

4

Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento

TÂNIA SILVA, JORGE QUINTAS

Artigo recebido em 24/08/10; versão final aceite em 12/11/10.

RESUMO

Neste estudo pretende-se caracterizar o consumo de álcool nos toxicodependentes em tratamento bem como as repercussões psicológicas e sociais deste consumo. Foi elaborado um questionário sobre o consumo de substâncias, comportamentos de risco e actividade criminal, e foram também utilizados: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Cut, Annoyed, Gilty; Eyer (CAGE), The Inventory of Drug-Taking Situation (IDTS), Brief Symptom Inventory (BSI) e a Escala do Suporte Social.

Dos resultados obtidos, destaca-se a elevada percentagem de toxicodependentes bebedores de risco, com consumo nocivo e dependentes (78% no AUDIT e no CAGE), e o facto de quer a necessidade de consumo, quer as diferentes medidas de frequência de consumo, serem actualmente superiores relativamente ao período anterior ao tratamento.

Encontram-se ainda relações positivas significativas entre o consumo de álcool e a adopção de comportamentos de risco. Verificou-se ainda uma relação positiva muito significativa entre os sintomas psicopatológicos e o consumo de álcool.

Relativamente ao suporte social, apesar destes indivíduos apresentarem um suporte social diminuto, não é encontrada uma relação significativa entre este e o consumo de álcool.

Palavras-chave: Toxicodependência; Programas de Substituição Opiácea; Consumos de Álcool; Comportamentos de Risco; Sintomas Psicopatológicos; Suporte Social.

RÉSUMÉ

Cette étude veut caractériser la consommation d'alcool par des toxicomanes pendant son traitement, ainsi que les conséquences psychologiques et sociales de cette consommation excessive d'alcool. Un questionnaire a été élaboré sur la toxicomanie, les comportements à risque et les activités criminelles. Le Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), le Cut, Annoyed, Gilty; Eyer (CAGE), le Inventory of Drug-Taking Situation (IDTS), le Brief Symptom Inventory (BSI) et l'échelle de soutien social ont également été utilisés.

De nos résultats, nous soulignons le pourcentage élevé de toxicomanes qui sont des buveurs de risque, avec une consommation nocif et une dépendance (78% dans AUDIT et CAGE) et le fait que tant la nécessité de consommation, tant les diverses mesures de la fréquence de consommation, soient actuellement plus élevés que dans la période avant le traitement.

On a découvert encore des relations positives importantes entre la consommation d'alcool et l'adoption de comportements à risque. On a vérifié aussi une relation positive très significative entre les symptômes psychopathologiques et la consommation d'alcool.

En ce qui concerne le soutien social, bien que ces individus présentent un support social minuscule, il n'y a pas une relation significative entre celle-ci et la consommation d'alcool.

Mots-clé: Toxicomanie; Programmes de Substitution Opiace; Consumes de Alcool; Comportements de Risque; Symptômes Psychopathologiques; Support Social.

ABSTRACT

This study aims to characterize the consumption of alcohol addicts in treatment as well as psychological and social consequences of this consumption. A questionnaire was developed on the substance use; risk behaviors and criminal activity were also used: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Cut, Annoyed, Gilty; Eyer (CAGE), The Inventory of Drug-Taking Situation (IDTS), Brief Symptom Inventory (BSI) and the scale of social support.

The results highlighted, show us high rates of harmful, dependent and risk consumption of alcohol (78% in AUDIT and the CAGE 78%), and the fact that both the need for consumption, whether the various measures of frequency of use, are currently higher when compared with the period prior to treatment.

Still, was found a significant positive relationship between alcohol consumption and the adoption of risk behaviors, particularly with regard to sexual risks. The fact that they are living with HIV and hepatitis B correlates positively with the consumption of alcohol, this is not checking for hepatitis C. It was also found a very significant positive relationship between psychopathological symptoms and alcohol consumption.

For social support, although these individuals make a small social support, is not found a significant relationship between this and the consumption of alcohol.

Key Words: Addiction; Opioid Substitution Programs; Alcohol Consumption; Risk Behaviors; Psychopathological Symptoms; Social Support.

RESUMEN

En este estudio se pretende caracterizar el consumo de alcohol en los drogodependientes en tratamiento bien como las repercusiones psicológicas y sociales de este consumo. Fue elaborado un cuestionario sobre el consumo de sustancias, comportamientos de riesgo y actividad criminal, y fueran también utilizados: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Cut, Annoyed, Gilty; Eyer (CAGE), The Inventory of Drug-Taking Situation (IDTS), Brief Symptom Inventory (BSI) y la Escala del soporte social.

De entre los resultados obtenidos se destaca el elevado porcentaje de drogodependientes que son bebedores de riesgo con un consumo nocivo y dependientes (78% en el AUDIT y en el CAGE), bien como el facto de que tanto la necesidad de consumo como las diferentes medidas de frecuencia de consumo sean actualmente superiores en lo que respecta al periodo anterior al tratamiento.

Aún se destacan relaciones positivas significativas entre el consumo de alcohol y la adopción de comportamientos de riesgo. Se verificó también una relación positiva muy significativa entre los síntomas psicopatológicos y el consumo de alcohol.

Relativamente al soporte social, a pesar de que estos sujetos presenten un soporte social diminuto, no se verifica que tengan una relación significativa con el consumo de alcohol.

Palabras Clave: Drogodependencia; Programas de Sustitución Opiácea; Consumos de Alcohol; Comportamientos de Riesgo; Síntomas Psicopatológicos; Suporte Social.

1 – CONSUMO DE ÁLCOOL EM TOXICODPENDENTES EM TRATAMENTO

A comunidade científica tem constatado um aumento do número de cidadãos que chegam aos centros de alcoologia, provenientes de percursos na toxicodpendência. Segundo Goulão (2003), muitos destes casos referem-se a toxicodpendentes em recuperação integrados em programas de substituição de opiáceos (PSO)¹, e com problemas de politoxicodpendência.

O abuso do álcool entre os indivíduos em PSO pode ser um problema sério para a estabilidade e adesão ao tratamento e perspectivas de saúde individuais e familiares. De acordo com El-Bassel (1999), um terço ou mais dos indivíduos em tratamento com metadona actualmente estão a consumir álcool regularmente, sendo muitos deles alcoólicos. É fundamental que se orientem esforços no sentido de desenvolver e fortalecer a avaliação e tratamento dos problemas de consumo de álcool nos toxicodpendentes (Gossop *et al.*, 2000).

O abuso do álcool e as suas implicações para a saúde, concomitantemente com consumos de cocaína e a infecção VIH², constitui um dos mais graves problemas entre cidadãos em tratamento com programas de metadona (Bickel *et al.*, 1987).

Existe evidência que demonstra que os toxicodpendentes infectados com VIH que consomem álcool apresentam maiores cargas virais e contagens de células CD4³ inferiores às dos doentes que habitualmente não consomem álcool. O álcool apresenta-se também como um factor associado a níveis inferiores de adesão à terapêutica anti-retroviral.

A utilização abusiva do álcool, para além de determinar as complicações já conhecidas, constitui também um factor maior que pode influenciar negativamente o sucesso da recuperação do utente que está integrado num programa terapêutico com metadona.

Aos problemas ligados ao álcool estão também associados vários padrões de consumo, incluindo a dependência, consumos regulares durante longos períodos de tempo ou com consumos moderados com episódios ocasionais de grandes consumos.

O consumo excessivo de álcool e problemas relacionados com o seu consumo são comuns entre indivíduos

inseridos em tratamentos com metadona (El-Bassel, *et al.*, 1994; Ottomanelli, 1999; Lowe, 1999; Hillebrand, 2001; Caputo, 2002; Backmund, 2003), mas de facto ainda se conhece pouco sobre os determinantes psicológicos e sociais das atitudes e comportamentos relacionados com o álcool durante o tratamento. A depressão, a ansiedade, a irritabilidade e o suporte social desempenham papéis importantes no desenvolvimento do alcoolismo, funcionando como determinantes psicológicos.

“O compromisso dos clínicos na avaliação e aconselhamento sobre o consumo de álcool durante o tratamento com metadona, pode ser muito útil na análise destas influências para promover a oferta de tratamento” (Hillebrand *et al.*, 2001).

De acordo com dados do OEDT⁴ (2007), o tratamento dos problemas relacionados com o álcool é particularmente importante devido ao forte efeito do consumo abusivo de álcool. A análise exploratória sugere o forte efeito do consumo abusivo de álcool na progressão da hepatite C. Relativamente às variáveis percepção *status* VIH, e Hepatites B e C, estas assumem uma importância fulcral. McCusker (2001) concluiu que 1/3 da amostra, constituída por toxicodpendentes em tratamento, apresentou padrões abusivos de consumo de álcool (resultados obtidos através do AUDIT). Esta amostra revela apresentar concomitantemente, uma percepção do *status* Hepatite C positivo, estimado em 70%, o que, supostamente, tem grande influência nos comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas nos indivíduos positivos.

De igual forma, a investigação clínica desenvolvida nos EUA e na Europa tem demonstrado a existência de consumo excessivo e problemas relacionados com o consumo de álcool em toxicodpendentes em recuperação inseridos em PSO com metadona: Hunt (1986) e Rowan-Sazl (1995) concluíram que seis em cada dez apresentam critérios de dependência de álcool.

Vasti (2004) estima que 1/3 ou mais dos indivíduos que estão actualmente integrados em PSO, são consumidores de álcool numa base regular, sendo muitos dependentes.

Staines e colaboradores (2008) constataram que, de

248 toxicodependentes que procuram tratamento, 64 %, apresentam, posteriormente, problemas relacionados com os consumos de álcool.

2 – COMPORTAMENTOS DE RISCO

A OMS (2007) define comportamentos de risco, como um conjunto de acções por parte do indivíduo que aumentam a probabilidade de danos ao nível da saúde. Existem comportamentos de risco gerais e comportamentos de risco específicos dos toxicodependentes.

Relativamente às "substâncias adictivas", e segundo a OMS (2007), os principais riscos associados ao seu consumo são: a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, VIH, hepatites B e C, especialmente quando se trata de um consumo dito problemático (uso por via injectada e/ou continuado).

Neste estudo analisamos os comportamentos de risco em duas vertentes: os de carácter sexual e os relacionados com o consumo problemático de drogas.

No que se refere aos comportamentos de risco a nível sexual, incluem: a não utilização ou utilização irregular do preservativo, múltiplos parceiros sexuais e comportamentos sexuais prosmíscuos.

Os comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas são: uso por via injectada e/ou continuado, partilha de materiais de consumo (algodão, seringa e recipiente).

São vários os estudos que estabelecem relações entre o consumo de álcool e a adopção de comportamentos de risco. "*A utilização do álcool está associada aos riscos sexuais ($p < 0,001$) quando controlado para sexo, idade, raça, educação, consumo de cocaína, frequência de injeção, prostituição, número de parceiros sexuais e risco percebido de adquirir o VIH através de parceiros*" (Stein et al., 2002). Mais especificamente no que se refere ao comportamento de risco de partilha de materiais, "*de acordo com alguns estudos, a prevalência do abuso de álcool é alta entre os utilizadores de drogas injectáveis ilícitas e está associado com a partilha de seringas*" (Stein et al., 2002, p. 52).

Ehrenstein (2004) conclui que em toxicodependentes utilizadores da via intravenosa com VIH positivo, o consumo excessivo de álcool está associado a práticas

sexuais não protegidas. As alterações comportamentais associadas ao alcoolismo e à utilização de substâncias ilícitas, facilitam comportamentos de risco entre eles, relações sexuais não protegidas com preservativo, relações com múltiplos parceiros, bem como a troca de seringas e agulhas e demais material usado, aumentando o risco de comportamentos marginais.

3 – FACTORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL NOS TOXICODependentes

3.1 – Aspectos Psicológicos

O alcoolismo, segundo o DSM.IV, pode ser visto como uma doença psíquica, porque o alcoólico tem necessidade de álcool para aceitar a realidade; tem tendência a fugir às responsabilidades, sofre de angústia, é agressivo, resiste mal às frustrações e às tensões e porque nele, o nível de consciência, enquanto racionalidade, tende a baixar, levando-o a uma conduta impulsiva.

A co-morbilidade é comum na patologia alcoólica e deve ser um factor a ter em conta no processo de recuperação. O estudo de Burns, Teesson e O'Neill (2005) concluiu que o impacto que a co-morbilidade da depressão e da ansiedade tinha em doentes alcoólicos, conduzia a maiores problemas ao longo do *follow-up* e maior número de recaídas.

Daqui se conclui que não são só os sintomas psicopatológicos a emergirem com o aumento do consumo de álcool. De facto, também a psicopatologia, nomeadamente, a depressão e ansiedade, pode complicar, posteriormente, o processo de recuperação de uma patologia alcoólica. Isto significa que tanto a psicopatologia, como os problemas de álcool, podem ser causa ou consequência um do outro.

De acordo com Rosa, L. existem factores que exercem influência sobre o indivíduo toxicodependente, que o leva a optar por comportamentos alcoólicos, sendo eles agrupados em dois grupos: os sociais (estigmatização; isolamento; rejeição e a criminalidade) e os psicológicos (culpabilidade; vergonha; impotência, regressão e a primazia do prazer).

3.2 – Suporte Social

O suporte social, bem como todos os aspectos

psicossociais da toxicodependência, apontam como importante a adaptabilidade do sujeito (Eg. Kurdek & Sieski, 1990).

Dadas as particularidades da Toxicodependência, esse factor está muitas vezes ausente principalmente no grupo de toxicodependentes e alcoólicos. (Blaney & Piccola, 1987).

O suporte social pode ser definido como: "*as forças ou factores no meio social que facilitam a sobrevivência dos seres humanos*" (Lin, Dean & Ensel, 1986). Vemos aqui 3 linhas mestras do suporte social: a) uma, dada pela comunidade onde o indivíduo está inserido; b) outra, pelas instituições a que o indivíduo pertence; c) outra pelos relacionamentos íntimos que o indivíduo tem.

A perspectiva de Lin *et al.* (1986) também dá relevo à expressão do relacionamento com os outros, não só ao conteúdo das interacções, como às características relacionais do emissor e receptor, salientando a importância do contexto emocional por parte das pessoas que fornecem e recebem o suporte social.

Ramos, J. & Moreira (2006) concluem que na família do toxicodependente alcoólico, as relações conjugais são marcadas pelo conflito e elevado stress o que propicia uma menor atenção e capacidade de resposta dos filhos. Sendo descritos como um grupo heterogéneo, evidenciam-se traços comuns, tais como: personalidade fragilizada e imatura; sentimentos de solidão e desesperança, condicionados por factores do meio e circunstâncias socioculturais e familiares.

O suporte social destes indivíduos é quase inexistente ou, quando existe, o toxicodependente é visto como bode expiatório, a ligação que estabelece com a família é caracterizada pela falta de coesão familiar.

Schenker propõe: "*o indivíduo se interliga à família, que se interliga ao social, formando uma rede de causalidades múltiplas. Assim, a toxicomania não é privilégio de um indivíduo "doente", mas sim um sintoma dos nossos tempos pós-modernos*" (Schenker, M. 1997:49)

Estes indivíduos apresentam atitudes negativas (ansiedade, comportamentos autodestrutivos, agressão a terceiros, retirada social, isolamento) e um *score* depressivo acima da média. As posições intermédias são a deontológica e a lógica. Os indivíduos na posição deontológica

encontram apoio para a sua adaptação essencialmente através de terceiros, pelo que são extremamente dependentes de apoio social e apresentam uma tendência auto-actualizante pobre (Guerra, 1995).

3.3 – Hipóteses

Propusemo-nos desenvolver este estudo no sentido de analisar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – Os padrões de consumo de álcool dos toxicodependentes aumentam quando estão em tratamento em PSO, face a períodos anteriores de consumo;

Hipótese 2 – O consumo de álcool dos toxicodependentes em tratamento em PSO está correlacionado positivamente, com a adopção de comportamentos de risco;

Hipótese 3 – Os toxicodependentes em PSO consomem álcool especificamente face a situações negativas;

Hipótese 4 – Os toxicodependentes em PSO são indivíduos que apresentam sintomas psicopatológicos e estes estão correlacionados positivamente com os consumos de álcool;

Hipótese 5 – Os toxicodependentes em PSO apresentam um suporte social diminuto e o Suporte Social está correlacionado negativamente com o consumo de álcool.

4 – MÉTODO

4.1 – Participantes

A amostra do nosso estudo é constituída por 50 toxicodependentes em PSO, no CRI oriental, ET de Gondomar, e colaboraram no nosso estudo entre Janeiro a Maio de 2009.

É notória a predominância do sexo masculino em relação ao sexo feminino, 82% dos participantes pertencem ao sexo masculino e 18% ao sexo feminino. A idade média é de 39 anos, com valores que variam entre os 24 e os 59 anos, 40% encontram-se desempregados, 4% reformados e 56% empregados.

Trata-se de uma população onde 30% mora em zona urbana, 20% em zona suburbana, 28% em zona rural, e 22% em bairro social.⁵ Relativamente à situação familiar, 66% são solteiros, 18% casados ou viviam em união de facto, 16% divorciados ou separados.

Em relação à situação parental, 52% dos participantes têm filhos e destes apenas 16% coabitam com os descendentes.

No que se refere à escolaridade, apenas 24% completaram o 1º ciclo, 26% o 2º ciclo, 32% o 3º ciclo e 18% concluíram o ensino secundário. Destes, 86% referem ter reprovado pelo menos uma vez, e 14% nunca reprovaram.

4.1 – Materiais

Questionário sobre o consumo de substâncias, comportamentos de risco e actividade criminal (Silva, T., Matias, S., Quintas, J., 2009) ⁶

Este questionário é constituído por 5 partes:

Parte I – Sociodemográfica:

Pretende caracterizar sociodemograficamente a população estudada.

Parte II – Tratamento:

Pretende aprofundar aspectos relacionados com o tratamento.

Parte III – Consumos:

Procura caracterizar os consumos de cocaína, heroína e álcool (idade do 1º consumo, se consumiu ao longo da vida).

Parte IV – Comportamentos de Risco:

Procura caracterizar comportamentos de risco, tendo em conta as vias de administração utilizada no consumo de droga, partilha de seringa, algodão e recipiente, bem como a actividade sexual, no que se refere à utilização de preservativo.

Parte V – Consumo de álcool:

Pretende caracterizar a necessidade, a frequência de consumo de bebidas alcoólicas, quantas bebidas consumia num dia normal, e com que frequência consumia seis bebidas numa única ocasião, antes de estar inserido em PSO por comparação com a situação actual.

Posteriormente a este questionário inicial foram também utilizados como instrumentos de medida:

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor, Thomas F. *et al.*, 2001)

Constitui um método de detecção precoce de altera-

ções por consumo, desenvolvido e recomendado pela OMS desde 1989. Foi validado em Portugal por Cunha (2002).

É constituído por 10 perguntas associadas a uma escala de 0 a 4 pontos. Apresenta uma sensibilidade que varia entre 83 e 92%, e especificidade, entre os 92 e 98%.

CAGE – Questionnaire (Wing, J., 1984)

Este é o teste de avaliação mais curto, conhecido e fácil de aplicar. A sensibilidade deste questionário situa-se entre os 61 e os 100%, e a especificidade entre os 77 e os 96%.

IDTS – The Inventory of Drug-Taking Situation (Annis, H. & Martin, G., 1985)

Questionário desenvolvido a partir dos trabalhos de Alan Marlatt e seus colaboradores (Marlatt, 1978, 1979a, 1979b; Marlatt & Gordon, 1980, 1985). É um questionário de auto-relato de 50 itens, que fornece um perfil da situação de alto risco para beber.

BSI – Brief Symptom Inventory (Derogatis & Spencer, 1982 – versão portuguesa aferida por Canavarro, 1995).

Este questionário é uma forma breve de 53 itens do Symptom Checklist-90 (SCL-90). O BSI apresenta as seguintes dimensões sintomáticas: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo (Derogatis, 1993, p. 19).

ESS – Escala do Suporte Social (Guerra, 1995)

O suporte social foi avaliado utilizando a adaptação da escala "Instrumental-Expressive Social-Support" (Lin, Dean & Ensel, 1986). A versão utilizada, a portuguesa, é somente composta por 20 itens, revista e reformulada por Guerra (1995).

É uma escala com uma fiabilidade e validade bastante aceitáveis.

5 – RESULTADOS

Os participantes deste estudo foram todos consumidores de heroína e 86% dos participantes foram igualmente consumidores de cocaína. Embora estando

todos em tratamento, no último mês 44% dos participantes consumiram heroína e relativamente aos consumos de cocaína estes verificam-se em 50%.

5.1 – Comportamentos relacionados com o consumo de álcool

5.1.1 – Os padrões⁷ de consumo de álcool

Para definirmos os padrões de consumo de álcool, recorreremos à aplicação do AUDIT e do CAGE.

Através da análise da tabela I⁸, verifica-se que 7 (14%) dos participantes se encontram abstinentes, 4 (8%), estão incluídos no grupo de bebedores de baixo risco ou risco moderado, 14 (28%) no grupo de bebedores de risco e/ou bebedores com consumo nocivo e 25 (50%), no grupo de dependentes.

No CAGE verifica-se, de acordo com Gomes (2007), que pontuações de zero indicam a inexistência de risco para o abuso e/ou problemas de dependência de álcool, neste caso, como podemos verificar na tabela II, 22%, pontuações de um e/ou dois representam um elevado risco de problemas de dependência de álcool, 14% e pontuações superiores a dois indicam um provável consumo excessivo de álcool, 64%.

Os resultados obtidos com o AUDIT reforçam os resultados obtidos com o CAGE.

No GAGE encontramos 78% de indivíduos com valores indicativos para um elevado risco de problemas de dependência de e de prováveis consumos excessivos de álcool, e no AUDIT valores de 78% para o grupo que apresenta consumos de risco, nocivo e/ou dependência.

5.1.2 – O consumo de álcool, antes e durante o tratamento⁹

Actualmente, os toxicodpendentes apresentam, em média, uma necessidade de consumir bebidas alcoólicas¹⁰ superior ($M=3,66$), quando comparada com o momento anterior ao tratamento, ($M=2,14$), sendo esta diferença significativa $t(43)=11,53$; $p=0,001$.

A frequência de consumo de bebidas alcoólicas é actualmente superior ($M=3,53$), quando comparada com o que consumia no momento anterior ao tratamento ($M=2,53$), $t(42)=6,01$; $p=0,001$.

Actualmente, a quantidade de bebidas alcoólicas consumidas num dia normal é também superior ($M=3,05$), quando comparada com as consumidas no momento anterior ao tratamento ($M=2,37$), $t(40)=2,73$; $p=0,009$.

No que se refere à frequência de consumo de seis bebidas ou mais numa única ocasião, actualmente os toxicodpendentes apresentam uma média superior ($M=3,07$), quando comparada com o momento antes de estar em tratamento, ($M=2,40$), $t(42)=3,07$; $p=0,004$.

Em suma, quer a necessidade de consumo, quer as diferentes medidas de frequência de consumo, são actualmente superiores relativamente ao período anterior ao tratamento.

5.1.3 – Recaídas: Um perfil das situações de alto risco para beber

A análise do IDTS permite identificar as situações de alto risco para beber. No que se refere às emoções desagradáveis, a amostra apresenta uma média inferior ($M=48,20$), quando comparada com os valores normativos ($M=60,17$), $t(49)=2,98$; $p=0,004$.

O desconforto físico e os conflitos interpessoais apresentam uma média superior na amostra, relativamente ao desconforto físico ($M=49,20$), quando comparados com os valores normativos ($M=31,86$), $t(49)=4,04$; $p=0,000$, e os conflitos interpessoais ($M=51,33$), quando comparados com os valores normativos ($M=40,74$), $t(49)=2,56$; $p=0,013$.

No que se refere às situações positivas no seu todo e nas situações de tentação, nomeadamente nas tentações e na pressão social, a média da nossa amostra quando comparada com a média dos valores normativos, não apresenta diferenças significativas.

A amostra, no que se refere às situações de tentação, apresenta no teste de controlo pessoal, uma média superior ($M=47,46$), quando comparada com os valores normativos ($M=38,67$), $t(49)=2,12$; $p=0,039$. Em suma, os toxicodpendentes da amostra recaem nos consumos de álcool, nas situações negativas, mais especificamente no desconforto físico e nos conflitos interpessoais.

5.2 – Indicadores de Saúde¹¹

5.2.1 – Percepção do *status* HIV, hepatite B e C

Dos participantes que colaboraram neste estudo, e relativamente ao VIH, 48% dizem ter testes positivos para o VIH, dos quais 83,3%, referiram ter conhecimento desse *status* há mais de um ano.

Em relação à hepatite B, 38% referiram infecção, e a maioria, 94,7%, têm conhecimento há mais de um ano. Relativamente à hepatite C, 34% referiram infecção e desses, a maioria, 76,4%, têm conhecimento há mais de um ano.

5.2.2 – Percepção do *status* VIH, hepatite B, C e os padrões do consumo de álcool

Os padrões de consumo de álcool são superiores no grupo de indivíduos portadores de VIH (M=20,90) comparativamente com o grupo de indivíduos que não possuem VIH (M=11,88), sendo esta diferença muito significativa, $t(45)=3,27$; $p=0,002$.

Os indivíduos com hepatite B apresentam em média consumos de álcool superiores, (M=22,31), comparativamente com indivíduos que não possuem hepatite B, (M=12,67), sendo estas diferenças muito significativas, $t(45)=0,014$; $p=0,001$.

No que respeita à Hepatite C, as diferenças entre os dois grupos não são significativas, $t(45)=0,461$; $p=0,129$. Em suma, os participantes que apresentam patologia (VIH; Hepatite B e C) apresentam consumos de álcool superiores, relativamente aos que não apresentam patologia, sendo esses valores muito significativos para o VIH e a Hepatite B. No que se refere à Hepatite C, a diferença dos consumo não é significativa.

5.3 – Comportamentos de risco relacionados com o consumo de drogas¹²

5.3.1 – Comportamentos relacionados com partilha de material de injeção¹³

Dos 50 participantes, 64% nunca partilharam a seringa, 4% fazem-no raramente, 24% fazem-no por vezes e 8% partilham sempre.

Em relação à partilha de algodão, verificamos que 62% dos participantes nunca partilharam, 4% fazem-no raramente, 28% por vezes e 6% fazem-no sempre.

Em relação à partilha do recipiente, 60% nunca o fizeram, 8% raramente, 16% por vezes e 16% sempre.

5.4 – Comportamentos de risco relacionados com práticas sexuais

Dos 50 participantes, 42% referem ter parceiro sexual fixo/estável, sendo que 14% não utilizam preservativo e 26% utilizam.

Relativamente aos encontros sexuais casuais, 30% dizem não ter tido encontros sexuais pontuais nos últimos 12 meses, 70% afirmam ter tido encontros sexuais casuais, sendo que 36% não utilizaram o preservativo e 34% utilizaram.

5.5 – Relação entre os comportamentos de risco e os padrões do consumo de álcool

Para análise das correlações é utilizada a classificação descrita por Cohen (1988), onde r até 0,30 significa uma correlação fraca; r de 0,30 até 0,50, correlação moderada e r superior a 0,50 correlação forte. Da análise dos resultados, constata-se correlação fraca, uma relação positiva significativa, entre os comportamentos de risco no seu todo e os padrões do consumo de álcool, ($r=0,28$; $p=0,048$).

Retomando as variáveis originais, como era de prever, também se constata uma relação positiva significativa, entre as variáveis comportamentos de partilha de material e os padrões do consumo de álcool, e uma correlação moderada ($r=0,334$; $p=0,014$). Analisando individualmente os três tipos de comportamentos de partilha de material, verificamos, como era de prever, também uma relação significativa, ou seja, partilha de seringas ($r=0,351$; $p=0,012$), partilha de algodão ($r=0,325$; $p=0,021$) e de recipiente ($r=0,314$; $p=0,026$).

Da análise dos resultados, verifica-se uma relação ainda mais positiva e muito significativa, entre as variáveis práticas sexuais, no que se refere ao uso ou não do preservativo, e os padrões do consumo de álcool, ($r=0,485$; $p=0,003$).

5.6 – Sintomas Psicopatológicos

Os toxicodependentes participantes neste estudo apresentam uma média significativamente superior no que respeita a todas as dimensões e índices do BSI, (como podemos verificar na tabela III) quando o comparamos com indivíduos da população geral (Canavarro, 1999),

apresentando sempre valores de $p < 0,001$ e valores de t entre 6,30 e 15,52.

5.7 – Sintomas Psicopatológicos e os padrões do consumo de álcool

Constata-se, em geral, uma relação positiva e muito significativa entre os sintomas psicopatológicos e os índices e os padrões do consumo de álcool, à exceção da Ideação Paranóide, onde a relação não é significativa. No que se refere aos níveis de correlação entre os sintomas psicopatológicos e os padrões de consumo de álcool, e como se pode verificar na tabela IV, a correlação é fraca na dimensão, ideação paranóide, sendo moderada nas restantes dimensões, e sendo a dimensão de ansiedade fóbica a que mais se aproxima de uma correlação forte.

5.8 – O suporte social

A análise comparativa directa das médias dos indivíduos, nos diversos factores, mostra que os valores mais baixos, isto é, onde se equaciona um suporte social mais diminuto, se encontram nas variáveis que definem o suporte social e afectivo, no suporte social financeiro e nos problemas na gestão do dinheiro.

Dos participantes que colaboraram neste estudo, e através da Escala de Suporte Social, verifica-se uma média de 49. Os valores de referência foram utilizados tendo por base um trabalho desenvolvido por Guerra (1995), com indivíduos toxicodependentes seropositivos, onde a $M=69$ mostra diferenças muito significativas, $t(49) = 10,50$; $p < 0,001$. Globalmente, os participantes que constituem a amostra têm níveis de Suporte Social muito baixos, mesmo quando comparados com uma amostra nas mesmas condições.

Não existe uma relação significativa entre a variável suporte social e os padrões do consumo de álcool ($r = -0,258$; $p = 0,071$), contudo, a tendência da correlação é negativa.

6 – DISCUSSÃO

Os padrões de consumo de álcool em toxicodependentes em PSO revelaram a existência de consumos problemáticos na amostra, sendo que 78% se enqua-

dram nos bebedores de risco, com consumos nocivos e dependentes. Estes dados são consonantes com os verificados noutros estudos (Rittmannsberger *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Bickel & Rizzuto, 1991; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999).

A Hipótese de que *os padrões de consumo de álcool dos toxicodependentes aumentam quando estão em tratamento em PSO, face a períodos anteriores de consumo*, é confirmada pelos resultados obtidos. De facto, os toxicodependentes em tratamento apresentam padrões de consumo de álcool superiores aos referidos antes de iniciarem tratamento.

Staines *et al.* (2008) constata algo semelhante, isto é, em 248 toxicodependentes integrados em tratamento (PSO), 64% vinham a apresentar problemas de abuso de álcool.

Nos estudos de Anglin (1989) e de El-Bassel, Witte, Wada, Gilbert e Wallace (2001), inclusivamente, a quantidade de consumo de álcool é proporcional ao consumo de heroína: quanto maior o consumo desta substância, menor a probabilidade de consumo de álcool, o que significa, inversamente, uma maior probabilidade de aumento do consumo de álcool durante os PSO.

Também Vasti (2004) estima que 1/3 dos toxicodependentes em PSO são consumidores de álcool numa base regular, sendo muitos deles dependentes.

Em relação à hipótese de que *o consumo de álcool dos toxicodependentes em tratamento em PSO está relacionado positivamente, com a adopção de comportamentos de risco*, poderemos também concluir a sua confirmação, quando atendemos à relação altamente significativa entre as práticas sexuais desprotegidas e os padrões de consumo de álcool, quer entre o consumo de álcool e o comportamento de partilha de material.

De acordo com Stein *et al.* (2002), o consumo de álcool aumenta a probabilidade de se adoptarem comportamentos sexuais de risco independentemente da idade, sexo, raça, educação, consumo de cocaína, número de parceiros sexuais e risco percebido de adquirir o VIH através de parceiros. O consumo de álcool ou drogas aumenta o risco.

Balley *et al.* (1999) conclui a existência de associações significativas entre comportamentos sexuais de risco

e abuso de álcool e/ou outras drogas tanto em adolescente como em adultos.

O mesmo se verifica quanto à partilha de agulhas e outros materiais de consumo, sendo mais frequente quando associada ao abuso de álcool.

No que se refere à hipótese de *os toxicodependentes em PSO consumirem álcool especificamente face a situações negativas*, confirma-se, pois verifica-se que os toxicodependentes bebem mais nas situações negativas, as quais se subdividem em três: emoções desagradáveis, desconforto físico e conflitos. Os valores obtidos, quando comparados com os valores normativos, definidos através dos trabalhos de Marlatt, revelam ser altamente significativos. Os estudos mostram que toxicodependentes consomem mais álcool quando se sentem frustrados ou rancorosos, as recaídas ocorrem quando o indivíduo está emocionalmente deprimido (Marlatt, Kosturn & Lang, 1975).

Segundo Marlatt (1985), o maior número de episódios de recaída ocorre na presença de estados emocionais negativos, mais especificamente nos conflitos interpessoais, envolvendo frustração e raiva. Parece provável que estes sentimentos sejam derivados de uma discussão ou discordância e são frequentemente expressados no próprio episódio de recaída.

Relativamente às situações de tentação, e mais especificamente ao teste de controlo pessoal, verifica-se a existência de uma relação significativa, ou seja, perante *deficits* na capacidade de autocontrolo e, embora menos, em situações de tentação, os consumos de álcool aumentam consideravelmente.

De acordo com Costa (2002), no domínio da recuperação do toxicodependente é fundamental investir em estratégias de prevenção de recaídas, pois, neste contexto, a abstinência deve ser considerada com prudência e como um equilíbrio instável sempre em risco de se perder em determinadas situações. A ter em conta os resultados obtidos, tudo aponta para o facto dessas recaídas incluírem não só consumos da dita substância de eleição, mas também de outros psicotrópicos, sendo o álcool, um dos mais presentes.

Confirma-se a hipótese de que *os toxicodependentes em PSO são indivíduos que apresentam sintomas psicopatoló-*

gicos e estes estão correlacionados positivamente com os consumos de álcool, já que a amostra apresenta valores superiores em todas as dimensões, bem como nos índices do BSI, quando o comparamos com indivíduos da população geral, tendo por referência os valores de Canavarro (1999).

Num estudo de Tessler e Dennis (1989, *cit in Drake et al.*, 1991) encontramos referências a taxas de 10-20% de indivíduos sem-abrigo que são dualmente diagnosticados com doença mental grave e problemas de abuso de drogas ou álcool.

Vários estudos também indicam taxas de co-morbilidade psiquiátrica alta (entre 50-72%), (Herman *et al.*, 1989; Regier *et al.*, 1990; Mueser *et al.*, 1998; Dixon, 1999).

Da análise dos resultados, constata-se, em geral, uma relação positiva muito significativa entre os sintomas psicopatológicos e os índices e os padrões do consumo de álcool, excepto no que se refere à dimensão ideação paranóide.

Destes resultados, conclui-se que a psicopatologia e os problemas com álcool estão relacionados em termos de desenvolvimento e consequências, como já o tinham afirmado Beaty e Cipparrone (1993). Sustentam também a hipótese de que a psicopatologia aumenta também com o agravamento dos consumos.

Este resultado parece estar de acordo com a ideia de que os utentes em PSO são uma população mentalmente mais perturbada (Oken *et al.*, Graham *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004; MacManus & Fitzpatrick, 2007; El-Bassel *et al.*, 1993; Mehrabian, 2001).

Estes dados corroboram os dados obtidos noutras investigações, onde se verifica que os indivíduos que apresentam padrões de consumo de álcool mais preocupantes são, também, mais desestruturados psicologicamente (Rounsaville, Weissman & Kleber 1982; Roszell *et al.*, 1986; Gerstlcy *et al.*, 1990; Ross *et al.*, 1988).

No que se refere à hipótese de que *os toxicodependentes, em PSO, apresentam um suporte social diminuto e o Suporte Social está correlacionado negativamente com o consumo de álcool*, também é confirmada.

Os valores obtidos na nossa amostra, não só confirmaram, como até reforçam, a hipótese no que se refere ao suporte social ser diminuto.

Com base nos pressupostos teóricos dos autores da Escala de Suporte Social, Lin *et al.* (1986), o relevado à expressão do relacionamento com os outros focaliza tanto o conteúdo das interações como as características relacionais do emissor e receptor. Ou seja, estabelece-se uma diferenciação entre o suporte social fornecido por pessoas em que existem laços sociais fortes daquelas em que esses laços não são tão marcantes. Ora, o que o nosso estudo nos permite perceber é que os valores mais baixos, isto é, onde se equaciona um suporte social mais diminuto, se encontram no suporte social afectivo, no suporte social financeiro e nos problemas na gestão do dinheiro. Esta quase ausência de suporte social afectivo denuncia a inexistência de pessoas significativas na vida destes indivíduos, com quem estabeleçam relações estáveis no tempo e onde o suporte social seja tanto recebido como oferecido.

Relativamente ao suporte social estar relacionado com os consumos de álcool, não existe, contudo, uma relação significativa, apesar da evidência ter demonstrado que o consumo abusivo de álcool constitui um factor fundamental de ruptura familiar (Mello, 2001).

Ramos & Moreira (2006) concluem que, na família do toxicodependente alcoólico, as relações conjugais são marcadas pelo conflito e elevado stress, o que propiciará uma menor atenção e capacidade de resposta dos filhos. De acordo com Mello (2001), estes indivíduos apresentam um suporte social quase inexistente ou, quando existe, o toxicodependente é encarado como bode expiatório, sendo que a ligação que este estabelece com a família é caracterizada pela falta de coesão familiar.

7 – CONCLUSÕES

O presente estudo permite-nos concluir que todas as hipóteses formuladas se confirmam.

Em particular o abuso de álcool e as complicações médicas associadas, juntamente com consumos de cocaína e coexistência de infecção para o VIH, constituem um dos mais graves problemas entre toxicodependentes que estão em PSO com metadona (El-Bassel, 1994).

Os padrões de consumo de álcool definidos neste estudo revelam a existência de uma elevada percentagem

de indivíduos com pontuações AUDIT superiores a 8, valores indicativos de consumo de risco, nocivo e dependência (78%).

A frequência e padrões de consumo de álcool deve constituir uma medida de avaliação para um PSO bem sucedido (Backmund, 2005) e, conseqüentemente, uma mais-valia para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos toxicodependentes e família.

Fairbank, Dunteman e Condelli (1993) concluíram que a inserção num PSO estava associada a uma redução de todas as substâncias à excepção do álcool.

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

Os resultados deste estudo, assim como de outros, na sua essência semelhantes, apontam para a necessidade de desenvolver esforços, no sentido de melhorar a avaliação dos indivíduos que são integrados em PSO, e a resposta aos problemas relacionados com o consumo de álcool (Hillebrand *et al.*, 2001).

Foram encontradas relações significativas entre consumo abusivo de álcool e comportamentos de risco, quer a nível de práticas sexuais, como de partilha de material de consumo.

Estes resultados evidenciam semelhanças nas causas e conseqüências do consumo abusivo de álcool, quando comparado com o consumo de outras substâncias psicoactivas. Permitem também concluir a supremacia dos factores psicológicos e culturais na manutenção de padrões comportamentais disfuncionais (abuso de substâncias) em detrimento da primazia da substância. Assim, o consumo de álcool nos toxicodependentes em PSO, que, como constatado, tende a ser muito frequente, deve ser considerado com a devida atenção, visto que pode representar um problema grave na estabilidade dos pacientes e no resultado do tratamento.

CONTACTOS:**TÂNIA PATRÍCIA TAVARES DA SILVA**

Psicóloga Clínica
 Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte
 Rua Central de Gandra
 Telemóvel: 962706955 | E-mail: tsilva082@gmail.com

JORGE ALBINO QUINTAS DE OLIVEIRA

Doutorado em Criminologia
 Prof. Instituto Superior Ciências da Saúde – Norte
 Rua Central de Gandra
 Telemóvel: 912168980 | E-mail: jorge.quintas@iscsn.cespu.pt

NOTAS:

- 1 – Programas de Substituição Opiácea.
- 2 – Vírus da Imunodeficiência Humana.
- 3 – Células do sistema imunitário.
- 4 – Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência
- 5 – Note-se que os bairros situam-se em zonas urbanas e suburbanas.
- 6 – Este questionário foi construído em parceria para a elaboração de outro projecto (A relação directa do crime com a toxicod dependência), e devido a esse facto, na apresentação do questionário constam apenas os capítulos que foram utilizados para a realização deste trabalho.
- 7 – Os padrões do consumo de álcool podem também ser definidos como níveis de ingestão de bebidas alcoólicas, geralmente utilizamos a designação de padrões, pois é assim que eles são definidos no AUDIT.
- 8 – Ver Anexo.
- 9 – Estes momentos são analisados tendo em conta 4 aspectos: 1º Relacionam-se com o grau de necessidade de consumir bebidas alcoólicas; 2º Relaciona-se com a frequência que consome bebidas alcoólicas; 3º Relaciona-se com quantas bebidas consome num dia normal; 4º Relaciona-se com a frequência que consome seis bebidas ou mais numa única ocasião.
- 10 – Este aspecto é analisado recorrendo a uma escala de 1 a 5, em que 1 significa nada importante, o 2 pouco importante, o 3 importante, o 4 muito importante e o 5 extremamente importante.
- 11 – Entendemos como indicadores de saúde, a ausência de HIV, Hepatite B e C.
- 12 – O comportamento de risco é analisado tendo em conta 3 tipos de comportamentos de risco distintos, os relacionados com a partilha de materiais de consumo/injecção, os relacionados com o comportamento sexual e os relacionados com o status HIV, Hepatite B e C.
- 13 – Relativamente aos comportamentos de risco relacionados com a partilha de materiais de injecção, ainda o subdividimos em 3 tipos, a partilha de seringa, de recipiente e de algodão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, (1980). *Entre Droga e Crime*, Actores, Espaços, Trajectórias. Lisboa: Notícias Editorial
- Annis, H.; Martin, G. (1985). *Inventory of Drug Taking Situations – Addiction Research Foundation*, Toronto.
- Anglin, M.; Almong, I.; Fisher, D., & Peters, R. (1989). "Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drugs free treatment sample". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 191-207.
- Babor, Thomas F. *et al.* (2001). *The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care*. 2ª Ed. Geneva: World Health organization – Department of mental health and substance dependence.
- Barol, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., & Rounsaville, B. (1992). "Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity". *Archives of General Psychiatry*, 49, 599-608.
- Backmund, Markus *et al.* (2003). "Alcohol consumption in heroin users, methadone – substituted and codeine – substituted patients – frequency and correlates of use". *European and addiction research*. 9(1), 45-50.
- Batki, Steven *et al.* (2002). "A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users". *Drug and Alcohol Dependence*. ELSEVIER. 66, 283-293.
- Bickel, W. K.; Marion, I.; Lowinson, J. (1987). "Treatment of alcoholic methadone patients: a review". *Journal os Substance Abuse and Treatment*. 4, 15-19.
- Bickel, W. & Rizzuto, P. (1991). "The naturalistic patterns of Alcohol consumption in alcoholic methadone patients". *Journal Study Alcohol*, 52 (5), 454-457.
- Caputo, F. *et al.* (2002). "Short-term, methadone administration reduces alcohol consumption in non-alcoholic heroin addicts". *Alcohol & Alcoholism*. 37 (2), 164-168.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas psicopatológicos – B.S.I.. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves, & Leandro. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 87-109.
- Costa, Nuno Felix da; Marques, Rui (2002). "Representações mentais de substâncias psicoactivas". *Revista Toxicod dependências*, Lisboa, 8 (1): 3-12.
- Cunningham, C. O., Kunins, H. V., Roose, R. J., Elam, R. T., & Sohler, N. L. (2007). "Barriers to obtaining waivers to prescribe buprenorphine for opioid addiction treatment among HIV physicians", *Journal of General Internal Medicine*, (22), 1325-1329.
- Davis, W. R., & Johnson, B. D. (2008). "Prescription opioid use, misuse, and diversion among street drug users in New York City", *Drug and Alcohol Dependence*, (92), 267-276.

- Dias, C. A. (1980). *A influência Relativa dos Factores Psicológicas e Sociais no Evolutivo Toxicómano*. Dissertação de Doutoramento, Coimbra.
- Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., Ulrich, J., & Dilling, H. (1998). "Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, (22), 77-86.
- El-Bassel, N.; Schiling, R.; Turnbull, J., & Su, K. (1993). "Correlates of alcohol use among methadone patients". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (3), 681-686.
- Etter, Jean François (2004). "Asking about quantity and frequency of alcohol consumption before asking the CAGE- question produces lower rating on de CAGE-test". *Drug Alcohol Dependence*. 74:2, 211-214.
- Ewing, Ja. (1984). Detecting alcoholism: *the CAGE questionnaire*. *JAMA* 252: 1905-7.
- Fromberg, Eric (2004). "Os riscos fazem parte da vida". *European AIDS Treatment News*. 13:1. 22-24.
- Gossop, Michael *et al.* (1993). Severity of heroin dependence and HIV risk sharing injecting equipment. *AIDS care*. 5:2
- Gossop, Michael *et al.* (2002). "Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers. 1 – year follow-up results". *Journal of substance abuse*. 19:1 (2002): 45-50.
- Gossop, Michael; Marsden, John; Stewart, Duncan (2002). "Dual dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems". *Addiction. Society for the study of addiction alcohol and others drugs*. ISBN 0965-2140. 97:2, 169-178.
- Guerra, M. e Agra, C. (1996). A prova da existência. A adaptação psicológica de toxicodpendentes seropositivos ao vírus HIV em liberdade e em meio prisional: um estudo comparativo tendo em vista a reinserção social. *Droga e Crime: Estudos Interdisciplinares*. Lisboa: Ministério da Justiça, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.
- Guerra, M. P. (1998). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições Lda.
- Guerra, M. P. (1995). *Uma escala de avaliação do suporte social: Sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV*. In: Avaliação psicológica: Formas e Contextos; 3: 25-34.
- Hillebrand, Jennifer *et al.* (2001). "Excessive alcohol consumption and drinking expectation among clients in methadone maintenance". *Journal of substance abuse treatment*. National Addiction Centre Institute of Psychiatry. ISSN 0740-5472. 21: 3. 155-160.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. (2003). "The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women". *Archives of General Psychiatry*, (60), 929-937.
- Lopes, Rosa (2004). "Consumo de álcool nos jovens – estudo da influência das características psicológicas: alexitimia, auto-conceito e locais de controlo". In *Revista Arquivos de Psiquiatria, Suplemento de Arquivos de Medicina*, vol. 18, Supl. 4, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Lowenstein, William *et al.* (1998). *A metadona e os tratamentos de substituição*. 1ª Edição. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 3. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-04-6.150.
- L. K., Muller, M. C. M., Nascimento, C. A. M., Noal, M. H. O., Plein, F. A. S., & Zadra, C. N. (1995). "Depressão em alcoólicos hospitalizados". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (12), 625-629.
- MacManus, E. & Fitzpatrick, C. (2007). "Alcohol dependence and mood state in a population receiving methadone maintenance treatment". *Irish Journal of Psychology Medical*, 24 (1), 19-22.
- Madianos, M. G; Gefou-Madianou, D; Stefanis. (2004). "Drinking practices of illicit and licit drug users in the general population across Greece". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 20:4, 547-559.
- Marllat, A., & Gordon, J. (1985); *Prevenção da Recaída: Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*, New York: Guilford Press.
- Masur, J.; Monteiro, M. G. (1983). "Validation of the "CAGE" Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting". *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 16: 215-218.
- McCUSKER, Monica (2001). "Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment". *Addiction*. London: *Chelsea and Westminster Mental health NHS Trust Substance Misuse Service*. 96:7, 1007-1016.
- McCUSKER, Monica *et al.* (2002). "Hazardous and harmful drinking: a comparison of the Audit and Cage screening questionnaires". *Q. Journal Medicine*. London. 95, 591-596.
- Mello, Maria Lucília; Barrias, José; Breda (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 925-9425-93-0. 115-120.
- Mórel, Alain; Hervé, François; Fontaine, Bernard (1998). *Cuidado ao toxicodpendente. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 4*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-15-1. 563.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência (2008). "A evolução do fenómeno da droga na Europa". Relatório Anual 2008, Lisboa, Portugal.
- OMS (2000). Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID – 10. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ottomanelli, G. (1999). "Methadone patients and alcohol abuse". *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 16 (2), 113-121.
- Patrício, L. (1997). *Face à droga: como (re)agir?* Lisboa: Figueirinhas.
- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Pessione, F. *et al.* (1998). "Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C". *Journal Hepatology*. 27.

Rehm, J. *et al.* (2001). "Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical Weights for patterns of drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research*. 7:3. 138-147.

Rittmannsberger, H.; Silberbauer, C.; Lehner, R., & Ruschak, M. (2002). "Alcohol consumption during methadone maintenance treatment". *European Addiction Research*, 6 (1), 2-7.

Roche, A. M. Richard G. P. (1991). "Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems". *Social Science Medicine*, 33 (9): 1053-61.

Roche, A. M, Guray C, Saunders J. B. (1991). "General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *Br J Addict*. 86 (3): 263-75.

Ross, H.; Glasser, F.; Germanson, T., *et al.* (1988). "The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems". *Archives of General Psychiatry*, 45 (11), 1023-1031.

Skipsey, Kitera; Bureson, Joseph; Kranzler, Henry. (1997). "Utility of the Audit for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients". *Drug and Alcohol Dependence. Elsevier*. (45) .157-163.

Stein, M; Maksad, J.; Clarke, J. (2001). "Hepatitis C disease among injection drug users: Knowledge, perceived risk and willingness to receive treatment". *Drug and Alcohol Dependence*. (61). 211-215.

WHO (2004). "Neuroscience of psychoactive substance use and dependence". World Health Organization: Geneva.

ANEXO

TABELA 1 – Padrão do consumo de álcool por cinco grupos definidos através dos resultados obtidos da aplicação do AUDIT.

Grupos/Padrões	N	%
0 Abstinentes	7	14,0
1-7 Bebedores de baixo risco ou moderado	4	8,0
8-15 Bebedores de risco	12	24,0
16-19 Bebedores com consumo nocivo	2	4,0
20-40 Dependentes	25	50,0

TABELA 2 – Soma total das respostas às questões do CAGE.

Pontuação	N	%
0	11	22,0
1	1	2,0
2	6	12,0
3	28	56,0
4	4	8,0

TABELA 3 – Estatística descritiva para as pontuações do BSI.

Dimensões	Amostra Toxicodependentes em PSO		Ind. População Geral (Canavarro, 1999)		t	g.l	P
	Média	DP	Média	DP			
Somatização	1,18	0,96	0,57	0,92	11,23	49	0,000
Obsessões-Compulsões	2,28	0,74	1,29	0,88	9,32	49	0,000
Sensibilidade Interpessoal	1,91	0,89	0,96	0,73	6,30	49	0,000
Depressão	2,30	0,64	0,89	0,72	15,52	49	0,000
Ansiedade	2,11	0,79	0,94	0,77	10,53	49	0,000
Hostilidade	1,23	0,86	0,89	0,78	11,22	49	0,000
Ansiedade Fóbica	1,33	0,68	0,42	0,66	12,91	49	0,000
Ideação Paranoíde	2,35	0,70	1,06	0,79	13,14	49	0,000
Psicoticismo	1,04	0,85	0,67	0,61	11,52	49	0,000
Índices							
IGS	1,92	0,68	0,84	0,48	13,81	49	0,000
TSP	39,79	10,01	26,99	11,72	13,34	49	0,000
ISP	2,26	0,39	1,56	0,39	14,54	49	0,000

(continua)

ANEXO (continuação)**TABELA 4** – Correlação entre sintomas psicopatológicos e os padrões do consumo de álcool.

Dimensões básicas e índices	R	P
Somatização	0.415	0.003
Obsessão/Compulsão	0.400	0.004
Depressão	0.372	0.008
Ansiedade	0.414	0.003
Hostilidade	0.336	0.017
Ansiedade Fóbica	0.432	0.002
Ideação Paranóide	0.257	0.072
Psicoticismo	0.374	0.007
Índice Geral de sintomas (IGS)	0,448	0,001
Índice de Sintomas Positivos (ISP)	0,443	0,001
Total de Sintomas Positivos (TSP)	0,359	0,011