-se a este processo ser o mais desgastante e mais cuidadoso, isto é, é nesta fase que o sujeito procura manter e consolidar os progressos obtido até ao momento (DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004).

McCrary (1999), faz referência à elevada prevalência (13%) e associação de doença mental com uso abusivo de substâncias. Segundo o mesmo autor, nas populações em tratamento de dependência, tanto em ambulatório como em internamento hospitalar, encontra-se 20 a 50% de comorbilidade entre as variadas doenças mentais. São vários os autores a corroborar a relação da morbidade psicológica com a dependência (Stella, Anselmo & Govone, 2005; Machado & Kleine, 2007; Santos, Calado, Coxo, Trindade & Parente, 2011; Ferros, Moura, Pinto, & Negreiros, 2008).

Assim, é um facto a existência de comorbilidade psicológica e a de dependência de substâncias. No entanto, no que concerne à motivação relacionada com a morbidade psicológica são escassos os estudos. Dawe, Loxton, Kavanagh e Mattick (2002) também salientaram a importância da investigação neste domínio, uma vez que se depararam com os mesmos factos.

Em suma, é notório que a existência de perturbações emocionais associadas à dependência dificulta a adesão do paciente ao tratamento e, por isso, proporcione resultados piores em termos da eficácia do tratamento e da mobilização de energia e força de vontade para tal.

Hipótese 3: Espera-se diferenças significativas na motivação e auto-eficácia em função do número de recaídas.

Esta hipótese confirmou-se apenas para a auto-eficácia e para o estágio da manutenção. Assim pode-se afirmar que existem diferenças significativas nestas variáveis face ao número de recaídas, sendo que o grupo que não recaiu obteve

melhores resultados quando comparado com o grupo que recaiu entre uma a cinco vezes e o que já recaiu mais de dez.

Como confirma-mos, na hipótese anterior, o estágio da manutenção é aquele que mais exige do sujeito, o esforço deve ser contínuo de forma a fortalecer o que até ao momento se alcançou (Tavares, 2006). Assim, é de notar que os indivíduos nesta etapa possuam maiores níveis de auto-eficácia e assim melhor capacidade para não recair.

As recaídas em toxicodependentes constituem um problema crucial, não apenas pela frequência mas também pela imprevisibilidade (Ribeiro, 2003). A ideia de recaída pode orientar a noções de cariz mais subjetivo, como a de fracasso do tratamento, retorno à conduta aditiva, e rotura como retorno ao estado de doença (Patrício, 2002).

Segundo Patrício (1997), a recaída suporta implicações a vários níveis, sendo uma delas a auto-eficácia. Os resultados obtidos no presente estudos vão de encontro à generalidade da literatura, que como referido, indica que quanto menor for o número de recaídas melhor será a auto-eficácia e o seu desenvolvimento. Nunes e Jóluskin (2010) também defendem que a recaída reforça a perda de auto-eficácia, bem como a perda de percepção de controlo comportamental.

Um estudo realizado por Laudet e Stanick (2010) indicou que, níveis elevados de auto-eficácia contribuem para níveis mais elevados de compromisso com a abstinência, portanto, menos propício a recair. Segundo López-Torrecillas, Salvador, Verdej e Cobo (2002), baixos níveis de auto-eficácia são fatores de risco para o uso de drogas e por consequência para a recaída. Os dependentes de droga com baixos níveis de auto-eficácia são mais expostos à tentação do consumo. O mesmo é confirmado por Hurtado e Nascimento (2010), realçando que os níveis mais altos de auto-eficácia contribuem para maiores níveis de compromisso com a abstinência.

Pode-se concluir facilmente que se o sujeito estabelecer um objetivo, quando tem capacidades para tal e recursos necessários, a abstinência é facilmente alcançável.

Hipótese 4: Espera-se diferenças significativas na motivação e auto-eficácia em função do tempo de tratamento.

A hipótese confirmou-se para a auto-eficácia e o estágio de pré-contemplação da motivação, verificando-se assim diferenças entre os grupos, sendo que o grupo que se encontra em tratamento há menos de um ano é o que se destaca. Tendo em conta que o

estágio de pré-contemplação é caracterizado pela falta de intenção em mudar o comportamento dependente e mesmo que inicie tratamento acaba por ser forçado ou motivado por terceiros (Szupszynsk & Oliveira, 2008). Logo, é um facto que não se verifique elevados níveis de motivação e auto-eficácia durante um período em que o sujeito ainda se encontra em negação. Segundo um estudo realizado por Laudet e Stanick, (2010), apurou uma maior auto-eficácia em sujeitos que se encontravam na reta final do tratamento, portanto há mais tempo. Apesar de no presente estudo não se verificar, os autores anteriores também fazem referência à elevada motivação em sujeitos inseridos em tratamento há mais tempo.

Não foram encontrados mais estudos que fossem passíveis de discussão neste âmbito.

Limitações do estudo

Foram várias as limitações ao longo do estudo, podendo por isso, ter influenciado os resultados obtidos.

O nosso estudo possui algumas limitações, uma das quais, talvez a mais relevante, foi o reduzido número da amostra (N= 40). Um aspeto a salientar, que complementa a reduzida amostra foi a escassez de participação, não foi tarefa fácil angariar sujeitos para a participação, a recusa era constante.

A amostra do estudo apenas foi recrutada numa instituição, na zona norte do país, portanto os resultados podem não se aplicar a outras instituições nem a outras áreas demográficas.

Pensa-se que a desejabilidade social também tenha afetado a qualidade das respostas nomeadamente nas questões relacionadas com a abstinência e morbilidade psicológica.

Além disso, o alfa do instrumento da Auto-Eficácia Geral encontrava-se muito reduzido (.52), o que apesar de ser minimamente aceitável, no caso de escalas com poucos itens, enfraquecia a escala. Portanto, há a possibilidade de os participantes não terem percebido a linguagem da escala.

De futuro, sugerimos este estudo de uma forma longitudinal, ou seja, acompanhando os mesmos sujeitos no tempo, ao longo do tratamento. Julgamos que um

estudo dessa natureza traria contributos valiosíssimos para a investigação e tratamento das toxicodependências.

Outro aspeto a salientar e que poderia fazer parte de estudos posteriores era incutir nos participantes conhecimentos e exemplos práticos relativos aos conceitos abordados, uma vez que a falta de conhecimento das variáveis pode estar na origem dos resultados deturpados obtidos.

Conclusão

A problemática do consumo de drogas e a predisposição para a mudança deu mote à realização desta investigação.

O consumo de droga adquire significados diferentes de indivíduo para indivíduo, situa-se num contexto cultural e social que lhe atribui significado e desempenha uma determinada função a nível biopsicossocial. A toxicodependência surge na vida de uma pessoa como uma doença que se pode considerar crónica, pois prolonga-se ao longo dos anos, com um percurso instável, de altos e baixos. O sujeito tem períodos em que está bem e se mantém longe das drogas, abstinente, e períodos de recaída, em que volta a consumir.

A dependência de substâncias tem crescido substancialmente nos últimos anos, e cada vez mais se torna um problema de saúde pública. No entanto a toxicodependência não se pode considerar definitiva.

Hoje em dia o tratamento para este estado é possível e eficaz, contudo não depende exclusivamente do tipo de terapia ou do fármaco utilizado, mas sim, em grande escala, do sujeito. Iniciado um tratamento, chegará o momento em que o indivíduo muda a sua atitude face à vida e face às drogas. Concretiza-se a mudança não só porque a pessoa o deseja, mas porque consegue finalmente mudar.

Com esta investigação apurou-se que o tratamento da toxicodependência é um processo complexo e bastante moroso, pautado por avanços e retrocessos, bem como consequentes recaídas. Aqui, percebeu-se a importância da recaída e qual o seu significado. A recaída é uma parte importante do processo terapêutico, pois é ela que permite ao sujeito identificar quais os potenciais riscos e benefícios a reter da situação. No entanto, a recaída pode traduzir-se num fracasso do tratamento se o sujeito não usufruir de uma forte convicção pessoal a nível motivacional e das suas capacidades.

Conforme se referiu em diferentes momentos deste trabalho, a motivação e a auto-eficácia são, por si só, fatores determinantes no desenrolar do processo terapêutico, na área da toxicodependência.

A motivação é sem dúvida o despoletar de todo este processo e auto-eficácia complementa-a. Um toxicodependente demora o seu tempo a perceber o que lhe está a acontecer. Numa primeira etapa é necessário que reconheça o seu problema e o consiga encarar como tal. Posteriormente precisa de se sentir apoiado e ter a certeza que alguém o irá ajudar. No entanto o que realmente é crucial neste processo é o sujeito sentir-se confiante e com força de vontade para dar início à longa batalha contra a dependência. Ora como se pode concluir deste estudo é importante que o sujeito tenha motivação para seguir com rumo à abstinência. Não é certamente uma tarefa fácil, irão sempre existir barreiras que se tentaram levantar e só cabe ao doente faze-las derrubar. Para isso o individuo deve acreditar em si e afirmar que é capaz, pois como foi possível apurar, as crenças na auto-eficácia que o indivíduo possui determina o nível de motivação e o quanto se vai empenhar. Quanto maior for a crença, maior será a persistência e o esforço. Assim a percepção da auto-eficácia pessoal atua nos mecanismos que regulam a motivação e a ação humana.

Um outro aspeto que se pôde averiguar neste estudo, apesar da escassa bibliografia encontrada, foi o quanto a presença de psicopatologia associada à toxicodependência pode afetar o seu tratamento e a auto-eficácia do mesmo.

Apesar das limitações, em geral, confirmaram-se as hipóteses do estudo. Foi verificada a correlação entre a morbilidade psicológica e o estágio de manutenção da motivação, diferenças significativas entre a auto-eficácia e o estágio de manutenção relativamente aos grupos de recaídas, onde o grupo que obteve melhores resultados foi o grupo que não recaiu. Por último, foram encontradas diferenças entre a auto-eficácia e o estágio de pré-contemplação relativamente aos diferentes grupos de tempo de tratamento, sendo que o grupo que está inserido em tratamento há menos tempo assume a primeira posição entre os três.

Assim, desta investigação podemos concluir que tanto a motivação como a auto-eficácia são aspetos imprescindíveis ao tratamento da toxicodependência.

Os principais resultados alcançados mostram, numa primeira instância, a importância dos instrumentos utilizados, tal como a sua qualidade e natureza de informação que se consegue recolher, com a sua aplicação. Por outro lado, espelham

igualmente, algumas conclusões que se apresentam pertinentes na compreensão da motivação e da auto-eficácia por parte dos participantes.

Embora com este estudo não se tenha confirmado a relação existente entre a motivação e a auto-eficácia, sabe-se que estas variáveis estão intimamente interligadas, pois a percepção de auto-eficácia que predomina no indivíduo é potenciadora do grau de determinação com que o próprio sujeito se vai dedicar ao tratamento da toxicodependência.

Concluiu-se ainda que a dependência de drogas, por si só, causa maior vulnerabilidade de desenvolver outro tipo de perturbação e, quando existe a presença de duplo diagnóstico, intensificam as dificuldades em manter o sujeito abstinente e dificulta todo o processo do tratamento bem como construtos como a motivação e auto-eficácia. Assim, é de salientar a importância de, no tratamento da dependência, atribuir ênfase à presença de sintomatologia psicológica e tentar diminuí-la, para que o indivíduo não se sinta diminuído nas suas capacidades e por consequência perca o interesse no tratamento ou não se sinta capaz para o continuar.

Identificar e analisar as variáveis avaliadas na parte prática deste estudo foi um pequeno contributo no sentido de pesquisar a possibilidade de monitorizar fatores potenciadores de maior sucesso terapêutico.

Na área da toxicodependência, como na generalidade das áreas de investigação, colocam-se reservas ou questões quanto à adequação metodológica no desenho dos estudos.

Em suma, espera-se que com esta investigação se tenha conseguido descortinar uma pouco mais esta temática. Acredita-se ser imprescindível a consciencialização da gravidade deste fenómeno de modo a criar intervenções coerentes e proveitosas neste âmbito, para melhorar quer o serviço para o utente como o problema de saúde pública em geral.

Referências Bibliográficas

- Almeida, L. S. & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Annis, H. M. & Martin, G. (1985). Drug-Taking Confidence Questionnaire. Toronto, Canada: *Addiction Research Foundation*.
- APA (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR*, (4.ª edição), Lisboa: Climepsis.
- Bandura, (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 84, 2, (191-215).
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1995). *On rectifying conceptual ecumenism*. Em J. E. Maddux (Org.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application* (347-375). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman & Company.
- Bandura, A. (2005). The evolution of social cognitive theory. In: Smith, K.G. & Hitt, M. A. *Great minds in management*. (p. 9-35). Oxford: University Press
- Battjes R. J., Gordon M. S., Grady K. E., Kinlock T. W. & Carwell M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 24, (221–232).

- Beirão, T. (2006). CAT de Castelo Branco: passado, presente e futuro. Estudo comparativo dos utentes em primeira consulta no ano de abertura de CAT e em 2003. *Revista Toxicodependências*, 12, (31-38).
- Borini P., Guimarães R., C. & Borini S., B. (2003). Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: Padrões de uso e aspectos demográficos epidemiológicos. *Jornal Brasileiro Psiquiatria*. 52, 3, (171-179).
- Broome, K. M., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (2001). Engagement models for adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16, (608– 623).
- Caballo, V., E. (2006). *Manual para la Evaluación Clínica de los Transtornos Psicológicos: Transtornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cahill, M., A., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K. & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse programs. *Addictive Behaviors*. 28 (67–79).
- Cardoso, S. & Manita, C. (2004). Mulheres toxicodependentes. Género e desviância. *Revista Toxicodependências*. 10, 2, (13-25).
- Carpenter, K., M., Miele, G., M. & Hasin, D., S. (2002). Does motivation to change mediate the effect of DSM-IV substance use disorders on treatment utilization and substance use? *Addictive Behaviors*. 27, 2, (207-225).
- Conte, M. (2002). A clínica institucional com toxicômanos: uma perspectiva psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5, 2, (28-43).
- Czernecki, V., Pillon, B., Houeto, J. L., Pochon, J. B., Levy, R. & Dubois, B. (2002). Motivation, reward, and Parkinson's disease: influence of dopatherapy. *Neuropsicología*, 40, (2257-2267).

- Dawe, S., Loxton, J. N., Kavanagh, D. J. & Mattick, R. P. (2002). *Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders*, (2^a ed), Commonwealth of Austrália.
- De Leon, G. (1993). What psychologists can learn from addiction treatment research. *Journal of Addictive Behaviors*. 7, (103– 109).
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: Relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome. *European Addiction Research*, 10, (133–138).
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and the stages of change in addictions. *The American Journal on Addictions*, 13, (103–119).
- Direção Geral de Saúde (2004). Obtido de: www.dgs.pt.
- Dolan, S. L., Martin, R. A. & Rohsenow, D., J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*. 33, (675–688).
- DuPonte, R. L. (2005). *Cérebro, Álcool e Drogas. O cérebro egoísta: Aprender com dependências*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Edens, J., F., Willoughby & Frederick W. (2000). Motivational patterns of alcohol dependent patients: A replication. *Psychology of Addictive Behaviors*. 14, 4, (397-400).
- Ekendahl, M. (2007). Time to change – an exploratory study of motivation among untreated and treated substance abusers. *Addiction Research and Theory*. 15, 3, (247-261).
- Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A., Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicod dependência. *Revista Toxicod dependências*, 12, 3, (65-78).

- Ferreira, A. (2004). Toxicodependência(s) e Psicoterapia(s). *Revista Toxicodependências*, 10, 2, (65-74).
- Ferreira-Borges, C., Filho, H. (2007). *Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas – Manual Técnico e Cd-Rom*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ferros, L., Moura, A., Pinto, R. & Negreiros J. (2008). Comorbilidades na Toxicodependência. *Revista Faculdade de Medicina de Lisboa*. 13, 2 (69-82).
- Glantz, M.D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. In M. Glantz and R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (389–418). Washington, DC: American Psychological Association.
- Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem-abrigo e uma população toxicodependente domiciliada: aspectos psicossociais e psicopatológicos. *Revista Toxicodependências*, 13, (3), 3-14.
- Godman, I., Peterson-Badali, M. & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*. 36, (660–668).
- Gonçalves, M. & Santos, P. (2006). Caracterização da população activa no CAT de Aveiro. *Revista Toxicodependências*, 12, (29-35).
- Heredia, E. B. (2002). Modelos explicativos en Psicología de la Motivación. *REME*. 5, 10.
- Hurtado, D., S. & Nascimento, L., C. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 18, (655-62).
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (2010). Retirado de <http://www.idt.pt/>.

- Kazdin, A., E. & Buela-Casal, G. (1994). *Conduta anti-social: Evaluación, Tratamiento y prevención en la infancia y adolescência*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Kleber, H. (2005). Pharmacologic Treatments for Heroin and Cocaine dependence. *The American Journal on Addiction*, 12, 2.
- Kosten, T. (1998). The symptomatic and prognostic implications of psychiatric diagnosis in treated substance abusers. *NIDA Research Monograph*, 81, (416-421).
- Laudet, A., B. & Stanick, V. (2010). Predictors of motivation for abstinence at the end of outpatient substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 38, (317-327).
- Leite, J., C., Dracheler, M., L., Centeno, M., O., Pinheiro C., A., & Siva. V., L. (2002). Desenvolvimento de uma Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 15, 1, (121-133).
- Lemos, M., S. (2005). Motivação e Aprendizagem. In Miranda, G., L. & Bahia, S. (Eds.) *Psicologia da Educação – Temas de Desenvolvimento, Aprendizagem e ensino*. (p. 193-229). Lisboa: Relógia D'Água Editores.
- Longshore, D. & Teruya, C. (2006). Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 81 (179-188).
- Lopes, P., Prieto, G., Delgado, A., R., Gamito, P. & Trigo., H. (2011). Análise das qualidades psicométricas da URICA utilizando o Modelo de Rasch. *Revista Toxicodependências*. 17, 3, (47-64).
- López-Torrecillas F, Salvador M. M., Verdejo A. & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y Drogas: Una Revisión. *Sicopatol Clín, Legal Forense*, 2, 1, (33-51).
- Machado, P., P. & Klein, J. (2007). Drug dependence and psychological distress in Portuguese patients entering a substance abuse treatment center. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 1, (83-91).

- Machado, P., P. & Klein, J. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Psicologia: teoria, investigação e prática*. 1, (19-29).
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Marlatt G, A, Gordon J. (1993). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford;
- Marques, S. (2006). *Tu não me matarás! Dimensões éticas da reabilitação da Pessoa Toxicodependente*. Lisboa: UCP.
- Marques. A. S. & Cruz, M. (2000). O Adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 22, 2, (32-36).
- Maroco, J & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*. 4,1, (65-90).
- Massarella, F., L. & Winterstein, P., J. (2009). A Motivação Intrínseca e o Estado Mental Flow em Corredores de Rua. *Movimento*, 15, 2, (45-68).
- Matos, A. (2005). Algumas considerações sobre o jogo relacional entre o toxicodependente e a sua família. *Revista Toxicodependências*. 11, 3, (53-62).
- Mcconnaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer, W. E. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 20, 3, (368-375).
- Meneses P. P. & Abbad G. S. (2010). Construção e Validação de um Instrumento para Avaliar Auto-Eficácia em Situações de Treinamento, Desenvolvimento e Educação de Pessoas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 1, (141-150).

- Michel, O. R. (2000). *Alcoolismo e drogas de abuso: problemas ocupacionais e sociais*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F. & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsis.
- Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi.
- Muchata T. & Martins C. (2010). Impacto da toxicodependência na parentalidade e saúde mental dos filhos - Uma revisão bibliográfica. *Revista Toxicodependências*, 16, 1 (47-56).
- Naia A. Simões C. & Matos M. G. (2007). Consumo de substâncias na adolescência. *Revista Toxicodependências*. 3, 3, (23-30).
- Negreiros, J. & Magalhães, A. (2009). Estimativas da prevalência de consumidores problemáticos de drogas em Portugal com base em dados sobre o tratamento. *Revista Toxicodependências*. 15, 1, (19-32).
- National Institute for Drug Abuse (NIDA) (2008). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Second Edition)*. Retirado de <http://www.nida.nih.gov>.
- Nunes, L., M. & Jólluskin, G. (2010). *Drogas e comportamentos de adição – um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto Edições. Universidade Fernando Pessoa.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) (2010). *Relatório Anual: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Obtido de: <http://www.emcdda.europa.eu/>

- Oliveira, M., Jaeger, A. & Schreiner, S. (2003). Abordagem Terapêutica no Tratamento da Dependência Química. Em R. M. Caminha, W. Ricardo, M. Oliveira & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Teoria e Prática* (pp. 193-209). São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.
- Oliveira, Laranjeira, Araújo, Camilo & Shneider (2003). Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 16, 2, (265-270).
- Oliveira, M., Suzupshnski K. & DiClemente. S. (2010). Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Psico*. 41, 1, (40-46).
- Oliveira, S., Monteiro, L., Freixo, T. & Venâncio, A. (2010). Interações medicamentosas entre a metadona e os anti-retrovirais. *Revista Toxicodependências*. 16, 3, (59-66).
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2011). Obtido de: <http://www.who.int/>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1998). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento de CID-10: casos clínicos de adultos: as várias faces dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Palmero, F. (2005). Motivación: Conducta y proceso. *REME*, 8, (20-21).
- Parreira (2006). *Gestão do stress e da Qualidade de vida: Um guia para a acção*. Lisboa: Monitor.
- Patrício, L. D. (1995). *Droga de Vida, Vidas de Droga*. Venda Nova: Bertrand Editora.
- Patrício, L. D. (1997). *Face à droga: como re(agir)?*. Lisboa.
- Patrício, L. D. (2002). *Droga: Para que se saiba*. Figueirinhas.

- Pelissier, B. & Jones, N. (2006). Differences in motivation, coping style, and self-efficacy among incarcerated male and female drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 30 (113– 120).
- Pereira, A., S. (2008). A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível. *Aletheia*. 27, 1, (210-221).
- Prochaska, J. O.; Diclemente, C. C.; Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviour. *American Psychologist*. 47, (1102-1114).
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). Stages of change in the modification of problem behaviors. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 184– 214). Sycamore, IL: Sycamore Press.
- Rabelo, D., F. & Cardoso, C., M. (2007) Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *Psico-USF*. 12, 1, (75-81).
- Rafael, M. (2005). Abordagens Comportamentais da Aprendizagem. In Miranda, G. L & Bahia, S. (Eds.) *Psicologia da Educação: temas de desenvolvimento, Aprendizagem e ensino*. (p.121-140). Lisboa: Relógio D'Água Editores.
- Range, B. & Marlatt, A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Revista Brasileira Psiquiatria*. 30, 2, (88-95).
- Ribeiro, J., L. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação da auto-eficácia geral. *Actas da III Conferência Internacional: Formas e Contextos*. Braga: Apport (163-176).
- Ribeiro, J., L. (2008). *Metodologia de investigação em Psicologia e saúde*. (2ª ed.). Lisboa: Livpsic.
- Ribeiro, J., S. (2003). Aspectos fenomenológicos das recaídas em heroín dependentes. *Revista Toxicodependências*. 9, 1, (65-71).

- Rochel, H. H. (2009). Toxicodependentes: organizações mentais complexas. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 11, 4, (1 – 4).
- Rodrigues, F. (2006). Terapia existencial e dependência de substâncias. *Revista Toxicodependências*, 12, 2, (53-60).
- Rodrigues, S. (2006). Reflexões sobre qualidade de vida e tratamento de manutenção com metadona. *Revista Toxicodependências*, 12, 1, (55-62).
- Salvetti, M., G. & Pimenta, C., A. (2007). Dor crônica e a crença de auto-eficácia. *Revista Escola Enfermagem USP*. 41,1, (135-140).
- Sancho, C. B.; Blasco, M. J.; Martínez-Mir, R. & Palmero, F. (2002). Análisis de la motivación para el estudio en adultos mayores. *REME*. 5, 10.
- Sampaio, J., R. (2009). O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. *R.Adm., São Paulo*. 44, 1, (5-16).
- Santos, A, Calado, A., Coxo, C. Trindade, M., M & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Revista Toxicodependências*. 17, 1, (33-41).
- Scaduto, A. A. & Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*. 14, 2, (605-614).
- Severtson, S. G. Thomsen S. V., Hedden, S. L., Latimer W. (2010). The association between executive functioning and motivation to enter treatment among regular users of heroin and/or cocaine in Baltimore, MD. *Addictive Behaviors*. 35, (717–720).
- Soares, A. (2009). *Variáveis Psicossociais e Reactividade Emocional em Cuidadores de Dependentes de Substâncias*. Tese de Doutorado, Universidade do Minho.

- Solomon, K. E., & Annis, H. M. (1990). Outcome and efficacy expectancy in the prediction of post-treatment drinking behavior. *British Journal of Addiction*, 85, (659– 665).
- Stella, F., Anselmo, J., S. & Govone, J., S. (2005). Alterações do estado mental e da psicomotricidade em usuários. *Motriz, Rio Claro*, 11, 1, (25-35).
- Stephens, R. S., Wertz, J. S., & Roffman, R. A. (1993). Predictors of marijuana treatment outcomes: The role of self-efficacy. *Journal of Substance Abuse*, 5, (341– 353).
- Szupszynski K. P. & Oliveira M. S. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*. 10, 1, (162-173).
- Tavares, A. I. (2006). Do acompanhamento psicoterapêutico à psicoterapia: uma abordagem à toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. 12, 2, (61-69).
- Torres, Chagas & Ribeiro. (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoactivas: Um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressuposto básico de W. R. Bion. *Revista toxicodependências*. 14, 3, (35-48)
- Trigueiros, L. & Carvalho, C. (2010). Novos usos de drogas: um estudo qualitativo a partir das trajectórias de vida. *Revista Toxicodependências*. 16, 3, (29-44).
- Vilelas, J. (2009). *Investigação: O processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Williams, Meyer & Pechansky. (2007). Desenvolvimento de um Jogo Terapêutico para Prevenção da Recaída e Motivação para Mudança em Jovens Usuários de Drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 23, 4,(407-414).
- Wong, C. J., Anthony, S., Sigmon, S. C., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2004). Examining interrelationships

between abstinence and coping self-efficacy in cocaine-dependent outpatients.

Experimental and Clinical Psychopharmacology,
12, (190–199).

Anexos

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização das variáveis sócio-demográficas.....	Anexo I
Tabela 2. Caracterização das variáveis Psicológicas.....	Anexo II
Tabela 3. Alfa <i>Cronbach</i> – EAEG.....	Anexo III
Tabela 4. Alfa de <i>Cronbach</i> - BSI	Anexo IV
Tabela 5. Alfa de Cronbach - dimensões BSI.....	Anexo V
Tabela 6. Alfa de <i>Cronbach</i> - URICA	Anexo VI
Tabela 7. Alfa de <i>Cronbach</i> – subscalas URICA	Anexo VII

Tabela 1. Caracterização Sócio-Demográfica da amostra (N=40)

	n	%
Género		
• Feminino	8	80
• Masculino	32	20
Idade		
• Menos de 20 anos	3	7,5
• Entre 21 e 40 anos	10	25
• Entre 31 e 40 anos	13	32
• Mais de 40 anos	14	35
Nacionalidade		
• Portuguesa	39	97,5
• Outras	1	2,5
Escolaridade		
• 1º ciclo	9	22,5
• 2º ciclo	9	22,5
• 3º ciclo	14	35
• Secundário	6	15
• Superior	2	5
Situação Profissional		
• Empregado	8	20
• Desempregado	31	77,5
• Reformado	1	2,5
Nível financeiro		
• Próprio	19	47,5
• Família	14	35
• Outros	7	17,5
Residência		
• Próprio	23	57,5
• Família	11	27,5
• Outros	6	15
Estado civil		
• Solteiro	26	65,5
• Casado	3	7,5
• Divorciado	11	27,5

Tabela 2. Caracterização das Variáveis clínicas (N=40)

	n	%
Doenças		
• Sim	13	32,5
• Não	27	67,5
Tipos de doença		
• HIV	4	10
• Hepatite	7	17,5
• Ambas	2	5
Início dos consumos		
• Antes dos 15 anos	14	35
• Dos 16 aos 20 anos	22	55
• Depois dos 20 anos	4	10
Drogas consumidas		
• Todas*	14	35
• Cocaína/ Heroína /Haxixe	10	25
• Heroína	3	7,5
• Álcool	3	7,5
• Cocaína/ Heroína	1	2,5
Vias de administração		
• Oral/ Nasal /intravenosa	14	35
• Oral	14	35
• Oral/ Nasal	8	20
• Oral /Intravenosa	2	5
• Intra-venosa	1	2,5
Tratamentos Anteriores		
• Sim	30	75
• Não	10	25
Motivo do tratamento		
• Próprio	29	72,5
• Outro	11	27,5
Tipos de tratamento		
• Metadona	20	50
• Buprenorfina	11	27,5
• Naltraxona	4	10
• Álcool	3	7,5
• Prevenção da Recaído	2	5
Tempo de tratamento		
• Menos de 1 ano	7	17,5
• De 1 a 10 anos	27	67,5
• Mais de 10 anos	6	15
Recaídas		
• Sim	33	82,5
• Não	7	17,5
Nº de recaídas		
• Não recaiu	7	17,5
• 1 a 5 vezes	26	82,5
• Mais de 5 anos	7	17,5
Abstinência		
• Sim	28	70
• Não	12	30
Tempo de abstinência		
• Menos de 1 ano	14	35
• 1 a 5 anos	12	30
• Mais de 5 anos	2	5

Tabela 3. Alfa Cronbach escala EAEG (N= 40)**Anexo III**

<i>Alfa de Cronbach</i>	Número de itens
,52	15

Tabela 4. Alfa de Cronbach escala BSI (N=40)**Anexo IV**

<i>Alfa de Cronbach</i>	Número de itens
,95	53

Anexo V**Tabela 5. Alfa de Cronbach subescalas BSI (N=40)**

	<i>Alfa de Cronbach</i>	Número de itens
Subescala Somatização	,83	8
Subescala Obsessões- Compulsões	,69	5
Subescala Sensibilidade Interpessoal	,77	4
Subescala Depressão	,76	6
Subescala Ansiedade	,81	6
Subescala Hostilidade	,83	5
Subescala Ansiedade Fóbica	,56	5
Subescala Ideação Paranóide	,76	5
Subescala Psicoticismo	,74	5

Anexo VI**Tabela 6. Alfa de Cronbach para a escala URICA (N=40)**

<i>Alfa de Cronbach</i>	Número de itens
,69	32

Tabela 7. Alfa de Cronbach subescalas URICA (N=40)

	Alfa de Cronbach	Número de itens
Subescala Pré-Contemplação	,83	8
Subescala Contemplação	,83	8
Subescala Ação	,84	8
Subescala Manutenção	,72	8



UCP-Braga
Faculdade de Filosofia
Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde
2011/2012



DECLARAÇÃO

Exmo. Sr. Director do CRI de Braga,
Dr. Miguel Viana

Venho por este meio solicitar autorização para a realização de um estudo no âmbito da motivação, auto-eficácia e comorbilidade psicológica em toxicodependentes que se encontram em tratamento. Este estudo está inserido no Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Filosofia de Braga (Universidade Católica Portuguesa). Os objectivos principais são:

- Avaliar os níveis de Motivação e Auto-eficácia na população toxicodependente em tratamento;
- Avaliar a existência de comorbilidade psicológica e perceber as suas implicações;
- Perceber a relação entre a Motivação e a Auto-eficácia;
- Perceber de que forma estas variáveis interferem na evolução do tratamento.

Salienta-se ainda que este estudo poderá suscitar interesse para a própria instituição, uma vez que será obtida informação adicional referente aos seus utentes, sendo útil à evolução do seu tratamento.

Braga, 10 de Janeiro, de 2012

O Mestrando,

(Andreia Sofia Pinto Ribeiro)

Anexo X
-Instrumentos-

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

1. Idade

2. Sexo:

Feminino

Masculino

3. Nacionalidade

4. Escolaridade:

Analfabeto

1º-4º anos

5º-6º anos

7º-9º anos

10º-12º anos

Estudos universitários

Formação pós-graduada

5. Situação profissional actual?

Empregado

Desempregado

Reformado

Baixa médica

6. A nível financeiro depende de:

Próprio

Família

Outros

7. Com quem vive?

8. Estado civil

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

9. Tem ou teve alguma doença?

Sim Não

a. Se sim, que doença(s) é que tem? _____

b. Há quanto tempo? _____

10. Há quanto tempo está em tratamento? _____

11. Qual o motivo do tratamento? _____

12. Já recebeu tratamento(s) anteriormente?

Sim Não

13. Tipo de tratamento que efectua actualmente no CRI?

Metadona Naltrexona
Buprenorfina Álcool

14. Alguma vez teve recaída durante o tratamento?

Sim Não

a. Se sim, quantas vezes

15. Que drogas já consumiu?

Álcool Heroína
Cocaína Haxixe
Outras

16. Com que idade iniciou?

17. Via(s) de administração?

- a. Oral (ex.: comprimidos; fumar)
b. Nasal (ex.: "snifar")
c. Intravenosa (ex.: injectar)

18. Está abstinente de drogas/álcool?

a. Sim Não

b. Se sim, há quanto tempo? _____

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

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

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

URICA: McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983

Versão portuguesa: Lopes, P; Prieto, G.; Delgado, A.; Gamito, P. & Trigo, H. (2007).

Este questionário é composto por frases que descrevem como uma pessoa se pode sentir quando começa um tratamento ou aborda um problema na sua vida. Por favor, indique o quanto concorda ou discorda de cada frase. Em cada caso, faça a sua escolha em termos do que **está a sentir agora, e não o que sentiu no passado ou como gostaria de se sentir.**

Para todas as frases que se referem ao seu **problema**, responda em termos do problema relacionado com os seus **consumos de drogas**. As palavras **aqui** e **neste local** referem-se ao programa de tratamento de drogas.

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve a sua opinião:

1	2	3	4	5
Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente

	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente
1 - No meu ponto de vista, eu não tenho qualquer problema que precise de ser mudado.	1	2	3	4	5
2 - Penso que posso estar preparado para alguma mudança pessoal.	1	2	3	4	5
3 - Estou a fazer alguma coisa acerca dos problemas que me têm andado a incomodar.	1	2	3	4	5
4 - Talvez valha a pena trabalhar no meu problema.	1	2	3	4	5
5 - O problema não está em mim. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3	4	5
6 - Estou preocupado em voltar a ter o mesmo problema, que pensei já estar resolvido, por isso estou aqui a pedir ajuda.	1	2	3	4	5
7 - Estou finalmente a fazer algum trabalho sobre o meu problema.	1	2	3	4	5
8 - Tenho estado a pensar que posso querer fazer algumas mudanças em mim.	1	2	3	4	5
9 - Tenho tido sucesso em resolver o meu problema, mas não estou seguro que eu possa manter este esforço sozinho.	1	2	3	4	5
10 - Por vezes o meu problema é difícil, mas estou a trabalhar sobre ele.	1	2	3	4	5
11 - Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
12 - Tenho esperança que este lugar me ajude a compreender-me melhor.	1	2	3	4	5
13 - Penso que tenho defeitos, mas não há nada que eu realmente precise de mudar.	1	2	3	4	5

	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente
14 - Realmente estou a esforçar-me muito para mudar.	1	2	3	4	5
15 - Eu tenho um problema e penso realmente que tenho que trabalhar sobre ele.	1	2	3	4	5
16 - Não estou a conseguir manter as mudanças que fiz tão bem como eu esperava, e estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
17 - Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou a esforçar-me para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
18 - Pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas às vezes ainda me encontro a lutar contra ele.	1	2	3	4	5
19 - Eu gostava de ter mais ideias de como resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
20 - Eu comecei a trabalhar sobre o meu problema, mas eu gostava de ter ajuda.	1	2	3	4	5
21 - Talvez este lugar me possa ajudar.	1	2	3	4	5
22 - Eu posso precisar de um estímulo agora para me ajudar a manter as mudanças que eu já fiz.	1	2	3	4	5
23 - É possível que eu seja parte do problema, mas eu realmente não penso que seja.	1	2	3	4	5
24 - Espero que alguém aqui me possa dar boas orientações.	1	2	3	4	5
25 - Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente a fazer alguma coisa sobre isso.	1	2	3	4	5
26 - Toda esta conversa sobre psicologia é aborrecida. Por que é que as pessoas não podem simplesmente esquecer os seus problemas?	1	2	3	4	5
27 - Estou aqui para prevenir uma recaída no meu problema.	1	2	3	4	5
28 - É frustrante, mas sinto que posso estar a ter uma recaída num problema que eu pensava que já tinha resolvido.	1	2	3	4	5
29- Eu tenho preocupações como todas as pessoas. Porquê perder tempo a pensar nelas?	1	2	3	4	5
30 - Eu estou, activamente, a tentar resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
31 - Preferiria conviver com os meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
32 - Depois de tudo o que eu fiz para mudar os meus problemas, de vez em quando eles voltam paraa me perseguir.	1	2	3	4	5

Muito obrigado pela sua colaboração.