



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Silvia Ariana Gonçalves Viana

**Qualidade de vida, bem-estar psicológico
e estratégias de *coping* no tratamento de
substituição com metadona e buprenorfina**

Silvia Ariana Gonçalves Viana **Qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de *coping* no tratamento de substituição com metadona e buprenorfina**

UMinho | 2011

Outubro de 2011



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Sílvia Ariana Gonçalves Viana

**Qualidade de vida, bem-estar psicológico
e estratégias de *coping* no tratamento de
substituição com metadona e buprenorfina**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Sónia Gonçalves

Outubro de 2011

DECLARAÇÃO

Nome: Sílvia Ariana Gonçalves Viana

Endereço electrónico: silviariana@gmail.com

Telefone: 258322747/ telemóvel: 964623081

Número do bilhete de identidade: 11426803

Título da tese: Qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de *coping* no tratamento de substituição com metadona e buprenorfina

Orientadora: Professora Doutora Sónia Gonçalves

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado Integrado: Psicologia, área de conhecimento em Psicologia da Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ____/____/____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Agradecer é para mim a certeza que não se está só. É a confirmação de que nenhum projecto de vida se realiza sem a presença de pessoas significativas que de diferentes formas são igualmente importantes na concretização dos nossos sonhos. A realização deste trabalho foi praticável com a presença incondicional de um conjunto de pessoas às quais desejo expressar o meu sincero agradecimento:

À Professora Doutora Sónia Gonçalves pela orientação, acompanhamento, disponibilidade e amabilidade que sempre demonstrou para comigo durante este período. Especialmente, por ter contribuído positivamente para a finalização deste projecto.

A todos os professores da UM, pelos conhecimentos transmitidos, pelas experiências partilhadas que contribuíram para a minha formação académica.

Ao CRI de Viana do Castelo, o local onde me realizei profissionalmente durante o período que por lá passei, pelo interesse demonstrado no estudo e por me terem permitido a recolha das amostras, sem as quais não poderia levar a cabo este trabalho.

À Equipa de tratamento do CRI de Viana do Castelo, pela colaboração e apoio que tão gentilmente proporcionaram na realização do estudo.

À Ana Paço a colega que percorreu comigo a estrada para o mestrado e nos fomos apoiando mutuamente.

Ao Dr. José pela ajuda prestada, sem a sua contribuição as dificuldades seriam acrescidas.

A todos os Toxicodependentes que acompanhei, que despertaram em mim uma maior sensibilidade para esta população e me tornaram uma pessoa diferente, testaram a minha competência e contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

E porque os últimos são sempre os primeiros, à minha família: os meus avós, Pai Nel e Mãe Linda pelo laço afectivo que estabeleceram comigo ao longo de todo o meu desenvolvimento, pelo cuidado, preocupação constante e pelo amor incondicional.

Ao meu pai, é muito bom quando se tem um pai atento, disponível e que investe em mim afectivamente desde sempre, a certeza de quem sabe que a segurança básica é fundamental para a realização de investimentos.

À minha mãe um agradecimento especial, por nunca duvidar do meu sucesso e nunca desistir de mim, dá-me a coragem e a força necessária para continuar e fomenta o desejo de me ver a percorrer novos caminhos. A minha vida só é possível contigo.

Ao meu namorado pelo amor, pela paciência, por saber tão bem esperar. Foste tu, Vítor que nas horas mais frágeis proporcionaste o alento necessário à realização deste projecto e me ajudaste à sua conclusão. Obrigada por partilhares a vida comigo, juntos somos um só.

Resumo

O presente estudo visa compreender como os toxicodependentes em dois tipos distintos de terapêutica de substituição (metadona e buprenorfina) percebem a sua qualidade de vida, que estratégias de *coping* utilizam e que níveis de ansiedade/depressão revelam ou seja verificar em qual dos programas terapêuticos apresentam uma percepção mais positiva em relação à qualidade de vida, bem-estar psicológico e às estratégias de *coping*. O tratamento pode permitir levar uma vida livre de drogas ou redução dos riscos de forma a promover o uso controlado de drogas, conseguir passar de hábitos de consumo perniciosos ao uso com menos riscos.

Ao longo deste estudo pretende-se avaliar bem-estar físico, mental e social, dos toxicodependentes em tratamento de manutenção com metadona e buprenorfina, para o efeito utilizou-se Questionário de Avaliação do Estado de Saúde (SF-36) Ware, Snow, Kosinsky & Candek (1993), adaptação e validação de Ferreira (2000), Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) Zigmond & Snaith (1983), traduzido e adaptado por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva (1999) e o Questionário de Estratégias de *Coping* Folkman & Lazarus (1988) adaptação de Santos & Ribeiro (1998). O consumo de substâncias nocivas afecta dimensões importantes para a saúde (*e.g.*, desempenho físico, emocional, saúde mental, função social e a vitalidade), leva à perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais, problemas físicos, limitações para executar actividades físicas e potencia quadros de ansiedade e depressão.

A amostra do estudo foi constituída por 49 sujeitos, submetidos a um dos tratamentos com metadona ou buprenorfina.

Os resultados indicam que não existem diferenças significativas ao nível da ansiedade e depressão, qualidade e vida e estratégias de *coping* entre os indivíduos em terapêutica de substituição com buprenorfina e metadona.

Abstract

This study aims to understand how drug users into two distinct types of substitution therapy (methadone and buprenorphine) do their quality of life, which *coping* use strategies and that levels of anxiety/depression reveal that is check which therapeutic programmes feature a more positive perception in relation to the quality of life, well-being and psychological strategies *coping*. Treatment can allow lead a life free from drugs or reduction of risks in order to promote the use of controlled drugs, get going from pernicious habits to use with less risk.

Throughout this study aims to evaluate physical, mental and social well-being, of drug addicts in methadone maintenance treatment and buprenorphine, for this purpose used Questionnaire for assessment of health status (SF-36) Ware, Snow, Kosinsky & Candek (1993), adaptation and validation of Ferreira (2000), the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) & Zigmond Snaith (1983), translated and adapted by McIntyre, Pereira Soares, Gouveia & Silva (1999) and the Questionnaire *Coping* strategies of Lazarus & Folkman (1988) adaptation of Saints & Ribeiro (1998). The consumption of substances harmful affects important dimensions to health (*e.g.* performance, physical, emotional, mental health, social function and vitality), leads to loss of control in terms of emotional, behavioral or physical problems, limitations to perform physical activities and potencies frames of anxiety and depression.

The study sample consisted of 49 subject, subjected to a treatment with methadone or buprenorphine.

The results indicate that there are no significant differences at the level of anxiety and depression, and quality and life *coping* strategies in either subject in substitution therapy with methadone or buprenorphine.

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Parte A: Enquadramento conceptual e empírico	1
1. Drogas e Dependências	1
1.1 História da dependência de drogas e definição de droga	1
1.2 Definição de dependência	2
1.3 Definição de toxicodependente e toxicodependência	2
2. Abordagem ao modelo de redução de risco e às terapêuticas de substituição	3
2.1 Modelo de redução de risco	3
2.2 Terapêuticas de substituição	3
2.2.1 Terapêuticas de substituição com metadona	4
2.2.2 Terapêuticas de substituição com buprenorfina	6
3. Motivação para o tratamento	7
3.1 Definição de motivação	7
3.2 Modelo transteórico	9
3.2.1 Estádios de mudança	10
4. Qualidade de vida	11
4.1– Qualidade de vida e toxicodependência	13
4.2– Qualidade de vida associada às terapêuticas de substituição	13
5. Bem-estar psicológico e toxicodependência	16
6. Abordagem ao <i>coping</i>	18
Parte B: estudo empírico	21
1. Metodologia	21
1.1 Objectivos do estudo	21
1.2 Hipóteses de investigação	21
1.3 Método	22
1.3.1 Participantes	22
1.3.2 Instrumentos	25
1.4 Procedimentos	28
1.4.1 Procedimento de recolha de dados	28
1.4.2 Procedimento de análise de dados	28
2. Resultados	29
3. Discussão	36
CONCLUSÃO	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

Parte A: Enquadramento conceptual e empírico

1. Drogas e Dependências

1.1 História da dependência de drogas e definição de droga

O uso de drogas, não é um acontecimento novo no repertório humano (Toscano, 2001) e sim uma prática milenar e universal, não podendo ser considerado portanto, um fenómeno exclusivo da época em que vivemos. Pode-se dizer, então, que as histórias da dependência de drogas se confunde com a própria história da humanidade (Carranza & Pedrão, 2005), ou seja, o consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas. Isso porque, o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento (Martins & Corrêa, 2004). Os homens entregam-se portanto ao uso de certas substâncias cuja função é dar-lhes, quando disso sentem necessidade, um estado passageiro de euforia e conforto, uma impressão de acréscimo ao seu bem-estar (Angel, Richard & Valleur, 2000).

A definição de droga revela-se uma tarefa complexa, difícil e não consensual, variando de acordo com a perspectiva ou grelha de leitura utilizadas.

“Por droga, psicoactiva ou não, continuarmos a entender o que desde há milénios pensavam Hipócrates e Galeano, pais da medicina científica uma substância que em vez de ser vencida pelo corpo (e assimilada como simples nutrição), é capaz de vencê-lo, provocando (em doses ridiculamente pequenas se comparadas com as de outros alimentos) grandes alterações orgânicas, anímicas ou de ambos os tipos” (Escotado, 1996, p.9).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1981) define droga de forma muito geral e vaga, aludindo exclusivamente às propriedades farmacológica da substância: a droga é “toda a substância que, pela sua natureza química, afecta a estrutura e funcionamento do organismo”.

Já Jervis (1977, cit. in Fernandes, 1997, p.154) propõe uma definição que vai além da dimensão química e farmacológica da substância: “droga é todo o conjunto de substâncias químicas introduzidas voluntariamente no organismo com o fim de modificar as condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais ou menos facilmente uma situação de dependência no sujeito”.

Para Romani (2004) drogas são substâncias químicas cujos efeitos, consequências e funções dependem das definições sociais, económicas e culturais dos grupos que as utilizam.

É possível encontrar vários tipos de classificações sobre drogas, mais centrados nas propriedades farmacológicas das substâncias, outros nos seus efeitos e outros ainda, na percepção que deles têm os consumidores. Neste estudo, interessa-nos debruçar-nos sobre a heroína, é um derivado sintético da morfina introduzido em medicina em 1898, no tratamento da tuberculose, a generalização da sua prescrição, para um grande número de indicações pouco ou nada adaptadas às suas propriedades farmacológicas, banalizou o seu uso no início do século XX e esteve na origem de inúmeros casos de toxicomania. Em 1962, num contexto em que a mortalidade ligada à heroínomania

constituía a primeira causa de morte dos nova – iorquinos, desenvolveram-se trabalhos científicos sobre as possibilidades da terapêutica de substituição. Hoje em dia, temos ao dispor unicamente tratamentos para consumidores de heroína (Fram, Marmo & Holden, 1989).

1.2 Definição de dependência

Os seres humanos iniciam a vida em situação de extrema dependência. Toda a existência e desenvolvimento humanos são definidos por relações de dependência mútua. Mas, se as relações de dependência são inerentes à condição humana, pelo contrário, os processos de adição constituem o exemplo da mais perversa dependência (Guimarães & Fleming, 2009).

A OMS descreve em 1969 a “farmacodependência” como: “um estado psíquico e por vezes, igualmente físico, que resulta da interacção entre um organismo vivo e uma droga e que se caracteriza por modificações de comportamento e por outras reacções que compreendem sempre uma pulsão para tomar o produto de forma contínua ou periódica a fim de encontrar os seus efeitos psíquicos e, por vezes, de evitar o mal-estar da privação. Este estado pode acompanhar-se ou não de habituação. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários produtos”. Esta definição é globalizante e tem em conta as noções de dependência psíquica, dependência física e, enfim, de tolerância. A dependência física corresponde a uma exigência do organismo que necessita, para conservar o seu equilíbrio, do aporte regular de uma substância química exógena, sendo “um estado anormal produzido pelo uso repetido de droga”, cuja manifestação é visível no síndrome de abstinência: “conjunto de sintomas físicos e psíquicos resultantes da supressão de ingestão de uma droga da qual há dependência física”.

Por sua vez, a OMS (1981) compreende a dependência psicológica enquanto “um estado de vontade incontrolável de ingerir drogas periódicas ou continuamente” com o objectivo de criar prazer ou anular uma tensão. A habituação é o processo de adaptação de um organismo a uma substância, que se traduz pelo enfraquecimento progressivo dos efeitos desta e leva à necessidade de aumentar a dose para obter os mesmos efeitos.

1.3 Definição de toxicodependente e toxicodependência

Jervis (1979, cit. in Fernandes, 1997, p.162) define o toxicodependente como “cuja vida está centrada na dependência de uma substância a tal ponto que produz consequências como sérios transtornos físicos ou psicológicos, impossibilidade ou dificuldade de livrar-se da dependência, inclusive quando ela é vivida como destrutiva e eventual aparição da síndrome de abstinência”.

Por sua vez, Olivenstein (cit. in Morel, Hervé & Fontaine, 1998, p.19) concebe a toxicodependência como “o encontro de uma personalidade, de um produto e de um momento sociocultural”. Assim, consumir drogas não é a mesma coisa que as usar. Um mesmo consumo de uma substância pode implicar usos diferentes, já que os usos não se restringem aos efeitos químicos que a droga exerce sobre o sistema orgânico do sujeito, mas à interacção de diversos factores (Fernandes, 1997).

Actualmente, toxicodependência significa, em larga medida, heroíno dependência. É que, 95% dos pedidos de consulta em Centros de Atendimento deve-se a heroíno dependência. O tratamento das várias dependências coloca problemas gerais e específicos de cada substância. Sendo a heroíno dependência a mais prevalente, optaremos aqui por referir-nos às suas opções de tratamento, como elemento desta reflexão (Silva, 2001).

2. Abordagem ao modelo de redução de risco e às terapêuticas de substituição

2.1 Modelo Redução de Riscos

O modelo de redução de riscos emerge como alternativa aos modelos moral e da doença. A redução de riscos é uma política social que se rege por princípios pragmáticos e humanitários, que tende a minimizar ou eliminar os efeitos negativos do consumo de drogas tanto para os consumidores como para a sociedade. Trata-se de uma abordagem que defende que a visão idealista de uma sociedade livre de drogas está longe de se tornar realidade e concebe o uso de drogas enquanto fenómeno complexo e multi-determinado: muitos consumidores não podem, não estão em condições ou não querem ficar abstinente, além de que uma grande parte destes indivíduos não entra em contacto com as estruturas de saúde tradicionais. Embora este modelo considere a abstinência enquanto um fim ideal, aceita alternativas que permitam reduzir danos associados ao consumo. Enquanto política humanista denota uma preocupação ética de respeitar e promover os direitos dos toxicodependentes (Marlatt, 1996). Trata-se portanto, de uma perspectiva holística e integrativa que vê o consumo de drogas como uma componente interdependente e reciprocamente interactiva do estilo de vida do indivíduo (ibidem).

A implementação dos programas de redução de riscos visa a redução de doenças infecto-contagiosas como hepatite C e HIV/Sida, melhorias ao nível da saúde dos consumidores de drogas, a redução da criminalidade, e a complementaridade de serviços prestados de forma a ir de encontro às necessidades dos consumidores (Solberg, Burkhart & Nilson, 2002).

2.2 Terapêuticas de substituição

A constatação de que nem todos os indivíduos não querem ou não estão preparados para a abstinência dos comportamentos aditivos fez com que surgissem na Europa, nos anos 60, programas de tratamento de substituição opiácea, que se têm tornado uma questão cada vez mais importante na panóplia das medidas de redução de riscos. O tratamento de substituição é uma forma de tratamento médico para os dependentes de opiáceos (em especial de heroína) baseado na utilização de uma substância semelhante à droga normalmente consumida. Pode ter duas formas: manutenção, em que se fornece ao indivíduo uma quantidade suficiente para reduzir comportamentos de risco e danos relacionados com o consumo e desintoxicação, em que a quantidade de droga é reduzida gradualmente até haver uma remissão do consumo (OEDT, 2002).

As substâncias de substituição podem ser agonistas (substâncias que activam os receptores de opiáceos no cérebro desencadeando o efeito do consumo de droga) ou agonistas-antagonistas (substâncias que, simultaneamente, activam os receptores de opiáceos no cérebro e limitam ou eliminam os efeitos de outros opiáceos ou opióides consumidos). As opiniões dividem-se entre vantagens e desvantagens deste tipo de programas. Com estes programas visa-se: (a) a abstinência do consumo de drogas; (b) abandono dos circuitos de tráfico; (c) abandono dos circuitos de exclusão; (d) interiorização de normas sociais de conduta; (e) potencialização do interesse por outras coisas, pessoas, actividades; (f) aprendizagem de hábitos de vida saudável; (g) reintegração familiar, social e laboral; (h) preparação e apoio na desintoxicação e transição para outro programa.

Em valores absolutos, o tratamento de substituição transformou-se actualmente, na forma mais comum de tratamento especializado da dependência de opiáceos na União Europeia, sendo que mais de 400.000 pessoas recebem tratamento desta natureza (OEDT, 2004). Estudos empíricos têm demonstrado os benefícios dos programas de substituição ao nível do bem-estar físico, psicológico e social, dos comportamentos de risco, do HIV/Sida e hepatite C, da redução da criminalidade e das mortes relacionadas com o consumo de drogas (Druker, Lurie, Wodak & Alcabes, 1998; Williams, McNelly & D'Aquila, 1992; Lowinson et al., 1997 cit. in Solberg et al., 2002; OEDT, 2002).

2.2.1 Terapêutica de substituição com metadona

A metadona é um opiáceo sintético de características agonistas com efeitos semelhantes aos da morfina. Difere no entanto desta, na medida que: (a) possui um elevado nível de biodisponibilidade quando ingerida oralmente (80 a 90%, comparativamente a 40%); (b) liga-se extensivamente às proteínas do sangue, uma vez absorvida; (c) armazena-se num reservatório biológico de tecido corporal depois de administrações repetidas; (d) tem uma semi-vida longa (24 a 36 horas). Este perfil faz da metadona a droga ideal de manutenção no tratamento da dependência opióide. A via oral de administração evita os riscos associados à infecção, a sua longa semi-vida permite a toma diária única e a acumulação nos tecidos implica estabilização nas concentrações de plasma, após tomas repetidas. Para além disto, a metadona não acarreta efeitos secundários adversos, mesmo a longo prazo e quando ingerida oralmente não produz de forma pronunciada os efeitos “narcóticos” da heroína (Ferreiros, 2006). Previne a ocorrência de sintomas de abstinência, diminui o desejo de consumir e bloqueia os efeitos euforizantes de outros opiáceos, que contudo apresenta a desvantagem de provocar dependência física. Enquanto agonista opióide permite aos indivíduos um consumo paralelo de heroína o que se por um lado é positivo pois torna-se atractivo para alguns consumidores que pretendem um consumo paralelo de heroína, por outro é negativo sendo menos atractivo para aqueles que têm a abstinência como um fim (Lowinson et al., 1997 cit. in Solberg et al., 2002).

O programa de manutenção com metadona, produz, na maioria dos pacientes uma redução no consumo de droga e na actividade delitativa, melhorando o estado geral da saúde e qualidade de vida (Rodrigues, 2006).

Como objectivos imediatos a serem atingidos quer o terapeuta quer o utente, quer a família, pretendem o bloqueio do desejo da heroína e evitar, não só o seu consumo, mas também comportamentos ou atitudes perturbadoras a ele inerentes que prejudiquem a interacção familiar (Sousa, 1996). Antes de propor ao doente este tipo de terapêutica há que ter a preocupação de perceber o seu tipo de funcionamento psicológico e social bem como as actuais circunstâncias de vida associadas a consumos, percurso judicial, relações pessoais, familiares, saúde física e mental.

O objectivo inicial ao iniciar a terapia de substituição é o de aliviar os sintomas de “ressaca” e rapidamente atingir a dose de manutenção adequada. Clinicamente está provado que este conceito de dose ideal varia significativamente de indivíduo para indivíduo. A dose inicial é assim calculada de acordo com a quantidade, frequência e via de administração usadas pelo adicto. A menos, que sejam notórios sinais claros de privação, a dose será aumentada semanalmente, 5 a 10 mg até à estabilização, que é normalmente atingida entre os 60 a 100mg/dia (Ward, Bell, Mattick & Hall, 1996). Acontece por vezes, alguns doentes requererem dosagens mais elevadas (+ 100mg/dia) ou até excepcionalmente baixas (30mg/dia) (Ward, 1994).

Por vezes, é notória alguma ambivalência da parte do utente relativa à sua entrada/permanência em programa de metadona, relatando preocupações acerca dos efeitos adversos e dependência que esta possa originar. No respeitante à duração deste tipo de tratamentos (metadona) a pesquisa parece concordante quando afirma não haver “durações óptimas”, devendo ser cada caso pensado individualmente (Ward et al., 1996).

O método tradicional usado para monitorizar a evolução do doente e mesmo eventuais abusos de drogas não prescritas tem sido o da avaliação da sua presença (das drogas) em amostras de urina e o de seguimento em consulta psicoterapêutica.

De sublinhar que estes pacientes aparecem muitas vezes padecendo de várias complicações ao nível da saúde, ligadas ao uso de drogas e estilo de vida associado; exemplos são as doenças do fígado resultantes de hepatites e abusos de álcool; o HIV; problemas de saúde sexual e um leque de infecções resultantes de infecções feitas em condições precárias. Também junto a estes doentes é muito comum a presença de taxas elevadas de comorbilidade psiquiátrica (Woody, McLellan, Luborsky, et al., 1995).

Prescrita em quantidades suficientes a metadona não provoca euforia nem sedação, evita as variações de humor e bloqueia os efeitos euforizantes resultantes do consumo de outros opiáceos, pois os receptores estão saturados, assim como as suas performances cognitivas e intelectuais são geralmente normais (Bertschy, 1995).

Quando se coloca a decisão de desintoxicar, o procedimento mais eficaz para isto passará pela redução lenta da dose de metadona. A investigação tem provado que quanto menor for o ritmo de desintoxicação, melhor é a resposta, principalmente quando existe uma co-decisão (entre paciente e terapeuta) (Ward et al., 1996). Se o doente experiencia sintomas de privação, stress ou faz algum consumo, a redução deve ser parada e a dose aumentada. Nesta fase o doente é acompanhado de forma

muito próxima pelo terapeuta, estando provado que o acompanhamento psicoterapêutico potencializa os resultados positivos na desabituação (Milby, 1996).

De referir que, para o paciente este tipo de tratamento, apresenta não só benefícios, revelando também alguns custos: custos em termos de tempo, perda de liberdade e mobilidade em termos laborais, redução da privacidade e submissão a regras bem estabelecidas.

Pesando os já mencionados prós e contras, a investigação aponta para que a terapêutica de manutenção com metadona constitua resposta efectiva ao problema da heroíndependência, revelando-se bastante eficaz quando fornecida em doses adequadas e no contexto de uma relação terapêutica estabelecida (Ward et al., 1996).

2.2.2 Terapêutica de subsituação com buprenorfina

A buprenorfina é um opiáceo semi-sintético desenvolvido nos anos 70, derivado da Tebaína um derivado da morfina que é agonista parcial u e antagonista dos receptores K. A sua actividade intrínseca é menor do que a dos agonistas totais. A sua farmacocinética permite uma única toma diária. A duração de acção é superior a 24 horas. A absorção é rápida por via sublingual e a eliminação faz-se sobretudo por via digestiva (80%). Este fármaco bloqueia o efeito de outros opiáceos sem risco de overdose. Em doses baixas suprime os sintomas de privação e em doses elevadas, de 8 ou 16mg, bloqueia os receptores opiáceos. Dada a sua acção agonista parcial, a buprenorfina possui uma ampla margem de segurança, particularmente a nível cardíaco e respiratório. Estudos em animais provaram que provoca um grau de dependência menor que a morfina. Os efeitos secundários são depressão respiratória, sonolência, hipotensão ortostática, hepatite citolítica e hepatite associada a icterícia (geralmente com resolução favorável).

As práticas de prescrição da buprenorfina são complexas e variam consideravelmente de país para país na U.E., bem como os critérios de admissão e/ou as normas relacionadas com a prescrição. Por exemplo, a idade mínima para a prescrição não é consensual: no Reino Unido é de 16 anos, na Grécia e Suécia de 20, de 25 anos na Noruega. Em Portugal, a idade mínima passou de 18 para 15 anos. A ausência de consenso, também surge relativamente à gravidez. Na Áustria e na Noruega a buprenorfina está indicada na grávida. Países como a Bélgica, Holanda e Portugal consideravam a gravidez como um critério de exclusão para o tratamento com buprenorfina. Em Portugal não está actualmente contra-indicado.

A buprenorfina pode ser particularmente útil nos seguintes grupos de doentes: curta evolução da doença e uma boa motivação, doença cardíaca ou renal, perturbações psicóticas e do humor.

Quanto ao mau uso da buprenorfina, os dados europeus são escassos. Em França existe uma prevalência e incidência de mau uso de buprenorfina entre 40 a 60%. Em Portugal não dispomos de dados quantificáveis acerca do desvio de buprenorfina para o mercado negro, do seu potencial recreativo e do mau uso intravenoso e inalado. Empiricamente sabe-se que o mau uso existe, que alguns doentes se auto-medicam com o objectivo de pararem o consumo de outros opiáceos; outros

utilizam como substância de abuso, para substituir a heroína (quando não há heroína disponível ou há uma baixa no mercado) ou como substância primária de consumo. A combinação de buprenorfina com sedativos (álcool, benzodiazepinas, barbitúrios, antidepressivos tricíclicos e tranquilizantes major) podem causar graves interações que podem resultar em depressão respiratória e overdose. O uso intravenoso de buprenorfina, com os riscos de infecções cutâneas, abscessos, edema e infecção vascular estão presentes e têm sido observados na prática clínica. Finalmente, o uso de buprenorfina injectável na língua pode resultar em infecções sistémicas fúngicas ou bacterianas.

3. Motivação para o tratamento

3.1 Definição de motivação

A motivação para o tratamento tem sido considerada, na área da toxicod dependência, um factor fundamental para desencadear do processo de mudança e de tratamento do toxicod dependente (Cahill, Bryon, Hosig, Muller & Pulliam, 2003; DiClemente, Schlundt & Gemmell, 2004; Miller, Benefield & Tonigan, 1993; Miller, 1998; Miller & Rollnick, 1999; Simoneau & Bergeron, 2002).

Por motivação entende-se as causas, considerações pessoais, motivos, compromissos e intenções que levam os indivíduos a ter determinado comportamentos. Trata-se de um processo e produto da interação interpessoal; de um traço ou características do indivíduo, da manifestação de um desejo, de uma vontade, de uma disponibilidade para efectuar algo (Miller & Rollnick, 2002).

Rodrigues (1998) define a motivação como uma grandeza vectorial que se define por uma direcção (necessidade, incentivo, finalidade) e por uma intensidade (pulsão ou impulso), este autor defende que as dependências psíquicas aprendidas são muitas vezes despertadas por objectos que esteja associados à satisfação dessa dependência, designando-os por incentivos de aproximação. A motivação é pois, o que fornece o estímulo para a focalização, esforço e energia necessários para percorrer todo o processo de mudança (DiClemente, 1999; DiClemente Debra & Gemmell, 2004; Joseph, Breslin & Skinner, 1999; Weinstein et al., cit in Miller & Rollnick, 2002).

Os consumidores de substância aditivas são heterogéneos não apenas no que se refere à gravidade e consequências do seu comportamento aditivo, mas também na leitura que fazem da mudança e do tratamento (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992; Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1995 cit in. DiClemente, 1999).

A compreensão do processo de mudança da toxicod dependência contribui para determinar os factores que promovem a mudança de estilo de vida e aumentam a adesão, retenção e fim do tratamento com sucesso dos toxicod dependentes (DiClemente et al., 2004). Por mudança de um comportamento aditivo entendemos a passagem de um estado de consumo continuado de uma substância psicoactiva a um estado igualmente estável de abstinência.

Os comportamentos intencionais do homem são considerados motivadores, quer o comportamento seja visto como formado por contingências, quer conduzido por motivos inconscientes ou directamente auto-regulado (DiClemente et al., 2004).

Investigações recentes sublinham a importância da motivação, assim como a natureza multidimensional das considerações motivacionais, na recuperação do abuso de substâncias. Estudos efectuados acerca da motivação utilizaram os conceitos de estádios de mudança, e preparação para a mudança como uma combinação da importância do problema percebido pelo indivíduo e da confiança nas suas capacidades para a mudança (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick, Mason & Butler, 1999 cit. in DiClemente et al., 2004). Enquanto a preparação para o tratamento é entendida como a motivação para procurar ajuda, o envolvimento nas actividades do tratamento e o impacto destas actividades na presença, adesão e resultados do indivíduo no tratamento.

Estudos efectuados comprovam a importância da motivação para o tratamento dos toxicod dependentes a nível da adesão e recuperação do tratamento (DeLeon, Melnick, Thomas & Kressel, 1997; Avants, Margolin & Kosten, 1996; Simpson & Joe, 1993 cit. in DiClemente et al., 2004). Contudo, o envolvimento dos indivíduos no tratamento não é indicativo de motivação para a mudança (Blanchard, Morgenstern, Morgan, Lavouvie & Bux, 2003; Carney & Kivlahan, 1995 cit in. ibidem). As dificuldades de sucesso reportadas por todos os tipos de programas de tratamento do abuso de substâncias demonstram que a motivação para tratamento é problemática (Wickizer et al., 1994 cit in. ibidem). A motivação cria, não só problemas significativos na adesão e retenção de toxicod dependentes no tratamento, assim como influencia os resultados a curto e a longo prazo. O impacto da motivação para a mudança pode ser ilustrado pelo número reduzido de toxicod dependentes em estádios de intervenção de sucesso. A maioria dos dependentes de substâncias adictivas tem um interesse vago e projecta uma eventual acção para uma mudança no futuro (DiClemente, 1999). Quando confrontados acerca de um eventual interesse na mudança, muitos destes sujeitos, expressam algum interesse em abandonar a toxicod dependência (Us Department of Health and Human Services, 1990 cit in. DiClemente, 1999). Contudo, confrontados com a possibilidade de uma intervenção imediata, a maioria declina ou desiste dessa situação (Lichtenstein, Lando, & Nothwehr, 1994 cit. in ibidem).

Para Sommer (2004, p.71) a motivação “aparenta ser de natureza social e enquadra-se na interacção e não na personalidade. A interacção que leva a uma mudança de comportamento deve ser entendida e explicada de forma hermenêutica”. No seu estudo sobre “As carreiras de saída da toxicod dependência” este autor identificou algumas motivações associadas à mudança do comportamento adictivo: a motivação originada pela interacção com indivíduos ex-toxicod dependentes, num “esquema de motivação interacção construtivo” (ibidem, p.73); a motivação associada à pressão causada pelo sofrimento após acontecimentos traumáticos directamente relacionados com a dependência, tais como a morte de uma pessoa significativa ou o atropelamento mortal de uma pessoa; a motivação e a interacção com o si-mesmo, e de parte da sua identidade pré-consumo” (p.76); a motivação e o acesso dificultado a oportunidades de consumo, associado à motivação relacionada com a experiência de *turning point*, a experiência de “degradação pessoal” progressiva caracterizada por uma perda do emprego, situação familiar instável e consumos endovenosos.

Abandonar o uso de uma substância, está intrinsecamente ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada. Desta forma, aquilo que é susceptível de mover o indivíduo para produzir um comportamento orientado é a motivação (Chaplin, 1989 cit. in Ferreira, 2007). Por exemplo, a baixa auto-estima, as expectativas negativas, bem como a ausência de percepção de auto-eficácia, levam a que indivíduos com problemas associados ao consumo de substâncias persistam nos seus comportamentos aditivos, apesar dos inúmeros prejuízos transversais às áreas de vida (Figlie, 2004 cit. in Rodrigues & Teixeira, 2010).

Um indivíduo altamente motivado é aquele que está preparado, disposto e apto para a mudança. Preparado na medida em que está motivado para a mudança de comportamento e para a inerente mudança de estilo de vida, disposto no sentido em que está disponível para cumprir o programa terapêutico que lhe foi proposto e no qual teve um papel activo e, por fim, apto na medida em que possui os recursos necessários para a adopção de um estilo de vida saudável e diferente.

Embora anteriormente a intervenção terapêutica estivesse maioritariamente direccionada para os défices e limitações dos sujeitos, actualmente o foco da intervenção centra-se igualmente na identificação e exploração das competências e forças pessoais. Esta visão das problemáticas individuais vai ao encontro dos princípios motivacionais, como a promoção do direito de escolha, no qual se insere a responsabilização pela possibilidade de tomada de decisões conscientes, o empowerment e o optimismo (Cornuz et al., 2002 cit. in Rodrigues & Teixeira, 2010).

3.2 Modelo transteórico

Um dos modelos teóricos utilizados para compreender a motivação para a mudança intencional de comportamentos adictivos é o Modelo Transteórico que se enquadra numa perspectiva eclética (DiClemente, 1993; Prochaska & DiClemente, 1984 cit. in DiClemente, 1999). Este modelo, que é multivariado, complexo e dinâmico, reflecte a complexidade do actual processo de mudança. No Modelo Transteórico há três dimensões que representam elementos críticos no processo de mudança: estádios de mudança, processos e níveis de mudança (Prochaska et al., 1992; DiClemente, 1999).

Para Prochaska e Prochaska (1993) é absurdo considerar que todas as pessoas se encontram no mesmo estádio de mudança e conceber apenas programas de tratamento, como tradicionalmente acontece, para pessoas que se encontram em fase de acção. Na verdade, uma das implicações práticas resultantes do modelo define que se deverá estabelecer tarefas terapêuticas diferenciadas de acordo com o estádio de mudança em que se encontra a pessoa (DiClemente & Prochaska, 1998; Rollink, 1998) quer pela predição de sucesso a nível de resultados (Prochaska, 1992; Prochaska & Prochaska, 1993), quer pela adequação da resposta terapêutica ao pedido efectuado (Connors, Donovan & DiClemente, 2001; Driesley & Reynolds, 2000).

Prochaska e Norcross (2003) reforçam a ideia que a amplitude das mudanças efectuadas depende do estádio de mudança em que a pessoa se encontra ao início do tratamento,

independentemente do tipo de problema e do modo como é efectuada a mudança (com ajuda formal de dispositivo de tratamento ou sem ajuda).

Por sua vez, Shen, McLellan e Merrill (2000) verificaram que o nível de motivação ao início do tratamento era determinado pelo reconhecimento dos problemas actuais originados pelo consumo de substâncias.

3.2.1 Estádios de mudança

Os estádios de mudança representam uma das dimensões fundamentais deste modelo e referem-se à estrutura motivacional, temporal e desenvolvimento que permite detectar quando ocorrem determinadas mudanças de intenção, atitudes, comportamentos, tomada de decisão e auto-eficácia. Nestes estádios, a motivação está relacionada não só com os mecanismos de coping ou processos de mudança necessários à produção de uma modificação significativa no comportamento adictivo (DiClemente et al., 1991 cit. in DiClemente, 1999), assim como com a procura, presença e participação voluntária no tratamento (DiClemente & Prochaska, 1998; Smith, Subich, & Kolodner, 1995 cit. in DiClemente, 1999).

Os estádios de mudança segmentam o processo de mudança numa série de passos significativos, cada um com tarefas/comportamentos específicos, que permitem ao indivíduo evoluir para o estágio seguinte. Os toxicodependentes movem-se pelo estágio de pré-contemplação para o de contemplação, preparação, acção e manutenção.

No estágio de pré-contemplação não se verifica intenção de mudança do comportamento aditivo num futuro próximo. Os aspectos negativos da dependência são ignorados ou negados e a pessoa não sente que tem um problema. O sujeito só procura tratamento derivado de pressões externas, que o coagem a mudar o seu comportamento aditivo, e quando estas pressões acabam retorna aos seus velhos hábitos (Prochaska et al., 1992).

Miller e Rollnick (2002) que, ao longo dos tempos, efectuaram várias intervenções com toxicodependentes que se encontram no estágio de pré-contemplação, referem que estes indivíduos aludem a variadíssimos motivos para a permanência neste estágio. Estes investigadores resumem a resistência à mudança dos pré-contempladores à relutância, revolta, resignação e racionalização. Os pré-contempladores relutantes são aqueles que evidenciam falta de conhecimento ou provavelmente inércia, que os impede de considerar a mudança. Ao invés de serem relutantes ao tratamento, estes indivíduos são relutantes à mudança. Pelo contrário, os pré-contempladores revoltados apresentam um grau de elevado de conhecimento acerca do seu problema aditivo. Estes indivíduos, que se caracterizam por uma hostilidade e resistência à mudança, investem significativamente na sua carreira aditiva, assim como na tomada de decisões. Por outro lado, o pré-contemplador resignado distingue-se pela falta de investimento e energia. Estes sujeitos, impregnados numa desesperança, desistem da possibilidade de mudança e são dominados pela adição. Por último, os pré-contempladores racionalistas não consideram a mudança, visto que acreditam que o seu comportamento não acarreta

riscos pessoais ou que é consequência do problema de outras pessoas. Estes sujeitos caracterizam-se por um discurso em que prevalece a argumentação a favor do seu comportamento aditivo.

Na fase de contemplação o indivíduo demonstra consciência do seu problema e começa a pensar em fazer mudanças, mas sem um sério comprometimento em agir. Um indivíduo pode permanecer nesta fase durante um longo período de tempo. Um aspecto importante desta fase é o peso dos prós e contras do problema e da sua resolução. O indivíduo está dividido entre as avaliações positivas do comportamento aditivo e a quantidade de esforço, energia e perda necessárias à resolução desse problema (Prochaska & DiClemente, 1992; Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985 cit. in Prochaska et al., 1992).

Miller e Rollnick (2002) constataram que os contempladores esforçam-se por compreender a sua problemática, as suas causas e reflectem acerca de eventuais soluções. Contudo, experienciam um estado de ambivalência, não estando preparados para se envolverem num compromisso que implique a mudança. Vivem um conflito de aproximação - afastamento das substâncias aditivas. Numa investigação realizada por Velásquez e colaboradores (1999, cit. in Miller & Rollnick, 2002) verificou-se a existência de uma relação entre este estágio e elevados níveis de depressão que os investigadores denominaram de “depressão crónica”. Estes sujeitos reflectem acerca da mudança, contudo permanecem no estágio de contemplação.

No estágio de preparação o sujeito estabelece o compromisso para a mudança no mês seguinte e prepara a acção. Este indivíduo, que tentou modificar o seu comportamento no passado, efectua pequenas mudanças concretas (tais como a redução dos níveis de consumo), ainda que possa sentir como uma perda as restrições que tem que fazer.

Na fase da acção modifica os seus comportamentos, experiências e o meio ambiente com a finalidade de superar a dependência; as mudanças alcançadas são visíveis e recebem um reconhecimento externo elevado. Verifica-se o abandono do consumo de drogas durante um período de seis meses. “Estou a tentar mudar com todas as minhas forças”. Esta é fase em que é realizada a desabituação física.

A manutenção é o estágio em que o indivíduo trabalha para evitar a recaída e consolidar os ganhos obtidos no estágio precedente por um período superior a seis meses. Esta fase não significa a ausência de uma mudança mas a sua continuidade (Prochaska et al., 1992; DiClemente, 1993; Soares, 2001).

4. Qualidade de vida

Parece não existir uma definição universalmente aceite de qualidade de vida, na extensa literatura que foi publicada sobre este tema ao longo dos últimos 30 anos. Deste modo, não há um acordo universal quanto à definição de qualidade de vida (O' Boyle, 1992; Leighton, 1993; Olschewski, Schigen, Schumacher & Altman, 1994; Bowling, 1995; McCarthy, 1995 cit. in Rodrigues, 2006).

A concepção do termo qualidade de vida assenta num movimento dentro das ciências biológicas e humanas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o simples controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade, ou o aumento da expectativa de vida (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999; Ribeiro, 2002). A nível médico este termo foi introduzido em meados dos anos 70, estando essencialmente associado às doenças crónicas com altas taxas de mortalidade, tais como as doenças oncológicas e o HIV; era sobretudo nestes domínios que os médicos eram confrontados com o dilema de o aumento da expectativa de vida não ser proporcional à sua qualidade – “Acrescentar anos à vida ou vida aos anos?” (Ribeiro, 2002). No entanto, mais recentemente, os estudos neste âmbito generalizaram-se a doenças potencialmente não mortais e à perturbação mental (Smith & Larson, 2003).

Muito embora não exista consenso em torno da definição do conceito de qualidade de vida e correspondentes instrumentos de avaliação, a grande maioria das conceptualizações propõem constelações relacionadas com dimensões subjectivas e objectivas (Fackhoury & Priebe, 2002; McIntyre, Barroso & Lourenço, 2002) e aceitam que este seja um conceito intimamente relacionado com o contexto em que o individuo se insere e com as suas idiossincrasias (Jenney & Campbell, 1997).

A dificuldade de uma formulação universal em relação a este conceito prende-se com diferentes factores, a saber: a) a sua utilização generalizada no sentido do senso comum (Ribeiro, 2002); b) a imensa complexidade de um conceito multidimensional (Fakhoury & Priebe, 2002; Sanders et al., 1998 cit. in Escudeiro, Lamachã, Freitas & Silva, 2006), em que a significação da qualidade de vida está relacionada com circunstâncias objectivas, que podem sofrer alterações ao longo do tempo, e cuja avaliação depende de estados internos e sistemas de valores (Atkinson & Zibin, 1996); c) o uso indiferenciado dos termos como qualidade de vida relacionada com a saúde e estado subjectivo de saúde que, muito embora relacionados com a qualidade de vida, são termos mais específicos, associados à doença/tratamento e seu impacto no indivíduo.

A qualidade de vida é então um conceito multidimensional que mede a saúde social, mental e física. Tem sido variavelmente descrita como compreendendo capacidades de adaptação ao stress, presença de redes sociais de apoio e integração social, satisfação com a vida, auto-estima, felicidade e forma física, sendo que é significativamente influenciada pelas desordens psiquiátricas (McIntyre, et al., 2002).

O conceito de qualidade de vida é amplo e engloba um grande número de factores que podem afectar a percepção do sujeito, não só em relação à sua condição de saúde e possíveis intervenções médicas, mas também ao seu funcionamento quotidiano (Escudeiro et al., 2006). Assim, quando é devidamente avaliado, permite distinguir diferentes sujeitos ou grupos de sujeitos, prever evoluções a nível individual e avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas (McIntyre et al., 2002).

A definição de Haas (1999), segundo a qual, a qualidade de vida é uma avaliação multidimensional feita pelo indivíduo das circunstâncias correntes de vida no contexto cultural onde

vive e em relação aos valores que defende, reflecte ser mais integradora e inclusiva. Qualidade de Vida é um sentido de bem-estar subjectivo que agrupa as dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais. Os aspectos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo para a qualidade de vida, existindo uma relação sistémica entre eles. Esta definição enfatiza também a característica de a qualidade de vida ser auto-percebida (Rodrigues, 2006).

4.1 Qualidade de vida e toxicodependência

Desde os anos 80, tem havido um grande investimento nos estudos relacionados com a qualidade de vida, no entanto, existe um número reduzido de investigações que examinem a qualidade de vida em sujeitos consumidores de drogas e que utilizem este conceito na avaliação da eficácia dos tratamentos. Apesar da análise desta dimensão nos toxicodependentes ser particularmente relevante dada a reconhecida perturbação que o consumo de substâncias psicoactivas acarreta, na maioria das situações e que se traduz em termos físicos, emocionais e sociais.

O modelo actual de abordagem da saúde/doença liga-as, cada vez mais, ao comportamento e aos estilos de vida dos indivíduos. Actualmente, nos países desenvolvidos, os sujeitos ou grupos sociais que apresentam hábitos de consumo de álcool e drogas são identificados como pouco saudáveis, sendo estes comportamentos sinalizados como preditivos do aumento das doenças crónicas e por uma quebra significativa da qualidade de vida dos sujeitos (Paúl & Fonseca, 2001).

Paralelamente, em relação à toxicodependência, os diferentes programas terapêuticos tendem a ser analisados de acordo com parâmetros dicotómicos relativos a abstinência/consumo de substâncias, numa conceptualização do sujeito que apenas o identifica pelo seu comportamento face às drogas, descurando outras variáveis da sua vivência pessoal e social.

Deste modo, a análise da qualidade de vida dos toxicodependentes permite: julgar dimensões físicas e mentais, alargar o contexto de avaliação da eficácia dos tratamentos e auxiliar na definição de estratégias de intervenção (Smith & Larson, 2003 cit. in Escudeiro, et al., 2006).

A avaliação da Qualidade de Vida pode ser uma variável importante a incorporar nos estudos de avaliação terapêutica da toxicodependência.

4.2 Qualidade de vida associada às terapêuticas de substituição

Rodrigues (2006) apurou que os toxicodependentes ao iniciarem o programa de manutenção com metadona apresentavam melhorias significativas em vários aspectos ou áreas que compõe a vida de cada um. Os programas de manutenção opióide com metadona nos Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) foram prontamente reconhecidos como fornecendo, para além do alívio farmacológico, um enquadramento terapêutico – um espaço clínico/tempo “sem fim” – em que o trabalho psicoterapêutico assenta (Melo, 2008).

A metadona não trata apenas a dependência de heroína, confere também uma miríade de benefícios para os indivíduos a quem é prescrita, assim como para as famílias e comunidade (Joseph, Stancliff & Langrod, 2000; Byrne, 2000; O'Connor & Fiellin, 2000; Vanagas, Padaiga & Subata, 2004 cit. in Rodrigues, 2006). Permite então aos utentes, continuarem ou iniciarem, uma vida normal de actividades, proporciona, quer a possibilidade de distanciamento ou mesmo paragem do consumo de substâncias psicoactivas, quer a possibilidade de iniciar um processo de reorganização clínica, psíquica e social. Este tipo de tratamento tem em conta a vontade do consumidor de reduzir os riscos associados ao consumo, auxiliando-o a modificar a relação com a substância e proporcionando-lhe tempo para construir os apoios afectivos e sociais necessários à mudança (Lowenstein, Gourarier, Coppel, Lebeau & Hefez, 1998).

Na avaliação dos resultados de tratamento com metadona, a avaliação do indivíduo acerca da sua saúde e bem-estar, é um factor chave e embora a avaliação objectiva tenha um importante papel, a visão do impacto da doença e do tratamento com metadona na qualidade de vida parece ter igual relevância (Iraurgi, Casas, Celorio & Diaz-Sanz, 1999; Torrens et al., 1999, Higginson & Carr, 2001; Habrat et al., 2002).

Vários estudos têm procurado avaliar a evolução dos pacientes nos programas de substituição em metadona bem como identificar factores preditivos do tipo de evolução em programa.

Torras (2000) encontra melhorias ao fim de 9 meses que se mantêm ou acentuam ao fim de 4 anos. Define como áreas em que houve mudança positiva (1) a das relações interpessoais (família de origem, relações de conjugalidade ou companheirismo, relações sociais), (2) saúde, higiene e condutas de risco, (3) actividades ilegais e (4) situação económica. Na área (5) laboral, de formação profissional e de tempo livre considera não ter havido melhorias significativas, apesar de os pacientes referirem melhoras. Na área (6) de consumo de drogas, considera haver melhorias para quase todas as substâncias de consumo. Para a heroína encontra 5% consumo diário ao fim de 5 anos em comparação com 97,5% 6 meses antes de entrada no programa.

Gossop e colaboradores (2003) encontram uma redução significativa na frequência de consumo de heroína, de metadona não-prescrita e de benzodiazepinas, de comportamento de injeção e de partilha de material de injeção. Esta redução é visível ao fim de um ano e ou se mantêm ou se acentua até quatro a cinco anos depois.

Amato e colaboradores (2005) estudam resultados de programas de substituição de metadona no que respeita à retenção no tratamento, uso de heroína e outras drogas durante o tratamento, mortalidade, actividade criminosa, qualidade de vida, comparando com outras formas de tratamento. Realça a eficácia de programas de manutenção com metadona em doses apropriadas na retenção no tratamento e na supressão do consumo de heroína, mostrando fraca eficácia nos outros indicadores.

Torna-se relevante que vários estudos longitudinais referem melhorias em algumas áreas do funcionamento do paciente após um período relativamente curto em programa. É citado o estudo de Sells e Simpson (1980 cit. in Melo, 2008) que encontra que a maioria das melhorias de longo-prazo

(12 anos) foram observáveis ao fim de apenas 3 anos. Um trabalho de Scherbaum e colaboradores (2005 cit. in ibidem) encontra efeitos positivos de permanência no programa ao fim de 20 semanas em critérios como o da redução de consumo de heroína.

Por sua vez, a buprenorfina combina as características agonísticas e antagonísticas, agonista parcial, o que lhe confere substituto opiáceo e antagonista, bloqueador opiáceo. Mello e colaboradores (1980) propuseram um estudo clínico com heroíno-dependentes e estabeleceu que as propriedades agonistas de 8 mg de buprenorfina são equivalentes às 40 a 60 mg de metadona. A buprenorfina tem o mesmo efeito que a metadona em doses muito baixas.

Têm sido descritas, por alguns autores algumas vantagens da buprenorfina sobre a metadona, com base na farmacologia da buprenorfina, a qual possui determinados benefícios: menor sedação, os doentes referem menos a sensação de “cabeça vazia”; administração mais flexível; possibilidade de prescrição para o domicílio; maior autonomia; o fármaco é melhor tolerado em doses elevadas e tem um maior perfil de segurança, com menor risco de overdose, causa menos dependência que a metadona, mas não é tão eficaz na prevenção dos sintomas de abstinência da heroína (Solberg et al., 2002).

A buprenorfina é menos hepatotóxica que a metadona e causa menos arritmias cardíacas, patologia renal e agrava menos as perturbações do humor e as psicóticas, tem um efeito mais prolongado, com menor risco de causar depressão respiratória e com um síndrome de privação mais atenuado após descontinuação da terapêutica de substituição (West, O’Neal & Graham, 2000).

Por outro lado, alguns autores têm sugerido que a metadona pode ser um fármaco mais atractivo para certos grupos de doentes, especialmente aqueles com problemas de longa data ou com pobre adesão a um programa terapêutico. Outros estudos concluíram que a metadona é mais efectiva do que a buprenorfina na retenção dos doentes em tratamento, outros não encontraram diferenças significativas. Outra questão refere-se aos consumos de cocaína dos doentes em programas terapêuticos com agonistas opiáceos, alguns estudos revelam que o consumo de cocaína é menor nos doentes medicados com buprenorfina, outros não encontraram diferenças significativas entre os dois fármacos.

A distribuição dos doentes pelos produtos de substituição tende a levar em conta 1) a preferência do doente, 2) a necessidade de autonomia, que a buprenorfina favorece, ou o benefício com uma ligação institucional regular associada à substituição com metadona, 3) a disponibilidade financeira, já que a metadona tem uma distribuição gratuita enquanto a maioria dos doentes tem que pagar a aquisição da buprenorfina, 4) a existência de duplo diagnóstico em geral associada à administração periódica de antipsicóticos injectáveis recomenda a utilização de metadona. Assim, de uma forma implícita, da aplicação conjunta destes critérios resulta que os casos melhores tendem a estar em substituição com buprenorfina (Félix da Costa, Pombo & Barbosa).

Na investigação são apresentados estudos que compararam a eficácia da buprenorfina versus metadona, encontram-se semelhantes taxas de retenção e redução do consumo de heroína de rua (Schottenfeld, Pakes & Oliveto, 1997).

Soyka e colaboradores (2008), num estudo randomizado durante o período de 6 meses com doses flexíveis de metadona e buprenorfina em 140 dependentes de opiáceos, concluíram pela eficácia de ambos os programas. Este facto tem sido corroborado por vários estudos de uma meta-análise, que demonstram uma relativa equidade de eficácia da metadona e da buprenorfina (West et al., 2000).

Segundo Vasconcelos (2000), os programas de substituição têm um elevado potencial terapêutico e são insubstituíveis para determinados utentes. Segundo o mesmo autor, quando administrada uma dose adequada de um agonista opiáceo, 50% dos indivíduos deixam de consumir. No entanto, a administração do agonista não é por si só suficiente. É necessário levar a cabo também, um programa terapêutico que combine um apoio a nível psicossocial, terapia individual ou de grupo e acompanhamento em termos de formação profissional. Para uma melhoria dos resultados, é importante um acompanhamento sistemático que passa pelo ajustamento das doses de agonista, prescrição de fármacos adequados a possíveis sintomas ou sintomatologia diagnosticada, bem como a mobilização da família para todo este processo. É no seguimento terapêutico que muitas vezes as falhas se fazem sentir. A administração do opiáceo de substituição não é em si um problema, mas muitas vezes o acompanhamento especializado por parte dos técnicos torna-se incompatível com a quantidade de utentes que acorrem aos centros de tratamento. As estruturas de redução de riscos (cada vez mais em voga), tentam também elas cada vez mais utilizar os programas de substituição como forma de diminuir as necessidades habituais de consumo de opiáceos. Ainda assim, estes programas reduzem a componente terapêutica a uma expressão bastante reduzida, deixando de fora toda uma componente psicossocial, caso estes utentes nunca cheguem a procurar um nível de tratamento mais exigente.

É indiscutível portanto, a importância dos programas de substituição, a sua eficácia em termos de redução de consumos, mas fica também claro que o tratamento só se poderá concretizar de forma eficaz com a existência de um acompanhamento terapêutico, persistente e sistemático.

Está provado cientificamente que o tratamento de substituição pode contribuir para reduzir as mortes relacionadas com o consumo de substâncias psicoactivas, as doenças infecciosas, a criminalidade, bem como promover a melhoria do bem-estar físico, psicológico e social dos toxicod dependentes (Neto, 2008).

5. Bem-estar psicológico ao nível da Sintomatologia Ansiosa e Depressão na Toxicodependência

A dependência de drogas é mundialmente classificada entre as perturbações psiquiátricas, sendo considerada como uma doença crónica que acompanha o indivíduo durante toda a sua vida; porém, a mesma pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se muitas vezes, períodos de controlo dos mesmos e de retorno da sintomatologia (Aguilar & Pillion, 2005; Leite, 2000).

A OMS (2001) destaca ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crónica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interacção entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e às vezes, evitar o desconforto provocado pela sua ausência. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as consequências e os motivos que levaram à mesma, pensando o indivíduo na sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga.

Drogas e poções fizeram parte das receitas para afastar a melancolia e a depressão desde tempos imemoriais. Nos nossos dias, as drogas e os medicamentos antidepressivos conhecem uma extensão sem precedentes e o uso de drogas encontra-se ligado não a uma estrutura específica da personalidade, mas incontestável a esse humor depressivo que atravessa toda a nosografia. A droga desempenha então um papel adaptativo e de sedação autoterapêutica da depressão, quase sempre desconhecida do sujeito.

Em Portugal, os estudos que pretendem avaliar a psicopatologia entre toxicodependentes são escassos (Marques Teixeira, 2003; Almeida, Vieira, Almeida, Rijo & Felisberto, 2005).

A literatura sugere que a população toxicodependente apresenta níveis de psicopatologia associada superiores ao que seria de esperar, com particular incidência nas perturbações de humor, da ansiedade e da personalidade (Godinho, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (1995, cit. in Observatório Europeu da Droga e das Toxicodependências, 2004), define co-morbilidade, ou diagnóstico duplo, como a “ co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e uma outra perturbação psiquiátrica (OMS, 1995). Consta que a co-morbilidade é muitas vezes subestimada e subdiagnosticada afirmando que, dependendo do estudo clínico, as perturbações de personalidade oscilam entre os 14% e os 96%, a depressão com valores entre os 5% e os 72% e as perturbações relacionadas com a ansiedade com valores entre os 4% e os 32% (Santos, Calado, Coxo, Trindade & Parente, 2011).

Dawe e colaboradores (2002), numa revisão sobre instrumentos de avaliação para o diagnóstico de consumidores de álcool e outras drogas e perturbações psiquiátricas, sublinham que nos últimos anos tem surgido um reconhecimento crescente de que muitas pessoas com problemas de álcool e outras drogas apresentam também problemas psicológicos e psiquiátricos, referindo que estas problemáticas variam gradativamente desde doenças psiquiátricas major não detectadas (que cumprem os critérios internacionais de diagnóstico DSM e ICD), até sentimentos indefinidos de alteração de humor e ansiedade (sintomas ou conjuntos de sintomas) por exemplo, mas que não satisfazem os critérios de diagnóstico (número de sintomas, duração...) e, todavia, têm um impacto significativo no bem-estar, afectam a qualidade de vida e trazem dificuldades aos processos de tratamento. Chamam a atenção para o facto de que, apesar da considerável evidência de elevados níveis de co-morbilidade, os

serviços de tratamento frequentemente falham na identificação e na resposta perante a simultaneidade de problemas com abuso de substâncias psicoactivas e psicopatologia.

Hervás e colaboradores (2002) num estudo sobre variáveis psicopatológicas medidas com STAI, Beck e índices globais do BSI, verificaram para a existência de co-morbilidade numa amostra de 107 indivíduos toxicodependentes. Macias e colaboradores (2000) estudaram 51 pacientes que recorreram a um centro de ajuda a toxicodependentes, utilizando como instrumentos o SCL-90 (Symptom Checklist) e a Entrevista Clínica estruturada SCID-II, identificaram a existência de psicopatologia, caracterizando-se os resultados pelo predomínio de sintomas de depressão, ansiedade, hostilidade e obsessivo-compulsivos e traços de personalidade com predomínio paranóide, dependente e limite. Estes autores consideram que a importância do estudo da co-morbilidade em consumidores de drogas radica no facto que a severidade da psicopatologia é o melhor preditor de programas de tratamento. Numa revisão de investigação Fabião (2002) cita vários estudos (Weissman 1976, Blatt & colaboradores 1990, Kosten & colaboradores 1982, Calsyn & colaboradores 1989) realizados com diferentes amostras de toxicodependentes e distintos instrumentos de avaliação, que concluem a existência de perturbações de personalidade e/ou depressão em 30% a 74% dos sujeitos estudados.

Num artigo de revisão realizado em 1991, Neto dá conta da presença de uma elevada taxa de depressão em toxicodependentes, também Fernandez e Llorente (1997) resumindo estudos publicados sobre características de personalidade de heroinómanos em tratamento, referem que estes pacientes revelam uma pré-disposição para sintomas ansiosos e depressivos ao longo do tratamento. Já em 1933, Rado postulava que, na base de toda a toxicodependência, existia uma depressão, caracterizada pela intolerância ao sofrimento e por uma grande ansiedade dolorosa (cit. in Guimarães & Fleming, 2009).

Weissman e colaboradores (1976, cit. in Neto, 1996), estudou uma amostra de 106 heroinodependentes de um programa de metadona, verificou, através do SCL – 90 que um terço apresentava depressões moderadas a graves, notando perturbações do humor, do apetite e do funcionamento sexual, ansiedade e ideias de suicídio. Segundo Kandell (2007) há uma correlação positiva entre perturbações emocionais e abuso de substâncias. A ansiedade está muitas vezes presente entre os consumidores de droga, pode assumir o carácter normativo ou mórbido, consoante quadros clínicos. Ansiedade normal é uma característica da aventura humana, sempre que se arrisca um processo de mudança. Exerce então um papel estimulante e suscita um esforço de adaptação. Ao contrário, a ansiedade patológica desenvolve-se sob o signo dos instintos de destruição, agitação, desconforto e mal-estar (Ribeiro, 1997).

6. Abordagem ao *coping*

Segundo Ribeiro (2009, p.28):

Na linguagem científica os investigadores, usam a palavra “*coping*”, “adaptação”, “confronto”, “gerir”, “lida com”, para se referir ao mesmo fenómeno. (...) A ideia de coping é antiga. Na biologia a investigação de Walter Cannon conduziu à descrição da resposta do sistema nervoso

simpático de “*fight or flight*” ou luta ou fuga em português perante situações percebidas como ameaçadoras à segurança física ou emocional. Estudou-se portanto, associada ao *stress* como um modo de actuar que a generalidade dos organismos vivos utiliza para lidar com situações ameaçadoras.

O *coping* tem sido definido como um factor estabilizador, ou seja, que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando se está perante situações ou em momentos stressantes (Holahan & Moos, 1987 cit. in Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Numa proposta clássica Lazarus e Folkman (1984) definem o *coping* como esforços comportamentais e cognitivos, em mudança constante, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais. Um *coping* adequado a dada situação conduz a um ajustamento adequado. Como evidência da adaptação (ou ajustamento) encontramos o “bem estar, o funcionamento social, e a saúde somática” (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985, p. 770). Para estes autores o *coping* é centrado no processo em vez de no traço e distingue-se dos comportamentos automáticos adaptativos.

Lazarus (1993) explica que a abordagem ao *coping* caracteriza-se por ser microanalítica, contextual e orientada para o processo. Tem quatro características nomeadamente: (1) salienta a descrição de pensamentos e acções que ocorrem numa dada situação stressante ou em vários estádios dessa situação; (2) a avaliação do *coping* não questiona o que a pessoa devia ou podia fazer ou pensar, ou o que costuma fazer numa dada situação. Questiona sim o que se passou num contexto particular, assumindo que o que se passou muda com o tempo ou com a alteração da situação ou contexto (é um processo). Isto ocorre em resultado de uma interacção activa entre a pessoa e o meio com base numa relação psicológica pessoa-meio; (3) a avaliação do *coping* implica que se avalie o mesmo indivíduo em vários contextos e momentos para identificar a estabilidade e a mudança nas acções e pensamentos relacionadas com o *coping*; (4) deve haver prudência na avaliação se um processo de *coping* é bom ou mau, dado estar dependente da pessoa, dos seus objectivos, dos resultados procurados e das suas preocupações.

O *coping* como um processo é fundamental para o ajustamento ou adaptação. O *coping* é uma variável intermediária entre um acontecimento e os resultados ou consequências a termo desses acontecimentos. Se este processo funcionar de modo ideal, os seus resultados a longo termo serão positivos ou, dito de outra maneira, o processo de *coping* teve efeitos adaptativos.

Numa perspectiva cognitivista, Folkman e Lazarus (1980) propõem um modelo que divide o *coping* em duas categorias funcionais, dependendo da sua função: *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado na emoção.

O *coping* focalizado no problema constitui-se um esforço para actuar na situação que causou o *stress*. A sua função é de modificar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que deu origem a tensão. É dirigido para uma fonte externa de *stress*, incluindo estratégias tais como, negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar ajuda pratica de outras pessoas, inclui reestruturação cognitiva, por exemplo, a redefinição do elemento stressor, envolve a confrontação e a

reconstrução deste de modo que se torne controlável. Foram definidos três tipos de competências de *coping* focalizados no problema: (1) Procura de informação e apoio, o que implica a organização de uma base de conhecimentos através de todas as informações disponíveis, (2) Realização de acções de resolução de problemas, o que implica procedimentos e comportamentos específicos e adequados (por ex. injeções de insulina), (3) Identificação de recompensas alternativas, o que implica o desenvolvimento e planeamento de acontecimentos e objectivos que possam proporcionar satisfação a curto prazo.

Por sua vez, o *coping* focalizado na emoção é definido como um esforço para regular o estado emocional que é associado ao *stress*, ou é o resultado de eventos stressantes (Lazarus, 1966). Estes esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimento, tendo por objectivo alterar o estado emocional do individuo. Inclui estratégias destinadas a reduzir os níveis de ansiedade e não necessariamente estratégias para mudar a situação. Implica que o individuo controle as emoções mantenha o equilíbrio emocional.

Também aqui, foram definidos três tipos de competências de *coping* focalizado nas emoções: (1) Afectivo, que envolve esforços para manter a esperança quando se lida com situações stressantes, (2) Descarga emocional, que implica a expressão de sentimentos de raiva ou desespero, (3) Aceitação resignada, que implica a aceitação dos resultados inevitáveis da doença.

Estas categorias funcionais influenciam-se mutuamente em todas as situações stressantes. As pessoas recorrem a estratégias de *coping* diferentes consoante a situação, do mesmo modo que não usam uma ou outra estratégia de *coping*. Tendem a utilizar simultaneamente várias estratégias de *coping* em quase todas as situações stressantes, nomeadamente estratégias focados no problema e estratégias focadas na emoção. Os estudos mostram que ambas as estratégias de *coping* são usadas durante praticamente todos os episódios stressantes, e que o uso de um ou outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de stressores envolvidos (Compas, 1987).

Para Lazarus e Folkman (1980), o uso de estratégias depende de uma avaliação da situação stressora na qual o sujeito encontra-se envolvido. De acordo com esta teorização existem dois tipos de avaliação: a primaria que é um processo cognitivo através do qual os indivíduos analisam quais os riscos envolvidos em uma determinada situação de stress. Na avaliação secundaria os indivíduos analisam quais os recursos disponíveis e as opções para lidar com o problema. Portanto, a avaliação primaria envolve uma avaliação do mundo exterior e a secundaria a do próprio individuo.

A forma pela qual um individuo utiliza o *coping*, está determinada em parte por seus recursos, os quais incluem saúde e energia, crenças existenciais, habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, suporte social e recursos materiais. É determinado também por variáveis que diminuem o uso dos recursos pessoais, podem ser de natureza pessoal, incluindo valores e crenças culturais que prescrevem certas formas de deficits de comportamentos, ou ambientais incluindo demandas que competem com os recursos pessoais e/ou agencias como instituições que impedem os esforços de *coping*.

Optar por um estilo de vida que não inclua a(s) droga(s) e completar com êxito a mudança, é um desafio incómodo, muitas vezes sofrido, que apela aos mais diferenciados mecanismos de *coping*. A investigação tem-se debruçado sobre os factores que influenciam a mudança dos comportamentos aditivos, Bundy (2004) defende que essa mudança é influenciada pela motivação intrínseca, intenção de modificar o comportamento aditivo, crenças acerca daquele comportamento, o seu valor, os custos e benefícios percebidos acerca da mudança, as barreiras para a mudança, crenças acerca da capacidade de concretizar a mudança de comportamento e o apoio e reforço das pessoas significativas.

Boyle e colaboradores (2000) concluíram que as características relacionadas com o uso de drogas (atitudes e crenças acerca do consumo de drogas, historial de consumos e tratamentos efectuados) interferem no processo de mudança do comportamento aditivo. Quando o indivíduo reconhece o problema, poderá fazer esforços para o resolver ou solicitar ajuda necessária (*coping* focalizado no problema). Prochaska e colaboradores (1992) defendem que a procura de tratamento é fruto de uma reconceptualização em que o toxicodependente experiencia um reconhecimento do seu problema, uma ligação desse problema com o consumo de drogas, a percepção de que necessita de ajuda, e a determinação de que o tratamento da toxicodependência é o tipo de ajuda indicado.

Parte B: Estudo Empírico

1. Metodologia

1.1 Objectivo

O objectivo deste estudo prende-se com a tentativa de encontrar diferenças ao nível da qualidade de vida, bem-estar psicológico (sintomatologia ansiosa e depressão) e estratégias de *coping*, entre utentes que fazem parte dos principais tipos de programa de substituição opiácea: a metadona e a buprenorfina.

1.2 Hipóteses

Podemos definir hipótese como uma explicação plausível dos factos, provisoriamente adoptada, com o principal objectivo de submetê-la à verificação metódica através da experiência. As hipóteses do presente estudo são as seguintes:

Diferenças ao nível da ansiedade e depressão nos toxicómanos sujeitos a diferentes terapêuticas de substituição.

Diferenças ao nível da qualidade de vida/estado de saúde dos toxicómanos que seguem diferentes terapêuticas de substituição.

Diferenças ao nível das estratégias de coping em função da terapêutica utilizada pelos toxicómanos.

1.3 Método

1.3.1 Participantes

Colaboraram na investigação 49 toxicómanos na sua maioria afectos ao género masculino, que representa 73% ($n=36$), enquanto o género feminino se encontra representado por apenas 27% ($n=13$). No grupo sujeito a tratamento de substituição com buprenorfina 78.3% são homens enquanto no grupo a tratamento de substituição com metadona esta percentagem é de 69.2%.

Tabela 1 – Género

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
Masculino	18	78.3	18	69.2
Feminino	2	21.7	8	30.8
Total	23	100.0	26	100.0

A maioria dos toxicómanos iniciou a terapêutica com buprenorfina há mais de 12 anos (17.4%) ou entre 3-5 anos (17.4%), enquanto mais de metade dos toxicómanos a tratamento de substituição com metadona a iniciaram há mais de 12 anos (53.8%).

Tabela 2 – início da terapêutica

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
1-3 anos	8	34.8	2	7.7
3-5 anos	4	17.4	2	7.7
5-7 anos	2	8.7	3	11.5
7-9 anos	2	8.7	2	7.7
9-12 anos	3	13.0	3	11.5
> 12 anos	4	17.4	14	53.8
Total	23	100.0	26	100.0

A análise da distribuição das idades indica-nos que 51% ($n=25$) dos inquiridos a terapêutica com buprenorfina têm entre 25-35 anos (47.8%) enquanto os toxicómanos a tratamento de substituição com metadona têm entre 36-46 anos (57.7%).

Tabela 3 – Escalões etários

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
25 -35	11	47.8	5	19.2
36 -46	10	43.5	15	57.7
47-56	2	8.7	6	23.1
Total	23	100.0	26	100.0

Em termos de estado civil a maioria dos inquiridos, estejam a terapêutica com buprenorfina ou com metadona são solteiros (47.8% e 42.3%)

Tabela 4 – Estado civil

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
Solteiro	11	47.8	11	42.3
Casado	8	34.8	7	26.9
Junto	4	17.4	2	7.7
Divorciado			5	19.2
Viúvo			1	3.8
Total	23	100.0	26	100.0

A maioria coabita em famílias com estrutura de tipo nuclear (39.1% e 38.5%).

Tabela 5 – Coabitação

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
Pais (Pai/Mãe)	9	38.1	4	15.4
Pai	1	4.3	1	3.8
Mãe	2	8.7	5	19.2
Outros	1	4.3	1	3.8
Sozinho	1	4.3	5	19.2
Famílianuclear	9	39.1	10	38.5
Total	23	100.0	26	100.0

Os níveis de escolaridade podem ser apreciados na tabela nº 6. A maioria dos toxicómanos a tratamento de substituição com metadona tem o 2º ciclo (35.8%) enquanto 43.5% dos toxicómanos a tratamento de substituição com buprenorfina tem o 3º ciclo.

Tabela 6 – Escolaridade

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
1º ciclo	1	4.3	1	3.8
2º ciclo	6	26.1	14	53.8
3º ciclo	10	43.5	7	26.9
Ens secund	5	21.7	4	15.4
Ens univers	1	4.3		
Total	23	100.0	26	100.0

Mais de metade dos toxicómanos a tratamento de substituição com buprenorfina ou metadona foram enviados pela família ou amigos (52.2% e 53.8%).

Tabela 7 – Enviado

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
Iniciativa	5	21.7	3	11.5
Instituição Saúde /Medico Família	3	13.0	5	19.2
IRS	1	4.3	2	7.7
Unidade Especializada	2	8.7	2	7.7
Familia/amigos	12	52.2	14	53.8
Total	23	100.0	26	100.0

Muitos dos toxicodependentes a tratamento de substituição com buprenorfina estão a ser acompanhados por médico e psicólogo (65.2%) enquanto 57.7% dos toxicómanos a tratamento de substituição com metadona estão a ser acompanhados por equipa multidisciplinar.

Tabela 8 – Técnicos envolvidos

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
Médico + Psicologo	15	65.2	3	11.5
Médico + Enfermeiro	1	4.3	7	26.9
Médico + Assist Social	1	4.3	1	3.8
Equipa Multidisciplinar			15	57.7
Médico	6	26.1		
Total	23	100.0	26	100.0

No que se refere à situação profissional, 52.2% dos toxicodependentes a tratamento de substituição com buprenorfina têm trabalho regular. Esta percentagem é muito semelhante à percentagem à dos toxicodependentes a tratamento de substituição com metadona (50%).

Tabela 9 – Situação profissional

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
Trabalho Regular	12	52.2	13	50.0
Desocupado (-1 ano)	3	13.0	2	7.7
Desocupado há mais de1 ano	5	21.7	5	19.2
Trabalho Ocasional	1	4.3	3	11.5
Estudante Formaç Profissional	2	8.7	3	11.5
Total	23	100.0	26	100.0

Independentemente do tratamento a fonte de rendimento mais importante para os toxicodependentes são os rendimentos do trabalho, 39.1% e 53.8%.

Tabela 10 – Fonte de rendimento

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
Rendimento do Trabalho	9	39.1	14	53.8
Trabalho Ocasional	2	8.7	1	3.8
Subsidio de Desemprego	5	21.7	2	7.7
A Cargo de Familiares	6	26.1	5	19.2
Subsidio Temporario RSI	1	4.3	4	15.4
Total	23	100.0	26	100.0

Por último, a análise do estatuto socioeconómico permite-nos classificar os sujeitos como pertencendo a estatuto médio (56.5%) ou estatuto baixo (73.1%).

Tabela 11 – Estatuto socioeconómico

	Buprenorfina		Metadona	
	N	%	N	%
Baixo	8	34.8	19	73.1
Médio	13	56.5	7	26.9
Alto	2	8.7		
Total	23	100.0	26	100.0

1.3.2 Instrumentos

Para avaliar a qualidade de vida utilizou-se o Questionário de Avaliação do Estado de Saúde (SF – 36) versão portuguesa Ferreira (2000), Hospital *Anxiet Depression Scale* (HADS) traduzido e adaptado por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia e Silva (1999) para avaliar sintomatologia ansiosa e depressão e o questionário de estratégias de *coping* para identificar estratégias utilizadas para lidar com situações de stress (Ribeiro & Santos, 2001).

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Este questionário foi elaborado pela autora do presente estudo, com o objectivo de recolher informação que se destina apenas ao tratamento estatístico e em nada pode identificar o participante. Neste questionário o toxicodependente deveria indicar a sua idade, género, início da terapêutica, estado civil, coabitação, enviado por, habilitações e nível sócio-económico, (variáveis sócio-demográficas), assim como se tinha algum problema de saúde (variáveis clínicas).

Medical Outcomes Study 36 — Item Short Form : Questionário de Avaliação do Estado de Saúde (SF-36, v2: Versão Portuguesa)

O SF-36 é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a QV ou a percepção do estado de saúde, sendo a escala original resultado do *Medical Outcomes Study*, uma das suas adaptações e validações para a população portuguesa, foi realizada por Ferreira (2000) – Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 36 itens, havendo garantias de que avalia o que se pretende avaliar (validade) com fidelidade, sensibilidade e credibilidade (Ribeiro, 2005).

É uma escala que engloba a saúde tal como a OMS a define, tendo em conta o bem-estar físico, mental e social. O SF-36 é constituído por 36 itens que se distribuem por oito dimensões, que representam oito dos conceitos mais importantes da saúde, quer em termos positivos, quer em termos negativos: Função Física (FF, 10 itens: 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, e 3j) – mede a limitação para executar actividades físicas menores, intermédias e extenuantes; Desempenho Físico (DF, 4 itens: 4a, 4b, 4c, e 4d) – mede as limitações físicas, em termos do tipo e qualidade de trabalho executado; Dor Física (DC, 2 itens: 7 e 8) – representa a intensidade e o desconforto causado pela dor e a forma que esta interfere nas actividades normais; Saúde Mental (SM, 5 itens: 9b, 9c, 9d, 9f, e 9h) – abarca questões referentes à ansiedade, à depressão, à perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais bem como ao bem-estar psicológico; Desempenho Emocional (DE, 3 itens: 5a, 5b, e 5c) – mede as limitações emocionais, em termos do tipo e qualidade de trabalho executado; Função Social (FS, 2 itens: 6 e 10) – pretende captar a qualidade e quantidade das actividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas actividades; Vitalidade (VT, 4 itens: 9a, 9e, 9g, e 9i) – inclui os níveis de energia e de fadiga, permitindo captar as diferenças de bem-estar; Saúde em Geral (SG, 5 itens: 1, 11a, 11b, 11c, e 11d) – mede a percepção global da saúde, onde se inclui a saúde actual, a resistência à doença e a aparência saudável; Transição da Saúde (TS, 1 item: 2) – não constitui por si só uma dimensão, a resposta da pessoa a este item informa acerca da percepção da mudança da sua saúde tendo como referência o que acontecia há um ano atrás (Ribeiro, 2005, pag.94).

Estas oito dimensões são agrupadas em duas componentes: componente física que agrupa as dimensões função física, desempenho físico, dor física e saúde geral; componente mental que engloba as dimensões saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade (Ribeiro, 2005, pag.85).

Os itens e dimensões do SF-36 são cotados de forma para que à nota mais elevada corresponda uma melhor percepção do estado de saúde. A cotação dos itens do questionário implica: a) a recodificação dos itens 1, 6, 7, 8, 9d, 9e, 9h, 11b, e 11d; o cálculo das notas das dimensões somando os itens que pertencem à mesma dimensão (notas brutas das dimensões); e c) a transformação das notas brutas numa escala de 0 a 100.

Este é um instrumento que pode ser aplicado a qualquer situação, de saúde, doença e/ou tratamento, e a qualquer grupo etário. O facto de ser um instrumento com largo espectro de aplicação e muito divulgado, constitui uma mais-valia da sua utilização.

Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)

A avaliação da ansiedade e depressão foi realizada com o *Hospital Anxiety Depression Scale* (HADS). Trata-se de uma escala constituída por 14 itens (7 itens para avaliar a ansiedade e 7 itens para avaliar a depressão), desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983). Apesar de ter sido desenvolvido para ser utilizado em doentes com patologia física e em ambulatório, é na actualidade largamente utilizado na investigação e prática clínica para avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em populações não psiquiátricas (Herrmann, 1997).

O HADS é uma escala de auto-administração e o modo de resposta dos 14 itens da escala varia de zero (0 -Baixo) a três (3 - Elevado), numa escala de *Likert* de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher aquela que se adapta à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados totais de cada subescala variam de 0 a 21, resultantes da soma dos valores dos itens de cada subescala. Os valores mais elevados indicam níveis elevados de ansiedade e depressão. De acordo com um estudo realizado por Zigmond e Snaith (1983), em 100 doentes com diferentes queixas de doenças físicas e em tratamento ambulatório, as pontuações obtidas entre 8 e 10 para cada subescala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica. Os autores sugerem o valor de oito (8) como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Por outro lado, consideram que a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), Leve (8-10), moderada (11-15) e severa (16-21) (Snaith & Zigmond, 1994). Os mesmos autores referem que pode ser usado uma pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional ou *distress*.

Questionário de estratégias de coping

Segundo Folkman e Lazarus (1988) o *Way of Coping Questionnaire* foi inicialmente usado como um instrumento de investigação acerca dos componentes e dos determinantes do modo como os indivíduos lidam com os/reagem aos acontecimentos. Ainda segundo eles, foi concebido para identificar pensamentos e acções a que os indivíduos recorriam para lidar com acontecimentos stressantes específicos.

A versão portuguesa deste questionário foi desenvolvida por Ribeiro e Santos, em 2001. É um questionário que avalia estratégias de coping, que as pessoas empregam para lidar com situações de stress específicas. Este instrumento é destinado à população adulta em geral (Ribeiro & Santos, 2001).

Trata-se de um questionário de auto-preenchimento constituído por 48 itens, numa escala ordinal de 4 pontos, indicando com que frequência usa cada estratégia: 0- nunca usei, 1-usei de alguma forma, 2- usei algumas vezes, 3-usei muitas vezes (Ribeiro & Santos, 2001). A cotação deste questionário é realizada consoante cada subescala. Para saber qual é a pontuação do indivíduo em cada subescala soma-se a pontuação de cada item e divide-se pelo número de itens dessa mesma subescala

(Ribeiro & Santos, 2001). Os 48 itens distribuem-se em 8 dimensões: *Coping* Confrontativo (6 itens: 2; 3; 11; 19; 24; 35); *Coping* de Autocontrolo (6 itens 6; 9; 25; 32; 42; 47; 48); Procura de suporte social (7 itens: 4; 11; 15; 20; 22; 31; 34); Assumir a Responsabilidade (3 itens: 5; 17; 40); Resolução Planeada do Problema (6 itens: 1; 18; 28; 37; 38; 41); Distanciamento (5 itens: 8; 10; 14; 30; 33), Fuga-Evitamento (7 itens: 7; 23; 29; 36; 39; 44; 45); Reavaliação Positiva (7 itens: 13; 16; 21; 26; 27; 43; 46); (Ribeiro, 2001). As oito dimensões podem agrupar-se em *coping* focado nas emoções e *coping* focado nos problemas (Ribeiro & Santos, 2001).

Nesta versão foram retirados dois itens da versão original, para conseguir alcançar valores satisfatórios dos *Alphas* de *Cronbach* sem interferir na validade de conteúdo (Ribeiro & Santos, 2001). As oito subescalas apresentaram valores de *Alpha* de *Cronbach* entre 0,65 e os 0,80. No presente estudo, o questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos, apresenta uma consistência interna muito boa (*Alpha* de *Cronbach* para a escala total de 0,955).

Os autores da versão portuguesa do questionário encontraram valores semelhantes à versão original no que concerne às qualidades psicométricas. Os valores encontrados revelam-se satisfatórios para a versão portuguesa (Ribeiro & Santos, 2001).

1.4 Procedimento

1.4.1 Procedimento de recolha de dados

Inicialmente, o estudo de investigação foi presente à Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I, P., sob a forma de um pedido de autorização formal dirigido ao Delegado Regional e posteriormente ao Director do Centro de Respostas Integradas de Viana do Castelo. Para o efeito, foram apresentados os objectivos e as condições necessárias para a aplicação dos instrumentos supracitados, enfatizando o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, com vista a garantir o cumprimento das normas éticas de investigação clínica, a responsabilidade científica e profissional, o respeito pelos direitos humanos e pela dignidade da pessoa, a salvaguarda dos interesses do participante e a reputação do instituto em que é realizado o estudo.

Após disponibilização de uma lista com os utentes activos a frequentar o serviço e em tratamento de manutenção, estes foram convidados a participar na investigação, foi-lhes salientado que a participação era livre, no caso de resposta positiva, explicou-se qual a finalidade e o procedimento a seguir. A recolha de dados apenas foi realizada após consentimento livre e esclarecido, por escrito. Foram instruídos no sentido de completarem os instrumentos, estando a investigadora presente para esclarecer alguma dúvida, bem como auxiliar no preenchimento se necessário.

1.4.2 Procedimento de análise de dados

A análise estatística foi efectuada com o apoio do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 para Windows.

Para testar as hipóteses que de seguida se formulam vamos utilizar como referência para aceitar ou rejeitar a hipótese nula um nível de significância ($\alpha \leq 0,05$). No entanto, se encontrarmos diferenças significativas para um nível $\leq 0,05$, estas serão devidamente comentadas. Em todas as hipóteses vamos utilizar a estatística paramétrica, nomeadamente a análise múltipla de variância, Manova. Os pressupostos deste teste, designadamente o pressuposto de normalidade de distribuição, o pressuposto de homogeneidade de variâncias e o pressuposto de homogeneidade da matriz de covariâncias foram analisados com os testes de *Kolmogorov-Smirnov*, teste de *Levene* e teste *M de Box*.

2.Resultados

Análise das características psicométricas dos instrumentos utilizados no estudo

A consistência interna das escalas e inquéritos utilizados no presente estudo foi avaliada com o coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*. Os valores encontrados para a escala de depressão e ansiedade podem ser considerados como razoável (0.784) e bom (0.837).

Tabela 18 – Consistência interna: HADS

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Ansiedade	0.837	7
Depressão	0.784	7

Os valores de consistência interna encontrados para *Way of Coping Questionnaire* variam entre um mínimo de 0.605 (fraco mas aceitável) na estratégia *coping* de autocontrolo e um máximo de 0.777 (razoável) na estratégia *coping* confrontativo.

Tabela 19 – Consistência interna: Way of Coping Questionnaire

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Confrontativo	.777	6
Autocontrolo	.605	7
Suporte social	.607	7
Assumir a responsabilidade	.674	3
Resol. planeada do problema	.622	6
Distanciamento	.657	5
Fuga-evitamento	.639	7
Reavaliação positiva	.699	7

Os valores de consistência interna encontrados nas dimensões do SF-36 variam entre um mínimo de 0.667 (fraco mas aceitável) na dimensão dor corporal e um máximo de 0.937 (excelente) na dimensão funcionamento físico.

Tabela 20 – Consistência interna: SF-36

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Funcionamento físico	.937	10
Desempenho físico	.903	4
Dor corporal	.667	2
Saúde geral	.829	5
Vitalidade	.704	4
Funcionamento Social	.796	2
Desempenho emocional	.835	3
Saúde Mental	.833	5
Componente Físico	.868	21
Componente Mental	.893	14

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos na *Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)*, podem ser apreciadas na tabela seguinte. Nelas se indicam os valores médios e respectivos desvios-padrão.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas: HADS

		N	Média	Desvio Padrão
Buprenorfina	Ansiedade	23	9.26	3.80
	Depressão	23	9.43	4.62
Metadona	Ansiedade	26	8.61	4.77
	Depressão	26	8.73	4.46

Se considerarmos os valores de corte indicados pelos autores (Snaith & Zigmond, 1994), 36.7% dos inquiridos apresentam valores normais de ansiedade, 28.5% ansiedade leve, 26,5% ansiedade moderada e 8.1% ansiedade severa. No que se refere à depressão, encontramos 36.7% com valores normais, 30.4% com depressão leve, 22.5% depressão moderada e 12.2% com depressão severa.

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos no *Way of Coping Questionnaire* podem ser apreciadas na tabela seguinte. Nelas se indicam os valores médios e respectivos desvios-padrão.

Tabela 13 – Estatísticas descritivas: Way of Coping Questionnaire

		N	Média	Desvio Padrão
Buprenorfina	Confrontativo	23	8.91	1.85
	Autocontrolo	23	11.30	2.26
	Suporte social	23	10.95	2.82
	Assumir a responsabilidade	23	5.95	1.36
	Resolução planeada do problema	23	9.47	2.50
	Distanciamento	23	8.73	2.04
	Fuga-evitamento	23	11.17	3.22
	Reavaliação positive	23	9.08	3.76
Metadona	Confrontativo	26	9.19	2.89
	Autocontrolo	26	11.50	3.65
	Suporte social	26	12.42	3.38
	Assumir a responsabilidade	26	6.16	1.49
	Resolução planeada do problema	26	9.92	3.18
	Distanciamento	26	7.92	2.18
	Fuga-evitamento	26	10.96	3.37
	Reavaliação positive	26	11.26	3.82

As estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos sujeitos no Questionário de Estado de Saúde, versão reduzida (SF-36), podem ser apreciadas na tabela seguinte. Nela se indicam os valores médios e respectivos desvios-padrão.

Tabela 14 – Estatísticas descritivas: SF-36

		N	Média	Desvio Padrão
Buprenorfina	Físico	23	24.73	5.56
	Desempenho físico	23	14.91	4.63
	Dor corporal	23	6.34	.57
	Saúde geral	23	15.13	3.88
	Vitalidade	23	13.00	2.06
	Funcionamento Social	23	7.13	2.11
	Desempenho emocional	23	11.60	3.32
	Saúde Mental	23	17.13	4.30
	Componente Físico	23	61.13	10.27
	Componente Mental	23	48.86	10.06
Metadona	Físico	26	23.03	6.70
	Desempenho físico	26	14.23	4.23
	Dor corporal	26	6.76	1.03
	Saúde geral	26	15.65	4.52
	Vitalidade	26	12.42	2.45
	Funcionamento Social	26	7.00	2.28
	Desempenho emocional	26	10.73	3.34
	Saúde Mental	26	16.26	4.70
	Componente Físico	26	59.69	12.11
	Componente Mental	26	46.42	11.33

Associação entre ansiedade e depressão

A associação entre ansiedade e depressão, analisada com o coeficiente de correlação de *Pearson*, é significativa, positiva e elevada, seja no grupo sujeito a tratamento de substituição com buprenorfina $r_p = 0,735$ seja no grupo tratamento de substituição com metadona $r_p = 0,713$.

Tabela 15 – Associação: depressão vs ansiedade

		Depressão
Buprenorfina	Ansiedade	.735**
Metadona		.713**

** correlação significativa para um nível $\leq 0,01$

De forma genérica as associações entre as estratégias de *coping* são positivas e fracas ou muito fracas. As associações mais elevadas ocorrem entre a estratégia Assumir a responsabilidade e o suporte social, significativo, positivo e elevado $r_p = 0,779$.

Tabela 16 – Associações: estratégias de coping (Buprenorfina)

	Confron tativo	Auto controlo	Suporte social	Respons abilidade	Resolu ção	Distancia mento	Fuga Ev.
Autocontrolo	,396						
Suporte social	,538**	,685**					
Assumir a responsabilidade	,626**	,549**	,779**				
Resolução planeada do problema	,675**	,406	,544**	,512*			
Distanciamento	,101	,145	,006	-,004	-,302		
Fuga-evitamento	,132	,123	,265	,270	-,022	,330	
Reavaliação positiva	,508*	,418*	,476*	,479*	,512*	,044	-,226

** correlação significativa para um nível $\leq 0,01$

* correlação significativa para um nível $\leq 0,05$

De forma genérica as associações entre as estratégias de *coping* são positivas e fracas ou muito fracas. As correlações mais elevadas ocorrem entre a estratégia procura de suporte social e o *coping* confrontativo, significativo, positivo e moderado $r_p = 0,656$.

Tabela 16 – Associações: estratégias de coping (Metadona)

	Confron tativo	Auto controlo	Suporte social	Respons abilidade	Resolu ção	Distancia mento	Fuga Ev.
Autocontrolo	,247						
Suporte social	,656**	,121					
Assumir a responsabilidade	,601**	,073	,440*				
Resolu. planeada do problema	,335	,202	,511**	,448*			
Distanciamento	,166	,410*	,242	,242	,217		
Fuga-evitamento	,127	,332	,331	-,037	,148	,595**	
Reavaliação positiva	,454*	-,044	,594**	,278	,586**	-,141	,075

** correlação significativa para um nível $\leq 0,01$

* correlação significativa para um nível $\leq 0,05$

De forma genérica as associações entre as dimensões do SF-36 são positivas e fracas ou moderadas. As associações mais elevadas ocorrem entre o desempenho emocional e a saúde mental, significativo, positivo e elevado $r_p = 0,761$ e entre o desempenho emocional e o desempenho físico, significativo, positivo e elevado $r_p = 0,862$.

Tabela 17 – Associações: dimensões do SF-36(Buprenorfina)

	Func. Físico	Desemp. Físico	Dor Corp.	Saúde	Vitalidade	Func. Social	Desempenho Emocional
Desempenho físico	,198						
Dor corporal	-,241	-,074					
Saúde geral	,186	,627**	-,266				
Vitalidade	,190	,499*	-,384	,577**			
Funcionamento Social	,161	,562**	-,189	,550**	,353		
Desempe. emocional	,244	,862**	-,212	,573**	,549**	,659**	
Saúde Mental	,314	,565**	-,240	,550**	,490*	,676**	,761**

** correlação significativa para um nível $\leq 0,01$

* correlação significativa para um nível $\leq 0,05$

De forma genérica as associações entre as dimensões do SF-36 são positivas e fracas ou moderadas. As associações mais elevadas ocorrem entre o desempenho emocional e o desempenho físico, significativo, positivo e elevado $r_p = 0,821$ e entre a vitalidade e a saúde mental, significativo, positivo e elevado $r_p = 0,787$.

Tabela 17 – Associações: dimensões do SF-36(Metadona)

	Func. Físico	Desemp. Físico	Dor Corp.	Saúde	Vitalidade	Func. Social	Desempenho Emocional
Desempenho físico	,270						
Dor corporal	,001	,113					
Saúde geral	,397*	,584**	-,052				
Vitalidade	,255	,599**	-,292	,475*			
Funcionamento Social	,081	,501**	-,170	,434*	,694**		
Desempe. emocional	,074	,821**	-,158	,515**	,620**	,640**	
Saúde Mental	,036	,543**	-,102	,322	,787**	,757**	,700**

** correlação significativa para um nível $\leq 0,01$

* correlação significativa para um nível $\leq 0,05$

Diferenças ao nível da ansiedade e depressão nos toxicómanos sujeitos a diferentes terapêuticas de substituição

Estando satisfeito o pressuposto de homogeneidade de covariâncias ($p=0,545$) e o pressuposto de homogeneidade de variâncias quer para a variável ansiedade ($p=0,242$) quer para a variável depressão ($p=0,920$), recorreu-se a estatística paramétrica.

Os testes multivariados da Manova levam-nos a concluir que nenhuma das variáveis dependentes em causa (depressão e ansiedade) varia significativamente em função da terapêutica de substituição, *Wilks' Lambda*, $p=0,852$.

Os testes univariados indicam-nos então que nem a ansiedade ($p=0,606$) nem a depressão ($p=0,591$), variam significativamente em função da terapêutica de substituição

Tabela – Testes univariados

	Buprenorfina		Metadona		F (1,47)
	Média	DP	Média	DP	
Ansiedade	9.26	3.80	8.61	4.77	.269
Depressão	9.43	4.62	8.73	4.46	.293

Diferenças ao nível da qualidade de vida/estado de saúde dos toxicómanos que seguem diferentes terapêuticas de substituição.

Os pressupostos de normalidade das variáveis foram analisados com o teste *Kolmogorov-Smirnov* e encontram-se satisfeitos.

Os testes multivariados da Manova levam-nos a concluir que nenhuma das dimensões do estado de saúde varia significativamente em função da terapêutica de substituição, Wilks' Lambda, $p=0,629$.

Os testes univariados indicam-nos então que nenhuma das dimensões do estado de saúde varia significativamente em função da terapêutica de substituição ($p > 0,05$).

Tabela – Testes univariados

	Buprenorfina		Metadona		F (1,47)
	Média	DP	Média	DP	
Físico	24.73	5.56	23.03	6.70	.919
Desempenho físico	14.91	4.63	14.23	4.23	.290
Dor corporal	6.34	.57	6.76	1.03	3.011
Saúde geral	15.13	3.88	15.65	4.52	.186
Vitalidade	13.00	2.06	12.42	2.45	.781
Funcionamento Social	7.13	2.11	7.00	2.28	.043
Desemp. Emocional	11.60	3.32	10.73	3.34	.846
Saúde Mental	17.13	4.30	16.26	4.70	.442
Componente Físico	61.13	10.27	59.69	12.11	.198
Componente Mental	48.86	10.06	46.42	11.33	.631

Diferenças ao nível das estratégias de coping em função da terapêutica utilizada pelos toxicómanos.

Está satisfeito o pressuposto de homogeneidade de covariâncias ($p=0,250$) e o pressuposto de homogeneidade de variâncias para todas as dimensões do bem-estar ($p > 0,05$).

Os testes multivariados da Manova levam-nos a concluir que nenhuma das estratégias de *coping* varia significativamente em função da terapêutica de substituição, Wilks' Lambda, $p=0,708$.

Os testes univariados indicam-nos então que nenhuma das estratégias de *coping* varia significativamente em função da terapêutica de substituição ($p > 0,05$).

Tabela – Testes univariados

	Buprenorfina		Metadona		F (1,47)
	Média	DP	Média	DP	
Confrontativo	8.91	1.85	9.19	2.89	.264
Autocontrolo	11.30	2.26	11.50	3.65	.348
Suporte social	10.95	2.82	12.42	3.38	1.986
Assumir a responsabilidade	5.95	1.36	6.16	1.49	.242
Resolu. planeada do problema	9.47	2.50	9.92	3.18	.025
Distanciamento	8.73	2.04	7.92	2.18	1.742
Fuga-evitamento	11.17	3.22	10.96	3.37	.093
Reavaliação positive	9.08	3.76	11.26	3.82	3.098

3. Discussão

A presente dissertação teve como objectivo geral avaliar a qualidade de vida, o bem-estar psicológico e as estratégias de *coping* do toxicómano em terapêuticas de substituição com metadona ou buprenorfina.

Assim o primeiro objectivo do estudo verificar se existem diferenças ao nível da ansiedade e depressão nos toxicómanos sujeitos a diferentes terapêuticas de substituição, conclui-se que nem a ansiedade, nem a depressão, variam significativamente em função da terapêutica de substituição.

De salientar que a associação entre ansiedade e depressão é significativa, seja no grupo sujeito a terapêutica de substituição com buprenorfina, quer no grupo de terapêutica de substituição com metadona.

West e colaboradores (2000) apuraram que a buprenorfina é menos hepatotóxica que a metadona e causa menos arritmias cardíacas, patologia renal e agrava menos as perturbações do humor e as psicóticas, tem um efeito mais prolongado, com menor risco de causar depressão respiratória e com um síndrome de privação mais atenuado após descontinuação da terapêutica de substituição. Todavia, o grau de eficácia terapêutica dos dois programas parece não diferir substancialmente. Este facto tem sido corroborado por vários estudos, que demonstram uma relativa equidade de eficácia da metadona e da buprenorfina. Os resultados obtidos do estudo levado a cabo, corroboram a literatura que aponta que as terapêuticas utilizadas não diferem entre si ao nível do bem-estar psicológico.

Um segundo objectivo do estudo pretendia avaliar as diferenças ao nível da qualidade de vida/estado de saúde dos toxicómanos que seguem diferentes terapêuticas de substituição, verificou-se

que nenhuma das dimensões do estado de saúde varia significativamente em função da terapêutica de substituição.

As associações entre as dimensões do SF-36 e a terapêutica de substituição, buprenorfina e metadona, são positivas e fracas ou moderadas. As correlações mais elevadas ocorrem entre o desempenho emocional e desempenho físico, significativo, positivo e elevado para as duas terapêuticas e entre o desempenho emocional e o desempenho físico, significativo, positivo e elevado para a buprenorfina e entre a vitalidade e a saúde mental, significativo, positivo e elevado para a metadona.

Quem intervêm com a população toxicodependente está a ser repetidamente confrontado com utentes que, depois de iniciarem o programa de manutenção com metadona, apresentam melhorias significativas em vários aspectos ou áreas que compõe a vida de cada um (Rodrigues, 2006).

A metadona não trata apenas a dependência de heroína, confere também uma miríade de benefícios para os indivíduos a quem é prescrita, assim como para as famílias e comunidade (Joseph et al., 2000; Byrne, 2000; O'Connor & Fiellin, 2000; Vanagas et al., 2004 cit. in Rodrigues, 2006). Permite então aos utentes, continuarem ou iniciarem, uma vida normal de actividades, proporciona, quer a possibilidade de distanciamento ou mesmo paragem do consumo de substâncias psicoactivas, quer a possibilidade de iniciar um processo de reorganização clínica, psíquica e social. Este tipo de tratamento tem em conta a vontade do consumidor de reduzir os riscos associados ao consumo, auxiliando-o a modificar a relação com a substância e proporcionando-lhe tempo para construir os apoios afectivos e sociais necessários à mudança (Lowenstein et al., 1998).

Na avaliação dos resultados de tratamento com metadona, a avaliação do indivíduo acerca da sua saúde e bem-estar, é um factor chave e embora a avaliação objectiva tenha um importante papel, a visão do impacto da doença e do tratamento com metadona na qualidade de vida parece ter igual relevância (Iraurgi et al., 1999; Torrens et al., 1999, Higginson & Carr, 2001; Habrat et al., 2002).

Os estudos comprovam que buprenorfina possui determinados benefícios designadamente: menor sedação, os doentes referem menos a sensação de “cabeça vazia”; administração mais flexível; possibilidade de prescrição para o domicílio; maior autonomia; o fármaco é melhor tolerado em doses elevadas e tem um maior perfil de segurança, com menor risco de overdose, causa menos dependência do que a metadona (Solberg et al., 2002). No entanto, neste estudo não foram encontradas diferenças ao nível do bem-estar psicológico entre os dois grupos.

Contudo, apesar dos estudos evidenciarem quer vantagem na utilização de uma ou outra terapêutica, no estado geral e funcionamento diário do toxicodependente, não podemos tirar esse tipo de conclusões no presente estudo, uma vez que os resultados permitem concluir que nenhuma das dimensões do estado de saúde varia em função da terapêutica utilizada.

O terceiro objectivo do estudo passava por avaliar se existiam diferenças ao nível das estratégias de *coping* em função da terapêutica utilizada pelos toxicómanos, os resultados levam-nos a

concluir que nenhuma das estratégias de *coping* varia significativamente em função da terapêutica de substituição.

As associações entre as estratégias de *coping* e terapêutica de substituição com buprenorfina são positivas e fracas ou muito fracas. As associações mais elevadas ocorrem entre a estratégia assumir a responsabilidade e o suporte social, significativo, positivo e elevado, ou seja quando utilizam uma estratégia, utilizam a outra independentemente da terapêutica de substituição. Quanto maior é a responsabilidade, maior é o suporte social tanto no grupo dos sujeitos com terapêutica de substituição com buprenorfina como no de metadona.

As associações entre as estratégias de *coping* e terapêutica de substituição com metadona são positivas e fracas ou muito fracas. As associações mais elevadas ocorrem entre a estratégia procura de suporte social e o *coping* confrontativo, significativo, positivo e moderado.

Os estudos existentes relativos às estratégias de *coping* e toxicod dependência ou estratégias de *coping* e toxicómanos em terapêuticas de substituição não existem, pelo menos do nosso conhecimento, desta forma o que apresentamos incide sobre uma abordagem ao *coping* de um modo geral.

O presente estudo apresenta várias limitações, nomeadamente não avalia os participantes no momento pré administração do tratamento. Seria interessante, avaliar se os toxicod dependentes apresentavam diferenças logo à partida, isto é, no momento em que iniciaram os tratamentos de substituição, aos vários níveis avaliados – qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de *coping*. Esta metodologia longitudinal não foi possível ser levada a cabo porque existiam no momento, um número bastante reduzido de toxicod dependentes a iniciar as terapêuticas, e por isso a opção de avaliar toxicod dependentes já em tratamento, com um design transversal. Este tipo de design não permitiu obter resultados relativamente à eficácia dos tratamentos de substituição nas dimensões avaliadas, mas apenas perceber as diferenças entre os grupos no momento de avaliação. O número reduzido de participantes foi outras das limitações inerentes ao presente estudo.

Na nossa opinião, seria importante realizar este estudo com um design longitudinal com vários momentos de avaliação ao longo do tempo, seria ainda interessante avaliar outras dimensões como por exemplo o suporte social, ou ainda recorrer a outros informadores (familiares ou outros significativos) para aceder a informação relevante relativamente às dimensões avaliadas.

CONCLUSÃO

Neste estudo embora perspectivássemos uma heterogeneidade no que se refere aos indivíduos consumidores de heroína em tratamento de substituição com buprenorfina em comparação com aqueles que estão em tratamento de substituição com metadona, para surpresa encontramos uma homogeneidade dentro da heterogeneidade. Tratando-se a nossa amostra de dois grupos compostos por indivíduos que estão em diferentes terapêuticas de substituição, verificamos que não diferem quanto à

qualidade de vida, bem-estar psicológico (sintomatologia ansiosa e depressão), assim como nas estratégias de *coping* utilizadas.

Perante a falta de pesquisa sobre este tema relacionado com a toxicodependência, o nosso interesse foi estimulado pela possibilidade de investigar o impacto do tratamento de manutenção com metadona e buprenorfina na qualidade de vida, bem-estar psicológico e estratégias de *coping* desta população.

O tratamento de substituição transformou-se actualmente na forma mais comum de tratamento especializado da dependência de opiáceos na união europeia, sendo que 400 000 pessoas recebem tratamento desta natureza (OEDT 2004). As opiniões dividem-se entre vantagens e desvantagens deste tipo de programas. Não lhes é exigida a abstinência, é-lhes simplesmente exigida a substituição de uma substância ilícita, cujo grau de pureza e qualidade escapa aos dispositivos de controlo social, por uma substância controlada e medicamento prescrita. É-lhes, efectivamente, exigido, um compromisso, uma mudança, mudança de substituição. Ainda que a abstinência seja um fim ideal, dificilmente se revela em indivíduos que fazem das terapêuticas de substituição: metadona e buprenorfina um consumo idêntico à heroína, prolongando-a no tempo.

Quando tentamos encontrar diferenças em termos da qualidade de vida, bem-estar psicológico ao nível da sintomatologia ansiosa e depressão e estratégias *de coping* nos dois programas de tratamento de substituição, foi possível concluir que as diferenças não são reveladoras das duas realidades distintas.

Sendo certo que fica muito por esclarecer, efectuamos o trabalho que nos foi possível, dentro das limitações que nos foram impostas. Nunca é demais referir que as nossas conclusões não são verdades absolutas, mas interpretações provisórias e limitadas. Os resultados obtidos não são a tradução de uma realidade generalizada a todos os indivíduos, mas sim da realidade construída por cada sujeito que compôs a amostra.

Tudo isto remete para a necessidade de mais estudos e necessidade de objectivação como parte de um debate quanto à prescrição farmacológica no tratamento da dependência a opiáceos.

Apontamos como sugestão de futura investigação o estudo de utentes em dois programas de carácter mais diferenciador, por exemplo, a comparação entre utentes em terapêutica de substituição opiácea e utentes em tratamento com antagonista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, L. R. & Pillon, S. C. (2005). Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 790-797.

Almeida, D., Vieira, C., Almeida, M. C., Rijo, D. M. & Felisberto, A.J. (2005). Toxicodependência e comorbilidade Psiquiátrica – Sintomatologia do Eixo I e perturbações de personalidade. *Psiquiatria Clínica*, 26, (1), 55-70.

Amato L., Davoli M, Perucci C.A., Ferri M., Faggiano F., Mattick R.P. (2005). An overview of systematic reviews of the effectiveness of opiate maintenance therapies: available evidence to inform clinical practice and research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 321-329.

Angel, P., Richard, D. & Valleur, M. (2000). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores.

Atkinson, M. J. & Zibin, S. (1996). *Quality of life measurement among persons with chronic mental illness: a critique of measures and methods*. Ontario: Publications Health Canada.

Bertschy, G. (1995). *Pratique des traitements à la méthadone*. Paris: *Medicine et Psychothérapie*.

Boyle, K., Polinsky, M. & Hser, Y. (2000). Resistance to drug abuse treatment: a comparison of drug users who accept or decline treatment referral assessment. *Journal of Drug Issues*, 30, 555-574.

Bryne, A. (2000). Nine-year follow up of 86 consecutive patients treated with methadone in general practice, Sydney, Australia. *British Journal of Addiction*, 87, 733-742.

Bundy, C. (2004). Changing behavior: using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 43-47.

Cahill, M.A., Bryon, A. Hosig, H., Muller, K. & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, 28, 67-79.

Calsyn, D. A., Saxon, A. J. (1990). Personality Disorders Subtypes Among Cocaine and Opiate Addicts Using the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *The International Journal of Addictions*, 25 (9), 1037-1049.

Carranza, D.V.V., & Pedrão, L.J. (2005). Satisfação pessoal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 1, 836-844.

Connors, G.J., Donovan, D.M. & DiClemente, C.C. (2001). *Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions*. New York: Guilford Press.

Dawe, S., Loxton, J. N., Kavanagh, D. J., R. P. (2002). Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders, 2^a edition, Commonwealth of Australia.

DiClemente, C. (1993). Changing Addictive Behaviors: A process perspective. *Cambridge University Press*. 2, 101-106.

DiClemente, C. (1999). Motivational for change: implications for substance abuse treatment. *Psychological Science*, 10, 209-213.

DiClemente, C., Debra, S. & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal on Addictions*, 13, 103-119.

DiClemente, C.C. & Prochaska, J.O. (1998). Toward a comprehensive transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In Miller, W. R. & Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviors* 2, 3-24. Nova York: Plenum Press.

- DiClemente, C.C., Schlundt, B.S. & Gemmell, B.S. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions*, 13, 103-119.
- Driesley, J. & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 39, 371-382.
- Escotoado, A. (1996). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A., & Silva, H. (2006). Qualidade de Vida e Toxicodependência. *Revista Toxicodependências*. 12(3), 65-78.
- Evans, R. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research*, 33, 47-48.
- Fabião, Cristina (2002). Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia comportamento, uma revisão. *Toxicodependências*, 8, (2), 37-51.
- Fackhoury, W. K. H. & Priebe, S. (2002). Subjective quality of life: it's association with other constructs. *International Review of Psychiatry*, 14, 219-224.
- Félix da Costa, N., Pombo, S. & Barbosa, F. (2008). A propósito da avaliação clínica numa consulta de toxicodependências. *Toxicodependências*. 14 (3), 25-34.
- Fernandes, L. (1997). *Actores e territórios psicotrópicos: etnografia das drogas numa periferia urbana*. Porto: FPCEUP.
- Fernandez, C., Llorent, J. M. (1997). Ansiedad y depresión en heroinómanos. *Colectânea de textos das Taipas*, X, 157-167.
- Ferreira, A. (2004). Gravidade de dependência e motivação para o tratamento. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0088.pdf>. [consultado em 08/08/2011].
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL – 100). *Revista de Saúde Pública*, 34, (2), 178-183.
- Folkman, S. & Lazarus, R., S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus. R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire* (research edition). California: Consulting Psychologist Press.
- Fram, D., Marmo, J., Holden, R. (1989). Naltraxone Treatment – the problem of patient acceptance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2, 119-122.
- Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem abrigo e uma população toxicodependente domiciliada: aspectos psicossociais e psicopatológicos. *Toxicodependências*, 13 (3), 3-14.
- Gossop M., Marsden J., Stewart D., Kidd T. (2003a). The National Treatment Outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, 98, 291-303.

Guimarães, R. & Fleming, M. (2009). Dor que consome. Para uma compreensão da dor mental na toxicodependência. *Toxicodependências*, 15, 2, 3-12.

Haas, B.K. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Image*, 31, 215-220.

Habrat, B., Chmielewska, K., Baran-Furga, H., Keszycka, B. & Taracha, E. (2002). Subjective quality of life in opiate dependent patients before admission after six months and one year participation in methadone program. *Addiction*, 59(45), 351-354.

Herrman, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17 – 41.

Hervás, S. et al. (2002). Características Clínicas em três grupos de dependentes a Drogas. *Salud y Drogas*, 2, (2).

Higginson, J. & Carr, A. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *Br Med J*, 322, 1297-300.

Iraurgi, I., Casas, A., Celorio, M. J., Díaz-Sanz, M. (1999). Calidad de vida relacionada com la salud em usuários de umn programa de metadona. *Revista española de drogodependencias*, 24, 2, 131-147.

Janeiro, L. (2007). Motivação para o tratamento. Estratégias psicoterapêuticas no tratamento da toxicodependência. *Toxicodependências*. 13(1), 49-58.

Jenney, E.M. & Campbell, S. (1997). Measuring quality of life. *Archives of disease in childhood*, 77, 347-354.

Joseph, H. Stancliff, S., Langrod, J. (2000). Methadone maintenance treatment: a review of historical and clinical issues. *Mt Sinai J Med*, 67 (5-6), 347-364.

Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-243.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R., DeLongis, A., Folkman, S., & Gruen, R. (1985). Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40 (7), 770-779.

Leighton, J. (1993). The new era of quality of life assessment. In: Walker Sr, Rosser RM (Eds.). *Quality of life assessments: Key issues in the 1990s*. Dordrecht: Kluwer Academia Publishers.

Leite, M. C. (2000). *Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substancias psicoativas*. Brasília. Presidência da Republica, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas.

Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B. & Hefez, S. (1998). *A metadona e os tratamentos de substituição*. Climepsi.

Marlatt, G. (1996). Harm Reduction: come as you are. *Addictive Behaviors*, 21, 6, 779-788.

Marques Teixeira, J. (2003). Comorbilidade infecciosa e psiquiátrica em toxicod dependentes de carreira: Um estudo empírico a partir do programa Porto Feliz. *Saúde Mental*, 5 (4), 9-21.

Martins, E.R., & Corrêa, A.K. (2004). Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 398-405.

McIntyre, T., Barroso, R. & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, IV, (5), 13-24.

Melo, M. E. (2008). Programa de manutenção de metadona do Cat Loures. Estudo longitudinal: alguns dados sócio-demográficos e sintomáticos. *Toxicodependências*, 14, 3, 3-16.

Milby, J.B. Sims, M.K., Khuder, S., Schumacher, J. E., Huggins, N., Mclellan, A. T., Woody, G. & Hass, N. (1996). Psychiatric comorbidity: Prevalence in methadone maintenance treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, 95-107.

Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: preparing people for change* (2. ed). New York: The Guilford Press.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.

Miller, W. R. (1998). Enhancing motivation for change. In Miller W.R. & Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviors*. 2, 3-24. Nova York: Plenum Press.

Miller, W. R., Benefield, R.G. & Tonigan, J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (3), 455-461.

Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao Toxicod dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroíno dependentes*. Lisboa: Universitária Editora.

Neto, D., David, M. (1991). Toxicod dependentes. Tratamento combinado e por etapas. *Jornal Notícias Médicas*, 1994, 1-4.

O' Boyle, C. A. (1992). Assessment of quality of life in surgery. *British Journal Surgery*, 79, 395-398.

O' Connor, P. G. & Fiellin, D. A. (2000). Pharmacological treatment of heroin-dependent patients. *Ann Intern Med*, 133 (1), 40-54.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (2002). *As drogas em destaque: o papel essencial do tratamento de substituição*. Lisboa: EMCDDA.

Observatório Europeu das Drogas. Relatório anual (2004). *Co-morbilidade*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicod dependência.

Olschewski, M., Schigen, G., Schumacher, M. & Altman, D. G. (1994). Quality of life assessment in clinical cancer research. *British Journal Cancer*, 70, 1-5.

Paúl, C. & Fonseca, A., M. (2001). *Psicossociologia da saúde*, Lisboa: Climepsi.

Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. (2003). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Thomson.

Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. In M.C. Brugué & M. Gossop (Eds.). *Tratamientos psicológicos en drogodependências: recaída e prevenção de recaídas*, 85-136. Barcelona: Citran.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.

Ribeiro, J. L. P. & Rodrigues, A.P. (2004). Questões acerca do *coping*: a propósito do estudo de adaptação do *brief cope*. *Psicologia, saúde e doenças*. 5 (1), 3-15.

Ribeiro, J. P. (2009). *Coping: estratégias para redução do stress*. Executive Health and Wellness, 1(9), 28-29.

Ribeiro, J. S. (1997). O papel da ansiedade no processo de recuperação do toxicodependente. *Toxicodependências*. 3 (2), 53-59.

Ribeiro, J.L.P. (2002). Qualidade de vida e doença oncológica. In M.R.D.E. Durá (Coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, J.P. & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4, 491-502.

Rodrigues, C. (1998). Conceito de motivação. In A. Vaz, J. Relvas & M. Gomes, *Motivação*. 115-138.

Rodrigues, M. & Teixeira, Z. A.T.M. (2010). Da falta de força de vontade ao *empowerment* na dependência de álcool. *Toxicodependências*, 16 (1), 57-64.

Rodrigues, S. (2006). Reflexões sobre a Qualidade de Vida e Tratamento de Manutenção com Metadona. *Toxicodependências*. 12(1), 55-62.

Rollnick, S. (1998). Readiness, importance and Confidence: Critical conditions of change in treatment. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors*. 2, 49-60. Nova York: Plenum Press.

Romani, O. (2004). *Las drogas, sueños e razones*. Barcelona: Ariel.

Santos Silva, J. A. (2001). As redes sociais e o percurso na toxicodependência. O tratamento como instrumento de reinserção. *Toxicodependências*, 7 (1), 23-34.

Santos, A., Calado, A., Coxo, D., Trindade, M. M. & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Toxicodependências*, 17 (1), 33-41.

Schottenfeld, R. S., Pakes, J. & Oliveto, A. (1997). Buprenorphine vs methadone maintenance treatment for concurrent opioid dependence and cocaine abuse. *Archives of General Psychiatry*. 54, 713-720.

Shen, Q., McLellan, A.T. & Merrill, J.C. (2000). Client's perceived need for treatment and its impact on outcome. *Substance Abuse*, 21 (3), 179-192.

- Simoneau, H. & Bergeron, J. (2002). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. *Addictive behaviors*, 28, 1219-1241.
- Smith, K. W. & Larson, M. J. (2003). Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. *The American Journal of drug and Alcohol Abuse*, 29, 2, 3323-335.
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. P. (1994). *The Hospital Anxiety and Depression Scale Manual*. Windsor: NFER-Nelson.
- Soares, A. (2001). Uma proposta integrativa na terapia cognitiva da toxicod dependência. *Toxicod dependências*. 7(2), 29-49.
- Solberg, U., Burkhart, G. & Nilson, M. (2002). Na overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway. *International Journal of Drug Policy*, 13, 477-484.
- Sommer, M. (2004). *Carreiras de Saída da Toxicod dependência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa, A. (1996). Metadona: Bom/Mau objecto da relação familiar-visão sistémica. *Toxicod dependências*. 2(3), 23-28.
- Soyka, M., Zingg, C., Koller, G., Kuefner, H. (2008). Retention rate and substance use in methadone and buprenorphine maintenance therapy and predictors of outcome: results. *Int J Neuropsychopharmacol*. 21, 1-13.
- Torras E. (2000). Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con metadona en Barcelona. *Adicciones*, 12, 383-394.
- Torrens. M. Domingo-Salvany, A., Alonso, J., Castillo, C. & San, L. (1999). *Methadone and quality of life*. *Lancet*, 353, 9158-1101.
- Toscano Jr., A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. Em S. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.). *Dependência de drogas*, 7-23.
- Vasconcelos, C. (2000). Breve história das terapêuticas de substituição em Portugal – conclusões principais. *Toxicod dependências*. 6 (2), 67-79.
- Ward, J. (1994). Methadone doses: Adequate and otherwise (comment). *Drug Alcohol Dependence*. 36, 73-75.
- Ward, J., Bell, J. Mattick, R., Hall, W. (1996). Methadone maintenance therapy for opioid dependence a guide to appropriate use. *CNS Drugs*. 6(6), 440-449.
- West, S. L., O'Neal, K.K., Graham, C. W. (2000). A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *J-Subst – Abuse*. 12 (4), 405-414.
- Woody, G., McLellan, A., Luborsky, L. e col. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal Psychiatry*. 152, 1302-1308.
- Zigmond, A. P. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361 – 370.