



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

André Filipe Gomes Rodrigues

Eficácia dos Tratamentos nas Dependências Químicas

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Andreia de Moura

novembro, 2019



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA
DO PORTO

André Filipe Gomes Rodrigues

Eficácia dos Tratamentos nas Dependências Químicas

Dissertação de Mestrado

Psicologia da Justiça

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 20/11/2019, perante o júri seguinte:

Presidente: Prof.^a Doutora Carla Antunes

Arguente: Prof.^a Doutora Célia Ferreira

Orientador: Prof.^a Doutora Andreia de Moura

novembro, 2019

De acordo com a legislação em vigor, não é permitida a reprodução de qualquer parte desta tese/dissertação.

Agradecimentos

*“Aqueles que passam por nós,
não vão sós, não nos deixam sós.*

*Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós”*

Antoine de Sait- Exupéry

Aos meus pais, por me terem-me dado uma boa educação e valores. Ao meu pai (*in memoriam*), que quer onde esteja, continua a olhar por mim, a dar-me forças para lutar contra todos os obstáculos e acima de tudo que me ensinou a ser fiel a mim mesmo e silenciar quem questiona a minha integridade através do meu esforço, empenho e trabalho. À minha mãe, que continuou a lutar para me dar a oportunidade de frequentar o ensino superior e para que tivesse todos os recursos necessários ao longo da vida. A vocês que se sacrificaram muitas vezes para que nós, os filhos, tenhamos tudo aquilo que vocês tiveram e ainda muito mais, partilho deste momento de grande alegria, satisfação e autorrealização.

À minha grande amiga, Mestre Joana Barbosa, agradeço todo o apoio incondicional e todas as horas de trabalho de revisão, correção e aconselhamento. Estou muito grato pela nossa amizade, sem ti o presente documento não era passível de existir.

À minha grande amiga, Inês Rodrigues, por toda a motivação, paciência e encorajamento nos momentos cruciais deste percurso e pelo tempo para todos os nervosismos e alegrias.

A uma pessoa muito especial que surgiu no meio desta etapa e que se tornou o maior pilar nesta etapa da minha vida, o meu sincero enorme obrigado, por todas as horas de paciência, trabalho, motivação para ser o melhor profissional e por nunca me deixares desistir. A ti Paulo Gomes, o maior obrigado por depositares toda essa confiança em mim.

E, não esquecendo, um obrigado a todos os meus amigos, que não mencionei, por toda ajuda que me prestaram para que este momento de grande alegria chegasse por fim.

A todos os professores que me honraram com o seu apoio e me inspiraram, quer profissionalmente, quer pessoalmente, ao longo de todo o meu trajeto académico.

Eficácia dos Tratamentos nas Dependências Químicas

Resumo: Neste estudo foi avaliada a correlação entre as variáveis *envolvimento terapêutico* e *sintomatologia psicopatológica*, nas suas diferentes dimensões. Adicionalmente, foi avaliado de que forma a variável *duração em tratamento* está associada a uma maior *eficácia* (i.e. quer parcial - indivíduo permanece abstinente ao consumo; quer global - para além da abstinência o indivíduo revela melhorias significativas em várias dimensões do seu funcionamento psicossocial). A amostra de 93 indivíduos, 84 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, foi recolhida em programas de tratamento ambulatorio na Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) com idades compreendidas entre os 23 e os 61 anos. Trata-se de uma amostra de conveniência. Este estudo é de design transversal, de carácter exploratório e descritivo, que não procura relações de causalidade para generalização dos resultados. Procura assim descrever variáveis e encontrar possíveis relações entre elas (correlacional). Utilizou-se um questionário Sócio Demográfico, para recolha de dados gerais, o Inventário de sintomas Psicopatológicos (BSI) e o instrumento Monitorização e Avaliação da Eficácia e do Progresso (MEEP) através dos quais se obtiveram-se os valores para a formação das variáveis a avaliar. Devido à lacuna verificada na literatura sobre a escassez de instrumentos e processos de avaliação de programas de intervenção em consumidores de substâncias químicas, que incluam o fator eficácia global, mostrou-se pertinente esta investigação neste âmbito. No presente estudo não se confirmaram as hipóteses, o que pode ter como razão explicativa a existência de variáveis que podem ter enviesado os nossos resultados e que não foram controladas, como por exemplo o fator *estilo ou padrão de vinculação* ou o fator *motivação e crença no tratamento*. Conclui-se que apesar dos nossos resultados não indicarem relações significativas entre as variáveis em estudo, esta área deve ser investigada através de estudos longitudinais e amostras mais robustas.

Palavras-chave: Tratamento ambulatorio; Envolvimento terapêutico; Sintomatologia psicopatológica; Duração em tratamento; Eficácia global.

Abstract:

In this study, it was evaluated the correlation between the variables therapeutic involvement and psicopathological symptomatology, in their different dimensions. Additionally, it was evaluated in wish way the variables' duration in treatment is associated with a higher efficacy (i.e. Partially - the individual remains in drug abstinence; globally - beyond the abstinence, the individual shows significant improvements in some dimensions of its psychosocial functioning). The sample of 93 individuals, 84 are male and 9 are female, was gathered in programs of outpatient treatment of DICAD, with ages between 23 years and 61 years, being a convenience sample. This study is transversal, explorative and descriptive, and it doesn't seek causal relations, for generalization of results. It describes variaties and finds possível links between them (correlation). A socio-demographic questionnaire was used to collect general data, the Psycopathological Sympton Inventory (BSI) and the Effectiveness and Progress monitoring and Evaluation (MEEP). These instruments gave the results to form the variables to evaluate. Due to the lack of evaluation of chemical consumer intervention programs, which include the global effectiveness factor, this research has shown to be important to the subject. In this study, it wasn't possible to confirm the hipotesis, due to the fact that it some of the variables aren't being accounted for, for example, style or binding pattern or belief in healing. Although the results in this study do not indicate significant relationships among the variables under study this area should be investigated through longitudinal studies and more robust samples.

Key-Words: Outpatient treatment; Therapeutic involvement; Psychopathological symptomatology; Duration in treatment; Overall effectiveness.

Índice

1. Enquadramento Teórico.....	10
1.1. Substâncias psicoativas.....	11
1.2. Dependências químicas.....	11
1.3. Outras tipologias de consumos	12
1.4. Tipologias e objetivos das modalidades de tratamento	12
1.5. Eficácia do(s) tratamento(s)	13
2. Indicadores de eficácia segundo um paradigma holístico.....	14
2.1. Sintomatologia psicopatológica	15
2.2. Afetos negativos.....	16
2.3. Duração em Tratamento	17
2.4. Envolvimento terapêutico	18
2.5. Suporte social	19
2.6. Suporte de pares.....	20
3. Objetivos, Questões de Investigação e Hipóteses.....	21
3.1. Objetivos de investigação	21
3.2. Questão de Investigação nº1.....	21
3.3. Questão de Investigação nº2.....	21
3.4. Hipótese nº1	22
3.5. Hipótese nº2	22
4. Método.....	22
4.1. Participantes.....	22
4.2. Procedimentos	22
4.3. Instrumentos.....	23
4.3.1. Questionário Sócio Demográfico (Moura, 2013; 2015; 2017).	23
4.3.2. Inventário de sintomas Psicopatológicos (BSI)	23
4.3.3. Monotorização e Avaliação da Eficácia e do Progresso (MEEP) (Moura, 2013; 2015).	23
4.4. Análise de Dados	24
4.5. Descrição das Variáveis Dependentes Compósitas:.....	24

5. Resultados	25
5.1. Hipótese nº1	25
5.2. Hipótese nº2	27
6. Discussão de Resultados	28
7. Conclusão	30
Referências Bibliográficas	31
Anexos.....	39

Índice de figuras

Figura 1. Percentagem de resultados positivos na <i>Eficácia Parcial</i>	27
Figura 2. Percentagem de resultados Positivos na <i>Eficácia Global</i>	28

Índice tabelas

Tabela 1. Tabela de Resultados da correlação entre as variáveis <i>Envolvimento Terapêutico</i> e <i>Sintomatologia Psicopatológica</i> , nas suas diferentes dimensões.....	26
--	----

1. Enquadramento Teórico

Verifica-se que o interesse de diferentes organizações, por todo o mundo, no fenómeno do consumo de substâncias têm vindo a aumentar ao longo dos anos (UNODC, 2008; UNODC, 2014). Este fenómeno assume escalas alarmantes e como consequência, um grande número de programas de intervenção têm vindo a ser desenvolvidos no sentido de tentar responder a tais necessidades. As modalidades de tratamento têm evoluído de forma continuada, podendo-se verificar assim as rápidas mudanças que ocorrem no contexto do consumo de drogas, do tipo de substâncias consumidas e de padrões de consumo.

Na atualidade, quando debatemos sobre dependência química, estamos a refletir sobre a questão do processo saúde/doença em termos conceituais teórico-práticos, de formação e de desempenho dos profissionais da área de saúde, tanto na questão do tratamento como da promoção da saúde (Ornellas, 1999). Os conceitos de saúde/doença e uso de substâncias psicoativas têm vindo a sofrer alterações no seu significado, pois como é possível verificar, o contexto histórico, cultural e social tem influência sobre os mesmos. Isto é, ao analisar a evolução histórico, cultural e social do ser humano, verifica-se que cada época define saúde e doença através das diferentes conceções da origem da doença (sobrenatural – natural – social) e da respetiva forma de lidar (Ornellas, 1999; Rosa, Cavicchioli & Brêtas, 2005).

Segundo a literatura, tem-se verificado inovações e mudanças na dimensão processo saúde/doença, desde a mudança de paradigma, que primeiramente tinha a finalidade da manutenção da saúde, depois se apresentou como foco na questão da doença e agora sabe-se que falar sobre saúde não é apenas contrapô-la à questão da doença, visto que saúde é um conceito mais amplo e complexo, que não depende apenas de uma questão biológica, ou seja, os fenómenos são encarados como processos dinâmicos que se manifestam nos diferentes ambientes sob o efeito de múltiplos fatores inerentes à condição humana (Rosa, Cavicchioli & Brêtas, 2005). Constata-se desta forma a relação existente entre saúde/doença e os fatores psicológicos, sociais, políticos, económicos e ambientais, pois estes exercem influência direta sobre o indivíduo. Tais mudanças permitiram verificar que o uso de substâncias psicoativas vem assumir dimensões alarmantes crescente ao longo dos anos, sendo considerado assim um problema em termos de saúde pública e exigindo um estabelecimento de intervenções particulares (Pratta & Santos, 2009).

Nesta conjuntura, faz-se de seguida uma definição dos constructos utilizados nesta investigação, bem como, um breve estado da arte nesta matéria, justificando a pertinência da nossa investigação.

1.1. Substâncias psicoativas

As substâncias psicoativas são substâncias que quando ingeridas afetam os processos mentais como por exemplo a linguagem, a percepção, o humor, o comportamento, a consciência e a cognição (Azevedo, 2000; OMS, 2015). Este conceito abrange as chamadas substâncias legais como por exemplo o álcool e o tabaco, e as substâncias ilícitas como por exemplo a cocaína e heroína. As substâncias psicoativas tem consequências emocionais e comportamentais, estas podem alterar o indivíduo, deprimir ou estimular o sistema nervoso central (SNC) (American Psychological Association [APA], 2014).

1.2. Dependências químicas

Para a OMS (1992) *“O conceito de dependência foi definido como uma condição mental e física, caracterizada pela necessidade de consumir substâncias, continuamente ou periodicamente, a fim de experimentar sensações ou para evitar o desconforto de sua ausência”* (p.351).

Segundo a Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas de saúde relacionados (10th revisão realizada pela OMS), a dependência química é um forte desejo ou senso de compulsão para tomar a substância. O indivíduo revela dificuldades em controlar o comportamento do consumo de substâncias, em termos do seu início e término, assim como em termos de quantidade/dosagem de consumo (Augusto, 2012; Azevedo, 2000). Em última análise, a dependência química manifesta-se através da evidência de tolerância, tal que o aumento de doses de substâncias psicoativas são necessárias para alcançar efeitos originalmente produzidos por menores doses. Existe uma persistência do uso da substância, apesar da evidência clara de consequências prejudiciais quer fisiológicas quer mentais (Azevedo, 2000).

Adicionalmente os critérios para abuso de substâncias, conforme o DSM-V (APA, 2014), incluem prejuízo de funções (eg.: ausência no trabalho ou nas obrigações domésticas), o uso nocivo (eg.: dirigir intoxicado), problemas legais relativos ao uso e problemas sociais ou interpessoais que são decorrentes deste. Estes critérios deverão

estar presente por mais de 12 meses. A dependência, vulgarmente denominada de “adição”, exige que o uso da substância tenha criado três ou mais consequências negativas na vida da pessoa ao longo de 12 meses e também que preencha um ou mais critérios como tolerância, aumento de doses da substância, abstinência ou o uso da substância pra evitar esta, o uso de maior quantidade de tempo do que fora premeditado, isto é, grande parte do seu tempo é dispensado na aquisição da substância e/ou usando-a ou a recuperar dos efeitos do uso da mesma (Dias, Pereira & Romanini, 2010).

1.3. Outras tipologias de consumos

Relativamente ao consumo recreativo, este não contém padrão, é esporádico, pode ser um evento isolado, não havendo repetição da mesma prática de comportamento. Esta tipologia de consumo é efetuado em meio social, na maioria dos casos, e o indivíduo não demonstra necessidade do consumo no seu funcionamento diário. Não obstante e apesar de ser um acontecimento único, também pode conter algum impacto no indivíduo, podendo em situação de risco ser compatível com um evento adverso (Augusto, 2012).

Já o consumo regular é um padrão de consumo de substâncias, mesmo que a distância entre os consumos seja grande, este tipo de consumo, ao contrário do consumo recreativo, acontece mais do que uma vez pontual, existe um padrão e frequência de consumo que não seja dependência, pode ou não ser mal adaptativo (Augusto, 2012; Azevedo, 2000).

Por fim, o consumo abusivo é, segundo o DMS-V, um padrão de consumo de substâncias que é mal adaptativo. Este manifesta-se através de consequências adversas, recorrentes e significativas relativo ao uso repetido de substâncias (APA, 2014).

1.4. Tipologias e objetivos das modalidades de tratamento

A rede de serviços de tratamento (nas substâncias lícitas e ilícitas) existentes em Portugal é ampla, com equipas multidisciplinares em centros de resposta integrada (CRIs), unidades de internamento (UI), comunidades terapêuticas (CT) e centros de dia (CD). Mais especificamente, há uma grande variedade de respostas de tratamento frequente, nos sistemas ambulatorio e hospitalar. Os tratamentos são geralmente baseados nas seguintes hipóteses: a) Garantir o acesso da população a uma variedade de respostas, nomeadamente, programas terapêuticos que podem ser ajustados de acordo

com cada caso específico, existindo assim uma maior eficácia de resposta às necessidades de cada indivíduo; b) Fornecer uma gama diversificada de programas de tratamento por referência a um vasto leque de abordagens psicossociais e farmacológicas, com base em princípios éticos e científicos; c) Melhorar progressivamente a qualidade dos serviços prestados por meio da articulação regular entre as universidades e o conhecimento sobre o terreno (SICAD, 2013a, 2013b, 2013c).

Por questões do presente estudo, é dado o foco ao tratamento ambulatorio, este dentro do sistema ambulatorio, e ao tratamento em regime de internamento, este dentro do sistema hospitalar.

Na tipologia do tratamento ambulatorio, os objetivos e as modalidades de tratamento vão variando mediante o nível da gravidade do problema e do nível da autonomia do individuo (eg. Desenvolver de forma autónoma estratégias de coping adaptativas), apesar desta adaptação às necessidades de cada individuo o objetivo fundamental desta tipologia de tratamento é a reinserção social. As vantagens desta tipologia de tratamento é o cuidado e atenção mais próximo, individual ou grupal, dos indivíduos que apresentam adição em substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, através da integração dos mesmos em programas psicoterapêuticos que respondem aos seus níveis de risco e o facto de garantir acompanhamento psicoterapêutico e apoio social (Anglin, Evans, Hser & Huang, 2004; Simpson, 2004; Simpson & Joe, 2004; Greener et al., 2007; Laudet, Stanick & Sands, 2007). Na tipologia de tratamento em regime de internamento são abordadas duas modalidades, a residencial e os programas de desintoxicação. Como no regime ambulatorio, estas duas modalidades também variam consoante o nível do problema e o nível de autonomia do individuo. Em termos de intervalo de tempo de ambas as modalidades os programas de desintoxicação são, geralmente, de menor duração do que os programas residenciais. Em ambas as modalidades intervenções em grupo dirigidas a problemática da adição são implementadas como adicionais à terapia individual (Anglin, Evans, Hser & Huang, 2004; Simpson, 2004; Simpson & Joe, 2004; Greener et al., 2007).

1.5.Eficácia do(s) tratamento(s)

Inicialmente avaliava-se a eficácia dos tratamentos de reabilitação através da obtenção de um único resultado, a abstinência (McLellan et al., 2005; Scaduto &

Barbieri, 2009; Salles & Guimarães, 2014). Sendo esta avaliação limitadora em comparação com a reabilitação integral do indivíduo, vários estudos têm confirmado a necessidade de incluir outros indicadores de eficácia psicossociais, numa perspetiva mais holística. Segundo estes estudos, vários preditores/indicadores de eficácia terapêutica devem ser incluídos e a eficácia de programas é complexa. Consideramos nesta investigação que modelos baseados apenas na condição de abstinência serão considerados como modelos de eficácia apenas parcial. Segundo o paradigma holístico, no modelo de avaliação da eficácia dos tratamentos, vários autores têm definido a recuperação da dependência de drogas ilícitas em termos de resolução de problema ao invés da abstinência. (Carvalho, Cunha, Kolling, Kristensen & Silva, 2009; Dias, Pereira & Romanini, 2010; Augusto, 2012; Almeida, Hess & Moraes, 2012; Pereira, 2016; Azevedo, 2000).

2. Indicadores de eficácia segundo um paradigma holístico

O modelo biopsicossocial surge como necessidade à reformulação do modelo tradicional. Este modelo, de perspetiva social-política, do consumo de drogas permitiu uma reestruturação a nível estrutural e organizacional na área das drogas, na sua generalidade, e na área da toxicodependência, em particular. Este modelo, ao analisar os fenómenos sociais, responde à necessidade de se observar o indivíduo numa lógica multidimensional e integral, no qual as drogas possuem uma representação específica, ao contrário do modelo tradicional que analisa apenas sob uma perspetiva biológica, o que é uma análise redutora, pois apenas o observamos sob uma das suas múltiplas dimensões (Dias, 2007; Pratta & Santos, 2009; Scaduto & Barbieri, 2009; Henriques, 2013; Salles & Guimarães, 2014).

O Governo Português procurou desenvolver uma intervenção mais eficaz no domínio da toxicodependência e passível de se promover a partir de diferentes áreas e políticas de intervenção (Pita, 2011; Henriques, 2013). Assim políticas de prevenção, redução de riscos, minimização de danos, dissuasão, tratamento, reinserção social e cooperação internacional foram definidas como diferentes áreas de intervenção a serem implementadas neste domínio (Dias, 2007; Pita, 2011; Silva, 2011).

O modelo biopsicossocial de saúde, que considera o indivíduo na sua totalidade, quanto à dependência química, compreende-o como um ser ativo no processo saúde/doença (Pratta & Santos, 2009). Para que esta questão seja passível de ser trabalhada, um conjunto de ações específicas que envolvam melhorias na prevenção do

uso de drogas e, no caso da dependência já instalada, no tratamento em si são necessárias. Deve-se conduzir um programa terapêutico específico para cada indivíduo, este depende de uma avaliação individual, pois não existe um modelo que seja adequado para todos os pacientes (Pratta & Santos, 2009; Scaduto & Barbieri, 2009).

Foram selecionados fatores biopsicossociais que têm vindo a ser apontados pela literatura como alguns dos principais indicadores da eficácia, em conformidade com a conceção do modelo trifactorial do fenómeno de adição (Ribeiro, 1998) e, também, em conformidade com o paradigma de Monitorização simultânea da recuperação (McLellan et al, 2005), a avaliação e monitorização do tratamento da Toxicodependência de acordo com o modelo holístico e psicossocial de McLellan et al. (2005). Na impossibilidade de analisarmos todos os indicadores biopsicossociais existentes, vamos definir os indicadores que consideramos mais evidenciados pela literatura recente.

2.1. Sintomatologia psicopatológica

Vários estudos indicam que indivíduos com indivíduos que apresentam adição em substâncias psicoativas lícitas e ilícitas tem uma maior prevalência de sintomas de psicopatologia. (Andreski, Breslau & Kilbey, 1991; Silveira & Jorge, 1999; Brook, Brook, Cohen, Whiteman & Zhang, 2002; Burns & Teesson, 2002; Campbell & Stark, 1990; Mehrabian, 2001; Almeida, Hess & Moraes, 2012). Com o aumento do número de coocorrências de perturbação psicológica devido ao uso de substâncias, este fenómeno tem tido um vasto reconhecimento na clínica psiquiátrica (Alves, Kessler & Ratto, 2004; Carvalho, Cunha, Kolling, Kristensen & Silva, 2009; Almeida, Hess & Moraes, 2012; Jané-Llopis, Matysina, 2009; Lozano, Rojas & Calderón, 2016). Mostra-se assim inevitável a referência ao conceito de comorbilidade ou diagnóstico duplo, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “coocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção causada por uso de substâncias e outro transtorno psiquiátrico” (p.351). Pelo facto de os níveis de prevalência de psicopatologia nesta população ser alta e existir correlação significativa, a literatura aponta a *sintomatologia psicopatológica* como um dos melhores preditores de abuso de álcool e drogas (Adamson, Frampton e Sherill, 2009; Campbell & Stark, 1990; Brewer, Catalano, Fleming, Gainey & Haggerty 2002). Das comorbilidades psiquiátricas mais facilmente detetadas entre os dependentes químicos são os transtornos depressivos e ansiosos e os transtornos de personalidade (Filho, Turchi, Laranjeira, & Castelo, 2003; Duailibi et al.,

2008; Carvalho, Cunha, Kolling, Kristensen & Silva, 2009; Scheffer et al., 2010; Almeida, Hess & Moraes, 2012; Lozano, Rojas & Calderón, 2016).

2.2. Afetos negativos

Bastianello, Hutz, Pacico & Zanon (2013) afirmam que *“É plausível pensar que elevados níveis de afetos negativos podem potencializar sintomas e aumentar as chances de desenvolvimento de psicopatologias”* (p.194).

Os afetos positivos e afetos negativos são definidos através da intensidade e frequência com que as pessoas vivem as emoções. Assim é determinado que indivíduos com altos níveis de afeto positivo vivem episódios intensos e frequentes de prazer, estes indivíduos auto percebem-se como indivíduos alegres, entusiasmados e confiantes. Em oposição, sujeitos com altos níveis de afeto negativo vivem episódios intensos e frequentes de tristeza, estes indivíduos auto percebem-se como tristes, desanimados e preocupados (Diener, King, & Lyubomirsky, 2005; Zanon et al., 2013). Segundo Diener, King, & Lyubomirsky (2005) verifica-se que o fator frequência com que o indivíduo vivencia afetos positivos e negativos tem um maior impacto direto na percepção do indivíduo da diáde felicidade-infelicidade do que o fator intensidade dos afetos.

Muita vezes o uso de substâncias psicoativas é uma alternativa que o indivíduo encontra de forma a lidar com a tensão/stress gerado pelo ambiente familiar. Este, por exemplo, pode ser consequência de disfunções na expressão de afeto e em estabelecer limites/assumir papéis, pelo ambiente de pares e/ou outras redes sociais (Sousa, Kantorski, 2009). Desta forma Naragon e Watson (2009) verificaram que altos níveis de afeto positivo têm uma correlação positiva aos fatores saúde física e psicológica, satisfação conjugal e no trabalho e ambiente familiar positivo e que os transtornos clínicos e o consumo de substâncias lícitas e ilícitas estão correlacionados com baixos níveis de afetos negativos. (Miles, MacLeod & Pote, 2004; Zanon et al., 2013).

Segundo Lourenço (2001) a irritabilidade, as frustrações, a carência afetiva e/ou os afetos negativos são fatores presentes no cotidiano de alguns indivíduos que podem gerar depressão e ansiedade e como resposta dá-se a busca de alívio de várias maneiras, como o uso abusivo de drogas que é uma resposta mal adaptativa (Abdalla-Filho 2004; Araújo, et. al., 2008; Tavares & Almeida, 2010). Tavares & Almeida (2010) focam-se na componente social da problemática ao afirmar que *“As drogas podem ser estímulos, motivos, respostas ou elementos mediadores de comportamentos sociais violentos. As*

evidências apontam que as drogas apresentam papel relevante nos contextos em que são usadas.” (p.547). Zanon et all (2013) constata que os níveis de afetos também estão diretamente associados aos traços de personalidade. Através da triangulação das conclusões dos estudos mencionados, torna-se observável a emergência da necessidade do modelo biopsicossocial, isto é, a necessidade de abranger e constatar as origens do indivíduo e da problemática do consumo através de fatores como personalidade, antecedentes familiares de dependência e violência, fatores genéticos, comportamento/controlo de impulsos, relacionamento familiar, psicopatologia e situações facilitadoras ao crime e à dependência química surge como resposta à interação dos múltiplos fatores que podem levar à iniciação ou manutenção do consumo de substâncias (Gauer, 2001; Abdalla-Filho, 2004; Miles, MacLeod, & Pote, 2004; Telles & Chalub, 2006; Araújo, et. all, 2008;Tavares & Almeida, 2010; Zanon et all, 2013).

2.3.Duração em Tratamento

Um outro fator que tem sido apontado como estando fortemente correlacionado com a eficácia de tratamento é a *duração em tratamento*, ou seja, é o tempo em que o indivíduo leva a completar todo o programa com sucesso, este fator é identificado por vários autores como um dos mais sólidos indicadores de eficácia terapêutica, nomeadamente no tratamento de dependências químicas (Anderson, Craddock, Etheridge, Flynn & Hubbard,, 1997; Brown, Krupski, Longhi, Luchansky & Stark, 2000; Scaduto, Barbieri, 2009; Salles & Guimarães,2014 ; Campos, 2015). Verifica-se existir uma relação forte e positiva entre a duração do tempo gasto no tratamento e os resultados pós-tratamento (Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006; Anglin, Evans, Hser & Huang, 2004; Simpson & Joe, 2004; Scaduto & Barbieri, 2009; Salles & Guimarães,2014). Os pacientes que concluírem com êxito o tratamento têm uma menor probabilidade de ter uma recaída após o tratamento. Já os pacientes que permanecem no tratamento durante uma curta duração ou optam por não concluir o tratamento, têm uma maior probabilidade de uma recaída e conseqüentemente iniciar um novo processo de tratamento (Moos, Mertens e Brennan, 1994; Scaduto & Barbieri, 2009; Salles & Guimarães,2014).

2.4 Envolvimento terapêutico

O tempo de tratamento é influenciado pela variável envolvimento do paciente no próprio tratamento. Isto pode aumentar ou diminuir a probabilidade de permanência do indivíduo em determinado tipo de tratamento (Pereira, 2016).

O *envolvimento terapêutico* é constituído por três componentes, a relação terapêutica, a satisfação do tratamento por parte do indivíduo e a adesão/participação ao tratamento (Greener et al., 2007; Pereira, 2016). No que se refere à relação terapêutica são conhecidos os efeitos positivos da psicoterapia. São vistos como uma componente que explica uma grande percentagem de mudança, apesar do modelo teórico utilizado (Beutler & Harwood, 2000; Norcross, 2002). De acordo com o modelo conceptual descrito por Simpson (2004), a relação terapêutica é descrita como um vínculo fundamental para um tratamento eficaz, este, por sua vez, aumenta a probabilidade do progresso em termos de mudança de comportamento e objetivos do tratamento em si. A satisfação com o tratamento envolve as percepções, dos pacientes, relativas ao próprio tratamento, se este atende às suas necessidades ou não, este é um importante preditor de resultados de tratamento de adições. A satisfação com o tratamento é frequentemente descrita como uma parte importante a considerar quando estamos a avaliar a eficácia do tratamento de saúde mental bem como as condições de saúde do indivíduo (Greener et al., 2007).

O fator motivação é considerado um elemento chave para a mudança, independentemente do contexto e dimensão de vida do indivíduo. Este fator muitas vezes, voluntária ou involuntariamente, é negligenciado quanto à implementação de estratégias com objetivos alcançáveis e realistas e resultados observáveis (Miller, 1999; Miller & Rollnick, 2002; Campos, 2015). Investigações recentes suportam o fator motivação como um fator de extrema importância na ponderação e sucesso do processo terapêutico (Miller & Rollnick, 2002; Campos, 2015).

A motivação é um processo de natureza interna manifestada através de comportamentos, o que a torna passível de ser observada. Como se constata o indivíduo motivado manifesta menor resistência para iniciar e/ou manter o processo de recuperação/reabilitação. O próprio indivíduo determina o ritmo da progressão imposta ao processo permitindo que o indivíduo seja capaz de decidir sobre o planeamento, implementação e avaliação das mudanças comportamentais (Miller, 1999; Campos, 2015). A motivação é concebida como um processo que pode ser alterado, pelo

indivíduo em si como pela relação terapêutica. É um processo que pode ser potenciado por profissionais sendo a sua tarefa mobilizar, de forma positiva e adequada, os recursos externos e interpessoais em ordem de incentivar e aumentar os níveis de motivação do indivíduo para o tratamento (Miller, 1999). Para que este processo de mudança seja sustentado e positivo é fundamental que o indivíduo em recuperação adquira a motivação necessária para o processo em si. Snyder (2002), refere que o papel das emoções é essencial para manutenção da motivação necessária para alcançar metas. A mudança ajudará o indivíduo a descobrir novos estilos de vida e ajudará também a criar estrutura nos contextos envolventes do mesmo, de modo a manter a abstinência (Teixeira & Ricou, 2008). A família e a rede social mostram-se ser fontes de grande contributo e de motivação ao tratamento, assim como na recuperação do indivíduo (Seadi, 2007).

2.5. Suporte social

Outro fator que é um indicador de sucesso terapêutico é o suporte social e apoio dos pares (suporte de pares). Este contribui para o ajuste positivo e o desenvolvimento de personalidade, pra proteção contra efeitos de tensão/Stress. A rede social permite, aos indivíduos que a constituem, exercer influência no comportamento e na percepção dos mesmos (Sousa, Kantorski, 2009; Hermeto, Sampaio & Carneiro, 2010). A função de Suporte social pode ser desempenhada pela família, pelos amigos, pelos pares de tratamento, pelos profissionais e/ou por elementos da comunidade. O Suporte social significativo tem como definição apoiar os indivíduos em todo o momento da sua recuperação, assegurar apoio emocional e material de que necessitam para atingirem os objetivos da recuperação. Tem também como objetivo fomentar um sentimento de pertença em oposição ao sentimento de abandono social que muitos experimentaram no seu passado de consumos (Laudet, Morgen & White, 2006; Cavalcante, et. all, 2012; Valle, 2015). O suporte social proporciona a oportunidade de os indivíduos construírem uma rede de relações positivas e saudáveis, diferente das ligações que estabeleciam enquanto consumiam (Hser, et. all, 1999; De Melo, et. all, 2005; Seadi, 2007; Scaduto & Barbieri, 2009; Hermeto, Sampaio & Carneiro, 2010; Cavalcante, et. all, 2012; Salles & Guimarães, 2014).

Os resultados obtidos por Havassy, Hall e Wasserman (1991) num estudo com indivíduos dependentes de substâncias, permite constatar que baixos níveis de suporte social aumentavam significativamente a probabilidade de recaída dos sujeitos enquanto

níveis elevados conduziam à diminuição dos consumos e à melhoria em todas as dimensões da vida. Laudet, Savage e Mahmood (2002), concluíram que o suporte social e comunitário é uma dimensão que promove o seu processo de recuperação ao identificar fatores que os sujeitos consideravam como importantes para o início e/ou manutenção da recuperação. Assim define-se o fator Suporte Social como um fator de extrema importância (Laudet et al., 2006).

2.6. Suporte de pares

Os grupos de autoajuda, sem qualquer tipo de intervenção profissional, são grupos nos quais os participantes se apoiam de forma recíproca no processo de recuperação de uma problemática comum (pares de tratamento). Estes ativam um forte sentimento de pertença e de aceitação devido à semelhança dos problemas que têm e pela valorização individual em resultado das próprias experiências de vida (Leal, 2005; Valle, 2015). Isto proporciona-lhes um sentimento de alívio por perceberem que não estão sozinhos com os seus próprios problemas, que outro têm os mesmos problemas. Desta forma torna-se possível descobrir, de formas adaptativas, maneiras de lidar com eles próprios, alcançarem os seus objetivos, reconhecerem e potenciarem capacidades, criarem uma identidade positiva e manterem-se positivos e motivados quanto à recuperação (Laudet, Stanick & Sands, 2007). As principais vantagens deste tipo de grupos são o facto de serem um recurso gratuito, presentes na comunidade, não terem procedimentos formais de admissão, não terem limite de duração de participação, visto que a participação é voluntária, consistirem em uma rede social de apoio constante para a manutenção da recuperação/reabilitação e serem transversais quanto às populações alvo (White & Kurtz, 2006; Valle, 2015). Entre os grupos de ajuda-mútua, os que mais se destacam na área da recuperação/reabilitação das dependências de substâncias lícitas/ilícitas encontram-se os Alcoólicos Anónimos (AA) e os Narcóticos Anónimos (NA) (Scaduto & Barbieri, 2009; Salles & Guimarães, 2014). Estes grupos, formais e informais, mostram-se eficazes na promoção da recuperação da toxicod dependência. Esta eficácia é corroborada pelo número elevado de membros aderentes e pelos resultados das investigações que concluem que a participação aumenta a probabilidade de abstinência, reduz o isolamento social e melhora as capacidades para lidar com os problemas do dia-a-dia. Realizando assim mudanças e atingindo objetivos, aumentando a autoconfiança e assumindo responsabilidades pela própria saúde, bem-estar e recuperação (Scaduto & Barbieri, 2009; Salles & Guimarães, 2014; Valle, 2015).

Contudo o suporte social do individuo deve ser avaliado cuidadosamente porque os reforços obtidos pelos grupos de pares (pares de tratamento), família e outros grupos (eg. Pares de consumo) podem-se traduzir em apoio social negativo ou positivo, isto é, pode promover comportamentos de iniciação ou manutenção do consumo de substâncias psicoativas como pode promover diminuição ou abstinência do consumo de substâncias psicoativas (Seadi, 2007; Scaduto & Barbieri, 2009; Hermeto, Sampaio & Carneiro, 2010; Cavalcante, et. all, 2012; Salles & Guimarães, 2014; Valle, 2015; Pereira, 2016). Torna-se, assim, possível afirmar que o contexto social e de pares influenciam a dinâmica da recuperação pois o suporte social e o suporte de pares reduzem o impacto da psicopatologia no individuo assim como afetam diretamente o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas (Cavalcante, et. all, 2012; Valle, 2015; Pereira, 2016).

Pese embora todos estes indicadores sejam importantes no que toca à conceptualização da *eficácia global*, sob um paradigma holístico (Moura et al., 2013; 2015; 2017), este estudo pretende focar-se apenas nas dimensões *sintomatologia Psicopatológica, envolvimento terapêutico e duração em tratamento*, que se destacam pela literatura nacional recente nesta matéria como importantes focos de intervenção no decorrer do tratamento das dependências químicas, em regime ambulatorio (Moura et al., 2013; 2015; 2017).

3. Objetivos, Questões de Investigação e Hipóteses

3.1. Objetivos de investigação

Dada a escassez de estudos nesta matéria em Portugal, pretende-se avaliar e aprofundar as associações existentes entre *sintomatologia psicopatológica e envolvimento terapêutico*, bem como, entre a *duração em tratamento e a eficácia parcial e global*.

3.2 Questão de Investigação nº1: De que forma a presença *sintomatologia psicopatológica* está correlacionada com o *envolvimento terapêutico* do paciente?

3.3 Questão de Investigação nº2: De que forma o fator *duração em tratamento* influencia a *eficácia parcial e global*?

3.4 Hipótese nº1:

Maior sintomatologia psicopatológica está correlacionada com um menor envolvimento terapêutico do paciente.

3.5 Hipótese nº2:

Uma maior duração em tratamento está associada a uma maior eficácia parcial e global.

4. Método

4.1. Participantes

Uma amostra de 93 indivíduos, 84 (90,3%) do sexo masculino e 9 (9,7%) do sexo feminino, foi recolhida de programas de tratamento ambulatorio na Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) – Delegação Regional de Saúde Norte (ARS Norte), com idades compreendidas entre os 23 e os 61 anos, sendo a média de 41,23 e o desvio-padrão de 6,92. ($M = 41,23$; $DP = 6,92$). A duração em tratamento, até à aplicação do instrumento, varia entre 1 mês a 5 anos. Foi constatado uma maior prevalência no consumo de heroína em primeiro lugar, no consumo de cocaína em segundo lugar e haxixe em terceiro lugar. Ressalvamos que foi uma amostra de conveniência com uma alta taxa de participação de indivíduos em programas de reabilitação (cerca de 75%).

4.2. Procedimentos

Os questionários foram recolhidos na Divisão para Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) – Delegação Regional de Saúde Norte (ARS Norte), num gabinete com ambiente calmo e privado.

No que concerne aos Procedimentos éticos, cada Participante foi informado sobre os objetivos da investigação e dos procedimentos, e aqueles que aceitaram, assinaram o consentimento informado. Foi garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Para realizar esta investigação, foi concedida autorização à Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, pela Comissão Nacional de Proteção de Dados. Foram seguidas as guidelines dos princípios éticos e deontológicos da declaração de Helsinki (World Medical Association, 2000), pois sendo uma

investigação internacional e aplicada nas diferentes áreas científicas, que realizam estudos com indivíduos, as guidelines para estudos científicos da American Psychological Association (2010) e também as guidelines da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2014) que estão incluídas na declaração de Helsinki (World Medical Association, 2000).

4.3. Instrumentos

4.3.1. Questionário Sócio Demográfico (Moura, 2013; 2015; 2017).

Reúne informação sobre o sexo, a idade, local de nascimento, programa de tratamento, principal substância de abuso, permanência de tratamento, monitorização interdisciplinar, tipo de uso de substância e abstinência.

4.3.2. Inventário de sintomas Psicopatológicos (BSI)

Versão portuguesa adaptada por Canavarro (1999). O indivíduo deve especificar qual o grau em que cada problema o tem afetado na última semana passada, numa escala do tipo Likert (1-Nunca até 5-Muitas vezes). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos de acordo com 9 dimensões básicas (somatização, obsessão - compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo) e três índices globais (Índice de Sintomas Positivos – ISP; Índice Geral de Sintomas – IGS, e o Total de Sintomas Positivos – TSP). No presente estudo, as várias dimensões têm consistência interna variando entre os níveis moderado a alto, com valores de alfa de Cronbach entre .70 e .85. O alfa de Cronbach global do BSI nesta amostra foi de .96.

4.3.3. Monitorização e Avaliação da Eficácia e do Progresso (MEEP) (Moura, 2013; 2015).

A versão breve Portuguesa (MEEP), com qualidades psicométricas demonstradas, cobre os 4 fatores globais e os 22 itens: (a) *Escala do Envolvimento Terapêutico* ($\alpha = .87$) - que avalia o envolvimento no tratamento, a satisfação com o tratamento e a relação terapêutica; (b) *Escala de Afetos Negativos* ($\alpha = .82$) – que avalia o funcionamento psicológico; (c) *Escala de Suporte Social* ($\alpha = .83$) – que avalia a perceção do Suporte Social recebido; e (d) *Escala de Suporte pelos Pares* ($\alpha = .85$) – que avalia a perceção do Suporte

Social recebido pelos pares (pares que se encontram em intervenção em conjunto com o sujeito avaliado). O alfa de Cronbach global do MEEP nesta amostra foi também alto ($\alpha = .81$). O formato de resposta é uma escala tipo Likert de 7 pontos (1- *Não concordo nada* até 7 – *Concordo muitíssimo*).

4.4. Análise de Dados

Para a análise de dados foi utilizado o programa estatístico SPSS (Statistical Program for Social Sciences – 22) para o Windows 10, com o qual se realizaram análises estatísticas descritivas, que permitem sintetizar os dados da população ou da amostra através de um só valor e, inferenciais que permitem testar as hipóteses. Para a análise da Primeira hipótese, analisou-se a associação entre o *Envolvimento Terapêutico* e as diferentes dimensões da *Sintomatologia Psicopatológica* (os resultados são apresentados sob forma de uma única tabela; Tabela 1) e para este efeito recorreu-se ao teste não paramétrico Correlação de Spearman (devido ao facto de nenhuma das variáveis cumprir os pressupostos de normalidade da distribuição e homogeneidade de variância). Para a análise da segunda hipótese foi utilizado o teste Qui-Quadrado com vista a analisar a possível associação entre as variáveis *Duração em tratamento* e *Eficácia Global e Eficácia Parcial*. Foi utilizado este teste pois as variáveis são de natureza nominal (*Eficácia Global e Eficácia Parcial*) e ordinal (*Duração em tratamento*). Neste teste o pressuposto que deve ser cumprido para que os resultados obtidos sejam fiáveis ou de confiança é a percentagem de células da tabela de contingência não ser superior a 20%. Na presente análise, o pressuposto não está cumprido, recorreu-se à análise do resultado do teste de Fisher, pois este teste ajusta os resultados face à violação do pressuposto.

Variáveis Independentes:

Sintomatologia Psicopatológica (H1);

Duração em Tratamento (H2)

Variáveis Dependentes:

Envolvimento terapêutico (H1);

Eficácia parcial e global (H2).

4.5. Descrição das Variáveis Dependentes Compósitas:

Eficácia Parcial do tratamento (abstinência): variável dicotômica (“abstinência do uso da substância” = 0 e “Uso de substância” = 1) definida em termos da abstinência ou do uso da substância durante o programa de tratamento.

Eficácia global do tratamento: inclui 3 componentes – abstinência, sintomas psicopatológicos abaixo do ponto de corte, (ISP<1.7) e altos níveis de envolvimento terapêutica (IT>=6).

5. Resultados

No que concerne à análise preliminar dos dados, no que se refere ao pressuposto da distribuição normal das variáveis, foi analisado através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e da análise do enviesamento, em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (Skewness e Kurtosis).

Verifica-se que a amostra não tem uma distribuição normal (K - S, $p \leq .001$), contudo, no que diz respeito ao enviesamento em relação à média, não foi encontrado valores de assimetria e de achatamento indicadores de violações severas à distribuição normal (Kline, 2005). Assim sendo, valores de assimetria (Skewness) < 3 e de achatamento (Kurtosis) < 5 são considerados aceitáveis. Devido à amostra não ser de grande dimensão (N= 93) utilizou-se os testes não-paramétricos para a análise das correlações entre as variáveis, dado que não apresentam robustez face a violações à normalidade das variáveis (Marôco, 2010).

5.1. Hipótese nº1

A *sintomatologia psicopatológica* não se encontra correlacionada com o *envolvimento terapêutico* ($p > .001$).

Tabela 1.
Tabela de Resultados da correlação entre as variáveis *Envolvimento Terapêutico* e *Sintomatologia Psicopatológica*, nas suas diferentes dimensões.

Variáveis	M	DP	Envolvimento Terapêutico ($R_s =$)	Sig.* ($p =$)
Envolvimento Terapêutico	5.91	.78	1	.
BSI Somatização	3.96	3.79	-.05	.64
BSI Obsessão-compulsão	6.24	4.30	.04	.74
BSI Sensibilidade Interpessoal	3.03	2.60	-.08	.50
BSI Depressão	5.95	4.26	-.12	.31
BSI Ansiedade	4.32	3.58	-.06	.61
BSI Hostilidade	4.04	3.64	-.09	.43
BSI Ansiedade Fóbica	1.62	2.16	-.10	.38
BSI Ideação Paranoide	5.88	3.49	-.04	.76
BSI Psicoticismo	3.88	2.93	-.08	.49

• Valores de p significativos quando $p < .001$

5.2. Hipótese nº2

Não há associação significativa entre a *duração em tratamento* e uma maior *eficácia parcial* ($X^2(1)1.90, p = .84$) ou *global* ($X^2(1) = 2.45, p = .70$). Relativamente à *eficácia Parcial*, há mais indivíduos com resultados positivos no intervalo de tempo até um ano ($N=17$; 34,7%) e no intervalo de tempo entre um a quatro anos ($N=17$; 34,7%). Quanto à variável compósita *Eficácia Global*, há mais indivíduos com resultados positivos no intervalo de tempo entre um a quatro anos ($N=11$; 44,0%). O teste do Qui-Quadrado só fornece resultados fiáveis se a percentagem de células da tabela de contingência não for superior a 20%, como nesta análise o pressuposto não está cumprido, recorreu-se à análise do resultado do teste de Fisher.

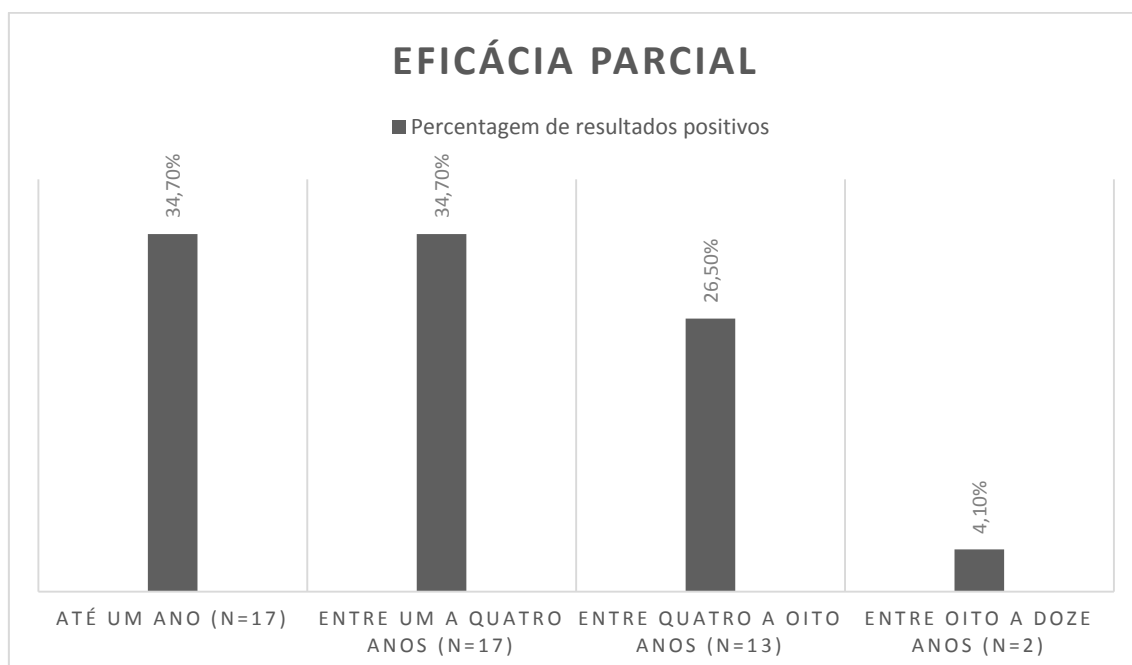


Figura 1. Percentagem de resultados positivos na Eficácia Parcial.

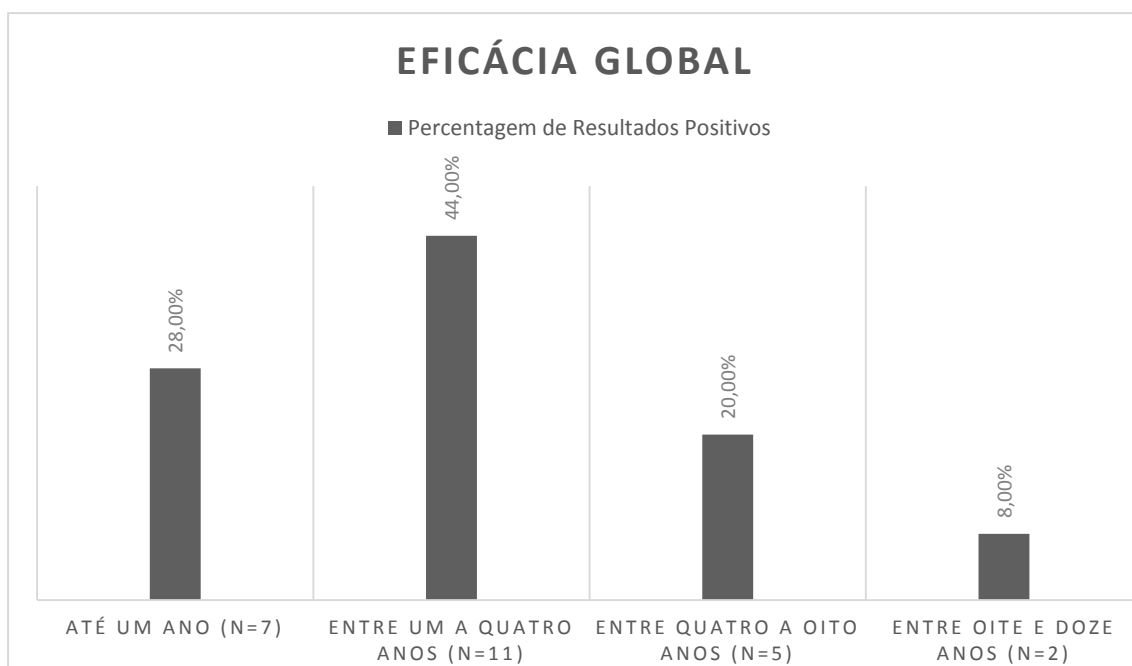


Figura 2. Percentagem de resultados Positivos na Eficácia Global.

6. Discussão de Resultados

O intuito deste estudo consiste em avaliar a correlação entre as variáveis *envolvimento terapêutico* e *sintomatologia psicopatológica*, nas suas diferentes dimensões, e avaliar de que forma a variável *duração em tratamento* está associada a uma maior *eficácia quer parcial, quer global*.

Ao analisar a correlação entre *sintomatologia psicopatológica* e *envolvimento terapêutico* os resultados obtidos permitem concluir que não há uma associação significativa. Desta forma rejeita-se a hipótese de que a *sintomatologia psicopatológica* se encontra correlacionada com o *envolvimento terapêutico*. Este resultado vai contra o que muitos estudos concluem, nomeadamente indivíduos com indícios de sintomatologia psicopatológica revelam assumir uma maior resistência à terapia, o que faz com que tenha um menor envolvimento terapêutico (Campbell, & Stark, 1990; Silveira & Jorge, 1999; Mehrabian, 2001; Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006; Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006; Duailibi et al., 2008; Carvalho, Cunha, Kolling, Kristensen & Silva, 2009; Scheffer et al., 2010; Almeida, Hess & Moraes, 2012; Lozano, Rojas & Calderón, 2016). Tal resultado pode estar relacionado com múltiplos fatores que não foram analisados neste estudo e que podem condicionar os nossos resultados, como por exemplo o fator estilo ou padrão de vinculação, o fator crença, o fator motivação e o fator postura do terapeuta (Lemos & Silva, 2010; Almeida, 2011; Sousa et. al., 2013; Rocha, 2014; Bernecker et al., 2014). No que se

refere ao fator estilo ou padrão de vinculação que o indivíduo estabelece nos relacionamentos significativos, seguro ou inseguro, o indivíduo poderá estar a experienciar sentimentos contraditórios, o desejo de ser protegido e sucedido, bem como o medo de rejeição, abandono/recaída e a raiva, afetando assim o seu envolvimento terapêutico (Almeida, 2011). Os dados obtidos por Bernecker et al (2014) revelam que indivíduos que têm o estilo ou padrão evitante e ansioso correlacionaram-se negativamente à qualidade da aliança terapêutica, ou seja estes indivíduos colocam em risco a aliança terapêutica e os resultados da psicoterapia, no caso existir intervenção (Almeida, 2011; Bernecker et al, 2014). Sousa et. al (2013) na sua investigação sobre motivação para adesão ao tratamento concluíram que fatores como a crença no tratamento tende a diminuir ao longo do tratamento, sendo desta forma mais um fator com influência no envolvimento terapêutico do indivíduo. A postura do terapeuta, que está a fazer a intervenção com estes indivíduos, também é um fator que influencia no envolvimento terapêutico do indivíduo de forma independente (Lemos & Silva, 2010).

Os resultados da análise de associação da *duração em tratamento* com a *eficácia parcial e eficácia global* também não se revelaram coerentes com o que a literatura afirma. De acordo com alguns autores, quanto maior for o tempo em que o indivíduo se encontra em tratamento maior será a eficácia obtida no fim do programa de intervenção e este fator é identificado como um dos mais sólidos indicadores de eficácia terapêutica, nomeadamente no tratamento de dependências químicas (Moos, Mertens & Brennan, 1994; Anderson, Craddock, Etheridge, Flynn & Hubbard, 1997; Azevedo, 2000; Brown, Krupski, Longhi, Luchansky & Stark, 2000; Anglin, Evans, Hser & Huang 2004; Simpson & Joe, 2004; Dias, Pereira & Romanini, 2010; Augusto, 2012; Salles & Guimarães, 2014; Campos, 2015; Pereira, 2016). Segundo os resultados na presente análise, uma maior *duração em tratamento* não está correlacionada com uma *maior eficácia parcial* (i.e. abstinência), nem com uma *maior eficácia global* (i.e. abstinência e melhorias conjuntas em dimensões psicossociais). Este resultado pode ser atribuído ao facto de que não é possível efetuar o registo da eficácia do tratamento em indivíduos que abandonaram o programa, e como não se devem assumir as desistências como necessariamente recaídas, nada podemos concluir sobre a eficácia dos tratamentos em que não foram realizados os registos necessários. Adicionalmente, o estudo de Guindalini et al (2006), conclui que de facto indivíduos que consomem mais do que um tipo de substância química têm maior ocorrência de problemas legais e riscos à saúde. Ora, o litígio criminal pode ser um fator de grande importância, pois este pode causar

mudanças drásticas na vida do indivíduo, nomeadamente, desistências do tratamento, realojamento, fazendo assim com que o sujeito abandone o programa terapêutico e não seja possível recolher dados sobre a respetiva eficácia. Por outro lado Cunha et al (2007) constataam que os denominados *turning points*, eventos significativos de vida, tendem a promover a interrupção do consumo, mas estes também pode estar na causa do abandono do programa terapêutico (Dias, Araújo & Laranjeira, 2011). Sendo que estas situações não significam necessariamente que não houve eficácia do tratamento, motivo pelo qual estas variáveis podem justificar os nossos resultados.

7. Conclusão

O estudo dos múltiplos fatores que contribuem para a eficácia dos tratamentos nas dependências químicas consiste num campo de investigação muito vasto. Devido a este vasto campo, compreende-se a existência de múltiplas variáveis que se influenciam mutuamente, isto é múltiplas variáveis que têm múltiplos efeitos entre si. Atribui-se aos resultados obtidos neste estudo esta explicação, pois o facto de não se ter confirmado as hipóteses pode dever-se a variáveis que não foram tida em conta, como por exemplo o fator *estilo* ou *padrão de vinculação* que o indivíduo estabelece nas suas relações ou o fator *motivação* e *crença no tratamento*, que segundo a literatura influenciam diretamente o *envolvimento terapêutico* e a *Eficácia Parcial e Global*.

Limitações

Entre as limitações metodológicas deste estudo, destacam-se o tamanho reduzido da amostra e o facto de esta ser de conveniência, o que não permite a generalização dos resultados obtidos. A ausência de um grupo controle e ausência do controlo do efeito das comorbilidades também são duas limitações que provavelmente condicionam os resultados. Ainda assim considera-se a natureza deste estudo exploratória, sem intenções de se generalizar os resultados obtidos à população portuguesa de consumidores de substâncias químicas, quer lícitas quer ilícitas, diminuindo desta forma a pertinência das limitações do tamanho da amostra.

Devido a este estudo incidir sobre uma amostra de conveniência, torna-se interessante no futuro replicar o estudo numa amostra representativa da população portuguesa em tratamento de dependências químicas, bem como, a inclusão de um grupo de controlo e um grupo experimental, num design longitudinal.

Referências Bibliográficas

- Abdalla-Filho, E. (2004). Avaliação de risco de violência em psiquiatria forense. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(6), 279-284.
- Almeida, A. (2011) *Fatores Influentes nos Programas Terapêuticos em Doença Mental* (dissertação de mestrado). Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
- Almeida, R., Hess, A. & Moraes, A. (2012). Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos em abstinência em ambiente protegido. *Estudos de Psicologia*, 1(17), 171-178.
- Alves, H., Kessler, F. & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidity: alcohol use and other psychiatric disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 51-53.
- American Psychological Association (2010) *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*.
- American Psychological Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição.
- Andreski, P., Breslau, N. & Kilbey, M. (1991) Nicotine Dependence, Major Depression, and Anxiety in Young Adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48(12), 1069-1074.
- Anderson, J., Craddock, S., Etheridge, R., Flynn, P. & Hubbard, R. (1997) Overview of 1-year follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 261-278.
- Anglin, D., Evans, E., Hser, Y. & Huang, D. (2004) Relationship between drug treatment services, retention, and outcomes. *Psychiatr Serv.* 7 (55), 767-74.
- Araújo, R., Oliveira, M., Pedroso, R., Miguel, A. & Castro, M. (2008). Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*.
- Augusto, M. (2012). *Álcool e Drogas Ilícitas: O Consumo Recreativo Noturno*. (Dissertação de Mestrado) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.
- Azevedo, R. (2000). *Aids e usuários de cocaína: um estudo sobre comportamentos de risco*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Sal Paulo, Brasil.
- Ball, S., Carroll, K., Canning-Ball, M. & Rounsaville, B. (2006) Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, 31(2), 320-330.

Bernecker, S., Levy, K. & Ellison, W. (2014) A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research*, 24(1), 12-24.

Beutler, L. & Harwood, M. (2000). Prescriptive Psychotherapy: A Practical Guide to Systematic Treatment Selection. New York: Oxford University Press.

Brewer, D., Catalano, R., Fleming, C., Gaine, R. & Haggerty, K. (2002) Research Report A meta- analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*, 93(1).

Brook, J., Cohen, P., Whiteman, M. & Zhang, H. (2002) Drug Use and the Risk of Major Depressive Disorder, Alcohol Dependence, and Substance Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 59.

Brown, M., Krupski, A., Longhi, D., Luchansky, B. & Stark, K. (2000) Chemical dependency treatment and employment outcomes: results from the 'ADATSA' program in Washington State. *Drug and Alcohol Dependence*, 60(2), 151-159.

Burns, L. & Teesson, M. (2002) Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 299-307.

Campbell, B. & Stark, M. (1990) Psychopathology and Personality Characteristics in Different Forms of Substance Abuse. *International Journal of Addictions*, 25(12), 1467-1474.

Campos, M. (2015). Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção em indivíduos toxicodependentes institucionalizados. (Dissertação de Mestrado em Neuropsicologia Clínica: Avaliação e Intervenção Neuropsicológicas) ISMAI, Portugal.

Carvalho, J., Cunha, S., Kolling, N., Kristensen, C. & Silva, C. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, 1(30), 101-112.

Cavalcante, L., Falcão, R., Lima, H., Marinho, A., Macedo, J. & Braga, V. (2012). Rede de Apoio social ao Dependente químico: Eco mapa como instrumental na assistência em Saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 12(2), 321-331.

Cunha, S., Carvalho, J., Kolling, N., Silva, C. & Kristensen, C. (2007) Social skills in alcoholics: an exploratory study. *Rev. Brasileira terapias cognitivas*, 3(1), 31-39.

De Melo, Z., Caldas, M. & Campos Carvalho, M. (2005). Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. *Psicologia e Estudo*, 10(2), 201-208.

Dias, A., Pereira, A. & Romanini, M. (2010). Grupo de Prevenção de Recaídas como Dispositivo para o Tratamento da Dependência Química. *Ciências da Saúde*, Santa Maria, 11(1), 115-132.

Dias, A., Araújo, M. & Laranjeira (2011) Evolution of drug use in a cohort of treated crack cocaine users. *Rev de Saúde Pública*, 45(5), 938-48.

Dias, L. (2007). As Drogas Em Portugal: O Fenómeno dos Factos Jurídico-políticos de 1970 a 2004. *Revista Dependências*.

Duailibi, L., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brasil. *Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(1), 545-557.

Escritório das Nações Unidas sobre drogas e Crime. (2008). Relatório mundial de drogas de 2008 em Nações Unidas sobre drogas e Crime (UNODC) Website. Recuperado a 12 de Junho de 2008 em http://www.UNODC.org/documents/WDR/WDR_2008/WDR_2008_eng_we_b.pdf

Escritório das Nações Unidas sobre drogas e Crime. (2014). Relatório mundial de drogas de 2014 em Nações Unidas sobre drogas e Crime (UNODC) Website. Recuperado a 20 de Março de 2014 em http://www.unodc.org/documents/wdr2014/world_drug_report_2014_we_b.pdf

Filho, O., Turchi, M., Laranjeira, R. & Castelo, A. (2003). Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatrics hospitals. *Rev Saúde Pública*, 37(6), 751-9

Gauer, G. (2001). Personalidade e conduta violenta. *Civitas: Revista de Ciências Sociais*, 1(2), 45-65.

Greener, J., Joe, G., Simpson, D., Rowan-Szal, G., & Lehman, W. (2007). Influence of organizational functioning on client engagement in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 33(2), 139-147.

Guindalini, C., Vallada, H., Breen, G. & Laranjeira R. (2006) Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health*. 6, 1-7. DOI:10.1186/1471-2458-6-10

Hermeto, E., Sampaio, J. & Carneiro, C. (2010). Abandono do uso de Drogas Ilícitas por adolescente: Importância do Suporte Familiar. *Rev Baiana Saúde Publica Miolo*, 34(3), 639-652.

Hser, Y., Polinsky, M.L., Maglione & M. Anglin D. (1999). Matching clients needs with drug treatment services. *Journal of substance treatment*, 16(4), 299-305.

Jané-Llopis, E. & Matytsina, I. (2009). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Journal Drug and Alcohol Review*, 25(1), 515-536.

Kline, R. (2005). Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Laudet, A., Morgen, K., & White, W. (2006). The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(1), 33-73.

Laudet, A., Savage, R., & Mahmood, D. (2002). Pathways to long-term recovery: a preliminary investigation. *Journal Psychoactive Drugs*, 34(3), 305-311.

Laudet, A., Stanick, V., & Sands, B. (2007). An exploration of the effect of on-site 12-step meetings on post-treatment outcomes among polysubstance-dependent outpatient clients. *Evaluation Review*, 31(6), 613-646.

Lemos, M. & Silva, V. (2010) Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho: Motivação no Contexto Psicoterapêutico. Recuperado a 6 de Fevereiro de 2010 em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21498/2/84549.pdf>

Lozano, O., Rojas, A. & Calderón, F. (2016). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health*, 26(1), 119-126.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855.

Marôco, J. (2010) Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações. *Análise Exploratória*. Report Number

Miles, H., MacLeod, A. K. & Pote, H. (2004) Retrospective and prospective cognitions in adolescents: anxiety, depression, and positive and negative affect. *Journal of Adolescence*. 27(6), 691-701.

Moura, A., Ferros, L., & Negreiros, J. (2013). Evaluation and monitoring instrument: client evaluation of self and treatment. *Archives of Clinical Psychiatry*, 40(4): 165 - 166. Doi: 10.1590/S0101-60832013000400008

Moura, A. (2015). Evaluation and Monitoring of Effectiveness of Treatments for Psychoactive Substance. (Dissertação) Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade do Porto.

Moura, A., Ferros, L., & Negreiros, J. (2015). The effectiveness of substance abuse treatment: development of a brief questionnaire. *Archives of Clinical Psychiatry*, 42(4): 83 - 89. Doi: 10.1590/0101-60830000000055

Moura, A., Pinto, R., Ferros, L., Jongenelen, I., & Negreiros, J. (2017). Efficacy indicators of four methods in outpatient addiction treatment. *Archives of Clinical Psychiatry*, 44(5)117 - 121. doi: 10.1590/0101-608300000000134

Moos, R., Mertens, J. & Brennan, P. (1994) Rates and predictors of four-year readmission among late-middle-aged and older substance abuse patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 55(5), 561–570.

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: From retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447–458.

Mehrabian, A. (2001) General Relations Among Drug Use, Alcohol Use, and Major Indexes of Psychopathology. *The Journal of Psychology*, 135(1), 71-86.

Miller, W. R. (1999). Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. *Treatment Improvement Protocol Series*. 35.

Miller, WR. & Rollnick, S. (2002) Motivational interviewing: preparing people for change. *edn*. New York: Guilford.

Norcross, J. (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs. Oxford University Press.

Organização Mundial de saúde. (1992). A CID-10 classificação de Mental e Distúrbios comportamentais: descrições clínicas e diretrizes diagnósticos. Genebra: Organização Mundial de saúde.

Organização Mundial de saúde. (2015). Gestão de abuso de substâncias: terminologia & classificação em Organização Mundial da saúde Website. Recuperado a 15 de Junho de 2015 em http://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/pt/

Ornellas, C. (1999). As doenças e os doentes: a apreensão das práticas médicas no modo de produção capitalista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7, 19-26.

Pereira, J. F. (2016). Para lá de mim ... O Suporte Social na Toxicodependência. (Dissertação) Escola de Psicologia e Ciências Vivas, Universidade Lusófona da Humanidades e Tecnologias.

Pratta, E. & Santos, M. (2009). O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(2), 203-211.

Pita, A. (2011). A droga e a justiça: políticas públicas de intervenção (Dissertação de Mestrado em Administração da Justiça). Universidade do Minho.

Ribeiro, J. (1998) Dependência psicológica versus dependência física? *Toxicodependências*, 2(6), 45-53.

Rocha, G. (2014) Estilos de Apego em adultos: Implicações para a psicoterapia. Relatório Técnico de Pesquisa em Repositório Digital da Universidade Presbiteriana Mackenzie. Recuperado a 2 de Abril de 2014 em http://dspace.mackenzie.br/bitstream/10899/14559/1/2839_2012_0_8.pdf

Rosa, A., Cavicchioli, M., & Bretãs, A.(2005). O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 576-582.

Salles, D. & Guimarães, M. (2014). Risk and protective factors to prevent relapses of psychoactive substances users. *Rev Rene*, 15(6), 1007-1015.

Scaduto, A. & Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva*, 14(2), 605-614.

Scheffer, M., Almeida, R. & Pasa, M. (2010). Alcohol, cocaine, and crack dependence and psychiatric disorders. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3).

Seadi, S. (2007) A Terapia Multifamiliar e a Dependência Química. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica) UCRGS, Brasil.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013a). Plano estratégico 2013-2015 em Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) Website. Recuperado a 3 de Novembro de 2013 em http://www.Sicad.pt/BK/Lists/SICAD_NOVIDADES/Attachments/3/plano_estrategico_2013-2015.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013b). Rede de referenciação / articulação sem âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências em Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) Website. Recuperado a 3 de Novembro de 2013 em http://www.Sicad.pt/pt/intervencao/RedeReferenciacao/Documents/rededeReferencia%C3%A7%C3%A3o_16_09_2013.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (c de 2013). Relatório anual 2012: A situação país em matéria de drogas e toxicodependências em Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) Website Recuperado a 3 de Novembro de 2013 em http://www.Sicad.pt/BK/publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/59/relatorio_Anual_2012.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2013d). Sistema de informação multidisciplinar: estrutura geral da base de dados em Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) Website. Recuperado a 3 de Novembro de 2003 em <http://dis.dgs.pt/2013/05/29/sistema-de-informacao-multidisciplinar/>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (n.d.). Modelos, respostas e intervenções em Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) Website. Recuperado a 3 de Novembro de 2003 em <http://www.sicad.pt/PT/Intervencao/TratamentoMais/SitePages/ModelosRespostas.aspx>

Silva, M. F. (2011). Consumo de Drogas: O Impacto Da Informação e do Modelo de Regulamentação nos Comportamentos. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.

Silveira, A. D. X., & Jorge, M. R. (1999). Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 145-151.

Simpson, D. D. (2004). A conceptual framework for drug treatment process and outcomes. *Journal of substance abuse treatment*, 27(2), 99-121.

Simpson, D.D & Joe, W.G. (2004). A longitudinal evaluation of treatment engagement and recovery stages. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2), 89-97.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), 1047-1084.

Sousa, J. & Kantorski, L. (2009). A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(2), 373-383.

Sousa, P., Ribeiro, L., Melo, J., Maciel, S. & Oliveira, M. (2013) Dependentes Químicos em Tratamento: Um Estudo sobre a Motivação para Mudança. *Temas em Psicologia*, 21(1), 259-268. DOI: 10.9788/TP2013.1-18

Tavares, G. & Almeida, R. (2010). Violência, dependência química e transtornos mentais em presidiários. *Estudos em Psicologia*, 27(4), 545-552.

Telles, L. & Chalub, M. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28.

Teixeira, C., & Ricou, M. (2008). Volição em Toxicodependentes que Frequentam a Unidade de Desabilitação Norte pela Primeira Vez e em Indivíduos Reincidentes. *Revista Toxicodependência*, 14(2), 25-35.

Watson, D & Naragon, K. (2009) Positive Affectivity: The Disposition to Experience Positive Emotional States. Oxford: schorlaly research reviews.

White, W. & Kurtz, E. (2006). The varieties of recovery experience. *International Journal of Self Help and Self Care*, 3(1-2), 21-61.

World Medical Association (2000) Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland.

Valle, M. (2015). Narrativas de Recovery da Toxicodependência. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada/Clínica) ISPA, Portugal.

Zanon, C., Bastianello, M., Pacico, J. & Hutz, C. (2013). Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. *Psico-USF*, 18(2).

Anexos

Anexo 1 - Questionário Sociodemográfico

Anexo 2 - Breve Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Anexo 3 - Monitorização e Avaliação da Eficácia e do Progresso (MEEP)

Anexo 4 – Consentimento informado

Anexo 1 – Questionário Sociodemográfico



Questionário Sociodemográfico

A preencher pelo terapeuta/investigador(a):

Código: (Iniciais 1º e último nome) _____

Instituição de Acolhimento: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Sexo: O Masculino O Feminino

Naturalidade: _____

Há quanto tempo está nesta instituição:

(data de inscrição: ____/____/____)

Há quanto tempo está no Programa de Tratamento atual:

- O De 1 a 6 meses
- O Mais de 6 meses e menos de 1 ano
- O Mais de 1 ano e menos de 1,5 anos
- O Mais de 1,5 anos e menos de 2 anos
- O Mais de 2 anos e menos de 5 anos
- O Mais de 5 anos

Programa de Tratamento atual:

Psicofarmacológico: _____

Psicoterapêutico/Psicossocial:

Psicologia: _____

Psiquiatria: _____

S.Social: _____

T.Grupo: _____

Principal substância de consumo:

1ª _____

2ª _____

3ª _____

Tipo e frequência de consumo* anterior ao programa de tratamento:

Tipo e frequência de consumo* atual:

***(Abstinência; consumo recreativo; regular; abusivo; dependência)**

Anexo 2 – Breve Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Código:_____

Data:_____

Resp:_____

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

Brief Symptoms Inventory (versão portuguesa; Canavarro, 1999)

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
1.					
Nervosismo ou tensão interior	☐	☐	☐	☐	☐
2.					
Desmaios ou tonturas	☐	☐	☐	☐	☐
3.					
Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	☐	☐	☐	☐	☐
4.					
Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	☐	☐	☐	☐	☐
5.					
Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
6.					
Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	☐	☐	☐	☐	☐
7.					
Dores sobre o coração ou o peito	☐	☐	☐	☐	☐
8.					
Medo na rua ou praça pública	☐	☐	☐	☐	☐
9.					
Pensamentos de acabar com a vida	☐	☐	☐	☐	☐
10					
· Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
11					
· Perder o apetite	☐	☐	☐	☐	☐
12					
· Ter um medo súbito sem razão para isso	☐	☐	☐	☐	☐
13					
· Ter impulsos que não se podem controlar	☐	☐	☐	☐	☐
14					
· Sentir-se sozinho/a mesmo quando está com mais pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
15.					
Dificuldade em fazer qualquer trabalho	☐	☐	☐	☐	☐
16					
· Sentir-se sozinho/a	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
17					
- Sentir-se triste	☐	☐	☐	☐	☐
18					
- Não ter interesse por nada	☐	☐	☐	☐	☐
19					
- Sentir-se atemorizado/a	☐	☐	☐	☐	☐
20					
- Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	☐	☐	☐	☐	☐
21					
- Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	☐	☐	☐	☐	☐
22					
- Sentir-se inferior aos outros	☐	☐	☐	☐	☐
23					
- Vontade de vomitar ou mal estar no estômago	☐	☐	☐	☐	☐
24					
- Impressão de que os outros o/a costumam observar ou falar de si	☐	☐	☐	☐	☐
25					
- Dificuldade em adormecer	☐	☐	☐	☐	☐
26					
- Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	☐	☐	☐	☐	☐
27					
- Dificuldade em tomar decisões	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
28					
- Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	☐	☐	☐	☐	☐
29					
- Sensação de que lhe falta o ar	☐	☐	☐	☐	☐
30					
- Calafrios ou afrontamentos	☐	☐	☐	☐	☐
31					
- Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	☐	☐	☐	☐	☐
32					
- Sensação de vazio na cabeça	☐	☐	☐	☐	☐
33					
- Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueliro) no corpo	☐	☐	☐	☐	☐
34					
- Ter a ideia que deveria ser castigado/a pelos seus pecados	☐	☐	☐	☐	☐
35					
- Sentir-se sem esperança perante o futuro	☐	☐	☐	☐	☐
36					
- Ter dificuldade em se concentrar	☐	☐	☐	☐	☐
37					
- Falta de forças em partes do corpo	☐	☐	☐	☐	☐
38					
- Sentir-se em estado de tensão ou aflição	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Multíssimas vezes
39					
- Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	☐	☐	☐	☐	☐
40					
- Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	☐	☐	☐	☐	☐
41					
- Ter vontade de destruir ou partir coisas	☐	☐	☐	☐	☐
42					
- Sentir-se embaraçado/a junto de outras pessoas	☐	☐	☐	☐	☐
43					
- Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias	☐	☐	☐	☐	☐
44					
- Grande dificuldade em sentir-se "próximo/a" de outra pessoa	☐	☐	☐	☐	☐
45					
- Ter ataques de terror ou pânico	☐	☐	☐	☐	☐
46					
- Entrar facilmente em discussão	☐	☐	☐	☐	☐
47					
- Sentir-se nervoso/a quando tem que ficar sozinho/a	☐	☐	☐	☐	☐
48					
- Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
49					
- Sentir-se tão desassossegado/a que não consegue manter-se sentado quieto/a	☐	☐	☐	☐	☐
50					
- Sentir que não tem valor	☐	☐	☐	☐	☐
51					
- A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	☐	☐	☐	☐	☐
52					
- Ter sentimentos de culpa	☐	☐	☐	☐	☐
53					
- Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça	☐	☐	☐	☐	☐



MONITORING AND EVALUATION OF EFFICACY AND PROGRESS (MEEP)

Andreia de Moura, Lígia Ferros & Jorge Negreiros

Adaptado de: TCU-CEST (Joe e col., 2002; Simpson, 2004)

Instruções de cotação. Os 22 itens deste instrumento encontram-se agrupados por subescalas e as categorias de resposta vão de 1=Não concordo nada a 7=Concordo muitíssimo. Os resultados em cada subescala devem ser calculados conforme se segue (e não podem faltar nunca mais de metade dos itens por subescala):

1. Recodificar os itens invertidos, identificados com *, (i.e., subtraindo o valor da resposta a esse item (1 a 7)", por "8" (e.g. se a resposta é "2", o valor recodificado deve ser "6" [i.e., 8-2=6];
2. Somar os valores das respostas de todos os itens (não-missings) de acordo com o valor obtido (i.e., se a resposta é "5", então, a cotação é de "5") para cada subescala.
3. Dividir a soma dos valores das respostas de todos os itens da subescala pelo nº total de itens (produzindo uma média, que pode ir de 1 a 7).

Guia de cotação de itens por subescala

Fator 1. Treatment Involvement (Envolvimento no Tratamento)

- 2. [Confia no/a seu/sua terapeuta]
- 30. [Está satisfeito/a com este tratamento]
- 38. [O/A seu/sua terapeuta valoriza as suas melhorias]
- 63. [O/A seu/sua terapeuta ajuda-o/a a ganhar confiança em si próprio/a]
- 67. [Compreende melhor agora os seus comportamentos]
- 80. [A equipa que o/a trata é boa a fazer o seu trabalho]
- 84. [O/A seu/sua terapeuta dá valor às suas opiniões]
- 115. [Tem um bom acompanhamento neste tratamento]

Fator 2. Negative Affects [Afectos Negativos]*

- 36. [Sente muita raiva dentro de si]
- 41. [Explode com facilidade]
- 70. [Sente-se ansioso/a]
- 74. [Sente-se triste]
- 76. [Sente-se muito cansado/a]
- 90. [Preocupa-se ou cisma muito]
- 92. [Zanga-se facilmente]
- 105. [Sente-se nervoso/a]

Fator 3. Social Support [Suporte Social]

- 18. [Tem pessoas próximas que o/a ajudam a manter-se afastado das drogas/álcool]
- 64. [Tem pessoas próximas que percebem bem a sua situação e os seus problemas]
- 95. [Tem pessoas próximas que o/a ajudam a ganhar confiança em si próprio/a]
- 107. [Tem pessoas próximas que valorizam os seus esforços neste tratamento]

Fator 4. Peer Support [Suporte de pares]

- 72. [Outros/as utentes deste tratamento apoiam-no/a]
- 58. [Outros/as utentes deste tratamento preocupam-se com os seus problemas]

Consentimento Informado

No âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime, foram recolhidos dados de indivíduos que se encontravam a frequentar programas de tratamento ambulatório

Neste sentido gostaria de informar que qualquer tipo de dados que permitam identificar o indivíduo, neste relatório foi alterado a fim de preservar a confidencialidade. A presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados a prestar ao utente.

Foram explicados, de forma clara e adequada, os procedimentos necessários à atividade anteriormente mencionada.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do ato indicado, nas condições em que me foram explicadas.

_____ (local), ____/____/____(data)

Assinatura: _____