

UE
174
625

tudes e Comportamentos de saúde e de risco de Adictos em Comunidades Terapêuticas

Carla Sofia Marques Verdasca



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Crenças, Atitudes e Comportamentos de saúde e de risco de Adictos em Comunidades Terapêuticas

Orientação: Professor Doutor Vítor Daniel Ferreira Franco
Co-orientação: Professor Doutor Carlos Albuquerque

Carla Sofia Marques Verdasca

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: Clínica e da Saúde

Évora | 2010

Universidade de Évora
Departamento de Psicologia

Tese de Mestrado

Crenças, Atitudes e Comportamentos de saúde e de risco de Adictos em
Comunidades Terapêuticas

Carla Sofia Marques Verdasca

Sob a orientação do Professor Doutor Vítor Daniel Ferreira Franco e co-
orientador Professor Doutor Carlos Albuquerque



“Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri”

174 625-

Évora, Agosto de 2010

AGRADECIMENTOS

A realização desta investigação representou, por um lado, o culminar de cinco anos de aprendizagens e de estudo, mas, por outro lado, representa um crescimento e desenvolvimento pessoal, numa cidade de início desconhecida, mas muito representativa para todo este processo.

Por tudo isto, manifesto o meu agradecimento ao Professor Doutor Vítor Franco que desde o início apoiou e permitiu o tema desta investigação, pois é uma área específica e com um carácter bastante complexo. Ao mesmo tempo, agradeço ao Professor Doutor Carlos Albuquerque por se ter disponibilizado para me ajudar e me ter dado a devida autorização para utilizar o seu questionário.

Às Comunidades Terapêuticas que fizeram parte da investigação, nomeadamente, Comunidade Vida e Paz, Ponte dos Rios, António Lopez Àragon e Horta Nova, devo um grande obrigada, não só por terem permitido a realização da investigação mas também por toda a colaboração na recolha de questionários.

A todos os participantes que, de forma voluntária e simpática, se prestaram a fazer parte desta investigação, permitindo que a mesma se realizasse.

Aos meus familiares, nomeadamente, aos meus pais e à minha irmã, por tudo o que fizeram, e fazem, por mim, pela ajuda, força, carinho, amor, motivação, entre muito mais.

E, por último, aos meus amigos, pilares fundamentais na minha vida, por todos os momentos que passamos juntos e cumplicidades que temos.

CRENÇAS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO DE ADICTOS EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Os comportamentos de saúde e de risco são comuns em toxicodependentes. Este trabalho foi conduzido no âmbito da análise descritiva da amostra, nomeadamente, caracterização sócio-demográfica e variáveis cognitivas, seguindo-se um segundo objectivo que consistiu na descrição dos comportamentos, crenças e atitudes face à saúde que os adictos apresentam. A amostra é constituída por 75 sujeitos, do sexo masculino, com uma média de idade de 34,07 anos. A metodologia utilizada caracteriza o estudo de quantitativo-correlacional, uma vez que se pretende efectuar a descrição das características da amostra e os comportamentos de saúde e de risco que apresentam. Os resultados revelam que os adictos apresentam comportamentos de risco, logo, são menores os comportamentos de saúde adoptados durante os consumos. É necessário intervir nas várias áreas de saúde do adicto, nomeadamente, nas práticas sexuais, na prevenção de doenças, nos cuidados alimentares, na conduta rodoviária e na preocupação com o exercício físico-desportivo.

Palavras-chave: adicto; comportamento; saúde; risco.

BELIEFS, ATTITUDES AND HEALTH BEHAVIORS AND RISK OF ADDICTS IN THERAPEUTIC COMMUNITIES

Health behaviors and risk factors are common in drug addicts. This work was conducted under the descriptive analysis, including socio-demographic and cognitive variables, followed by a second objective was to describe the attitudes, beliefs and attitudes towards health that addicts have. The sample consists of 75 subjects were male, with a mean age of 34.07 years. The methodology characterizes the quantitative and correlational study, since we intend to perform the description of sample characteristics and health behaviors and risk they present. The results show that addicts exhibit risky behavior, so they are smaller health behaviors adopted during the intake. It is necessary to intervene in several areas of health of the addict, including sexual practices, disease prevention, care food, conduct road and the concern that physical exercise / sports.

Keywords: addict; behavior; health; risk.

ÍNDICE

Introdução	11
------------	----

PARTE I – REVISÃO TEÓRICA

Capítulo I - Toxicodependência

1. Conceitos de droga e toxicodependência	17
2. As substâncias ilícitas	21
3. Epidemiologia dos consumos	25
4. A adolescência como período crítico	26
5. O toxicodependente	29

Capítulo II – Tratamento da adicção às drogas

1. Procura de tratamento	37
2. Abordagens psicológicas no tratamento de toxicodependentes	38
3. Diferentes métodos de intervenção	41
4. Diferentes tipos de prevenção	44
5. Comunidade Terapêutica	46

Capítulo III – A saúde do toxicodependente

1. Conceitos de saúde e de bem-estar	51
2. Factores de risco e consumo de substâncias	54
3. Factores de protecção e consumo de substâncias	59
4. O toxicodependente e os cuidados na saúde	62

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo IV – Conceptualização da Investigação Empírica	
1. Delimitação do problema	75
2. Objectivos	76
3. Hipóteses de investigação	77
4. Metodologia	
4.1) Desenho da investigação	78
4.2) População: amostra	79
4.3) Procedimento da recolha de dados	79
4.4) Instrumentos utilizados	80
4.5) Tratamento estatístico dos dados	82
Capítulo V – Apresentação dos resultados	87
Capítulo VI – Discussão dos Resultados	109
Capítulo VII – Conclusões	123
Bibliografia	129
Anexos	
Anexo I	137
Anexo II	141
Anexo III	145

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Consequências do consumo de droga	31
Tabela 2 – Metodologias de intervenção	41
Tabela 3 – Tipos de prevenção	46
Tabela 4 – Variáveis sócio-demográficas da amostra	89
Tabela 5 – Substâncias de consumo	90
Tabela 6 – Estatística descritiva para as notas da Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco	91
Tabela 7 – Estatística descritiva para as notas da Escala de Crenças de Saúde	92
Tabela 8 – Estatística descritiva para as notas da Escala de Atitudes face à Saúde	93
Tabela 9 – Correlações de Pearson entre os Comportamentos de Saúde e de Risco e a Idade	95
Tabela 10 – Correlações de Pearson entre as Crenças de Saúde e a Idade	96
Tabela 11 – Correlações de Pearson entre as Atitudes face à Saúde e a Idade	96
Tabela 12 – Análise da variância da variável Estado Civil sobre os factores da Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco	97
Tabela 13 – Testes de Tukey – Comparação das categorias do Estado Civil com a Escada de Comportamentos	98
Tabela 14 – Análise da variância da variável Estado Civil sobre os factores da Escala de Crenças de Saúde	99
Tabela 15 – Testes de Tukey – Comparação das categorias do Estado Civil com a Escada de Crenças	99
Tabela 16 – Análise da variância da variável Estado Civil sobre os factores da Escala de Atitudes face à Saúde	100
Tabela 17 – Testes de Tukey – Comparação das categorias do Estado Civil com a Escada de Atitudes	101
Tabela 18 – Análise da variância da variável habilitações literárias sobre a Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco	102

Tabela 19 – Análise da variância da variável habilitações literárias sobre os factores da Escala de Crença de Saúde	103
Tabela 20 – Análise da variância da variável habilitações literárias sobre os factores da Escala de Atitudes face à Saúde	103
Tabela 21 – Correlações de Pearson entre os Comportamentos e as variáveis cognitivas	104
Tabela 22 – Correlações de Pearson entre as dimensões das crenças de saúde com os comportamentos de saúde e de Risco	105
Tabela 23 – Correlações de Pearson entre as dimensões das atitudes face à saúde com os comportamentos de saúde e de risco	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Relação indivíduo, substância e sociedade	21
Figura 2. Técnicas de intervenção no tratamento	44

INTRODUÇÃO

Ao contactarmos com a população toxicodependente em Comunidades Terapêuticas, sentimos que esta merece uma maior importância ao nível da investigação científica, nomeadamente, no que toca aos seus comportamentos de saúde e de risco. Aos adictos, faz muita confusão reaprender e readquirir hábitos e cuidados que durante os consumos foram esquecidos e completamente ignorados, o que leva, em muito casos, a doenças graves ou até mesmo à morte. Foi este contacto com os adictos que levou a que esta investigação se realizasse.

Neste âmbito, foi feita alguma pesquisa acerca da saúde do toxicodependente e chegou-se a uma conclusão: existe algum conhecimento sobre esse aspecto mas ainda não é dada uma grande importância ao mesmo. Cada vez mais os consumos se iniciam mais cedo e em quantidades devastadoras na nossa população, nomeadamente, os adolescentes cada vez mais adoptam comportamentos de risco em relação à sua saúde. A presente investigação não se restringe aos adolescentes, mas sim a todas as faixas etárias do sujeito e o principal objectivo é avaliar o adicto relativamente aos seus comportamentos de saúde e de risco, crenças de saúde e atitudes face à saúde que possui. Abrange um leque de dimensões relacionadas com a saúde: a alimentação, a prevenção, as práticas sexuais, o transporte automóvel, a promoção e a actividade física. Tudo isto, permitir-nos-á caracterizar os comportamentos, as crenças e as atitudes do adicto e saber até que ponto, os comportamentos se relacionam com as crenças ou com as atitudes.

Os comportamentos de risco são ameaças ao desenvolvimento saudável da pessoa e estão associados a consequências físicas e mentais, morbidade e mortalidade. Quando estes comportamentos não são precocemente identificados e alvo de intervenção, podem levar à consolidação de atitudes prejudiciais para a saúde, com significativas consequências a nível individual, familiar e social (Feijó & Oliveira, 2001). A aquisição e adopção de muitos comportamentos e hábitos, nem sempre os mais saudáveis, determinantes para a idade adulta, ocorrem durante a infância e a adolescência (Matos & Gaspar, 2008).

Esta investigação visa ainda a contribuição para a promoção de comportamentos de saúde na população adicta e aqui, é necessário considerar não só características de ordem individual (atitudes, interesses, informação, educação), como também características contextuais como grupo familiar e social, ambiente do trabalho ou da escola e, comunidade onde se está inserido. Segundo Matos e Gaspar (2008) estes factores estão em permanente interacção e contribuem para moldar os comportamentos dos indivíduos ligados quer à saúde quer ao risco.

O facto da amostra se encontrar em tratamento em Comunidades Terapêuticas deve-se ao facto de nos encontrarmos ligado a esta metodologia por questões laborais. Consideramos ser uma forma de encontrar uma amostra acessível pois os adictos encontram-se internados e consideramos ser uma das metodologias mais completas em relação às vantagens e desvantagens de cada uma. Sabemos ainda que os estilos de vida que estão ligados à saúde e à Comunidade Terapêutica permite um desenvolvimento saudável do adicto e é para nós interessante ter contacto não só com esta população mas também contribuirmos para uma maior preocupação com a mesma.

Parte I

Revisão Teórica

Capítulo I
Toxicodependência

Capítulo I

Toxicodependência

Droga e toxicodependência são dois conceitos amplamente relacionados e indissociáveis. No entanto, muitas vezes, são confusos e vistos como tendo o mesmo significado. Este primeiro capítulo pretende, em primeiro lugar, explicar e definir estes conceitos, na perspectiva de diferentes autores.

Segundo o DSM-IV-TR, existem diversas perturbações relacionadas com substâncias, entre as quais a dependência de substâncias (Critérios de Diagnóstico no Anexo I). Este é um aspecto relacionado com o presente estudo, uma vez que os sujeitos que compõem a amostra são dependentes de substâncias, adictos. Em diversos estudos (Simões et al., 2006; Matos & Gaspar, 2008; Silva, Matos & Diniz, 2008; Loureiro, Matos & Dinis, 2008; Matos, 2008) é dada ainda alguma importância à fase de adolescência, pois é a fase de desenvolvimento crucial para estabelecimento de determinados comportamentos de saúde e de risco, nomeadamente ao nível dos consumos de substâncias ilícitas.

1. Conceitos de droga e toxicodependência

1.1 Conceito de toxicodependência

O conceito de toxicodependência é complexo e visto de várias perspectivas, daí que, por vezes, não seja fácil chegar a um consenso das diferentes abordagens.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) a toxicodependência é “um estado de intoxicação periódica ou crónica nociva ao indivíduo e à sociedade, resultante do consumo voluntário e repetido de uma droga natural ou sintética. É a mistura de uma necessidade de fuga e de uma incapacidade de gerir o consumo” (cit por Silvério, 1998). Apresenta-se com três características: o desejo invencível, compulsivo, de continuar a consumir a droga e de a obter por todos os meios; tendência a aumentar as doses (tolerância); e dependência, física e psíquica logo que interrompe bruscamente o seu consumo.

A toxicodependência é também vista como “o ponto de fuga no espaço de indecisão e do conflito entre a marginalidade e a integração”, onde existe uma perda de controlo, uma tentativa de interpretação do espaço, do tempo e da relação com o outro e, uma gestão dos conflitos e da violência originadas pela destruição dos vínculos afectivos e sociais (Morel et al., 1998).

Uma ideia que aparece associada a este conceito de toxicodependência é a de dependência psíquica e física do consumidor, onde a primeira é vista como um estado mental caracterizado por uma pulsão que exige o uso (periódico ou contínuo) de uma droga, com a finalidade de obter um prazer ou anular uma tensão. Na dependência física, ocorre uma exigência do organismo, que para manter um equilíbrio, requer o aporte regular de um produto químico do exterior.

A característica essencial da dependência de substâncias é a presença de um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, que indicam que o indivíduo utiliza continuamente uma substância, apesar dos problemas significativos que estão relacionados com esse consumo (APA, 2006). A dependência é definida segundo os Critérios de Diagnóstico do DSM-IV-R, o que permite unificar e padronizar essa definição, a fim de estabelecer uma base comum de observação em relação aos comportamentos de consumo de substâncias psicoactivas, e permite aos profissionais de saúde fazer uma avaliação objectiva e precisa sem questões moralistas.

1.2 Abordagens do conceito de toxicodependência

Várias são as abordagens referidas na nossa literatura sobre o conceito de toxicodependência, e consideramos importante referir algumas delas, nomeadamente, as abordagens psicológicas, sistémicas e sociológicas.

Assim, de acordo com as abordagens psicológicas, as drogas alteram o funcionamento psíquico, pelo menos durante o tempo que dura o seu efeito. Segundo Morel et al., 1998, certas drogas, como os opiáceos, produzem excessos nos equilíbrios bioquímicos dos sistemas cerebrais o que leva o corpo a organizar as suas percepções em função unicamente da presença ou ausência de droga. A vida do toxicodependente organiza-se à volta de uma

necessidade de droga que já não deixa lugar a qualquer outro tipo de investimento. De uma forma geral, Johnson (1999) defende três perspectivas psicanalíticas da adicção: a dependência como uma doença biologicamente mediada, a dependência como uma resposta à incapacidade de tolerar os afectos e a dependência como um objecto transicional.

Beck (1993 cit por Morel et al., 1998) propõe um modelo de dependência que assenta na ideia de que existem indivíduos predispostos ao uso de substâncias psicotrópicas. Este tipo de indivíduos apresentam uma sensibilidade exagerada ao desprazer, uma motivação deficiente para controlar o seu comportamento, impulsividade, procura de sensações e intolerância ao tédio e, uma fraca tolerância à frustração. Para Beck, são os pensamentos e as crenças disfuncionais que alimentam a necessidade de consumir drogas, como por exemplo: “eu sou frágil”, “eu sou incapaz”, “não sou amado”, e, isto interage com o stresse da vida quotidiana levando a uma ansiedade excessiva, um humor disfórico, uma depressão ou à agressividade. Estes pensamentos ligam-se à sensação de necessidade, à qual se vai juntar a droga. A abordagem terapêutica cognitiva consiste em restringir o campo do impulso, enfraquecendo as crenças que o alimentam, mostrando ao doente diferentes formas de controlar e modificar o seu comportamento.

Para Ganger e Shugart (cit por Fleming, 2001), pioneiros das abordagens sistémicas no campo das intervenções com toxicodependentes, a toxicodependência era vista como uma doença “familiar”, em que o tratamento não podia ser levado a cabo sem integrar a unidade familiar do toxicómano. Outros autores, como Stanton (1979, cit por Fleming, 2001), seguem na mesma linha, afirmando que a “família deve ser entendida como um sistema composto por membros em interacção, o sintoma como um comportamento particular que funciona como mecanismo homeostático regulador das transacções familiares e que deve mudar-se o sistema familiar para que o sintoma mude também”.

A abordagem sistémica é uma abordagem essencialmente ambiental e interaccionista pois é o meio (sistema) que mantém o sintoma (homeostasia), e é sobre este meio que se vai desenvolver a acção do terapeuta. A noção de

sistema pode ser estendida à escola, ao bairro, etc., mas é principalmente o sistema familiar (incluindo os cônjuges, os avós e todas as pessoas importantes no ambiente da pessoa) que vai interessar aos clínicos (Morel et al., 1998).

Por último, focamos a abordagem sociológica sobre o fenômeno da toxicodependência que salienta a eclosão de um problema social que envolve todas as camadas da população, que consiste em afirmar que a toxicodependência é apenas um comportamento desviante.

1.3 Conceito de droga

Em relação ao conceito de droga, também aqui se encontram várias definições, embora não tão diferentes entre si como no conceito de toxicodependência.

Segundo Neto (1996), as drogas são substâncias exógenas, cujo uso provoca adição física e/ou psíquica; são tudo aquilo que provoca determinados efeitos psicotrópicos, como alterações do humor e da consciência, a que o consumidor se habituou e de que não consegue prescindir; são todas as substâncias psicotrópicas que têm cotação no mercado negro (que fazem mal à saúde e se vendem ilegalmente); são todas as substâncias psicotrópicas que contribuem para degradar a saúde relacional dos seres humanos.

Por outro lado, perante um olhar mais num sentido sociológico, por droga entende-se toda e qualquer substância que, introduzida no organismo, pode modificar uma ou várias das suas funções; é um produto que vai modificar a percepção neuro-sensorial das coisas e a relação com a vida, podendo ser uma droga estimulante, depressora ou perturbadora e, está intimamente ligada a outros problemas sociais como o desemprego, as insuficiências de habitação, a prostituição, os conflitos familiares, escolares, profissionais, etc. (Silvério, 1998).

Por último, tendo em conta os efeitos nocivos da droga, esta é definida como qualquer substância natural ou de síntese (manipulada ou criada pelo homem) que ao ser absorvida pelo organismo humano, provoca alterações psíquicas (nomeadamente do estado de consciência) e também alterações

físicas. As alterações da actividade mental, das sensações e do comportamento, são geralmente associadas a uma vivência de prazer, ou de alívio do desprazer, provocando no ser humano também alterações no Sistema Nervoso Central, o que pode ter diferentes efeitos. Com algumas substâncias pode haver misturas destes efeitos, consoante a dose ingerida, o estado psicológico e o ambiente do consumidor (Patrício, 1996).

Apesar das definições encontradas acerca da droga e das suas implicações, a literatura aponta para uma relação triangular interactiva que pode ser demonstrada da seguinte forma:

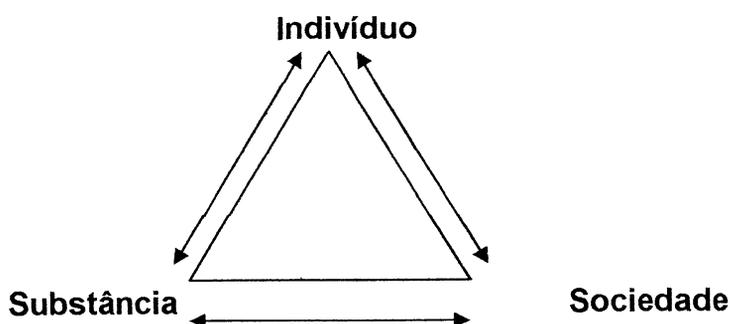


Figura 1 – Relação indivíduo, substância e sociedade

2. As substâncias ilícitas

A heterogeneidade e a variabilidade das trajetórias dos consumidores de drogas certificam que a toxicodependência não é resultado de uma relação linear entre uma droga e um indivíduo. Não é só o sujeito e a substância que interferem no fenómeno da toxicodependência mas sim uma multiplicidade de factores que interferem e influenciam os vários processos que caracterizam esta problemática como o aparecimento, a manutenção, a evolução e a saída da droga.

Em contrapartida, existe uma multiplicidade de substâncias extremamente diversas que têm como ponto comum agirem sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e modificarem o funcionamento psíquico interferindo nas emoções, nos estados afectivos e nas percepções. Daí dominarem-se

psicotrópicos, ou substâncias psicoactivas ou, ainda, modificadores do estado de consciência (Morel et al., 1998).

Podemos considerar três grandes famílias de substâncias ilícitas, segundo o seu efeito principal sobre o SNC:

- As substâncias sedativas, que inibem e diminuem a actividade do SNC (ou psicocatalépticas) como o álcool, barbitúricos, benzodiazepinas, outros tranquilizantes, solventes voláteis e analgésicos opiáceos e sintéticos;

- As substâncias estimulantes, activadoras do SNC e excitantes (ou psicoanalépticas) como xantinas, anfetaminas e anorexígenos, cocaína e nicotina;

- As substâncias perturbadoras, que modificam o curso do pensamento e as perturbações sensoriais (ou psicodislépticas) como cannabis e seus derivados, LSD e alucinogénios.

A cocaína provém da folha de coca e é um pó branco frequentemente “snifado” e, por vezes, injectado. Proporciona um forte mas breve estímulo, deteriorando o coração, destruindo o sistema nervoso e danificando o septo nasal (Silvério, 1998). É um excitante e euforizante poderoso, que aumenta a ansiedade, e tem um efeito rebound a curto prazo, originando uma sensação de depressão que obriga à ingestão sucessiva de mais produto. É uma droga “gulosa”, originando uma grande apetência pela repetição dos consumos, daí que o consumidor de cocaína possa usar grandes quantidades por dia, contrariamente ao heroinodependente que fica muitas vezes saciado com uma única dose até ao dia seguinte (Neto, 1996). O consumo de cocaína pode ainda estar associado a uma actividade sexual de alto risco ou envolvimento na indústria do sexo (OEDT, 2007).

A cannabis (que se consome habitualmente em forma de haxixe) é também uma droga excitante, que ajuda a pessoa a evadir-se para um ambiente especial, provocando um humor próprio, hiperestésias e distorção da sensação de passagem de tempo, e dificultando ao mesmo tempo ao consumidor o acesso à realidade exterior. Por consumidores habituais, entendem-se jovens que consomem cannabis várias vezes por semana, ou

mesmo diariamente, há algum tempo. O seu uso regular é muito opressivo em termos do contacto do consumidor com a realidade exterior, por exemplo nas áreas das amizades, do rendimento escolar e profissional (Neto, 1996).

É importante referir que a cannabis pode ser cultivada numa série de ambientes e cresce espontaneamente em muitas partes do Mundo, logo é muito difícil produzir estimativas convincentes da produção mundial desta substância. O facto desta droga ser cultivadas em espaços interiores e próximos do mercado a que se destina pode levar a que seja menos apreendida (OEDT, 2007).

Em relação à heroína, esta provém de uma planta, a papoila, de onde se extrai o ópio, podendo ser fumada, inalada pelo nariz ou injectada nas veias. O que se procura obter é um flash que é uma sensação breve mas de intenso bem-estar, embora os efeitos tenham uma curta duração e é necessário ir aumentando as doses. O produto passa a provocar então uma quebra do apetite, a queda dos dentes, entre outras coisas, ou seja, leva a uma degradação global do organismo (Silvério, 1998).

Ainda relacionado com a heroína, esta é um calmante e anti-depressivo original, semelhante às endorfinas do organismo humano, “encolhendo” as dores físicas e/ou psíquicas e aumentando, inversamente, a sensação intrínseca de prazer e de bem-estar do utilizador. Tem um efeito imediato de redução da dor psíquica, preenchendo a sensação de vazio, evitando lutos e aumentando, por vezes, as condições físicas e psíquicas, a vontade de trabalhar e o rendimento do trabalho do consumidor. Numa fase de consumos prolongada, se o consumidor não administrar a dose de heroína a tempo e horas, começa imediatamente com sintomas de carência, passando a ser mais um indispensável redutor dos desagradáveis sintomas de carência do que uma substância geradora de prazer, euforia e bem-estar (Neto, 1996).

As anfetaminas e metanfetaminas são estimulantes do sistema nervoso central. O ecstasy refere-se a substâncias sintéticas quimicamente relacionadas com as anfetaminas, mas que diferem um pouco destas quanto aos efeitos. O membro mais conhecido do grupo do ecstasy é o 3,4-

metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), mas podem-se encontrar outras substâncias análogas nas pastilhas de ecstasy (MDA, MDEA) (OEDT, 2007).

Os parâmetros que vêm modular estes efeitos das diferentes substâncias ilícitas prendem-se com o contexto cultural e social a que o consumidor pertence, com as substâncias utilizadas nos consumos e com os consumidores (o peso, o volume, a idade e o sexo podem modificar ligeiramente esses efeitos das drogas). Um uso repetido e contínuo modifica sensivelmente os efeitos de uma droga, tendo em consideração os mecanismos de sensibilização, tolerância e acumulação da substância no organismo. O contexto desempenha também um papel muito importante dos efeitos nos sistemas culturais de regulação, aceitação e controlo dos estados induzidos pelas drogas (Morel et al., 1998).

Tendo em conta os efeitos referidos anteriormente relativamente às várias substâncias de consumo, cada toxicodependente agarra-se àquelas que são as suas preferidas, pois alguns consumidores preferem acalmar-se com a heroína que, ao mesmo tempo, lhes aumenta a sensação de bem-estar e de força interior, outros preferem excitar-se com a cocaína.

O facto de estas substâncias levarem a alterações do humor e do estado de consciência, e de terem propriedades fortemente aditivas, faz com que, muito rapidamente, a pessoa tenha muita dificuldade em passar sem as consumir, o que origina alterações muito grandes no seu comportamento. As drogas alteram profundamente o comportamento dos seus consumidores, sejam originando atitudes dissociais (como roubos e outros actos ilícitos ligados à busca do produto), seja relacionadas com as propriedades psicoactivas do mesmo (quando o indivíduo está intoxicado ou "pedrado") e sejam relacionadas também com a situação do indivíduo abstinente (não consegue trabalhar nem fazer nada para além de procurar o produto) (Neto, 1996).

Também Kaplan, et al. (1993) confirmam os efeitos das drogas no SNC que, se traduzem sobretudo na depressão do SNC (depressores), nas distorções ao nível da percepção do tempo e do espaço (alucinogénicos), nos

problemas pulmonares a longo prazo (canabinóides), na estimulação do SNC, na perda de apetite e nas perturbações mentais (estimulantes).

3. Epidemiologia dos consumos

O World Drug Report (UNODC, 2007 cit por Boland, 2008) estima que 200 milhões de pessoas por ano (5% da população mundial com idades entre os 15-64) usem drogas ilícitas.

Nos resultados dos vários estudos epidemiológicos nacionais, realizados ao longo dos anos, o haxixe tem surgido sempre como a droga que apresenta as prevalências de consumo mais elevadas (IDT, 2008).

A heroína continua a ser a substância mais referida como droga principal dos utentes em tratamento da toxicodependência, constatando-se nos últimos anos uma maior visibilidade de outras substâncias, nomeadamente a cocaína, a cannabis e o álcool. O consumo de heroína tem vindo a perder visibilidade comparativamente a outras drogas, continuando no entanto a ser a principal droga envolvida nos consumos problemáticos e a ter um consumo relevante entre a população reclusa nacional. Comparativamente com os outros países europeus, Portugal continua a situar-se entre os países com as menores prevalências de consumo de drogas, com excepção da heroína, em que o nosso país surge com as maiores prevalências (IDT, 2008).

A cocaína surge, nos estudos mais recentes, como a segunda droga com maior prevalência de consumo, embora muito inferior ao de haxixe. No contexto dos consumos problemáticos, a cocaína e a base de cocaína assumem um papel de relevo, surgindo frequentemente também associadas ao consumo de heroína (IDT, 2008).

O ecstasy tem vindo a ganhar visibilidade, surgindo, nos estudos mais recentes, como a terceira droga com maiores prevalências de consumo nos contextos da população geral. Embora ainda com um papel secundário em contextos mais problemáticos, vem adquirindo maior relevância, nomeadamente entre a população reclusa. Em relação ao consumo de anfetaminas e de alucinogénios, estes encontram-se muito próximos aos de heroína (IDT, 2008).



Em muitos países europeus, a segunda substância ilegal mais consumida é algum tipo de droga sintética, embora à escala europeia existam presentemente mais consumidores de cocaína. O consumo destas substâncias entre a população em geral é habitualmente baixo, mas as taxas de prevalência entre os grupos etários mais jovens são significativamente mais elevadas, e o consumo destas drogas pode ser particularmente alto em alguns contextos sociais ou entre alguns grupos culturais. Globalmente, as anfetaminas e o ecstasy figuram entre as drogas sintéticas ilegais mais prevalentes (OEDT, 2007).

Historicamente, o Ácido Lisérgico Dietilamida (LSD) é a droga alucinogénia mais conhecida, mas os seus níveis de consumo globais mantêm-se baixos e bastante estáveis (OEDT, 2007).

Os consumos das várias substâncias iniciam-se cada vez mais cedo. Assiste-se a um aumento com a idade e, apesar das alterações verificadas ao nível dos sexos, continuam a ser os rapazes quem mais consome, embora no que diz respeito ao tabaco os níveis de consumo se aproximem. Confirma-se assim o agravamento da situação em termos de risco ou ameaça para a saúde e bem-estar dos jovens, sendo crescente a preocupação dos profissionais de saúde na medida em que isto pode também revelar a ineficácia das suas intervenções. Os resultados de alguns estudos (Vinagre & Lima, 2006) indicam que a experiência de consumo aumenta com a idade sobretudo a partir dos 15/16 anos, pois a fase de adolescência é determinante para a adopção de comportamentos de risco, nomeadamente, o consumo de substâncias.

4. A adolescência como período crítico

A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, que se caracteriza por grandes e rápidas mudanças físicas, psicológicas, emocionais, sexuais, cognitivas, comportamentais e sociais (Matos, 2008), sendo também uma fase em que os jovens têm de enfrentar várias escolhas relacionadas com os seus pares, família, escola, saúde e autonomia. Por ser um período de significativas mudanças, leva a uma série de comportamentos

que muitas vezes expõem o jovem a riscos, nomeadamente, ao consumo de substâncias ilícitas.

É necessário re-situar o uso das substâncias modificadoras do Eu no adolescente numa problemática mais ampla no âmbito de diversos aspectos: dos comportamentos de experimentação, de risco e dos comportamentos-sintomas de uma vulnerabilidade preexistente. Perante isto, o consumo de drogas no adolescente pode ter diversos significados que não têm a ver directamente com a natureza do produto (licito ou ilícito) mas também com a história do sujeito, com aquilo que ele espera e investe nesta experiência e na capacidade de resposta ao seu meio (Morel et al., 1998).

Como é um tempo de grandes mudanças a nível físico, psicológico e afectivo, umas vindas do interior do corpo, pelo crescimento e maturação sexual, outras, vindas do exterior, como as obrigações e tarefas do quotidiano que os jovens têm de fazer, leva a que, algumas vezes, passem por instabilidades e desequilíbrios extremos, perturbantes e perturbadores, mas que são necessários para a formação da sua identidade e desenvolvimento da personalidade (Bagagem, 1999).

Um factor importante na vida do adolescente é a sua família e os factores associados à mesma, podendo esta funcionar ao nível da saúde e do bem-estar como um factor de protecção ou, por outro lado, funcionar como um factor de risco. O suporte afectivo e a boa comunicação entre pais e filhos podem funcionar como elementos fulcrais na protecção no meio familiar (Simões et al., 2006).

Os amigos apresentam também uma importância nesta fase da vida dos indivíduos pois são fundamentais para o bem-estar, é com eles que se partilham sentimentos, identidades e interesses comuns. Contudo, dados de vários estudos referem que os amigos são também uma fonte de influência para o comportamento desviante e de risco. Não é só o suporte dos amigos, mas também o dos professores que é determinante para a ligação à escola e para a percepção de bem-estar ou de sintomas psicológicos (Simões et al., 2006).

Na adolescência, o estilo de vida pode ser incorporado em muitas variáveis, tais como hábitos alimentares, exercício físico, consumo de medicamentos, álcool, tabaco, drogas, acidentes rodoviários, idade de início das relações sexuais, saúde oral, gravidez indesejada, infecções sexualmente transmissíveis, ocupação de tempos livres, entre outras. Começa-se a dar alguma importância a outros aspectos como a percepção de saúde, bem-estar psíquico, imagem corporal, relação com o meio familiar, a escola e o grupo de pares (Matos, 2008).

O consumo de substâncias na adolescência pode coincidir com o consumo pelo grupo de pares, pois a associação com os pares que consomem substâncias, aumenta a probabilidade do consumo ser percebido como uma norma e assim reforça-lo (Morton & Chen, 2006). De acordo com Hawkins & Catalano (2005) vários factores podem contribuir para a iniciação e aumento do consumo, podendo ser divididos em factores inerentes à comunidade (acessibilidade às drogas, baixa vinculação com a comunidade e vizinhos), à família (estrutura familiar, estatuto sócio-económico da família, historial na família de comportamentos de consumo de substâncias, conflito familiar, falta de monitorização parental), à escola (fraco envolvimento escolar, insucesso escolar), aos pares (amigos com historial de comportamentos de consumo de substâncias) e ao próprio indivíduo (idade, etnia, sexo).

A nossa sociedade é potencialmente perigosa para os adolescentes no âmbito das consequências negativas em relação à saúde e a origem deste risco relaciona-se com causas associadas a factores de origem social, ambiental e comportamental (Simões et al., 2006).

A literatura mostra ainda que os jovens que têm mais dificuldades no contexto familiar, escolar e com os amigos, apresentam mais frequentemente sintomas de mal-estar psicológico. Neste âmbito, verifica-se ainda que os sintomas de mal-estar psicológico constituem um dos factores determinantes do consumo de substâncias onde a expectativa de que algumas substâncias aliviam o stresse conduzindo a uma sensação de descontração funciona como um importante determinante do consumo destas mesmas substâncias (Matos, 2008).

5. O toxicodependente

O toxicodependente é o “produto de uma sociedade onde progressivamente o valor dos laços e das relações afectivas se vai perdendo e que elegeu o químico e o consumo como valores de felicidade” (Fleming, 1995).

A frustração está relacionada com a incapacidade de concretizar um comportamento motivado. Para o consumidor dependente, qualquer frustração, por pequena que seja, funciona como um obstáculo intransponível, tudo serve para o desencorajar e para lhe tirar a “força”. O toxicodependente sente-se frustrado porque não consegue realizar nenhum dos seus sonhos, “agarrado” como está a um produto que é a essência da sua vida e que não lhe dá espaço nem tempo para realizar seja o que for. O mal-estar do toxicodependente vem da incapacidade que sente em atingir metas internas ou externas (Hapetian, 1997).

O facto de o toxicodependente ser incapaz de reconhecer e de ter consciência do que lhe falta, leva a que procure sucessivamente parceiros onde o vínculo, a confiança e a relação humana, não estejam presentes, levando a que se iluda em relação a uma grande independência (Fleming, 1995).

Dentro da toxicodependência, encontramos diversos tipos de personalidade dos adictos, como a do tipo neurótica (traumas físicos, sexuais e emocionais na infância) e como a anti-social (por vezes uma educação permissiva e défices afectivos como negligência nos cuidados afectivos primários). O sofrimento de angústia neurótico está muitas vezes oculto por debaixo de uma concha narcísica de carácter, que dificulta e destrói a relação de ajuda psicoterapêutica. A depressão e a culpa são actuadas em forma de condutas auto-destrutivas e irresponsáveis, desintegradas de um significado relacional e afectivo. Por outro lado, as tendências anti-sociais ligam-se a uma procura do risco e de ilegalidade, as quais por sua vez se combinam com a permissividade paternal, no abuso e negligência face às pessoas próximas (Neto & Torres, 2001).

A literatura (Dias, 1999) sobre a droga e toxicodependência refere três tipos de consumidores:

- 1) Consumidor ocasional ou experimentador: o indivíduo mantém contactos esporádicos com determinadas substâncias. Não existe qualquer tipo de dependência, sendo possível a convivência com os outros e a manutenção de hábitos quotidianos de forma adequada.
- 2) Consumidor habitual: existe uma dependência de carácter psicológico que leva o indivíduo a procurar utilizar uma determinada substância em determinadas ocasiões, sendo o hábito determinado pela ocorrência de certas circunstâncias.
- 3) Toxicodependente: indivíduo em quem está instalada a dependência física e psicológica. A droga torna-se o centro dos seus interesses e da sua vida, vivendo com e para a droga.

A habituação e a dependência processam-se no indivíduo de forma progressiva, sendo que, com frequência, a tolerância às drogas torna-se impossível de controlar. A este propósito, o Gabinete de Planeamento e Combate à Droga (Nowlis, 1990) refere os seguintes conceitos:

- Tolerância: refere-se à forma como o corpo normalmente se adapta a uma determinada droga, varia de indivíduo para indivíduo e pressupõe um aumento gradual das doses, a fim de se obterem os mesmos efeitos;
- Escalada: diz respeito à necessidade de consumir mais droga, quer aumentando a frequência de uso, quer aumentando as quantidades;
- Escalada nos produtos: ocorre quando um indivíduo tem necessidade de passar de uma droga para outra que provoca maior dependência.

Causas e Consequências dos comportamentos de consumo

Segundo Dias (1999), as causas dos comportamentos de consumo encontram-se agregadas em três vertentes: individuais, familiares e sociais.

As causas individuais são: curiosidade, desejo de pertença ou de filiação em algum grupo, forma de expressar independência ou hostilidade, procura de experiências aprazíveis, procura de risco ou de auto-afirmação, busca de um estado superior de conhecimento ou de criatividade, procura de bem-estar e de

tranquilidade, alívio de tensões, necessidade de evasão ou euforia e, aumento temporário da resistência à fadiga.

As causas familiares estão relacionadas com: ausência de progenitores, demissão de progenitores na educação do indivíduo, indivíduo visto como “bode expiatório” nos conflitos familiares, ausência de equilíbrio nas relações com o indivíduo (pais demasiado autoritários ou permissivos), afastamento do indivíduo como desonra da família, mãe demasiado protectora e, o exemplo dos pais e dos adultos em geral, que fumam, bebem ou tomam comprimidos para ultrapassarem as mínimas contrariedades.

Por último, as causas sociais são: a cultura do meio social em que vive, a escola vivida como experiência aborrecida e desligada dos problemas da vida real ou dos próprios indivíduos, dificuldades no primeiro emprego e frustração produzida pela desocupação forçada, desigualdades sociais de oportunidades e, choque contínuo entre valores transmitidos pela família, pela escola e pela igreja ou outros, pertencentes a realidades diferentes.

Quando nos referimos a um consumidor de drogas, temos em conta que tipo de percurso (Quadro 1) os consumidores tiveram na sua vida. Em cada etapa desse percurso, são atribuídas determinadas consequências ao consumo de drogas, que levam a um extremo, a dependência de substâncias psicoactivas.

Tabela 1 – Consequências do consumo de droga (Dias, 1999)

Percurso no consumo	Consequências
(1) Primeiro contacto	Inexistência de problemas ou problemas sem gravidade
(2) Experimentação	Período de experiência sendo os problemas um pouco mais frequentes mas não são ainda dramáticos
(3) Consumo regular	Problemas determinados e em constante crescimento, podendo o consumidor ainda parar espontaneamente
(4) Consumo abusivo	Começa a definir-se um perfil com problemas, sendo a paragem espontânea cada vez mais difícil
(5) Dependência	Recuperação apenas possível com a ajuda de profissionais
(6) Toxicomania	Vida dramática dos consumidores de droga

Segundo Hapetian (1997), quando analisamos o percurso do consumidor de drogas, podemos distinguir 3 momentos fundamentais:

- 1) A “lua-de-mel”: inicia-se com o consumo quotidiano. Uma pequena dose de heroína ou cocaína chegam para a “viagem” ao paraíso, uma vez que estas drogas provocam um prazer muito forte, um grande bem-estar. Nesta altura é tudo bom, ainda não é preciso muito dinheiro, vão-se conseguindo dar umas “tangas” em casa e inventam-se algumas despesas.
- 2) A habituação do organismo ao produto. Isto significa que, a mesma quantidade de droga não chega para atingir o prazer que se atingia na fase da “lua-de-mel”. O prazer é bem menor e, normalmente, a solução é aumentar a dose ou mudar para uma droga mais forte. Começam a surgir problemas como as mentiras, pequenos roubos e saídas a horas menos apropriadas.
- 3) Já não há nenhum prazer no consumo. O toxicodependente droga-se apenas para não se sentir mal e para poder fazer a sua vida “normal”. Vida normal para o toxicodependente consiste em levantar-se, deitar-se, comer e consumir drogas. Neste período o descontrolo é total e todos os meios se utilizam para conseguir “sobreviver”.

Dependência e Co-dependência

Perante tudo o que foi apresentado anteriormente acerca do toxicodependente, observa-se que, o consumo de drogas não constituiu apenas uma dependência como fenómeno individual e descontextualizado, mas é também uma co-dependência.

Uma dependência, se a encararmos de forma sistémica, é constituída por um conjunto de interacções da família com os produtos ilícitos consumidos por um ou vários dos seus membros. O conceito de co-dependência designa um facto central da toxicomania e de todas as formas de adicção: o facto de que nunca se está dependente sozinho, ou seja, todo o meio que rodeia um sujeito é implicado pela dependência deste último (Angel & Angel, 2005).

Assim, o comportamento de co-dependência abrange vários tipos:

- 1) Co-dependente directo: apresenta o tipo de comportamento mais difícil para uma terapia (é o que fornece ou contribui para fornecer a droga ou o dinheiro);
- 2) Co-dependente indirecto: opõe-se à adicção, mas ao mesmo tempo protege o toxicómano e evita que este assuma as responsabilidades;
- 3) Co-dependente tolerante: desempenha o papel de vítima;
- 4) Co-dependente perseguidor: controla e induz os comportamentos autodestrutivos do toxicómano.

Seja qual for o caso de co-dependência, esta pode ser definida como uma adicção a uma pessoa e aos seus problemas, e portanto apresenta as características típicas de qualquer adicção: negação, obsessão, compulsão e perda de controlo. Designa ainda um modelo relacional singular que se instaurou entre todos os membros, num momento determinado da história da família, a partir de uma toxicomania individual. Isto acontece mais nos sistemas familiares rígidos, pois nas famílias com um funcionamento mais flexível, o pedido terapêutico vai efectuar-se em torno de conflitos de adolescência, de insucessos escolares e de estados depressivos que revelam um sofrimento familiar significativo. Os sistemas familiares rígidos caracterizam-se pela gravidade dos sintomas apresentados, pela ausência de questionamento do seu modo de funcionamento e pela fraca adesão à estratégia terapêutica proposta (Angel & Angel, 2005).

Capítulo II

Tratamento da adicção às drogas

Capítulo II

Tratamento da adicção às drogas

1. Procura de tratamento

Cada vez é mais frequente o tratamento de adicção ao álcool e drogas ilícitas, embora ainda exista um grande número de adictos que não se recuperam. São então muitas e diversificadas as formas de intervenção com esta população, como Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas (privadas ou públicas), CAT (Centro de Atendimento a Toxicodependentes), entre outros. Neste estudo estudamos apenas adictos em recuperação em Comunidades Terapêuticas.

No âmbito da procura de tratamento da toxicodependência, em 2007 estiveram integrados em ambulatório na rede pública 34 266 utentes, 5124 dos quais em primeiras consultas (novos utentes), tendo sido efectuadas 467 789 consultas de seguimento, o valor mais elevado de sempre. Na rede pública e convencionada estiveram internados 2977 utentes em Unidades de Desabilitação, 3167 em Comunidades Terapêuticas e 300 utentes frequentaram os Centros de Dia. Na rede licenciada sem convenção estiveram internados 219 utentes em Unidades de Desabilitação, 1390 em Comunidades Terapêuticas e 231 utentes frequentaram os Centros de Dia. De um modo geral, comparativamente com o ano anterior, verificou-se um aumento do número de indivíduos que recorreram às estruturas de tratamento da toxicodependência na rede pública e convencionada (IDT, 2008).

A nível do regime ambulatório, em 2007 foi, pela primeira vez desde 2000, invertida a tendência de decréscimo de novos utentes, provavelmente devido a uma maior e melhor articulação das respostas no terreno. Manteve-se a tendência de crescimento do número total de utentes em ambulatório bem como de consultas de seguimento e de utentes integrados em programas terapêuticos com agonistas opiáceos. A nível do internamento e apesar das variações anuais, constata-se uma estabilidade do número de internamentos em Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas da rede pública e convencionada. Na rede licenciada sem convenção, comparativamente a 2006, em 2007 verificou-se um decréscimo do número de internamentos em

Unidades de Desabilitação representando o valor mais baixo desde 2000, e um acréscimo do número de internamentos em Comunidades Terapêuticas representando o valor mais elevado dos últimos seis anos (IDT, 2008).

Segundo o OEDT (2007), na Europa, entre as abordagens mais comuns aos problemas causados pela cannabis, incluem-se as seguintes: serviços em regime ambulatorio a curto prazo, aconselhamento, programas escolares e actividades preventivas de proximidade. Geralmente, as intervenções parecem basear-se em abordagens de intervenção breves e, embora não exista um forte consenso sobre o que constitui uma prática eficaz, esta pode ser uma abordagem útil. O número de pedidos de tratamento por consumo de anfetaminas e ecstasy é relativamente pequeno.

2. Abordagens psicológicas no tratamento de toxicodependentes

Não é só no conceito de toxicodependência que encontramos diferentes abordagens psicológicas, também no tratamento desta adicção são várias as perspectivas e abordagens encontradas. Por um lado, e muito debatido, temos o modelo informativo-comunicacional onde se enfatiza a relação entre os conhecimentos, atitudes e comportamentos do sujeito, depois temos uma perspectiva humanista que dá importância aos factores afectivos do adicto, debruçamo-nos também na abordagem neo-behaviorista que mostra como os factores externos e influências sociais podem favorecer o consumo de drogas e, por último, referimos o modelo sócio-afectivo que faz uma tentativa de integrar os factores de cada modelo anterior. Passamos a explicar cada uma destas abordagens de forma mais específica.

Começando pelo modelo informativo-comunicacional, este enfatiza a importância dos factores cognitivos na mudança de atitudes, ou seja, é a relação entre conhecimentos, atitudes e comportamentos que permite uma postura positiva face consumo abusivo de substâncias. O modelo informativo baseia-se no aumento do conhecimento face ao consumo das drogas, criando obstáculos ao uso das mesmas porque desencadeia uma resposta racional (“eu sei que as drogas são prejudiciais”) e emocional (“tenho medo das consequências que as drogas podem provocar”), tendo este modelo como estratégias de intervenção a preparação cognitiva através da aquisição e o

treino de competências (Barbosa, 2007). Esquece, porém, que não basta conhecer para dizer não (Pereira & Moreira, 2000).

Por outro lado, existem variáveis internas e externas que medeiam o processo de receber informação e, a partir delas, permitem adoptar comportamentos, como referem as abordagens humanistas (Pereira & Moreira, 2000) que, enfatizam a importância dos valores, crenças e atitudes e sugerem, para além dos conhecimentos acerca das substâncias, a importância das variáveis afectivas na avaliação que os sujeitos fazem da situação. O que é essencial para este modelo são as estratégias que abordem a tomada de decisão, o papel activo dos sujeitos e a clarificação dos valores. Segundo Barbosa (2007), o modelo humanista assenta nos factores afectivos, ajudando os indivíduos a compreenderem-se numa sociedade consumidora de drogas. Como objectivos de intervenção deste modelo, temos: a promoção do auto-conhecimento e da tomada de decisão responsável e proporcionar experiências em que o significado e funções das drogas possam ser analisadas e discutidas livremente.

Para a perspectiva Neo-Behaviorista, a iniciação do consumo poderá estar associada à ausência de competências sociais como a assertividade, de onde resulta ser a aprendizagem a base dos comportamentos. Este modelo diz-nos que os esforços preventivos devem direccionar-se no sentido de dotar os sujeitos de competências que lhes permitam superar as condições do meio ou de competências comportamentais necessárias para dizer "não". A principal lacuna deste modelo parece ser a minimização dos factores afectivos que são centrais para a perspectiva humanista.

Segundo Barbosa (2007), o modelo cognitivo-comportamental refere-se à iniciação ao uso das drogas relacionando os factores externos e influências sociais, ou seja, o indivíduo que está em risco de ceder às pressões sociais que favorecem o uso das drogas, pode recorrer ao uso de drogas por não possuir competências sociais adequadas. Perante isto, os objectivos de intervenção propostos passam por possibilitar o indivíduo de identificar as influências sociais de pressão para usar drogas, favorecer o desenvolvimento de competências para resistir às pressões, as competências devem reflectir uma vasta gama de fontes de influência (família, grupos de pares, publicidade) e finalmente o desenvolvimento destas competências deverá reforçar a crença

de que se pode resistir com sucesso e de um modo socialmente aceitável a essas pressões.

Ainda em relação às abordagens, poderá ocorrer mudanças no seio familiar que influenciem o tratamento da adicção às drogas. Para Minuchin (cit por Barbosa, 2007), a mudança deve ocorrer na estrutura da família e nas posições dos seus membros, ou seja, o objectivo é mudar a organização familiar de tal modo que as experiências da família se alterem. A finalidade é dirigida tanto à mudança do sintoma como ao crescimento da família pela criação de uma nova estrutura, onde uma das características das famílias toxicodependentes é o facto de as fronteiras serem rígidas. Esta perspectiva dá um grande ênfase ao papel da família, esquecendo-se das dimensões humanas do indivíduo.

Todas estas abordagens, num esforço de ultrapassar as limitações geradas por modelos anteriores, ficam num reducionismo pois limitam-se à valorização de uns factores em prejuízo de outros. Na tentativa de superar as limitações das abordagens existentes e num esforço de integrar os factores que cada uma delas aborda individualmente, surge o modelo sócio-afectivo, uma abordagem alternativa de prevenção, que conceptualiza a "iniciação ao consumo de álcool e drogas como resultado da "actuação" de factores sócio-culturais e interpessoais específicos bem como de certas variáveis "individuais" (Carvalho (1990 cit por Pereira & Moreira, 2000)). Segundo este modelo multimodal, as estratégias preventivas valorizam quer as variáveis individuais (como as atitudes, crenças, valores, auto-conceito, auto-estima, cognições, tomada de decisão), quer sociais (como o processo de aprendizagem e pressão social). A mudança é como um processo interactivo que envolve factores cognitivo-afectivos e situacionais.

O tratamento do toxicodependente é assim um processo bastante complexo e que requer, tanto por parte do adicto como dos terapeutas, um grande esforço e dedicação, independentemente dos modelos ou abordagens aplicadas no tratamento. Não existe um modelo que consegue responder a todos os tipos de dependências e dependentes nem existe um tratamento que apenas se baseie em apenas um tipo de abordagem.

3. Diferentes métodos de intervenção

Tendo em conta o que foi referido sobre as abordagens psicológicas sobre o tratamento de adicção às drogas, o adicto pode recorrer a vários métodos que existem e, o quadro que se apresenta de seguida mostra-nos as metodologias de intervenção¹ mais frequentes no nosso país:

Dimensão	Efeito
Comunidades Terapêuticas	-Possibilidade de intervenção psicoterapêutica em doentes alexitimicos; -Modificação estável de traços patológicos das suas personalidades.
Psicoterapia Emocional	- Redução dos efeitos da alexitimia (Casriel, 1988).
Centragem na família e recurso a medicamentos antagonistas/aversivos	- Prevenir faltas e atrasos nas consultas; - Obter informações de confiança; - Conseguir uma matriz terapêutica familiar; - Aumentar o poder terapêutico e diminuir recaídas; - Acelerar a maturação do jovem; - Trabalhar com economia de meios; - Conseguir uma matriz terapêutica onde possam inserir-se tratamentos mais específicos.
Doze Passos	- Autocrítica e humildade saudáveis; - Espiritualidade; - Descentração do egocentrismo; - Conseguir a intervenção de um grupo de suporte; - Redução dos efeitos da alexitimia.

Quadro 2 – Metodologias de intervenção (Neto & Torres, 2001)

Pela observação do quadro, percebe-se que cada metodologia de intervenção tem os seus objectivos e funciona de forma diferente. Os programas terapêuticos com internamento (como-a Comunidade Terapêutica) têm a vantagem de maiores possibilidades de intervenção, sendo apenas

¹ O objectivo principal será combinar as diferentes formas de intervenção, de um modo adequado a cada caso.

favorável quando o adicto já desenvolveu a dependência fisiológica, na medida em que facilita a desintoxicação, mas, mesmo assim deve ser complementado com o tratamento psicossocial e baseado na comunidade (Moreira et al., 2005). Estas intervenções são, por hábito, longas, duram vários meses e, aparentemente quanto maior a estadia do indivíduo, maior é a oportunidade de obter abstinência após a alta, quando o indivíduo retorna ao seu meio ambiente de origem (Lima & Fuks, 2006).

Os métodos realizados em regime ambulatorio têm a vantagem de reduzir os custos de tratamento e de tratar os doentes em condições de vida real. Os programas dos Doze Passos como os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA) constituem um excelente meio de tratamento, onde nestas reuniões, os membros devem partilhar as suas experiências de recuperação, mostrando ao adicto que não está sozinho e que é possível encontrar um estilo de vida melhor (Schuckit, 1998). Sem que tenham o rótulo terapêutico, estes meios são essenciais para a obtenção de resultados favoráveis no tratamento pois o paciente desenvolve a capacidade de evitar comportamentos associados ao consumo, lidando melhor com os relacionamentos e com as fontes de stress, aumentando a auto-estima e promovendo uma mudança significativa do seu estilo de vida. Estas intervenções têm uma ampla aplicação na fase do tratamento que se segue à prevenção de recaída (manutenção da abstinência) e à mudança de vida (Marques, 2007).

Sendo assim, as metodologias como as Comunidades Terapêuticas e os Grupos de AA e NA fundamentam-se nos Doze Passos, e o processo terapêutico focaliza as intervenções pessoais e sociais atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente, em ambientes seguros em relação ao consumo de drogas.

Em termos de intervenções farmacológicas, podem-se escolher substâncias ou métodos que interfiram com a acção da substância no corpo, eliminando as sensações positivas resultantes do consumo da substância ou provocando repulsão a esse consumo. O principal problema desta intervenção é a sua não-aceitação pelo paciente pois os que têm uma história de grandes consumos são muitas vezes incapazes de seguir a terapia farmacológica de uma forma contínua (Marques, 2007). Estudos científicos demonstram que o

tratamento de substituição mais comum é a manutenção com metadona, sendo eficaz para reduzir o dano relacionado com a substância, sem consequências negativas para a saúde. Uma outra indicação da intervenção terapêutica farmacológica é a redução de sintomas de abstinência aquando da interrupção do consumo de droga e quando estes sintomas não são controlados, muitas vezes, levam o sujeito a voltar ao consumo (Marques, 2007).

Por último, achamos ainda importante referir a Terapia Emocional de Casriel que além de ser uma metodologia de intervenção, é também aplicada em vários contextos de tratamento, como as Comunidades Terapêuticas. Também designada de Bonding, este método terapêutico enfatiza a expressão das emoções básicas e a mudança de atitudes, mediante o contacto/conforto corporal, a respiração e o grito, com o intuito de obter bem-estar e prazer pessoal. No entanto, as memórias de situações passadas fazem emergir emoções sentidas como negativas (dor, medo e zanga) que impedem a vivência e a expressão de outras emoções e sentimentos (amor e prazer). Esta terapia visa ainda a mudança dos comportamentos negativos (desonestidade, mentira, manipulação) que prejudicam o próprio e os que o rodeiam. Nas relações humanas saudáveis, o objectivo da mudança de atitudes dos pacientes é que se tornem mais assertivos, para que possam, de forma mais adequada, afirmar a sua existência, identidade, necessidades, capacidades, direitos e méritos (Sanches, 2001).

Mas não é só em métodos que o tratamento da adicção se baseia, também existem várias técnicas que apoiam este tipo de intervenção, devendo-se ter sempre em conta a aplicação de várias e não apenas de algumas, deve-se fazer uma integração das mesmas no tratamento.

Assim, temos as seguintes “técnicas” empregues no processo de tratamento:

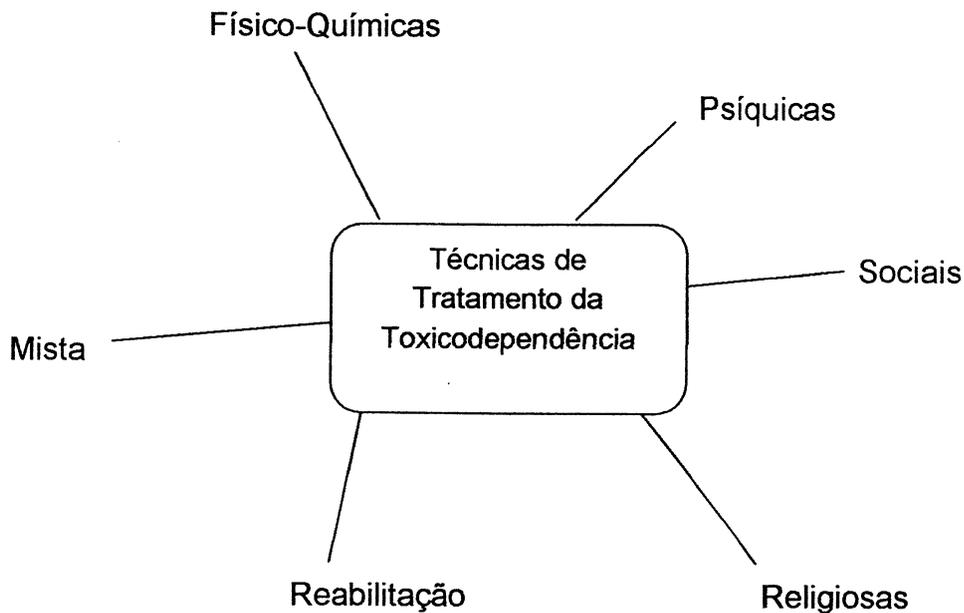


Figura 2 – Técnicas de intervenção no tratamento (Dias, 1999)

O processo de intervenção com adictos não se limita a tratar sintomas provocados pela privação aguda da substância, devendo ir mais além, compreendendo a pessoa na sua globalidade, como um ser bio-psico-sócio-cultural. É necessário intervir em diversas dimensões: uma dimensão física que engloba o tratamento do sofrimento físico imediato, o síndrome de abstinência, a desintoxicação e as doenças somáticas; uma dimensão psíquica que inclui o tratamento do “craving” pela droga e a organização de estratégias de prevenção de recaída, e uma dimensão social onde está a reinserção e reconquista da autonomia ao nível institucional e familiar (Marques, 2007). Há ainda as questões religiosas, havendo um aconselhamento espiritual nos adictos.

4. Diferentes tipos de prevenção

Numa tentativa de resolver o problema da droga, as diferentes instituições procuram, pelos diversos meios, fazer prevenção. A prevenção fundamenta a sua actuação na perspectiva triangular já referida anteriormente: a droga, o indivíduo que a utiliza e o meio sócio-cultural em que a utilização da

droga se insere. As abordagens de prevenção têm tido ao longo do tempo um maior reconhecimento, dando importância ao papel que os factores de estilo de vida desempenham na modelação das atitudes face ao consumo de droga e em contestar a crença de que o consumo de droga é um comportamento normal ou aceitável (OEDT, 2007).

Independentemente dos modelos adoptados, a prevenção estrutura-se em três tipos: primária, secundária e terciária (Silvério, 1998):

- *Prevenção Primária*

Tendo simultaneamente presente a substância, o indivíduo e o meio sócio-cultural, a prevenção primária procura, através da educação e responsabilização, actuar sobre o meio e as pessoas, de forma a evitar que se gerem problemas ou perturbações relacionados com a droga.

- *Prevenção Secundária*

Tem como objectivo suprimir ou modificar os problemas relacionados com a droga e para isso, utiliza um conjunto de acções que conduzem ao tratamento do toxicómano, como por exemplo: desintoxicação física ou psíquica, entrevistas individuais, terapias individuais ou de grupo, etc. A prevenção secundária está, no entanto, dependente da atitude do indivíduo em querer recuperar-se e pode ser necessário separá-lo do meio que o influencia negativamente.

Nesta fase, existem diferentes perspectivas: para uns o toxicodependente dever ser isolado e tratado fora do seu meio social (por exemplo, o internamento em Comunidades Terapêuticas), para outros, o toxicodependente dever ser internado mas não perder o contacto com o meio exterior e, por último, o indivíduo dever ser tratado sem deixar o seu meio social.

- *Prevenção Terciária*

Após a saída do centro de tratamento, a prevenção terciária procura acompanhar e apoiar o adicto em recuperação e, eventualmente, a família, por forma, a que a reinserção social seja adequada.

Tipos de Prevenção		
PRIMÁRIA	SECUNDÁRIA	TERCIÁRIA
Antecipação	Modificação	Reinserção
- Informação - Educação - Responsabilização	- Perturbações - Problemas de Aplicação de "técnicas"	- Acompanhamento - Apoio

Quadro 3 - Tipos de Prevenção (Dias, 1998)

5. Comunidade Terapêutica

A presente investigação, visa estudar adictos em tratamento em regime de internamento, na metodologia de Comunidade Terapêutica (CT), daí se justificar a revisão teórica mais profunda acerca desta metodologia de forma a conhecermos como funciona uma CT. Esta descrição refere-se às Comunidades Terapêuticas de uma forma geral.

A denominação de Comunidade Terapêutica teve a sua origem na Grã-Bretanha e foi criada por Maxwell Jones no início dos anos cinquenta. Estas comunidades, ditas democráticas (em oposição às comunidades norte-americanas ditas hierárquicas e programáticas) designavam inicialmente estruturas no seio dos hospitais psiquiátricos para transformar o funcionamento do hospital introduzindo procedimentos de decisões participativas, tentando uma melhor partilha dos poderes entre prestadores de cuidados e utentes e responsabilizando o paciente face à sua evolução (Morel, et al., 1998).

No início dos anos sessenta e pelo aparecimento de "novos toxicodependentes", assiste-se à multiplicação, primeiro nos Estados Unidos e depois na Europa, de Comunidades Terapêuticas para toxicodependentes. Surgiram historicamente como resposta à ineficácia da Instituição Psiquiátrica para satisfazer as necessidades das pessoas com problemas de Saúde Mental (o modelo de Maxwell Jones) e com graves problema de abuso de drogas (o modelo de Daytop).

Estes dois modelos caracterizam-se pela relevância dada ao grupo enquanto modalidade terapêutica, por assumirem que o paciente/toxicodependente possuiu potencialidades de mudança e por a relação intersubjectiva e a análise da mesma ser um factor potenciador da

transformação pessoal (Vieira, 2007). A Comunidade, que funciona sempre como uma microssociedade, deve permitir controlar os comportamentos individuais pelo grupo (Morel et al., 1998).

Embora o funcionamento de uma C.T. tenha certas dimensões democráticas, incentive a participação e a capacidade de auto-ajuda de cada residente, há um conjunto de normas não sujeitas a discussão e cuja infracção implica castigo ou mesmo expulsão. As mais evidentes são: a proibição do uso de drogas, de contactos sexuais e o uso de violência, bem como a explicitação de regras tendentes a obstar actos criminais no exterior da comunidade (Anita, 1997 cit por Tinoco, 2006).

Na intervenção em C.T. surgem alguns problemas ligados às características comuns da população toxicodependente: dificuldade que muitos têm de entrar e sobretudo de se manterem num processo terapêutico. Isto está ligado com o medo que o toxicómano tem de se confrontar com aspectos intoleráveis de si próprio, confronto que consegue evitar através do consumo da droga. Uma segunda dificuldade é a de se envolverem pessoalmente no processo e de manterem as mudanças alcançadas, o que conduz a recaídas recorrentes, o que se relaciona com a frustração e insucesso no tratamento de toxicodependentes, onde o abandono surge, em muitos casos, quando o sintoma perde a centralidade na relação terapêutica e começa a ser inevitável passar do paciente/drogado para o paciente/pessoa (Prata, 2000).

Um outro problema de difícil resolução no tratamento é o que diz respeito ao envolvimento pessoal do paciente no processo onde um processo psicoterapêutico verdadeiro só é possível de realizar quando o paciente deseja fazê-lo, e considera que ele é importante para os seus objectivos pessoais e onde familiares e técnicos, poderão desempenhar funções de auxiliares terapêuticos.

Por último, uma quarta dificuldade diz respeito à manutenção da mudança durante e após o final de um programa terapêutico e as intervenções psicológicas possuem dois níveis distintos de objectivos: promover mudanças no comportamento (relacionado com o consumo de drogas e "estilo de vida") e promoção de mudanças no funcionamento mental (de modo a que o indivíduo se possa tornar mais autónomo, menos dominado pelos impulsos e pela sua satisfação imediata, menos dependente dos objectivos externos, mais capaz de

pensar e de se pensar, bem como de pensar sobre os outros e de os ver como sujeitos) (Prata, 2000).

Segundo Sanches (2001) para que as pessoas adictas possam preencher o vazio que ficou de largar as substâncias e o modo de viver, devem passar a: reconhecer as suas dificuldades e limitações, procurando superá-las, num contexto de inter-ajuda; satisfazer as necessidades fundamentais (bem-estar pessoal sem o recurso a substâncias adictivas); adquirir novas competências relacionais que possibilitem ganhar o gosto de estar com as pessoas e, ganhar assertividade na afirmação da identidade, necessidades, capacidades e méritos pessoais.

O processo de mudança do adicto dentro da CT é muito alargado e abrangente, como já podemos verificar em pontos descritos anteriormente. De uma forma resumida, salientamos os seguintes aspectos: stop ao consumo de substâncias; compreensão e aceitação de regras; reaprender hábitos de cuidados com a saúde; enfrentar as dificuldades e consequências dos seus actos; pedir ajuda; incorporação nos sectores de trabalho; controlar os impulsos e conflitos; confrontar quando necessário; reparação dos danos causados ao próprio e aos outros; aprendizagem de competências e atitudes assertivas e, processo de separação da família. Em relação a este último aspecto, mesmo estando o adicto internado na CT, as famílias continuam a fazer parte deste processo de recuperação, pois podem ter um papel importante na reabilitação do adicto. Os adictos estão separados da família, longe dela, mas esta continua a ter um papel fundamental na sua vida, principalmente na sua recuperação. As sessões de terapia familiar servem para a resolução de problemas e conflitos entre os membros da família para que o adicto possa continuar no seu tratamento estando em sintonia com o seu sistema familiar.

Capítulo III

A saúde do toxicodependente

Capítulo III

A saúde do toxicodependente

Neste último capítulo teórico, pretende-se focar a questão da saúde e de bem-estar do adicto. Durante os consumos, muitos são os comportamentos de risco do adicto em relação à sua saúde, prevenção, doenças sexualmente transmissíveis, alimentação descuidada, entre outros aspectos.

São hábitos e estilos de vida que mudam e que com o tempo se tornam pouco saudáveis.

1. Conceitos de saúde e bem-estar

A definição de saúde acentua a noção de bem-estar como uma das suas componentes mais importante. A OMS define saúde como “um estado de completo desenvolvimento físico, mental, social e bem-estar e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (1948 cit por Stroebe, 2000). Esta definição revela-se importante, primeiro, por enfatizar o bem-estar como critério para a saúde, abandonando a tradicional perspectiva de definição de saúde em termos negativos, ou seja, como ausência de doença. Em segundo lugar, reconhece que o estado de saúde pode variar em termos de diferentes dimensões, ou seja, a nível físico, mental e o bem-estar social, abandonando a ênfase exclusiva na saúde física, que tinha sido típica das definições anteriores.

A promoção de saúde pode ser definida como “uma combinação planeada a nível educativo, político, regulamentar, e suporte organizacional para a acção e as condições de vida conducentes para a saúde dos indivíduos, grupos ou comunidades” (Green e Kreuter 1991 cit por Stroebe, 2000). Os vários países que adoptam políticas de promoção de saúde têm direccionado a sua intervenção principalmente para a prevenção primária, através da modificação dos factores subjacentes ao estilo de vida (por exemplo, fumar, beber demasiado muito álcool, comer alimentos gordos, sedentarismo).

Thoresen e Eagleston (1985 cit por Ogden, 2004) resumem do seguinte modo o que está implícito no conceito de saúde:

- a) A saúde é o estado habitual dos indivíduos, e está subjacente à capacidade das pessoas implementarem acções de rotina como, por exemplo: comer, fazer exercício, relaxar, relacionar-se com os outros, etc.;
- b) A saúde é mais do que a ausência objectiva de patologia fisiológica específica;
- c) A saúde existe num contínuo temporal dinâmico, flutuando em resposta adaptativa às exigências percebidas pelo indivíduo, tanto internas como externas que ocorrem ao longo do tempo;
- d) A saúde não pode ser compreendida independentemente do contexto físico e social, sem ser como parte do equilíbrio ecológico;
- e) A saúde envolve a energia disponível para realizar determinadas tarefas com sucesso e;
- f) A saúde fica debilitada quando há insuficiente energia para satisfazer as exigências da vida do dia-a-dia e para manter um sentimento de equilíbrio e de harmonia.

Segundo O'Donnell (1986 cit por Ogden, 2004) a saúde abrange cinco dimensões, cada uma delas incluindo várias áreas que devem coexistir equilibradamente: 1) a saúde emocional que inclui a gestão de stresse e os cuidados com as crises emocionais; 2) a saúde social abrangendo relações com amigos, família e comunidade; 3) a saúde intelectual que abrange a educação, o desenvolvimento da carreira e a realização intelectual; 4) a saúde espiritual que abrange aspectos como o amor, a esperança, a caridade, os objectivos de vida e; 5) a saúde física que abrange a condição física, a alimentação, os cuidados médicos e o controlo do abuso de substâncias.

A saúde é definida como um estado elevado de bem-estar físico, emocional, social, cognitivo e espiritual pelo que a redução dos deficits negativos pode não corresponder automaticamente a um aumento dos recursos positivos. Capacitar as pessoas para exercerem controlo sobre os determinantes da sua saúde é ajudá-las a adoptar estilos de vida que potenciem os respectivos recursos pessoais, influenciando positivamente o

meio em que se inserem, incrementando comportamentos saudáveis e introduzindo hábitos que criem maior qualidade e satisfação de vida (Silva, Matos & Diniz, 2008).

Uma grande parte dos comportamentos que ameaçam a saúde dos adolescentes e o seu bem-estar a curto, médio e longo prazo, com substancial afectação das próprias potencialidades e recursos, têm a ver com o uso e abuso de substâncias (álcool, tabaco, substância ilícitas), com a violência, com os distúrbios de alimentação, com as doenças sexualmente transmissíveis, com a gravidez na adolescência e com hábitos de sedentarismo. Muitos destes comportamentos aparecem associados a ambientes de risco, a sistemas inadequados de apoio à promoção de estilos de vida saudáveis, a falta de informações correctas, a contextos pouco interessantes, interessados e preocupados. Muitos padrões de comportamento e problemas de saúde adquiridos na fase da adolescência permanecerão para toda a vida (Silva, Matos & Diniz, 2008).

Várias são os factores que afectam directamente a saúde, entre eles as desigualdades sócio-económicas. Quanto mais baixo o estatuto sócio-económico, mais problemática é a saúde, ou seja, existe uma relação próxima entre saúde, comportamento de risco, bem-estar e condições económicas. Quanto melhor for o estatuto sócio-económico, maiores são as oportunidades de fazer exercício físico e ter uma alimentação saudável (WHO, 2000).

Tendo em conta o que foi referido anteriormente, o conceito de saúde está, intimamente, relacionado com o de bem-estar e estilo de vida.

O conceito de bem-estar é multifacetado, englobando a ausência de doenças e a presença de estados emocionais/afectivos positivos, bem como, uma componente cognitiva do bem-estar e felicidade percebida. A avaliação cognitiva geral da vida que inclui a percepção subjectiva de bem-estar constitui o grau de satisfação com a vida (Neto, 1996).

Um estilo de vida saudável é um conjunto de padrões comportamentais ou hábitos que mantêm uma estreita relação com a saúde e quando nos referimos a um estilo de vida de risco falamos de um conjunto de padrões comportamentais que constituem uma ameaça ao bem-estar físico e psíquico e conduzem a consequências negativas para a saúde e desenvolvimento do indivíduo (Rodrigo et al. (2004 cit por Matos, 2008)).

2. Factores de risco e o consumo de substâncias

O risco é a consequência de uma decisão relativa à exposição a situações nas quais se procura a satisfação de um desejo, onde existe a possibilidade de perda, sofrimento físico ou psicológico, incluindo a participação em actividades ou formas específicas de comportamento que podem comprometer a saúde física e mental ou aumentar a susceptibilidade a uma determinada doença (WHO, 2000).

Os factores de risco podem ser definidos como qualquer influência que aumenta a probabilidade de determinado comportamento.

Os factores de risco podem ser vistos como “elementos, características ou circunstâncias detectáveis de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, com grande probabilidade de desencadear ou associar ao desencadeamento de um determinado evento indesejado”. “Assim, o factor de risco não é necessariamente o factor causal pois quando o factor de risco não é a causa do acontecimento, é chamado “modulador” ou “marcador”, porque marca ou influencia o aumento da probabilidade da ocorrência do comportamento”. Estes factores podem ser “indicadores ou causas associadas ao comportamento e a sua importância estabelece-se porque podem ser observados ou identificados antes da ocorrência do facto que predizem”. Usualmente, não existe uma relação directa e fechada entre um factor de risco e um determinado acontecimento, existe é “uma associação de causas e efeitos múltiplos que interagem ou estão associados ao aumento da probabilidade ou ao desencadeamento do dano” (Eisenstein, 1997 cit por Marques, 2007).

De acordo com um estudo realizado por Simões (2005) os principais factores de risco para o consumo de substâncias ilícitas são:

- a) Os contextos sociais frequentados;
- b) A reduzida ou inexistente percepção do risco;
- c) A existência de amigos consumidores;
- d) A oferta de substâncias pelos amigos;
- e) O facto de consumir ser uma das normas do grupo de referência;
- f) A curiosidade e expectativas acerca dos consumos;
- g) A procura de novas sensações;
- h) O consumo de tabaco (que embora sendo uma substância lícita, pode levar a consumos de substâncias ilícitas);

- i) A disfunção familiar e as fracas ligações familiares;
- j) A falta de ligação à escola ou actividade profissional e o insucesso escolar ou laboral e;
- k) A existência de tempos livres.

A aquisição de hábitos de consumo de substâncias nocivas à saúde pode ser influenciada por diversos factores tais como a idade, a etnia, a estrutura familiar, o estatuto sócio-económico da família, atitudes de consumo da família e dos amigos, ligação com a família e com os amigos, fraco envolvimento escolar ou profissional, sintomas de stresse, ansiedade e depressão, problemas de auto-estima e outras características da personalidade. Considera-se que o início do uso de substâncias antes dos 15, 16 anos constitui um factor de risco para uma variedade de problemas de saúde mental, de eventual abuso de álcool e drogas e má adaptação no mundo adulto. O stresse e a depressão são também considerados factores de risco para o consumo de substâncias (Matos & Gaspar, 2008).

Vários são os domínios em que os factores de risco se dividem, embora existam diversas conceptualizações acerca dos mesmos. Rosa et al., (2000), aponta como domínios dos factores de risco o pessoal, o familiar e o sócio-demográfico. Por outro lado, de acordo com Kim et al., (2002) os factores de risco mais comuns podem ser colocados em três domínios: o pessoal, o interpessoal e o contextual, e são estes três domínios que consideramos pertinentes passar a explicar.

a) Pessoais

No que se refere ao domínio da personalidade, são incluídas as diferenças genéticas e bioquímicas relacionadas com o alcoolismo, procura de novas sensações, baixa auto-estima, alienação, impulsividade, agressividade, a existência de comportamentos anti-sociais, e problemas emocionais, bem como o aparecimento precoce de problemas de comportamento (Matos, 2008).

Ao nível das características pessoais, alguns autores têm dado especial atenção ao que chamam de “procura de sensações”. Esta é definida por uma necessidade de ter um conjunto de experiências novas, variadas, e intensas que levam os indivíduos a terem comportamentos de risco, com o objectivo de

alcançarem essas sensações, ou seja, existe um forte e positivo preditor do envolvimento dos mesmos em comportamentos de risco, nomeadamente o consumo de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco, entre outros (Yamovitzky (2006 cit por Matos, 2008)).

A associação entre a procura de novas sensações e o consumo de substâncias é explicada por Matos (2008) de diferentes formas. Uma explicação refere-se ao facto do consumo de substâncias ser ilegal podendo este risco ser estimulante e, uma outra razão pode ser, o facto, das substâncias eventualmente serem consideradas como um estímulo adicional. Contudo, a procura de novas sensações interage com factores sociais e contextuais, influenciando o consumo de substâncias.

b) Relações interpessoais

No que se refere ao domínio interpessoal, podem-se incluir factores associados à família, aos pares e à escola ou actividade profissional. Neste âmbito salientam-se as atitudes parentais favoráveis ao consumo, fracas ligações familiares, a presença de conflitos familiares, associação com pares consumidores, rejeição dos pares, insucesso escolar, baixo ajustamento escolar, baixo desempenho laboral e baixas aspirações académicas.

Murphy (1984) trouxe um contributo ao descrever dois tipos básicos de famílias disfuncionais e onde, segundo ele, haveria uma forte probabilidade de ocorrência do problema do consumo de droga:

- 1) Sistema familiar dominante/submisso: o controlo é assumido por um dos pais e, o outro pai assume um papel passivo. O pai submisso pode reagir ao poder respondendo com comportamentos passivo-agressivos ou como suporte do comportamento rebelde do filho. As crianças podem ser inibidas, pouco afectuosas pois a proximidade é mínima. A resolução de problemas fica a cargo do pai dominante sem preocupação pelos desejos dos outros membros. O humor familiar é caracterizado pela depressão e, no entanto, há pouco atrito entre os membros devido à complementaridade dos papéis.
- 2) Sistema familiar conflitual crónico: ocorrência de conflitos permanentes entre os pais pelo poder. Cada decisão, por mais pequena que seja,

transforma-se numa crise e luta pelo controlo. Os membros relacionam-se uns com os outros através de comportamentos manipuladores. Quando a disfunção familiar é severa, o sistema familiar é totalmente caótico e os membros percebem o meio familiar como perigoso e hostil, onde a comunicação é mínima, os problemas são negados e o humor familiar é cínico.

Importa ainda referir que a disfunção familiar e outros agentes stressores psicossociais parecem funcionar como factores de risco cumulativos que conduzem a um aumento da vulnerabilidade e à influência negativa dos pares. Contudo, os pais podem modificar a influência dos pares através de uma relação de proximidade com o filho que inclua elementos como a ligação, aceitação, disponibilidade e diálogo (Nation & Helfinger, 2006).

Os consumidores tendem a conhecer alguém que também consuma (Palmqvist & Santavirta, 2006) e assim aumentam os seus consumos quando, associados a pares, também eles consumidores. Para além disso, a influência dos pares, incluindo a percepção do número de pares consumidores, e a atitude dos pares face ao consumo de substâncias são também factores preditores que influenciam o consumo (Nation & Helfinger, 2006).

As percepções do meio envolvente podem potenciar os comportamentos de risco, por exemplo um indivíduo com uma percepção de consumo exagerado de álcool por parte dos seus pares e com uma experiência positiva com drogas vai estar mais predisposto a beber mais e a ter crenças positivas relativas ao consumo de drogas (Matos, 2008).

Borsari e Carey (2006) salientam alguns aspectos relacionados com o envolvimento escolar ou laboral que potenciam a influência dos pares no consumo: os indivíduos rodeados por pares e afastados de casa estão menos sujeitos ao controlo parental e, conseqüentemente, mais propensos ao consumo. Ao longo do processo de ajustamento ao ambiente escolar, os jovens desenvolvem uma nova identidade psicológica sendo o relacionamento com os pares vital nesta tarefa (os pares funcionam como modelos constituindo uma oportunidade de socialização). Como consequência, as atitudes e comportamentos de consumos dos pares são frequentemente relacionados como atitudes e comportamentos individuais.

Alguns estudos têm demonstrado que os adolescentes que sentem uma maior necessidade de aceitação pelos seus pares bebem mais, enquanto que, os que referem ter maior controlo sobre os seus impulsos e sentir bem-estar emocional, bebem menos (Palmqvist & Santavirta, 2006).

A amizade pode estar associada à felicidade, uma vez que providencia suporte social, partilha de interesses, sentimentos e emoções, e por sua vez a falta de amigos pode ser vista como risco para os sentimentos de solidão, tristeza e consumo de substâncias, indo ao encontro dos resultados de Bogart et al., (2007 cit por Matos, 2008), que encontraram uma ligação entre o consumo de substâncias e uma menor satisfação com a vida.

Alguns estudos têm procurado perceber o efeito que o consumo de substâncias tem no desempenho académico. Por exemplo, Ferguson e colaboradores (2003, citados por Kuntsche & Jordan, 2006) comprovaram que o consumo de álcool e drogas (em especial a cannabis) tem um efeito negativo no desempenho escolar.

c) Contextos de vida

Ao nível do domínio contextual, são factores de risco a não conformidade, a não existência de normas e regras que reflectem atitudes favoráveis ao consumo e a facilidade de acesso a substâncias.

Os factores sócio-demográficos são todas as características sociais e comunitárias que podem levar ao desenvolvimento de um comportamento de consumo e estão relacionados com a idade, o sexo, a origem étnica, o local de residência, a situação escolar/ profissional e a influência do grupo/pressão social (Rosa et al, 2000).

Assim, vários factores (considerados de risco) contribuem para o início e continuação/aumento do consumo de substâncias durante a fase do desenvolvimento, sendo de salientar o aumento da independência, o consumo por parte de pares ou familiares, a disponibilidade percebida da substância e a influência dos pares (Kuntsche & Jordan, 2006).

3. Factores de protecção e o consumo de substâncias

Os factores protectores podem ser definidos como uma influência que previne, limita ou reduz o consumo de substâncias, e que podem proteger, opor, neutralizar, e interagir com os factores de risco ao longo do tempo (Kim et al., 2002).

Os factores de protecção, de acordo com o estudo realizado por Simões (2005), estão relacionâdos à prática de actividades, como forma de ocupação dos tempos livres. A participação em actividades de lazer e desportivas é, por vezes, incompatível com determinados comportamentos de risco, nomeadamente os consumos, e apresentam algumas das funções utilitárias destes, nomeadamente a ocupação de tempos livres e a descontração. Assim, os indivíduos envolvidos neste tipo de actividades encontram-se de certo modo protegidos para a prática de comportamentos de risco. Contudo, podem-se referir outros factores de protecção: o facto de os amigos não consumir, um estilo parental democrático, a qualidade das relações familiares e, a proibição de frequentar determinados contextos facilitadores do consumo de álcool, tabaco ou substâncias ilícitas.

Miguel (1997) considera como factores protectores importantes, quatro formas de prazer:

- a) o gostar de si próprio, a auto-estima, o sentir-se bem na sua pele e ser capaz de tomar decisões;
- b) o prazer da relação aprofundada com os outros, da relação de intimidade e o prazer da relação de solidariedade;
- c) o viver em harmonia com o desenrolar do tempo, saber ocupar-se, divertir-se ou mesmo não fazer nada e não se aborrecer;
- d) e por último, o prazer do futuro, dos projectos, ser capaz de experimentar, de certa forma, já hoje, o prazer que se imagina para o futuro, não viver em função do presente, do prazer imediato, mas ser capaz de ter sempre presente também o futuro.

Também aqui nos factores de protecção podemos agrupá-los com base em três domínios: pessoal, interpessoal e contextual.

a) Pessoais

No domínio da personalidade, é integrado, a baixa depressão, a elevada auto-estima, a percepção de sanções como resultado do consumo e, a aceitação e crença em normas sociais.

O medo é um sentimento muito incómodo que entra nos sonhos e iniciativas e pode ter origem em factores internos como a insegurança e a falta de auto-estima, mas também pode ter também origem em factores externos como circunstâncias da vida adversas, acontecimentos traumatizantes, etc.

A raiva é um sentimento resultante da avaliação que fazemos das pessoas e dos acontecimentos, é como que uma lente pessoal através da qual as coisas passam a ter um determinado sentido que não é o sentido objectivo mas o sentido que a subjectividade dá a essas pessoas e acontecimentos. O mal-estar que a raiva provoca não é passivo e, muitas vezes, exterioriza-se na lágrima fácil, numa grande agressividade, no insulto, no palavrão, nos consumos, etc. (Hapetian, 1997).

Se ter uma boa auto-estima significa gostar de si próprio, um toxicodependente tem uma auto-estima muito baixa. A prova mais evidente da sua dificuldade em se aceitar, tal como é no seu todo ou em alguns aspectos da sua pessoa, é que se auto-destrói consumindo drogas. A razão ou razões dessa baixa auto-estima podem ser conscientes ou inconscientes, às vezes vem do passado, de uma infância durante a qual se ouviu dizer muitas vezes: "o menino é mau, é feio, não sabe nada, não é capaz de fazer nada de jeito, vai ser sempre um inútil e um incapaz". Outras vezes, a causa vem de uma adolescência com problemas que a droga deixará por resolver, não gosta daquilo em que se transformou.

Simmons et al., (1973 cit por Ribeiro, 1994) afirmam que a auto-estima é uma das dimensões da auto-imagem e define-se como a "atitude global, positiva ou negativa para consigo próprio".

Segundo Estanqueiro (2008) ter auto-estima implica: aceitar-se; apreciar as suas qualidades; valorizar os seus esforços e, relativizar as críticas.

b) Relações interpessoais

No domínio interpessoal, vários estudos enfatizam que o envolvimento familiar parece poder atrasar ou prevenir o início do consumo de substâncias.

Por exemplo, tem-se verificado um menor consumo de substâncias em relacionamento parentais não conflituosos e afectivos (Nation & Helflinger, 2006).

Os factores protectores relacionados com os pares incluem o tempo dispendido com amigos depois do trabalho e baixa pressão dos pares para o consumo de substâncias. As variáveis relacionadas com o trabalho, como o envolvimento e as expectativas de performance laboral elevadas também são considerados factores protectores.

c) Contextos sociais: a Família

Muitos dos comportamentos relacionados com a promoção da própria saúde são aprendidos no contexto familiar durante os primeiros anos de vida. O estilo de vida, os hábitos, a higiene, nutrição, actividade física, competências sociais e estratégias de comunicação são aspectos fulcrais da educação da criança e do adolescente. Quando existem falhas em alguns destes aspectos existem fortes possibilidades de surgimento de perturbações ao nível da saúde (WHO, 2000).

A família poderá “funcionar” simultaneamente como factor de risco e de protecção, embora a literatura apresente um predomínio de preocupação com os factores de risco. Os poucos estudos (Nation & Helflinger, 2006) que trabalham os factores de protecção referem que a monitorização familiar dos indivíduos e a coesão familiar são factores protectores.

Vários estudos demonstram que a influência parental é um factor predictor de um menor envolvimento dos indivíduos em comportamentos de risco. A existência de um ambiente relacional estável, com ambos os pais a dar supervisão e apoio, que representam autoridade, suporte moral, valores e normas, com quem os jovens têm relações positivas e estáveis são os factores que têm maior correlação com a diminuição dos comportamentos de risco.

d) Contextos sociais: os Pares

A influência dos pares é um aspecto complexo, sendo importante ter em consideração a qualidade desse relacionamento. Estas relações são, por vezes, referidas como potencialmente perigosas, no entanto, a ausência deste tipo de interacções pessoais pode também colocar o indivíduo em risco. Desta

forma a presença de pares nem sempre representa o envolvimento em comportamentos de risco, podendo agir como um factor de protecção (Palmqvist & Santavirta, 2006).

É fundamental ter-se em consideração a qualidade do relacionamento com pares, pois esta é parte integrante da estabilidade, intimidade, e apoio que se desenvolve (Borsari & Carey, 2006). A influência dos pares determina ainda as escolhas no que diz respeito ao comportamento sexual e contracepção.

O grupo de pares tem uma influência considerável no comportamento de cada pessoa e aqueles que têm uma relação forte com o grupo de pares têm tendência para seguir as expectativas destes, procurando seguir as atitudes e actos do grupo. Ter comportamentos de risco iguais aos do grupo trata-se de um acto que mostra identificação ao grupo, lealdade e respeito pelos valores do mesmo.

As experiências de vida dos indivíduos oscilam muitas vezes entre comportamentos promotores de um estilo de vida saudável, como seja a prática de actividade física, uma alimentação equilibrada, um forte envolvimento social e escolar, e comportamentos de risco que representam uma ameaça à saúde, tais como a violência, o suicídio, os distúrbios de alimentação, as doenças sexualmente transmissíveis e o consumo de substâncias.

4. O toxicodependente e os cuidados na saúde

Os cuidados de saúde do toxicodependente são, muitas vezes, muito pouco saudáveis e precários. Não existe uma grande preocupação com a saúde por parte do adicto e este apresenta, constantemente, comportamentos de risco nas diversas áreas de saúde: na alimentação, práticas sexuais, doenças sexualmente transmissíveis, sedentarismo, cuidados rodoviários, prevenção, consumo de substâncias ilícitas e álcool, entre outros.

Os comportamentos ligados à saúde são influenciados por alguns aspectos: pelos factores predisponentes relacionados com o indivíduo, pelo seu sistema de valores, crenças e motivações, pelos factores relacionados com as competências e conhecimentos individuais, e pelos factores relacionados com o contexto (crenças, normas e atitudes de grupo).

Tendo em conta o que foi referido, o presente estudo foca-se na avaliação destes comportamentos de saúde e risco, crenças de saúde e atitudes face à saúde, na população toxicodependente, dando especial importância a cinco áreas da saúde gerais: aos hábitos alimentares, às práticas de saúde positivas, aos cuidados preventivos, às práticas sexuais e aos cuidados com o transporte automóvel.

O consumo de substâncias origina muitas implicações negativas ao nível da saúde e bem-estar do indivíduo, levando a um aumento da violência, dos acidentes de viação, da probabilidade de comportamentos sexuais de risco e da ideação e comportamentos suicidas. É importante o que pensam os adictos acerca dos efeitos do consumo de álcool e tabaco na saúde e o que pensam em relação ao facto de se levar um vida relaxada e sem preocupações ser bom para a saúde.

Ainda sobre o consumo de drogas, as expectativas que o consumidor tem sobre esse consumo influenciam os seus diversos comportamentos. Estas expectativas podem ser divididas em vários aspectos (Villa, 1997):

- 1) Mudanças globais positivas (felicidade, esperança no futuro, mundo parece mais agradável);
- 2) Bem-estar físico e social (pessoas mais amáveis e divertidas);
- 3) Facilitador da sexualidade (maior interacção com o sexo oposto, pessoas mais românticas e experiências sexuais mais fáceis e agradáveis);
- 4) Relaxamento e redução da tensão (a bebida relaxa, as pessoas ficam menos tensas);
- 5) Melhora as capacidades cognitivas e motoras (entendem melhor as coisas, é mais fácil fazer desporto depois de beber um pouco de álcool, está-se mais atento às pessoas);
- 6) Deterioração cognitiva e motora (perda do controlo, as pessoas apercebem-se menos do que se passa em redor);
- 7) Aumento da activação e agressividade (ajuda a fazer frente a outras pessoas, sentem-se mais fortes e poderosos, têm sentimentos de grandeza).

a) Cuidados de Saúde e Actividades desportivas

A actividade física pode ser vista como qualquer movimento corporal voluntário produzido por contracção dos músculos esqueléticos que resulte

num gasto energético. Toda a actividade física planeada, estruturada e repetida tem como objectivo a melhoria e a manutenção da aptidão física. O exercício físico apresenta também benefícios psicológicos, produzindo estimulação e relaxamento psíquico, havendo uma melhoria do humor, da auto-estima e da capacidade de trabalho, aliviando a ansiedade e a tensão, reduzindo o risco de depressão e, melhorando a capacidade de adaptação ao stresse (Philippi, 2004).

O desporto pode ter um papel protector contra o envolvimento em comportamentos de risco para a saúde pois oferece a possibilidade de se participar em actividades estruturadas e construir relações sociais com os pares e treinadores. Contudo, a relação entre os comportamentos de risco e a actividade física não oferece uma evidência clara do papel protector dos mesmos. A crença no valor educativo do desporto e das actividades físicas tem feito incorporar estas actividades em muitos programas, no entanto, o impacto da participação do indivíduo no desporto relativamente ao uso de determinadas substâncias é limitado (Loureiro, Matos & Diniz, 2008).

A prática desportiva deve proporcionar ao sujeito um ambiente social que promova valores sociais e de saúde básicos ao seu desenvolvimento agradável. Mas não chega só participar no desporto, é necessário que todo o contexto formativo que envolve as práticas físicas seja bem regulado e, constantemente, reavaliado de forma a garantir a promoção de hábitos saudáveis (Matos, 2008).

O consumo de drogas revela-se um dos principais motivos que leva os pais a motivar a prática desportiva dos jovens, como uma forma de ocupar o tempo e afastar possíveis "tentações" (Loureiro, Matos & Diniz, 2008). Esta relação não é entendida como consensual devido ao carácter divergente de diversas investigações.

Algumas investigações não conseguem provar uma associação significativa (positiva ou negativa) entre a prática de actividades físicas e o consumo de substâncias ilícitas, havendo também falta de relação entre o uso de substâncias e a prática de desportos em equipa e individuais. Existem, no entanto, muitos programas de prevenção que utilizam a actividade física, onde se confirma a redução do consumo de drogas e a abstinência do consumo (Loureiro, Matos & Diniz, 2008). No presente estudo, dá-se uma importância a

vários comportamentos de saúde e de risco do toxicodependente em relação à actividade físico-desportiva durante os seus consumos.

Diversas são as formas que cada sujeito tem para ocupar o seu tempo livre. Segundo Matos (2008), são os sujeitos que consomem bebidas destiladas que não praticam actividade física e ocupam o seu tempo livre a ver vídeos, na internet e nos chats.

Um aspecto ainda importante na relação da actividade física e o consumo de substâncias, é que esta depende da selecção do tipo de desporto, pois influencia o facto de poder ser um recurso para a prevenção do uso de substâncias ou um factor associável ao risco.

b) Cuidados de saúde e Hábitos alimentares

A nutrição é um processo onde os alimentos são ingeridos e utilizados pelo nosso organismo, logo a ingestão adequada de nutrientes proporciona energia para as actividades diárias normais, onde o excesso de calorias leva à obesidade, e a falta de nutrientes e calorias adequadas leva à desnutrição.

Estabeleceram-se grandes alterações nos padrões de movimento e da actividade física das populações, adoptando-se comportamentos e estilos de vida, cada vez mais sedentários. Esta evidência, de que o homem solicita cada vez menos as suas potencialidades corporais e o fraco nível de actividade física ser um factor determinante no desenvolvimento de doenças degenerativas, alicerça a necessidade de se promoverem estilos de vida mais saudáveis (Mota e Sallis, 2002).

O sedentarismo, é característico dos povos dos países mais desenvolvidos, sendo um comportamento relativamente recente, já que se iniciou com o advento da revolução industrial e obedeceu a três causas principais: (i) diminuição das necessidades de energia para a realização da maior parte das actividades laborais e quotidianas; (ii) aumento da rede rodoviária, ferroviária e aérea (transportes públicos e privados); (iii) tendência crescente para ocupar os tempos livres e de lazer, com actividades passivas (rádio, televisão, cinema, computador, etc.). A prática da actividade física influencia e é influenciada pelos índices de aptidão física, os quais determinam e são determinados pelo estado de saúde.

O acto de alimentar possui quatro significados: satisfação de uma necessidade básica, signo de uma cultura, comunicação social e sinal de identidade. Temos uma alimentação adequada e satisfatória quando se respeitam estes factores pois a educação nutricional deve abranger não só as necessidades fisiológicas do indivíduo, mas também as significados emocionais e sociais que o relacionam com o seu meio.

O Departamento de Saúde e Serviços Humanos e o Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (Philippi, 2004) desenvolveram as normas dietéticas que representam o que é melhor e mais saudável para os sujeitos:

- Comer uma variedade de alimentos para ganhar energia (calorias) e saúde: proteínas, vitaminas, minerais e fibras;
- Manter um peso saudável para reduzir possíveis doenças cardíacas, certos tipos de cancro e diabetes;
- Fazer uma dieta reduzida em gorduras, gorduras saturadas e colesterol para reduzir os riscos de doenças cardíacas, e certos tipos de cancro e manter o peso saudável;
- Fazer uma dieta variada em vegetais e frutas para obter as vitaminas necessárias, minerais e, fibras;
- Usar açúcar com moderação;
- Usar sal e outras formas de sódio com moderação para ajudar a reduzir o risco de pressão arterial alta;
- Beber com moderação pois as bebidas alcoólicas fornecem calorias mas poucos nutrientes, e são causa de problemas de saúde e acidentes.

Segundo Matos & Gaspar (2008), em relação aos cuidados alimentares, são os adolescentes que raramente ou nunca consumiram bebidas destiladas que mais referem não estar a fazer dieta porque estão satisfeitos com o seu peso, enquanto, que os adolescentes que consomem bebidas destiladas são os que mais referem estar a fazer dieta. Os adolescentes consumidores de bebidas destiladas apresentam mais comportamentos ligados ao risco para a saúde, menos comportamentos ligados à protecção e um envolvimento menos positivo com os seus contextos e relações interpessoais relacionadas.

De acordo com Balaguer & Pastor (2001 cit por Gaspar & Matos, 2008), alguns estudos realizados em diferentes países europeus denotam que os

comportamentos de risco tendem a manifestar-se de forma relacionada, ou seja, os jovens que consomem álcool tendem a fumar, a consumir substâncias ilícitas, a ter uma alimentação pouco saudável e a não estar fisicamente activos.

A prática regular de exercício e a saúde física, são incompatíveis com o uso de substâncias psicoactivas. Segundo Beck, Wright, Newman e Liese (1993), actividade aeróbia regular é susceptível de ampliar o entendimento do sujeito quanto aos inconvenientes do consumo de substâncias e dos benefícios de deixar o consumo dessas mesmas substâncias.

c) Cuidados de saúde e Práticas sexuais

A saúde sexual refere-se às áreas da medicina envolvidas na reprodução humana e no comportamento sexual, nas doenças sexualmente transmissíveis, nos métodos contraceptivos, entre outros aspectos. Assim, comportamento sexual humano é um conjunto complexo de atitudes e posicionamentos que variam com o passar das gerações. Deve-se ter em conta a relação entre a influência da sociedade e o comportamento sexual, pois, apesar de estarmos biologicamente equipados para o funcionamento sexual, muito do que se expressa desse potencial, e o modo como o faz, é determinado pela sociedade em que vivemos. Assim, o comportamento e a personalidade de onde este decorre serão, de certa forma, moldados pelas crenças, normas, rotinas e hábitos nos quais fomos educados, a fim de integrarmos a cultura do grupo em que nascemos. As várias culturas marcam a sexualidade dos seus membros de modos diversos, de acordo com as suas crenças, padrões comportamentais, mitos, ritos e todo um conjunto de instrumentos que as reproduzem e, às vezes, transformam (Carvalho, nd).

Actualmente, devido ao avanço das ciências em geral, especialmente com o avanço da medicina e da educação sexual nas escolas, o comportamento sexual é tratado de uma forma científica, sem interferências de crenças ou religiões, onde existe um maior esclarecimento e orientação para o controlo da natalidade, da gravidez precoce em adolescentes, do planeamento familiar consciente e da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. De uma forma mais clara, o planeamento familiar é importante para o bem-estar das famílias e para o bom desenvolvimento dos filhos. Os métodos

contraceptivos são diversos e devem ser conhecidos para que a pessoa possa optar por um ou dois que considere menos prejudicial à saúde e as doenças sexualmente transmissíveis são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente (embora não de forma exclusiva) pelo contacto sexual.

Segundo o Relatório Anual do IDT (2008), relativamente às doenças infecciosas, entre as populações em tratamento da toxicod dependência em 2007, os valores de positividade para o VIH (9%-29%), Hepatite B (3%-10%), Hepatite C (39%-52%) e Tuberculose (0,4%-3%) enquadram-se nos valores dos últimos anos, verificando-se nomeadamente a nível do VIH e Hepatite C, uma tendência para um ligeiro decréscimo. No âmbito das notificações da infecção VIH/SIDA, foi uma vez mais reforçada a tendência proporcional decrescente dos casos associados à toxicod dependência a nível dos vários estádios da infecção.

d) Cuidados de saúde e práticas de saúde positivas

Perante um cenário complicado relativamente aos comportamentos do toxicod dependente, surgem problemas associados à saúde como as hepatites B e C, a má nutrição e magreza extrema, a falta de apetite, a cárie dentária, o alcoolismo (porque a quase totalidade potencializa as drogas com o álcool), o tabagismo, problemas gastro-intestinais, VIH e ainda elevada sinistralidade nas estradas, uma vez que os toxicod dependentes trocam o dia pela noite e quando regressam a casa já sobre a manhã, não estão em condições de fazer qualquer tipo de condução (Bagagem, 1998).

Na sequência de consumos abusivos podem ocorrer acidentes de viação. Vários estudos referem que os jovens parecem subestimar os riscos potenciais associados à condução sob o efeito do álcool e drogas ilícitas (Ferreira, 2003, *cit. por* Silva, 2005).

As patologias encontradas nos toxicod dependentes e que não se encontram directamente ligados aos produtos consumidos são de origem infecciosa. A exposição a múltiplos agentes patogénicos prende-se no essencial com o uso da via venosa e com as más condições de higiene da injeção e do material utilizado (seringa, agulha, colher, algodão, líquido de diluição, etc.). Os casos de contaminação da droga propriamente dita são raros, os vírus, bactérias, fungos, parasitas e muitos outros agentes

patogénicos provocam infecções em diferentes órgãos ou sistemas (Morel et al., 1998).

As hepatites virais são as doenças infecciosas mais frequentes nos utilizadores de drogas: 5% a 15% são portadores do vírus da hepatite B e 60% a 80% apresentam uma serologia positiva ao vírus da hepatite C. Esta prevalência faz das hepatites o problema médico mais grave depois da sida. Os modos de transmissão do VHB são o sangue (injecções sépticas) e as relações sexuais (Morel, et al., 1998).

Os problemas bucodentários são extremamente frequentes e muitas vezes invalidantes. A má saúde bucal tem sido associada ao uso de drogas, particularmente com o uso da cocaína e de opiáceos Metsch et al. (2002 cit por Webster, 2007).

Ter uma atitude preventiva e promotora face a algumas regras de saúde é fundamental para percebermos determinados comportamentos de saúde e de risco dos adictos.

Parte II

Investigação Empírica

Capítulo IV

Conceptualização da Investigação Empírica

Capítulo IV

Conceptualização da Investigação Empírica

1. Delimitação do problema

O abuso de álcool e drogas ilícitas é um problema complexo que assume contornos preocupantes no nosso país. Embora a sua extensão esteja ainda longe de uma caracterização rigorosa, é, desde há algum tempo, consensual que os problemas relacionados com o consumo de álcool e de outras drogas representam um dos mais sérios desafios que se colocam à sociedade portuguesa (Negreiros, 1999). Deixou de ser uma questão de elite, de minorias, para ser um problema da comunidade e dos agentes mais directamente envolvidos com os indivíduos afectados por esta problemática tais como os pais, os professores e agentes sociais (Pereira e Moreira, 2000).

A toxicoddependência é uma realidade cada vez mais crescente e preocupante nos nossos dias. Existente em diversos contextos sócio-culturais, sabe-se das implicações humanas, sociais e económicas que este flagelo transporta. Contudo, as tentativas de resolução do problema parecem estar, cada vez mais, carentes de resultados positivos (Barbosa, 2007).

Uma das metodologias a nível do tratamento desta adicção é a recuperação dos adictos em Comunidades Terapêuticas. O conceito de Comunidade Terapêutica liga-se essencialmente à ideia de que a vivência num grupo (experiência social) é que é o instrumento terapêutico. É uma forma de internamento prolongado e o tempo do programa varia de modelo para modelo, podendo ser uma estrutura de apoio muito importante para alguns toxicoddependentes que não conseguem evoluir de forma satisfatória no seu projecto terapêutico ambulatorio¹, uma vez que apresenta a vantagem de afastar o indivíduo dependente do seu domicílio habitual, do meio da droga, e do ambiente familiar em que vivia.

A escolha da temática toxicoddependência como objecto de investigação prende-se com a premente actualidade da problemática da droga e das suas repercussões na sociedade, enquanto um todo social, cultural, político e

¹ Diz-se que a pessoa está em tratamento ambulatorio quando não está internada e cumpre com o projecto terapêutico frequentando as consultas ou eventualmente um centro de dia.

económico. Tendo isto em conta, surge a seguinte questão: “Qual a relação entre crenças, atitudes e comportamentos de saúde e de risco na população toxicodependente?”. O contacto com adictos em tratamento em Comunidades Terapêuticas levou a considerar este contexto o indicado para recolher a amostra.

Neste estudo estão presentes factores cognitivos (crenças e atitudes) dada a sua importância na predição dos comportamentos relacionados com a saúde (cit por Albuquerque, 2004) e a sua possível interacção com alguns factores sócio-demográficos e substâncias de consumo antes do tratamento.

Assim,

Como variáveis cognitivas considerámos: as **crenças de saúde e as atitudes face à saúde**.

Como variáveis sócio-demográficas considerámos: a **idade, o estado civil e as habilitações literárias**.

Como variáveis comportamentais considerámos: os **comportamentos de saúde e de risco**, ao nível das seguintes áreas:

- Dieta e hábitos alimentares;
- Práticas de saúde positivas;
- Cuidados preventivos;
- Abuso de substâncias;
- Práticas sexuais;
- Cuidados com o transporte automóvel.

2. Objectivos

Tendo em conta o problema exposto, a presente investigação tem como objectivos:

1. Descrever as características sócio-demográficas da população toxicodependente;
2. Descrever os comportamentos de saúde e de risco, crenças de saúde e atitudes face à saúde do adicto;
3. Descrever as relações existentes entre as variáveis sócio-demográficas e as crenças, atitudes e comportamentos de saúde e de risco dos adictos.

4. Verificar as relações entre as características cognitivas (crenças e atitudes face à saúde) e os comportamentos de saúde e de risco;
5. Produzir conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção com toxicodependentes, visando a promoção de comportamentos de saúde.

3. Hipóteses de Investigação

As hipóteses são formulações provisórias e prováveis, utilizadas para tentar dar resposta a um problema, procurando explicar ou predizer o que se desconhece (Quivy e Campnhoudt, 1992).

O presente estudo tem como hipóteses:

H₁: Existem efeitos significativos das variáveis sócio-demográficas nos comportamentos, crenças e atitudes face à saúde.

H_{1a}: Existe efeito significativo da idade nos comportamentos

H_{1a}: Existe efeito significativo da idade nas crenças

H_{1a}: Existe efeito significativo da idade nas atitudes

H_{1b}: Existe efeito significativo do estado civil nos comportamentos

H_{1b}: Existe efeito significativo do estado civil nas crenças

H_{1b}: Existe efeito significativo do estado civil nas atitudes

H_{1c}: Existe efeito significativo das habilitações literárias nos comportamentos

H_{1c}: Existe efeito significativo das habilitações literárias nas crenças

H_{1c}: Existe efeito significativo das habilitações literárias nas atitudes

H₂: Existem efeitos significativos das crenças nos comportamentos de saúde e de risco.

H₃: Existem efeitos significativos das atitudes nos comportamentos de saúde e de risco.

4. Metodologia

4.1 Desenho da Investigação

Em termos de metodologia, as investigações psicológicas podem ser objecto de várias classificações: podem ser mais quantitativas ou mais qualitativas; podem ser mais laboratoriais ou mais de campo; podem ser mais de índole transversal ou longitudinal. A investigação pode, ser dirigida pela busca das leis gerais, ou seja, a investigação nomotética; a investigação centrada na peculiaridade ou singularidade, ou seja, a investigação idiográfica. Existem ainda três modalidades de investigação mais frequentes na Psicologia: a quantitativo-experimental (voltada essencialmente para a predição e explicação através da testagem de teorias e hipóteses); a quantitativo-correlacional (voltada mais para a compreensão e a predição dos fenómenos através da formulação de hipóteses sobre as relações entre as variáveis) e a qualitativa (mais dirigida à compreensão e descrição dos fenómenos globalmente considerados). Em relação ao termo correlacional, este parte da metodologia mais frequentemente utilizada: o estudo das relações entre variáveis, ou seja, os coeficientes de correlação (Almeida & Freire, 2003).

A utilização do método quantitativo na investigação pressupõe a observação de fenómenos, a formulação explicativa dos mesmos, o controlo de variáveis, a selecção aleatória dos sujeitos, a verificação ou rejeição das hipóteses e uma análise estatística e utilização de modelos matemáticos para testá-los (Carmo & Ferreira, 1998). Na investigação quantitativa, o investigador antes de iniciar o trabalho elabora um plano de investigação estruturado no qual os objectivos e os procedimentos de investigação estão indicados de forma pormenorizada. A elaboração do plano deverá ser precedida de uma revisão da literatura, onde é essencial a definição dos objectivos do trabalho e também a formulação de hipóteses, bem como a definição das variáveis. Assim, os objectivos da investigação quantitativa consistem essencialmente em encontrar relações entre variáveis, fazer descrições recorrendo ao tratamento estatístico de dados recolhidos, testando teorias (Almeida e Freire, 2003).

De acordo com o exposto, procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo quantitativo-correlacional, dado que não há manipulação de variáveis independentes e com ele se pretende

efectuar a descrição das características da amostra e estabelecer relações entre variáveis.

4.2 População: Amostra

Pelo descrito anteriormente, e por estar ligada a esta metodologia de intervenção, optámos por realizar este estudo com uma população toxicodependente em situação de internamento em Comunidade Terapêutica. Em relação à selecção da amostra, esta seguiu o método de amostragem probabilístico por agrupamento em que os sujeitos da população constituem um grupo natural, a comunidade terapêutica.

A amostra é constituída por 75 sujeitos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 19 e os 51 anos, e de nacionalidades muito diversas, de todos os pontos do país. Estão em tratamento nas seguintes Comunidades Terapêuticas: Vida e Paz (Fátima), Ponte dos Rios (Leiria), António Lopez Aragón (Évora) e Horta Nova (Beja). O facto de três destas Comunidades receberem, exclusivamente, sujeitos do sexo masculino, levou a definir uma amostra masculina.

4.3 Procedimento da recolha de dados

Depois de fazer o plano de investigação do presente estudo, num primeiro momento, pedimos autorização para a utilização dos questionários a utilizar. Num segundo momento, fizemos uma pesquisa das várias Comunidades Terapêuticas existentes nos distritos de Santarém, Leiria e Évora. Entrámos em contacto telefónico com as diversas Comunidades e mostrando o nosso interesse em participarem no estudo, procurando obter uma autorização superior para a administração do questionário. Foi entretanto enviada uma carta onde era explicado o objectivo do estudo, apresentado o questionário e solicitada a colaboração para a concretização da investigação.

A aplicação e a recolha dos questionários fez-se de diferentes formas: em duas Comunidades (Vida e Paz e António Lopez Aragón) marcámos uma hora e fomos aplicar pessoalmente os questionários, tendo os sujeitos respondido e devolvido na hora. Em outras duas (Ponte dos Rios e Horta Nova) enviámos por correio os questionários e um elemento da equipa técnica (a

quem foram dadas instruções relativas à aplicação do questionário) ficou responsável pela sua aplicação, recolha e devolução. A participação foi voluntária, havendo garantia da confidencialidade dos dados pessoais.

4.4 Instrumentos utilizados

1) Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco – ECSR

A Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco (ECSR) propõe-se avaliar o comportamento dos indivíduos, em áreas que a investigação tem demonstrado estarem associadas à saúde. Inclui, predominantemente, afirmações referentes a comportamentos das áreas da promoção e protecção da saúde, é uma escala que, com os seus 21 itens, pretende avaliar comportamentos de saúde e de risco (Albuquerque, 2004).

A ECSR foi construída no âmbito de uma investigação (Albuquerque, 2004), que adoptou 13 itens do Life-Style Assessment Questionnaire (LAQ) de Hettler (1982) e 3 itens da sua versão portuguesa, cuja reconstrução e adaptação foi efectuada por Ribeiro em 1993.

As respostas são avaliadas numa escala tipo Likert, de 1 a 5, e cotadas de forma a que quanto maior for a pontuação obtida menores são os comportamentos de risco e consequentemente maiores os comportamentos de saúde adoptados. A nota global pode ir de um mínimo de 21 a um máximo de 105, sendo os valores médios de 82,21 ($Dp=6,86$) para mulheres e de 80,58 ($Dp=8,35$) para os homens (Albuquerque, 2004).

Existem itens cuja cotação das respostas se faz inversamente, como é o caso dos itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 12 e 16. Estes obtêm a cotação mais alta (de 5) se o sujeito responde “com muita frequência”, enquanto nos restantes a cotação mais elevada é obtida para a resposta “nunca”.

Num grupo de 829 adolescentes, a ECSR obteve um coeficiente de Spearman-Brown de 0,647, um coeficiente de correlação de Split-half de 0,609 e um índice alpha de Cronbach de 0,719 para o total da escala (Albuquerque, 2004).

Assim, as análises realizadas permitiram aceitar a ECSR como um instrumento multidimensional, com fidelidade, validade e qualidades psicométricas que permitem a sua utilização.

2) Escala de Crenças de Saúde – ECS

A ECS é um instrumento de auto-resposta, construído por Albuquerque (2004), constituído por 13 questões, que se destina a avaliar crenças de saúde do indivíduo.

As respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de 1 a 5 e cotadas de forma a que quanto maior for a pontuação obtida mais adequadas são as crenças de saúde. A nota global pode ir de um mínimo de 13 a um máximo de 65, sendo os valores médios de 54,14 (Dp=5,31) para mulheres e de 51,79 (Dp=5,49) para os homens (Albuquerque, 2004).

Existem itens cuja cotação das respostas se faz inversamente, como é o caso dos itens 1, 6, 7, 8, 12 e 13. Estes obtêm a cotação mais alta (de 5) se o sujeito “concorda totalmente”, enquanto nos restantes a cotação mais elevada é obtida para a resposta “discordo totalmente”.

Num grupo de 829 adolescentes, a ECS obteve um coeficiente de Spearman-Brown de 0,607, um coeficiente de correlação de Split-half de 0,584 e um índice alpha de Cronbach de 0,617 para o total da escala (Albuquerque, 2004). Estes resultados permitiram verificar que a Escala de Crenças de saúde apresenta boas qualidades psicométricas.

3) Escala de Atitudes - “European Health and Behaviour Survey”

A Secção B do “European Health and Behaviour Survey” é uma escala de auto-resposta que tem por objectivo possibilitar a avaliação da importância que os indivíduos atribuem a determinadas regras relacionadas com a saúde. Foi traduzida por Geada et al (1994) e adaptada para a população portuguesa por Albuquerque (2004). Wardle e Steptoe (1991 cit por Albuquerque, 2004) descrevem-na como uma escala que permite exprimir a magnitude das atitudes dos inquiridos face a algumas regras de saúde. Segundo estes autores, estas atitudes parecem estar associadas a comportamentos de saúde – por exemplo: quem tem uma atitude contra o tabaco tem menos probabilidade de fumar.

É constituída por 17 questões e as respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de 1 (“dou pouca importância”) a 10 (“dou muita importância”) e cotadas de forma a que, quanto maior for a pontuação obtida, mais favoráveis são as atitudes dos inquiridos face a algumas regras de saúde. A nota global

pode ir de um mínimo de 17 a um máximo de 170, sendo os valores médios de 140,51 (Dp=19,45) para mulheres e de 129,45 (Dp=22,47) para os homens. A cotação mais elevada, em cada um dos itens, é obtida para a resposta “dou muita importância”, não existindo itens cotados de forma inversa (Albuquerque, 2004).

No âmbito do presente estudo, as respostas são avaliadas numa escala tipo Likert de 1 (“não dou importância”) a 5 (“dou muita importância”) e cotadas de forma a que, quanto maior a pontuação obtida mais favoráveis são as atitudes dos inquiridos face a algumas regras de saúde. Esta adaptação simplificada da escala deveu-se a uma forma de facilitar a resposta aos inquiridos. Assim, a nota global pode ir de um mínimo de 17 a um máximo de 85.

Em relação à análise dos dados obtidos, podemos começar por ter em conta se a ESCR (Escala de comportamentos de saúde e de risco), a ECS (Escala de crenças de saúde) e a EAFS (escala de atitudes face à saúde) são instrumentos de confiança ao serem aplicados a esta população alvo. O Alfa de Cronbach permite avaliar esta mesma fidelidade do estudo e como a amostra é toda do sexo masculino, será sempre feita a análise só direccionada para os homens.

Relativamente aos valores de Alfa de Cronbach verifica-se que a ESCR apresenta um $\alpha = 0,859$, a ECS um $\alpha = 0,700$ e a EAFC $\alpha = 0,920$, o que representa que são valores aceites e que existe uma boa consistência interna.

4.5 Tratamento estatístico dos dados

Na estatística descritiva analítica utilizámos frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão, desvio padrão (DP). Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences – versão 16.0 for PC).

Foi utilizada a correlação de Pearson para medir a intensidade da associação entre as variáveis em estudo, mais especificamente entre as variáveis dependentes e a independente, e entre ambas e a idade dos toxicodependentes. O coeficiente de correlação de R de Pearson é uma

medida de associação linear, entre variáveis quantitativas, e varia entre -1 e +1 e quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é a associação linear.

Também foi feita a análise de variância (ANOVA), procedimento One-Way com teste de contrastação entre grupo Tukey, para avaliar se existiam diferenças entre os comportamentos, crenças e atitudes consoante as categorias de estado civil e habilitações literárias.

Níveis de significância

Saliente-se que, em toda a análise estatística, assumimos como valor crítico de significância dos resultados dos testes de hipóteses $\alpha=0,05$, rejeitando-se a hipótese nula quando a probabilidade do erro tipo I for inferior a este valor ($p<0,05$). Concretamente assumimos os seguintes níveis de significância, referenciados por D´HAINAUT (1990, p. 162):

- $p<0,05$ – ligeiramente significativo
- $p<0,01$ – muito significativo
- $p<0,001$ – muitíssimo significativo
- $p>0,05$ – não significativo

Capítulo V

Apresentação dos resultados

Capítulo V

Apresentação dos resultados

Este capítulo consiste na descrição de algumas características sócio-demográficas que os elementos participantes no nosso estudo revelam; na análise exploratória dos dados, através da descrição dos valores obtidos nas variáveis em estudo, que constam de parâmetros de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão) e; análise estatística inferencial (estudo da associação entre as variáveis dependentes e a variável independente).

Análise descritiva dos dados

1.1 Caracterização sócio-demográfica da amostra

A amostra da presente investigação é constituída por 75 sujeitos, todos do sexo masculino. Em relação aos resultados encontrados, os sujeitos provêm das seguintes Comunidade Terapêuticas: Comunidade Terapêutica Vida e Paz que apresenta um maior número de adictos em tratamento (45,3% dos inquiridos encontram-se na mesma), de seguida a Comunidade António Lopez Aragón (22,7%), em terceiro lugar a Comunidade Horta Nova (17,3%) e por último, a Comunidade Ponte dos Rios (14,7%).

Pela análise da Tabela 1 podemos observar que a idade dos adictos oscila entre um mínimo de 19 anos e um máximo de 51 anos, correspondendo-lhe uma idade média actual de 34,07 anos e um desvio padrão de 7,176. Analisando os resultados em função da distribuição dos elementos da amostra por grupos etários, constata-se que o grupo etário com maior representatividade é o dos 32-41 anos (49,2%), seguindo-se o grupo com idades compreendidas entre 22 e os 31 anos com 27,4%, depois temos a percentagem de 18,2 as idades compreendidas entre 42 e os 51 anos e, por último, para uma faixa etária jovem (menores de 22 anos) temos 5,2%.

Relativamente ao estado civil dos sujeitos, observa-se uma grande prevalência da categoria de solteiro (corresponde a uma percentagem de 77,3), aparecendo de seguida a categoria de divorciado com 14,7%, as restantes

categorias (casado, separado, viúvo e união de facto) não apresentam uma percentagem significativa.

Em relação às habilitações literárias da amostra, os resultados mostram que 41,3% dos sujeitos possuem o 3º ciclo, 25,3% possuem o 2º ciclo, 14,7% o ensino secundário, 13,3% o ensino primário, 2,7% frequentaram o ensino superior e, apenas um sujeito é licenciado (1,3%).

A área de residência dos sujeitos também é bastante heterogénea. O distrito que prevalece é Lisboa (40% dos sujeitos são naturais daqui), seguindo-se Faro com 13,3% e depois Santarém com 8%. Os restantes distritos encontram-se com valores inferiores a este último.

Tabela 4 - Variáveis sócio-demográficas da amostra

Variáveis Sócio-Demográficas	n(=75)	%
Comunidade Terapêutica		
Vida e Paz	34	45,3
António Lopez Aragón	17	22,7
Horta Nova	13	17,3
Ponte dos Rios	11	14,7
Estado Civil		
Solteiro	58	77,3
Divorciado	11	14,7
Casado	2	2,7
União de facto	2	2,7
Separado	1	1,3
Viúvo	1	1,3
Habilitações Académicas		
Ensino Primário	11	14,7
2ºCiclo	19	25,3
3ºCiclo	31	41,3
Ensino Secundário	11	14,7
Frequência do Ensino Superior	2	2,7
Licenciatura	1	1,3
Distrito		
Açores	1	1,3
Aveiro	1	1,3
Beja	2	2,7
Castelo Branco	1	1,3
Coimbra	1	1,3
Évora	5	6,7
Faro	10	10,3
Guarda	1	1,3
Leiria	5	6,7
Lisboa	30	40,0
Portalegre	3	4,0
Porto	1	1,3
Santarém	6	8,0
Setúbal	5	6,7
Vila Real	1	1,3
Viseu	2	2,7
Grupo Etário		
19 - 21 anos	4	5,2
22 - 31 anos	21	27,4
32 - 41 anos	37	49,2
42 - 51 anos	13	18,2

Por último, pode-se referir as principais substâncias de consumo dos adictos que constituem a amostra do estudo (Tabela 5). A grande maioria (64,3%) é consumidora, em simultâneo, principalmente, de cocaína, heroína e haxixe. Todos os sujeitos são policonsumidores, uma vez que são consumidores abusivos de mais do que uma substância, são muitas e variadas, desde estimulantes, depressores e perturbadores.

Tabela 5 – Substâncias de consumo

Substâncias de consumo	n	%
Cocaína	60	80,0
Heroína	52	69,3
Haxixe	42	56,0
LSD	17	22,7
Ecstasy	13	17,3
Anfetaminas	7	9,3
Pastilhas	5	6,7
Ácidos	5	6,7

1.2 Caracterização da amostra relativamente aos Comportamentos de Saúde e de Risco

Os Comportamentos de Saúde e de Risco referem-se ao estilo de vida que os adictos em recuperação tinham quando consumiam, ou seja, anteriores à sua entrada na Comunidade Terapêutica. Tal como já foi referido na metodologia, usámos a Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco, escala esta que, no âmbito da presente investigação, obteve um alpha de Cronbach de 0,859.

Tendo por referência os resultados apresentados na Tabela 6, verificamos que a nossa amostra obteve um score mínimo de 4,64 e máximo de 11,69. A nota global pode ir de um mínimo de 21 a um máximo de 105, sendo o valor médio de 54,51 (que corresponde a maiores comportamentos de risco e conseqüentemente, menores comportamentos de saúde), com desvio padrão de 20,52. Os adictos apresentam comportamentos de risco e, conseqüentemente, menos comportamentos de saúde adoptam.

A solução factorial final encontrada permitiu a selecção de 7 factores, com raízes lactentes superiores a 1, que no seu conjunto explicam 78,595% da variância.

O bloco de itens agrupado no factor um, caracteriza o “cuidado com as relações sexuais”- **comportamento sexual**; no dois, a “preocupação com o álcool e drogas ilegais”- **comportamento aditivo**; no três, a “prevenção das doenças”- **comportamento preventivo**; no quarto, o “cuidado com a alimentação”- **comportamento alimentar**; no cinco, a “preocupação com o exercício”- **comportamento físico-desportivo**; no seis, o “cuidado com as

drogas semi-legais“- **comportamento nocivo**; no sete, os “cuidados com a conduta rodoviária“- **comportamento rodoviário**.

Tabela 6 – Estatística descritiva para as notas da Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco

Dimensão	Nº de itens	Média	DP
F1-Comportamento Sexual	4	11,69	3,72
F2-Comportamento Aditivo	4	9,11	3,33
F3-Comportamento Preventivo	4	9,53	3,86
F4-Comportamento Alimentar	3	6,11	3,02
F5-Comportamento Físico-Desportivo	2	4,64	2,11
F6-Comportamento Nocivo	2	6,99	2,57
F7-Comportamento Rodoviário	2	6,44	1,91
Total	13	54,51	20,52

1.3 Caracterização da amostra relativamente às Crenças de Saúde

Em relação às Crenças Saúde, os resultados encontrados na Escala de crenças de Saúde referem-se com o que cada adicto pensa em relação a determinados comportamentos associados à saúde. Independentemente de ser adicto, o sujeito possuiu determinados pensamentos em relação aos mais variados aspectos relacionados com a sua saúde. Tal como já foi referido na metodologia, usámos a Escala de Crenças de Saúde, escala esta que, no âmbito da presente investigação, obteve um alpha de Cronbach de 0,700.

Tendo por referência os resultados apresentados na Tabela 7, verificamos que a nossa amostra obteve um score mínimo de 7,27 e máximo de 13,85. A nota global pode ir de um mínimo de 13 a um máximo de 65, sendo o valor médio de 53,49 (valor médio elevado que corresponde a crenças de saúde muito adequadas), com desvio padrão de 11,51.

A solução factorial final permitiu a selecção de 5 factores com raízes lactentes superiores a 1, que no seu conjunto explicam 68% da variância:

- **factor 1** - “*Crença Tabágica e Alcoólica*”, contribui para 26,91% da variância total. É o factor mais importante;
- **factor 2** - “*Crença Alimentar*”, explica 12,77% da variância total ;

- **factor 3** - “*Crença Sexual*”, contribui para 12,10% da variância total;
- **factor 4** - “*Crença Físico-Desportiva*”, constitui o quarto factor mais importante pois explica 8,70% da percentagem cumulativa da variância;
- **factor 5** - “*Crença Social*”, contribui para 7,52% da variância total.

Tabela 7 – Estatística descritiva para as notas da Escala de Crenças de Saúde

Dimensão	Nº de itens	Média	DP
F1-Crença Tabágica-Alcoólica	3	13,85	2,00
F2-Crença Alimentar	3	11,75	2,80
F3-Crença Sexual	2	7,27	2,75
F4-Crença Físico-Desportiva	2	8,03	1,61
F5-Crença Social	3	12,59	2,35
Total	13	53,49	11,51

1.4 Caracterização da amostra relativamente às Atitudes face à Saúde

Depois de analisar quais os comportamentos que os adictos têm relativamente à saúde durante os seus consumos, e de analisar o que pensam acerca de diversas afirmações relacionadas com a saúde, restando analisar a importância que atribuem a determinadas regras de saúde. Em relação às Atitudes face à Saúde, os resultados encontrados na Escala de Atitudes face à Saúde estão relacionados com o grau de importância que cada adicto atribuiu em relação a determinados comportamentos associados à saúde. Tal como já foi referido na metodologia, usámos a Escala de Atitudes face à Saúde, escala esta que, no âmbito da presente investigação, obteve um alpha de Cronbach de 0,920.

Tendo por referência os resultados apresentados na Tabela 8, verificamos que a nossa amostra obteve um score mínimo de 8,07 e máximo de 13,58. A nota global pode ir de um mínimo de 17 a um máximo de 85, sendo o valor médio de 64,15 (quanto maior este valor médio, mais favoráveis são as atitudes dos adictos em relação a algumas regras de saúde), com desvio padrão de 18,97.

A solução factorial final permitiu a selecção de seis factores com raízes lactentes superiores a 1, que no seu conjunto explicam 78,11% da variância:

- **factor 1** - “*Atitude Alimentar*”, contribui para 45,05% da variância total. É o factor mais importante;
- **factor 2** - “*Atitude Rodoviária*”, explica 9,50% da variância total ;
- **factor 3** - “*Atitude Aditiva*”, contribui para 7,06% da variância total;
- **factor 4** - “*Atitude Preventiva*”, constitui o quarto factor mais importante pois explica 6,23% da percentagem cumulativa da variância;
- **factor 5** - “*Atitude Promotora*”, explica 5,48% da variância total ;
- **factor 6** - “*Atitude Sexual*”, contribui para 4,78% da variância total.

Tabela 8 – Estatística descritiva para as notas da Escala de Atitudes face à Saúde

Dimensão	Nº de itens	Média	Dp
F1-Atitude Alimentar	4	13,58	4,56
F2-Atitude Rodoviária	3	12,49	3,06
F3-Atitude Aditiva	3	11,11	3,28
F4-Atitude Preventiva	3	10,74	3,54
F5-Atitude Promotora	2	8,07	2,16
F6-Atitude Sexual	2	8,16	2,37
Total	17	64,15	18,97

2. Análise inferencial: Estudo das associações entre variáveis

Após a análise descritiva dos dados obtidos, passamos de seguida à análise inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim, através do estudo das associações entre as variáveis independentes e a variável dependente da nossa investigação, à verificação da validade das hipóteses formuladas.

Como procedimentos estatísticos utilizámos o teste correlação de Pearson para medir a intensidade da associação entre as variáveis em estudo, mais especificamente entre a variável dependente e independentes, ou seja, mede o grau e a direcção dessa correlação (se positiva ou negativa) entre duas variáveis de escala métrica (intervalar ou de rácio/razão). Este coeficiente, normalmente representado por ρ assume apenas valores entre -1 e 1:

- $\rho = 1$: significa a existência de uma correlação significativa e positiva entre as duas variáveis;
- $\rho = -1$: significa a existência de uma correlação significativa e negativa entre as duas variáveis, isto é, se uma aumenta, a outra diminui;
- $\rho = 0$: significa que as duas variáveis não dependem linearmente uma da outra. No entanto, pode existir uma dependência não linear.

Também foi feita a análise de variância (ANOVA), procedimento One-Way com teste de contrastação entre grupo Tukey. Utiliza-se para comparar medidas de localização para mais do que dois grupos de observações. Para analisar as diferenças na localização, recorre-se a uma análise das variâncias dos vários grupos, daí o nome ANOVA.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

A primeira parte, consistiu em analisar como os comportamentos, crenças e atitudes se associam com as variáveis sócio-demográficas, nomeadamente, a idade, estado civil e habilitações literárias. A segunda parte consistiu no estudo da associação linear entre as variáveis cognitivas (crenças e atitudes face à saúde) e a variável independente. De referir, que com o estudo da associação entre as variáveis procuramos testar hipóteses e sub-hipóteses específicas, derivadas das três hipóteses gerais da investigação.

H₁ – Existem efeitos significativos das variáveis sócio-demográficas nos comportamentos, crenças e atitudes face à saúde.

H₂ – Existem efeitos significativos das crenças nos comportamentos de saúde e de risco.

H₃ – Existem efeitos significativos das atitudes nos comportamentos de saúde e de risco.

Quanto ao estudo da associação entre a idade e comportamentos (Tabela 9), os resultados das correlações de Pearson mostram a existência de correlações muito significativas para o Comportamento Preventivo ($r=,312$; $p=,008$) e Comportamento Sexual ($r=,305$; $p=,009$), o que significa que o avançar da idade implica menores comportamentos de risco e consequentemente maiores os comportamentos de saúde adotados. As correlações não são significativas para as restantes dimensões dos comportamentos de saúde e de risco (Aditivo, Alimentar, Físico-Desportivo, Nocivo e Rodoviário), apontando no sentido da “estabilidade” dos resultados. Assim, esta constatação conduz à aceitação parcial da sub-hipótese específica de que o efeito da idade nos resultados obtidos nas dimensões da escala de comportamentos adquire significância estatística.

Tabela 9 – Correlações de Pearson entre os Comportamentos de Saúde e de Risco e a Idade

Dimensão	R	P
Comportamento Sexual	,305**	,009
Comportamento Aditivo	,167	,161
Comportamento Preventivo	,312**	,008
Comportamento Alimentar	,143	,227
Comportamento Físico-Desportivo	-,037	,753
Comportamento Nocivo	,059	,620
Comportamento Rodoviário	,198	,093

H_{1a} - Existe efeito significativo da idade nas crenças

Quanto ao estudo da associação entre a idade e as crenças de saúde (Tabela 10), os resultados das correlações de Pearson mostram a não existência de correlações significativas para nenhuma das dimensões das crenças de saúde pois todas apresentam um $p>,05$. Isto significa que não existe uma relação nesta amostra entre a idade e as crenças de saúde mais favoráveis. Apenas a dimensão da crença físico-desportiva apresenta um valor negativo, o que significa que na relação com a idade, menos adequadas são as crenças de saúde nesta dimensão.

Note-se que apesar destas observações, estes dados não são estatisticamente significativos ($p>0,05$), o que nos leva a rejeitar a sub-hipótese

específica de que a associação entre a idade e as crenças adquire significância estatística.

Tabela 10 – Correlações de Pearson entre as Crenças de Saúde e a Idade

Dimensão	R	P
Crença Sexual	,128	,278
Crença Físico-Desportiva	-,191	,104
Crença Tabágica e Alcoólica	,068	,573
Crença Alimentar	,101	,399
Crença Social	,210	,072

H_{1a}- Existe efeito significativo da idade nas atitudes

Quanto ao estudo da associação entre a idade e as atitudes (Tabela 11), os resultados das correlações de Pearson mostram a existência de correlações muito significativas para a Atitude Rodoviária ($r=,366$; $p=,002$) e Atitude Sexual ($r=,301$; $p=,010$) o que significa com o avançar da idade, mais favoráveis são as suas atitudes face a algumas regras de saúde. Para as restantes dimensões das atitudes face à saúde (Alimentar, Aditiva, Preventiva, Promotora), a associação entre a idade e as mesmas não são significativas. Esta constatação conduz à aceitação parcial da sub-hipótese específica de que o efeito da idade nos resultados obtidos nas dimensões da escala de atitudes adquire significância estatística.

Tabela 11 – Correlações de Person entre as Atitudes face à saúde e a Idade

Dimensão	R	P
Atitude Alimentar	,101	,404
Atitude Rodoviária	,366**	,002
Atitude Aditiva	,219	,067
Atitude Preventiva	,221	,060
Atitude Promotora	,139	,243
Atitude Sexual	,301**	,010

H_{1b}- Existe efeito significativo do estado civil nos comportamentos

Para análise desta sub-hipótese agrupámos a variável estado civil em três categorias: 1 – Solteiro; 2 – Divorciado; 3 – Casado.

Considerando o efeito da variável sócio-demográfica estado civil, nos resultados obtidos não se verificam efeitos significativos desta variável nos comportamentos de saúde e de risco (Tabela 12). As análises de variância realizadas não revelam nenhum efeito significativo. A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças significativas entre as categorias do estado civil, revelou a não existência de diferenças significativas (Tabela 13). Assim, esta constatação conduz à não-aceitação da sub-hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e os comportamentos de saúde e de risco dos adictos.

Tabela 12 – Análise da variância da variável Estado Civil sobre os Factores da Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco

Dimensão	F	P
Comportamento Sexual	,713	,494
Comportamento Aditivo	,694	,503
Comportamento Preventivo	2,107	,129
Comportamento Alimentar	,011	,989
Comportamento Físico-Desportivo	1,331	,271
Comportamento Nocivo	,042	,959
Comportamento Rodoviário	2,155	,124

Tabela 13 – Testes de Tukey – Comparação das categorias do Estado Civil com os Factores da Escala de Comportamentos

	Estado Civil		Diferença de Médias (I - J)	TuKey P
	(I)	(J)		
	1 – Estado Civil Solteiro			
2 – Estado Civil Divorciado				
3 – Estado Civil Casado				
F₁ – Comportamento Sexual	1	2	,810	,788
		3	-1,78	,628
	2	3	-2,59	,464
F₂ – Comportamento Aditivo	1	2	-,286	,961
		3	-2,04	,475
	2	3	-1,75	,641
F₃ – Comportamento Preventivo	1	2	-2,41	,127
		3	,682	,937
	2	3	3,08	,348
F₄ – Comportamento Alimentar	1	2	-,107	,993
		3	,143	,996
	2	3	,250	,989
F₅ – Comportamento FísicoDesportiv	1	2	-,189	,960
		3	1,72	,264
	2	3	1,909	,276
F₆₇ – Comportamento Nocivo	1	2	,161	,981
		3	,320	,969
	2	3	,159	,994
F₇ – Comportamento Rodoviário	1	2	-1,04	,201
		3	-1,46	,400
	2	3	-,416	,938

H_{2b}- Existe efeito significativo do estado civil nas crenças

Considerando o efeito da variável sócio-demográfica estado civil, nos resultados obtidos não se verificam efeitos significativos desta variável nas crenças de saúde (Tabela 14). As análises de variância realizadas não revelam

nenhum efeito significativo. A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças significativas entre as categorias do estado civil, revelou a não existência de diferenças significativas (Tabela 15). Assim, esta constatação conduz à não-aceitação da hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e as crenças de saúde dos adictos.

Tabela 14 – Análise da variância da variável Estado Civil sobre os factores da escala de Crenças de Saúde

Dimensão	F	P
Crença Sexual	2,349	,103
Crença Físico-Desportiva	,438	,647
Crença Tabágica e Alcoólica	1,018	,367
Crença Alimentar	1,122	,332
Crença Social	,283	,754

Tabela 15 – Testes de Tukey – Comparação das categorias do Estado Civil com os Factores da Escala de Crenças

	Estado Civil		Diferença de Médias (I - J)	TuKey P
	(I)	(J)		
	1 – Estado Civil Solteiro			
2 – Estado Civil Divorciado				
3 – Estado Civil Casado				
F₁ – Crença Sexual	1	2	-,500	,831
		3	-3,000	,089
	2	3	-2,500	,254
F₂ – Crença Física-Desportiva	1	2	-,452	,662
		3	,215	,965
	2	3	,667	,761
F₃ – Crença Tabágica-Alcoólica	1	2	-,494	,721
		3	-1,327	,413
	2	3	-,833	,753
F₄ – Crença Alimentar	1	2	-1,342	,298
		3	-,259	,983
	2	3	1,083	,783
F₅ – Crença Social	1	2	-,487	,787
		3	,346	,955
	2	3	,833	,809

H_{1b}- Existe efeito significativo do estado civil nas atitudes

Considerando o efeito da variável estado civil, a generalidade dos resultados obtidos é de não verificação de efeitos significativos desta variável (Tabela 16). As análises de variância realizadas revelam apenas um efeito significativo, e mesmo assim já no limiar da significância estatística: o efeito do estado civil na Atitude Preventiva ($F=3,318$; $p=,042$). A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças significativas entre as categorias do estado civil, revelou a existência de diferenças pouco significativas entre a categoria 1 - Solteiro e a Categoria 2 – Divorciado, sendo o valor da significância de $p=,046$. Em suma, estes resultados sugerem que os adictos pertencentes à Categoria de Solteiro se consideram com atitudes preventivas mais adequadas do que os da Categoria de Divorciado. Assim, esta constatação conduz à aceitação parcial da hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e as atitudes face à saúde no adicto.

Tabela 16 – Análise da variância da variável estado civil sobre a Escala de Atitudes face à saúde

Dimensão	F	P
Atitude Alimentar	1,033	,362
Atitude Rodoviária	1,135	,327
Atitude Aditiva	,374	,689
Atitude Preventiva	3,318	,042
Atitude Promotora	,907	,408
Atitude Sexual	1,106	,337

Tabela 17 – Testes de Tukey – Comparação das categorias do Estado Civil com os Factores da Escala de Atitudes

	Estado Civil		Diferença de Médias (I - J)	TuKey p
	(I)	(J)		
1 – Estado Civil Solteiro				
2 – Estado Civil Divorciado				
3 – Estado Civil Casado				
F₁ – Atitude Alimentar	1	2	-,136	,995
		3	-3,386	,328
	2	3	-3,250	,436
F₂ – Atitude Rodoviária	1	2	-1,304	,377
		3	-1,304	,689
	2	3	,000	1,000
F₃ – Atitude Aditiva	1	2	-,065	,998
		3	-1,482	,664
	2	3	-1,417	,740
F₄ – Atitude Preventiva	1	2	-2,557	,046
		3	-2,307	,399
	2	3	,250	,991
F₅ – Atitude Promotora	1	2	-,905	,393
		3	,179	,986
	2	3	1,083	,664
F₆ – Atitude Sexual	1	2	-1,053	,348
		3	-,803	,790
	2	3	,250	,982

H_{1c}- Existe efeito significativo das habilitações literárias nos comportamentos

Considerando o efeito da variável sócio-demográfica habilitações literárias, nos resultados obtidos não se verificam efeitos significativos desta variável nos comportamentos de saúde e de risco (Tabela 18). As análises de



variância realizadas não revelam nenhum efeito significativo. A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças significativas entre as categorias das habilitações literárias, revelou a não existência de diferenças significativas. Assim, esta constatação conduz à não-aceitação da sub-hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e os comportamentos de saúde e de risco dos adictos.

Tabela 18 – Análise da variância da variável habilitações literárias sobre a Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco

Dimensão	F	p
Comportamento Sexual	,873	,459
Comportamento Aditivo	,440	,725
Comportamento Preventivo	2,050	,115
Comportamento Alimentar	,615	,608
Comportamento Físico-Desportivo	,206	,892
Comportamento Nocivo	,350	,789
Comportamento Rodoviário	,673	,572

H_{2c}- Existe efeito significativo das habilitações literárias nas crenças

Considerando o efeito da variável sócio-demográfica habilitações literárias, nos resultados obtidos não se verificam efeitos significativos desta variável nas crenças de saúde (Tabela 19). As análises de variância realizadas não revelam nenhum efeito significativo. A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças significativas entre as categorias das habilitações literárias, revelou a não existência de diferenças significativas. Assim, esta constatação conduz à não-aceitação da sub-hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as crenças de saúde dos adictos.

Tabela 19 – Análise da variância da variável habilitações literárias sobre a escala Crenças de Saúde

Dimensão	F	p
Crença Sexual	,721	,543
Crença Físico-Desportiva	1,907	,136
Crença Tabágica e Alcoólica	,071	,975
Crença Alimentar	1,002	,397
Crença Social	,346	,792

H₂b- Existe efeito significativo das habilitações literárias nas atitudes

Considerando o efeito da variável sócio-demográfica habilitações literárias, nos resultados obtidos não se verificam efeitos significativos desta variável nas atitudes face à saúde (Tabela 20). As análises de variância realizadas não revelam nenhum efeito significativo. A realização de testes post-hoc de Tukey, para localizar as diferenças significativas entre as categorias das habilitações literárias, revelou a não existência de diferenças significativas. Assim, esta constatação conduz à não-aceitação da sub-hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as atitudes face à saúde dos adictos.

Tabela 20 – Análise da variância da variável habilitações literárias sobre a escala de Atitudes face à saúde

Dimensão	F	P
Atitude Alimentar	1,840	,148
Atitude Rodoviária	,794	,502
Atitude Aditiva	,904	,444
Atitude Preventiva	,751	,525
Atitude Promotora	1,326	,273
Atitude Sexual	,748	,527

Comportamentos de saúde e de risco e Variáveis cognitivas

H₂ – Existem efeitos significativos das crenças nos comportamentos de saúde e de risco

H₃ – Existem efeitos significativos das atitudes nos comportamentos de saúde e de risco

Ao analisarmos a associação entre as variáveis cognitivas em estudo (crenças de saúde e atitudes face à saúde) e os comportamentos de saúde e de risco, pretendemos testar a segunda e terceira hipóteses deste estudo.

Os resultados obtidos pelas correlações de Pearson (Tabela 21), mostram a não existência de correlações significativas ($p > 0,05$) entre a Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco e a Escala de Crenças de Saúde ($r = -0,155$) e entre a Escala de Comportamentos e a Escala de Atitudes Face à Saúde ($r = 0,232$). Apesar de, a associação entre a Escala de Crenças com a Escala de Comportamentos ser negativa o que significa que quanto mais adequadas são as crenças, maiores são os comportamentos de risco e, conseqüentemente, menores os comportamentos de saúde.

Apesar destas observações, estes dados não são estatisticamente significativos ($p > 0,05$), o que nos leva a rejeitar as hipóteses específicas de que a associação entre as crenças e as atitudes com os comportamentos adquire significância estatística.

Tabela 21 – Correlações de Pearson entre os Comportamentos e as variáveis cognitivas

	R	P
Crenças de Saúde	-,155	,241
Atitudes face à Saúde	,232	,079

Associação entre as dimensões da Escala de Crenças com as da Escala dos Comportamentos

Analisando a correlação entre as dimensões de cada escala (Comportamentos de Saúde e de Risco e Crenças de Saúde) (Tabela 22), encontram-se alguns valores significativos ($p < 0,01$), nomeadamente:

- Entre a Crença Social e o Comportamento Sexual ($r = 0,253$; $p = 0,033$);

- Entre a Crença Sexual e o Comportamento Aditivo ($r=,237$; $p=0,043$);
- Entre a Crença Tabágica/Alcoólica ($r=-,373$; $p=0,001$), Físico/Desportiva ($r=-,259$; $p=0,029$) e Sexual ($r=-,301$; $p=0,011$) e o Comportamento Preventivo;
- Entre a Crença Tabágica/Alcoólica e o Comportamento Alimentar ($r=-,269$; $p=0,023$);
- Entre a Crença Alimentar e o Comportamento Físico-Desportivo ($r=-,294$; $p=0,013$).

Observam-se associações muito significativas, quer positivas quer negativas. Neste estudo, não se verificou a ocorrência de associações significativas entre as dimensões da escala de crenças e a totalidade das dimensões da escala de comportamentos.

Tabela 22 – Correlações de Pearson entre as dimensões das Crenças de Saúde com os Comportamentos de Saúde e de Risco

Comportamentos	Crenças	Cr. Social	Cr. Alimentar	Cr. Tabágica/ Alcoólica	Cr. Físico/ Desportiva	Cr. Sexual
		R de Pearson p (2-tailed)	,253* ,033	,121 ,323	,028 ,822	-,032 ,793
C. Aditivo	R de Pearson p (2-tailed)	,112 ,351	,009 ,939	-,120 ,327	-,061 ,611	,237* ,043
C. Preventivo	R de Pearson p (2-tailed)	-,040 ,743	-,081 ,509	-,373** ,001	-,259* ,029	-,301* ,011
C. Alimentar	R de Pearson p (2-tailed)	-,148 ,214	-,202 ,091	-,269* ,023	-,156 ,192	-,027 ,820
C. FísicoDesportivo	R de Pearson p (2-tailed)	-,117 ,326	-,294* ,013	-,141 ,245	-,090 ,455	,029 ,810
C. Nocivo	R de Pearson p (2-tailed)	-,012 ,919	-,023 ,853	-,010 ,933	,026 ,828	,117 ,328
C. Rodoviário	R de Pearson p (2-tailed)	,228 ,054	,191 ,113	-,053 ,663	,056 ,639	-,031 ,796

Associação entre as dimensões da Escala de Atitudes com as da Escala dos Comportamentos

Analisando a correlação entre as dimensões de cada escala (Comportamentos de Saúde e de Risco e Atitudes face à Saúde) (Tabela 23), podemos encontrar alguns valores a ter em conta:

- Atitude Sexual com o Comportamento Sexual ($r=,388$; $p=0,001$);
- Atitude Preventiva ($r=,300$; $p=0,012$) e Promotora ($r=,273$; $p=0,023$) com o Comportamento Preventivo;
- Atitude Preventiva ($r=,268$; $p=0,023$), Alimentar ($r=,338$; $p=0,004$) e Promotora ($r=,253$; $p=0,033$) com o Comportamento Alimentar.

Tabela 23 – Correlações de Person entre as dimensões das Atitudes face à Saúde com os Comportamentos de Saúde e de Risco

Atitudes		A. Preventiva	A. Alimentar	A. Promotora	A. Aditiva	A. Rodoviária	A. Sexual
C. Sexual	R de Pearson	,157	,021	,055	-,002	,079	,388**
	p (2-tailed)	,192	,865	,650	,990	,518	,001
C. Aditivo	R de Pearson	,173	,181	,116	,113	,117	,220
	p (2-tailed)	,152	,140	,344	,357	,338	,068
C. Preventivo	R de Pearson	,300*	,112	,273*	,047	,179	,224
	p (2-tailed)	,012	,360	,023	,701	,141	,062
C. Alimentar	R de Pearson	,268*	,338**	,253*	,096	,128	,115
	p (2-tailed)	,023	,004	,033	,428	,288	,338
C. FísicoDesportivo	R de Pearson	,138	,150	,217	-,070	-,008	,013
	p (2-tailed)	,249	,219	,071	,566	,949	,914
C. Nocivo	R de Pearson	,019	,073	-,107	-,135	-,007	,030
	p (2-tailed)	,875	,553	,380	,268	,957	,803
C. Rodoviário	R de Pearson	-,004	-,088	-,064	,103	,118	,076
	p (2-tailed)	,973	,473	,599	,399	,332	,529

Capítulo VI

Discussão dos resultados

Capítulo VI

Discussão dos Resultados

Tendo em conta os resultados apresentados, há diferentes aspectos que merecem ser analisados em função dos objectivos e hipóteses formuladas, e relacionar os resultados com outros estudos desenvolvidos no âmbito da problemática do consumo de substâncias psicoactivas.

Assim, a discussão está estruturada em duas partes essenciais: (i) reflexão sobre as variáveis descritivas (descrição da população adicta do nosso estudo, quer em relação às características sócio-demográficas quer aos comportamentos de saúde e de risco, às crenças de saúde e atitudes face à saúde), (ii) análise da associação, significativa ou não, directa ou inversa, entre as várias características sócio-demográficas e cognitivas com os comportamentos de saúde e de risco.

Caracterização da população adicta

A população adicta do presente estudo caracteriza-se, de uma maneira geral, heterogénea em relação à idade pois encontramos em tratamento em Comunidades Terapêuticas adictos desde os 19 aos 51 anos, prevalecendo o intervalo de idades entre os 32 e os 41 anos, ocupando 49,2% da amostra total. Este é um dado importante uma vez que falamos de uma faixa etária adulta.

Tendo em conta a média de idades da amostra (34,07), o estado civil que prevalece em mais de metade é o solteiro (77,3%) e de seguida o estado divorciado (14,7%), é revelador, que apesar de já se encontrarem numa fase adulta de vida, estes não possuem estabilidade emocional uma vez que a relação marital não existe, e quando existiu acabou por ser interrompido ou até mesmo destruído. O desinvestimento académico também caracteriza a população adicta, apesar de alguma escolaridade, os recursos cognitivos foram sendo substituídos pelos consumos, acabando muitas vezes por se deteriorarem. Apesar das Comunidades Terapêuticas que fizeram parte deste

estudo serem de diferentes distritos, 40% dos adictos em tratamento nas quatro comunidades são naturais de Lisboa, ou seja, vivem num meio urbano.

Dados estatísticos do Relatório Anual do IDT (2007) apontam para uma caracterização do toxicodependente em tratamento em Comunidades Terapêuticas da seguinte maneira: os utentes continuam a ser na sua maioria do sexo masculino (83,2%), com idades compreendidas entre os 25-34 anos (45,3%) e 35-44 anos (20,1%), variando a idade média entre os 29 anos, persistindo um gradual envelhecimento destas populações. São, predominantemente indivíduos solteiros (64%) e casados/união de facto (17,7%). Regra geral, continuam a ser populações com baixas habilitações literárias (45,2% não completaram o 3.º Ciclo do Ensino Básico e 27,9% possuem o 3ºCiclo). A análise regional evidencia, quer para a população total quer para a jovem adulta, terem sido as regiões do Algarve e de Lisboa, as que apresentaram as mais elevadas (acima da média nacional) prevalências de consumo de qualquer substância ilícita ao longo da vida.

Alguns destes dados, embora com diferentes percentagens, estão em consonância com os do presente estudo, ou seja, os utentes em Comunidades Terapêuticas caracterizam-se pelo estado civil de solteiro, baixas habilitações literárias e vivem em meio urbano. A principal diferença está no grupo etário que prevalece nas Comunidades do presente estudo, caracterizando-se por uma média superior a outros estudos. Toda a adição activa não é forçosamente definitiva e desde que o doente deseje honestamente recuperar, conseguirá fazê-lo com pleno sucesso (Patrício, 2002).

Todos os sujeitos são policonsumidores, uma vez que são consumidores abusivos de mais do que uma substância em simultâneo e a heroína, cocaína e haxixe são as drogas de eleição para a maioria. Como foi referido na revisão teórica, vários são os parâmetros que influenciam os efeitos das diferentes substâncias ilícitas, como o contexto cultural e social a que o consumidor pertence, como as substâncias utilizadas nos consumos e como as características individuais do consumidor (o peso, o volume, a idade e o sexo) (Morel et al., 1998).

Os resultados de um estudo nacional realizado em 2007 (IDT) na população geral (15-64 anos) mostram que o haxixe, a cocaína e o ecstasy são as substâncias preferencialmente consumidas pelos portugueses, com prevalências de consumo ao longo da vida respectivamente na ordem dos 11,7%, 1,9% e 1,3%. Entre 2001 e 2007, apesar da subida das prevalências de consumo ao longo da vida a nível das várias substâncias ilícitas, verificou-se uma descida generalizada das taxas de continuidade dos consumos. Nos contextos dos consumos problemáticos, é a heroína, muitas vezes associada à cocaína, que surge como a principal droga, como se constata nos estudos e indicadores indirectos relacionados com a procura de tratamento e mortes. Entre a população jovem adulta constatou-se uma subida generalizada das prevalências de consumo ao longo da vida, excepto a prevalência do consumo de heroína ao longo da vida que se manteve igual. De um modo geral, é de destacar a subida das prevalências de consumo de cocaína, que surgiu em 2007 como a segunda droga com maiores prevalências de consumo não só na população total como em 2001, mas também já na população jovem adulta.

No presente estudo, a substância que prevalece nos consumos é a cocaína, seguida da heroína e em terceiro lugar, o haxixe. Também o ecstasy, o LSD, as anfetaminas, as pastilhas e os ácidos fizeram parte dos consumos dos adictos, antes de entrarem nas Comunidades.

Estes resultados estão em consonância com o observado, pelo Relatório Mundial da Secretaria da Nações Unidas para a Prevenção da Droga e Controlo do Crime (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000), que apontam, a toxicodependência como um fenómeno que não diferencia países, raças, estratos sociais, profissões, grupos etários, e credos religiosos. Nos últimos anos, novas drogas e novos padrões de consumo, associados à difusão do uso indiferenciado - por populações marginais até à população em geral, sem distinguir idade, sexo, raça, classe social, situação económica, credo religioso, ou ausência deste, ou ainda formação cultural; todos sem excepção podem ser atingidos - despertaram a necessidade de encarar o problema da droga e da toxicodependência de forma

generalizada, interdisciplinar e plurifacetada, propiciando a participação da comunidade e das instituições.

Comportamentos de saúde e de risco, Crenças de saúde e Atitudes face à saúde, dos adictos em recuperação em Comunidades Terapêuticas

Começando a nossa análise pelos Comportamentos de Saúde e de Risco, a média global encontrada para esta escala é de 54,51 (DP=20,52). Uma vez que, a nota global pode ir de um mínimo de 21 a um máximo de 105, a nossa amostra caracteriza-se por maiores comportamentos de risco e conseqüentemente, menores comportamentos de saúde adoptados.

Estudos desenvolvidos em diferentes países europeus apontam para um quadro preocupante, pois salientam que há uma relação de concomitância, entre os comportamentos que colocam em risco a saúde, isto é, normalmente os sujeitos que bebem também fumam, consomem drogas e têm uma alimentação pouco saudável e não são fisicamente activos (Balaguer e Pastor, 2001).

Na Escala de Crenças de Saúde, o valor médio global apresentado pelos adictos é de 53,49 (DP=11,51). A nota global pode ir de um mínimo de 13 a um máximo de 65, assim, a nossa amostra apresenta um valor médio global elevado, logo apresentam crenças de saúde muito adequadas.

Em relação à Escala de Atitudes face à Saúde, o valor médio global apresentado pelos adictos é de 64,15 (DP=18,97). Uma vez que a nota da média global pode ir de um mínimo de 17 a um máximo de 85, podemos dizer que os adictos apresentam atitudes face a algumas regras de saúde adequadas.

Quando nos referimos a um estilo de vida de risco, falamos de um conjunto de padrões comportamentais que constituem uma ameaça ao bem-estar físico e psíquico e que conduzem a conseqüências negativas para a saúde e desenvolvimento do indivíduo (Rodrigo e tal. 2004 cit por Matos, 2008) A toxicoddependência afecta de forma grave a sociedade, quer pelas suas conseqüências, ao nível da saúde pública, quer pela criminalidade a ela

associada. Conhecem-se as dramáticas consequências que advêm, em termos de saúde física e mental, da intoxicação crónica ou periódica, provocada pelo consumo de uma substância psicoactiva, de forma voluntária.

A partir do momento em que os indivíduos se iniciam nos consumos regulares de substâncias psicoactivas, revelam tendência para o abandono da prática sistemática de actividade física. A conjugação destes factores, uso de substâncias psicoactivas e ausência de actividade física, aceleram os processos de degeneração funcional, metabólica e orgânica do organismo, contribuindo para o acentuar da degradação biopsicossocial do indivíduo. Nesta linha de pensamento, e de acordo com Caspersen et al. (1985), afirmamos que um baixo nível de actividade física é determinante no processo de desenvolvimento de doenças degenerativas. Poderemos generalizar que os praticantes de actividade física, apresentam estilos de vida mais saudáveis e com menor associação a comportamentos de risco (Balaguer e Castillo, 2002).

É de salientar que o exercício físico acarreta benefícios ao nível psicológico, estando associado de forma positiva com a auto-imagem, sensações de bem-estar, autoconfiança, mudanças positivas no humor, no stress, depressão, ansiedade, vigília, clareza de pensamento, aumento de energia, entre outros (Ribeiro, 1988; McAuley, 1994).

A droga vai dominando e empobrecendo a vida. Diariamente, o toxicod dependente pode viver situações de risco de vida, ora por excesso de consumo (overdose), ora por ter determinado(s) comportamento(s), tal(ais) como, utilização de seringas infectadas e/ou relações sexuais sem protecção, o(s) qual(ais) pode(m) originar doenças incuráveis (VIH, Hepatite B e C, Tuberculose, etc.). É recorrente o uso de substâncias em situações nas quais isso representa perigo físico (por exemplo, conduzir um veículo ou operar uma máquina).

O consumo de drogas, para além das alterações comportamentais, induz modificações perniciosas em vários sistemas. Analisando o fenómeno da dependência de substâncias psicoactivas, de acordo com um triângulo, onde em cada um dos vértices temos: a droga, a pessoa e a saúde, facilmente se

chega à conclusão que além de ser sinónimo de auto-destruição, poucas são as alternativas para a resolução deste problema (Moreira, 1993).

De acordo com Bukstein et al. (1992), calcula-se que 89% dos indivíduos com problemas relacionados com drogas tenham pelo menos um outro diagnóstico associado. Os distúrbios mais frequentemente associados, nomeadamente com a fobia social, são: outros distúrbios ansiosos, distúrbios depressivos e uso abusivo de substâncias (Magee et al., 1996, Turk et al., 1998).

Efeitos significativos das variáveis sócio-demográficas nos comportamentos, crenças e atitudes de adictos em recuperação em Comunidades Terapêuticas

A idade dos adictos influencia os seus comportamentos de risco e, consequentemente os comportamentos de saúde adoptados. A associação entre a idade e as crenças revela que quanto ao avançar na idade, menos favoráveis são as crenças de saúde. Em relação à associação entre a idade e as atitudes, com o avançar da idade dos adictos menos favoráveis são as atitudes face à saúde.

Face a isto, no nosso estudo verificou-se que existem algumas correlações muito significativas entre a idade e algumas dimensões dos comportamentos de saúde e de risco, o mesmo acontecendo para algumas dimensões das atitudes face à saúde, contudo, não existem correlações significativas entre a idade e as dimensões das crenças de saúde.

Em relação à influência do estado civil dos sujeitos nos comportamentos, crenças e atitudes face à saúde, é de salientar que existe uma associação significativa e positiva com a Atitude Preventiva.

Por último, podemos ainda analisar as correlações entre as habilitações literárias e os comportamentos, crenças e atitudes. Não existe qualquer tipo de associação.

Segundo o IDT (2004) pode-se afirmar que o nível de escolaridade (baixo, médio ou alto), ou a profissão, não estejam directamente relacionados com o problema da toxicod dependência. Embora se observe, de um modo geral,

que continuam a ser populações com baixas habilitações literárias e situações laborais precárias, que recorrem às estruturas de tratamento da toxicod dependência (IDT, 2004).

Os indivíduos que consomem substâncias psicoactivas, geralmente fazem-no com o objectivo de obterem benefícios desses consumos. Contudo, o comportamento de adicção às drogas acarreta diversos danos a vários níveis, quer a curto, a médio e longo prazo. Entre a multiplicidade de prejuízos decorrentes do consumo de substâncias podem destacar-se os efeitos prejudiciais sobre a saúde e a nível social. Estes consumos podem levar a graves quadros psicopatológicos e, também, a patologias físicas, nomeadamente a doenças infectocontagiosas. Podem-se identificar como alguns desses problemas a sida, tuberculose, hepatites, efeitos sociais nefastos, problemas familiares, jurídico-legais e económicos.

Os comportamentos sinalizados são preditivos do aumento de doenças crónicas e da diminuição da qualidade de vida.

Efeitos significativos das crenças e atitudes face à saúde nos comportamentos de saúde e de risco de adictos em recuperação em Comunidades Terapêuticas

Tendo em conta a não existência de associações significativas entre a Escala de Crenças de Saúde e a Escala Comportamentos de Saúde e de Risco e entre a Escala de Atitudes face à saúde e a Escala de Comportamentos de Saúde e de Risco, não podemos esquecer que existem algumas correlações significativas entre as várias dimensões de cada escala.

A dimensão Crença Social associa-se significativa e positivamente com o Comportamento Sexual, ou seja, as crenças sociais são mais adequadas à medida que existam cuidados com as relações sexuais. O mesmo acontece em relação à Crença Sexual e a Comportamento Aditivo, as crenças sexuais são favoráveis à preocupação com o álcool e drogas ilegais. As Crenças Tabágica-Alcoólica, Física-Desportiva e Sexual associam-se significativa e negativamente ao Comportamento Preventivo, isto significa que à medida que

existe prevenção das doenças, as crenças referidas são menos adequadas. A Crença Tabágica-Alcoólica associa-se significativa e negativamente ao Comportamento Alimentar, ou seja, as crenças são menos favoráveis quando existem cuidados com a alimentação. Por último, existe a associação significativa e negativa da Crença Alimentar com o Comportamento Físico-Desportivo.

Por outro lado, há também importantes associações entre algumas dimensões das atitudes com as dos comportamentos de saúde e de risco, sendo todas estas associações significativas e positivas. A Atitude Sexual está associada ao Comportamento Sexual, ou seja, o grau de importância atribuído a algumas regras de saúde na dimensão sexual está muito associado aos cuidados com as relações sexuais. A Atitude Preventiva e Promotora associa-se ao Comportamento Preventivo, assim, são mais favoráveis as atitudes preventiva e promotora face a algumas regras de saúde quando existe a prevenção das doenças. Por último, as Atitudes Preventiva, Alimentar e Promotora estão associadas ao Comportamento Alimentar, ou seja, estas atitudes são mais adequadas havendo um cuidado com a alimentação.

O comportamento humano é determinado por múltiplos factores, tanto do indivíduo quanto do ambiente. Estes factores ocorrem no micro-nível (biológico e molecular) e macro-nível (social e ambiental), interagindo mutuamente em relações recíprocas.

O modelo de Crenças em Saúde é um modelo psicológico que tenta explicar e prever comportamentos para a saúde (Becker, 1988). Tem servido para explorar uma variedade de comportamentos de curto e longo prazo, e é largamente utilizado para identificar determinantes do comportamento de risco. O modelo apresenta a teoria de que o comportamento para a saúde é função de características sócio-demográficas, conhecimentos e atitudes e postula que um indivíduo deve avaliar as seguintes crenças para poder alterar o seu comportamento (Pandey, 2005):

- a) Susceptibilidade percebida para um problema particular de saúde;
- b) Gravidade percebida da condição;
- c) Crença na efectividade de um novo comportamento;

- d) Sugestões para a acção;
- e) Perceber benefícios da acção preventiva;
- f) Barreiras à tomada de acção.

A premissa da Teoria da Aprendizagem Social postula que novos comportamentos são apreendidos ao se apreender modelos de comportamentos de outros ou por experiência directa (Bandura, 1977). Aspectos centrais desta teoria são:

- a) Auto-eficácia – a crença na habilidade de implementar o comportamento necessário (“Eu sei que posso insistir no uso do preservativo com o meu parceiro”);
- b) Expectativa de resultados – crenças sobre os resultados esperados (“O uso correcto do preservativo irá prevenir a infecção pelo VIH”).

Esta teoria é a mais frequentemente utilizada em modelos de intervenção tanto na população geral quanto em grupos específicos e é vista como a variável chave para predizer comportamentos de risco (Auerbach et al., 1994).

Tendo em conta o que foi referido e segundo os resultados obtidos no presente estudo, encontramos algumas crenças que nos permitem identificar determinantes dos comportamentos de risco e crenças que explicam e predizem comportamentos de saúde. Assim, a crença social é determinante para o cuidado com as relações sexuais e a crença sexual é determinante para a preocupação com álcool e drogas ilegais. Por outro lado, há crenças nos adictos que contribuem para identificarmos comportamentos preventivos de risco, tais como, a tabágica/alcoólica, física-desportiva e sexual; a crença tabágica/alcoólica é uma determinante para os comportamentos alimentares de risco e; por último, a crença alimentar é determinante para o comportamento físico-desportivo de risco.

A literatura divide o conceito de dependência em duas formas diferentes: a dependência física e a dependência psicológica. Estudos realizados apontam para a existência de uma relação entre atitudes, crenças e valores e o uso de

diferentes substâncias psicoactivas. Estes estudos não só tendem a demonstrar que os consumidores de substâncias psicoactivas apresentam atitudes específicas em relação ao uso de substâncias, como se diferenciam, ainda, nos sistemas de valores que possuem acerca da existência do mundo (Negreiros, 1998). Esta noção sublinha o facto de existirem nos sujeitos dependentes uma constelação própria de atitudes e valores e que esses valores e atitudes poderão constituir factores antecedentes ao uso de drogas ou no mínimo, influenciar as decisões relativas ao uso.

Com a análise dos dados, na presente investigação, as atitudes do adicto influenciam alguns comportamentos de saúde e risco, no sentido de apresentarem atitudes face a algumas regras de saúde adequadas, o que seria determinante para se explicar alguns comportamentos de saúde e se identificarem comportamentos de risco. O adicto apresenta atitudes adequadas, quer em relação ao cuidado com as relações sexuais, à preocupação com o álcool e drogas ilegais, à prevenção das doenças, ao cuidado com a alimentação, com a preocupação com o exercício, ao cuidado com as drogas semi-legais e ao cuidado com a conduta rodoviária. Estas atitudes fazem parte de uma constelação própria de atitudes do adicto e influenciam as decisões em relação ao uso.

As atitudes e valores que se observam na sociedade relativamente às doenças sexualmente transmissíveis estão relacionados com a forma como estas lidam com a sexualidade, orientação sexual, toxicoddependência, o medo de contágio, a doença, a morte, crenças religiosas ou espirituais, nível de cuidados de saúde e o próprio sistema político-económico da sociedade (Guerra, 1998).

Existem estudos que apontam para a associação entre o consumo de substâncias e comportamentos sexuais de risco. Tais associações são observadas na população geral e em vários grupos específicos como jovens, profissionais do sexo e utilizadores de drogas injectáveis e são melhor entendidas como produto de uma interacção entre psicofarmacologia e aspectos sociais (WHO, 2003). Um indivíduo sob influência de substâncias

pode, por exemplo, ter o seu julgamento prejudicado para a prática de sexo seguro.

Os contextos sociais também podem influenciar o comportamento sexual de consumidores de substâncias como o “*setting*” no qual o consumo ou o acto sexual ocorre, as expectativas da comunidade, o relacionamento com o grupo de pares, crenças sobre os efeitos de uma droga particular no desempenho sexual e factores políticos, económicos e estruturais. As crenças e expectativas do indivíduo sobre os efeitos farmacológicos, a via pela qual a substância é utilizada, influenciadas pelas normas sociais e culturais também criam conexões entre o comportamento sexual de risco e o consumo de substâncias (WHO, 2003)

Os riscos sexuais da população geral, parecem ser substanciais e há evidências de que o comportamento preventivo não tem sido adoptado (Catania et al., 1992). De facto, observações consistentes de muitos estudos evidenciam que muitos dos que estão em risco para infecção pelo VIH, seja por sexo ou uso de drogas, não reconhecem o perigo que enfrentam e mesmo que o reconheçam, isto não é suficiente para alterar o comportamento e reduzir os riscos (Brunswick et al., 1993; Klepinger, Billy, Tanfer, & Grady, 1993; Kline & Strickler, 1993).

O consumo de drogas é altamente correlacionado com práticas sexuais inseguras, como sexo desprotegido, múltiplos parceiros ou a troca de sexo por dinheiro ou drogas (UNODC, 2005). O toxicodependente apesar de possuir o conhecimento sobre os riscos e as estratégias de prevenção, muitos ainda praticam comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis.

Capítulo VII

Conclusões

Capítulo VII

Conclusões

Em toda a análise dos resultados e discussão dos mesmos, há aspectos importantes que se verificaram:

1. Os utentes em Comunidades Terapêuticas caracterizam-se pelo estado civil de solteiro, baixas habilitações literárias e, a maioria vive em meio urbano. Neste estudo, a principal diferença está no grupo etário que prevalece nas Comunidades caracterizando-se por uma média de 34,07 anos;
2. Os adictos caracterizam-se por mais comportamentos de risco e consequentemente, menos comportamentos de saúde adoptados;
3. A variável idade influencia os comportamentos de risco dos adictos e, consequentemente, os seus comportamentos de saúde;
4. Não existem correlações entre a variável idade com as crenças de saúde;
5. Não existe efeito significativo da variável estado civil nos comportamentos e crenças;
6. Não existe qualquer efeito da variável habilitações literárias nos comportamentos, crenças e atitudes do adicto;
7. Tanto a Escala de Crenças como a de Atitudes não se correlaciona com a Escala dos Comportamentos de Saúde e de Risco no adicto;

Uma primeira limitação apontada ao estudo é o facto dos comportamentos e as atitudes das pessoas não serem, pela sua natureza, neutros e esta característica afecta a investigação científica e as suas interpretações.

Uma outra limitação do estudo relaciona-se com a amostra. Embora o objecto de generalização seja sobretudo valorizado em aferição de provas psicológicas Veiga (2001 cit por Albuquerque, 2004), julga-se importante ter uma amostra significativa e também heterogénea. Importa que o número dos

seleccionados viabilize as análises estatísticas subsequentes de um modo consistente e que a selecção dos sujeitos seja feita o mais aleatoriamente possível. A amostra do presente estudo é exclusivamente masculina o que a torna homogénea, é uma amostra pouco diversificada. Seria importante a inclusão dos dois géneros neste tipo de estudo, no sentido de se poder obter mais resultados diferenciadores, dentro da população em causa. Uma amostra maior teria uma maior generalização.

O principal contributo deste estudo está relacionado com o conhecimento obtido acerca das características cognitivas dos adictos que devem ser tidas em conta aquando da intervenção com toxicodependentes. De forma a, que tenham opções de escolha saudáveis em termos do estilo de vida, é importante que os adictos se preocupem com o contexto físico, social, cultural e económico que os envolve. É importante para os serviços de saúde, a promoção e educação para a saúde, tentando que os adictos adoptem estilos de vida saudáveis, no sentido de uma melhor qualidade de vida. As intervenções educativas no seio da droga têm sido desenvolvidas ao nível das escolas, pais, educadores, e este é um trabalho árduo e complexo. Estas intervenções educativas, tendo em conta esta investigação, podem passar por estabelecer estratégias acerca dos cuidados de saúde, relacionadas com a alimentação, práticas sexuais, exercício físico e cuidados preventivos. Tanto os métodos educativos, as características individuais, o grupo onde se está inserido, entre outros aspectos, determinam os comportamentos, atitudes e objectivos dos indivíduos.

O abuso de substâncias, por si só, já se constitui como um factor de risco mas quando associado a outros comportamentos (como a condução sob o seu efeito, um má nutrição, entre outros aspectos) pode constituir-se como um factor de vulnerabilidade para a ocorrência de acidentes graves e que podem colocar em risco a vida do adicto.

Um outro contributo do estudo é o facto de este dar importância ao tratamento do adicto em Comunidade Terapêutica. Esta metodologia de intervenção permite que o investimento psico-terapêutico e sócio-terapêutico sejam feitos em condições de maior estabilidade, por ser menor a interferência

do mundo externo, nomeadamente do ambiente familiar e do meio da droga, reencontro da auto-estima e redescoberta das relações interpessoais.

Esperançados de que as informações que se obtiveram possam tornar-se úteis a todos aqueles que se dedicam à promoção da saúde e ao estudo do desenvolvimento psicológico do indivíduo, seria interessante, numa perspectiva futura, englobar as crenças e atitudes face à saúde analisadas, em programas de intervenção pois caracterizam os adictos de uma forma muito concreta em relação ao que pensam e que cuidados têm na sua saúde, a promoção de saúde também passará por aí. É dar importância ao desenvolvimento da auto-estima, do auto-conceito, efeitos positivos sobre estados depressivos, de ansiedade, stresse e bem-estar psicológico. Julgamos que todos estes factores irão proporcionar, ao indivíduo, em recuperação, ser um cidadão digno e de plena interacção consigo, com a família, a sociedade e o mercado de trabalho. O exercício físico poderá ser uma ferramenta, na forma salutar de ocupar o tempo livre, mais agradável e acima de tudo prevenindo a recaída num comportamento de risco.

Pretendemos que o nosso trabalho assuma um carácter complementar ao processo de reabilitação do toxicodependente, onde as vertentes médica, psicológica, sociológica e de reinserção social, contribuam cumulativamente para a melhoria da qualidade de vida, da saúde e dos hábitos salutareos dos toxicómanos em recuperação. O resultado deste processo interdisciplinar, deverá assumir um papel criador e produtivo, permitindo aos profissionais e especialistas das diferentes áreas, actuar de um modo mais eficiente e efectivo.

Futuramente, seria importante estudar os comportamentos de saúde e risco também em mulheres toxicodependentes, de forma a perceber até que ponto podem ou não diferir dos dados encontrados só para o sexo masculino. Um outro estudo futuro seria com adictos adolescentes, pois é dada muita importância à saúde dos adolescentes, sendo este mesmo um período fulcral para estabelecer regras e cuidados para a idade adulta. Muitos dos comportamentos dos adolescentes podem influenciar, directa ou indirectamente, a sua saúde a curto e a longo prazo (Matos et al. 2006).

Estudar os comportamentos de saúde dos adolescentes e os factores que os influenciam é essencial para o desenvolvimento de políticas de educação para a saúde, programas promoção da saúde e intervenções dirigidas a esta faixa etária. O enfoque do risco assume que, quanto maior o conhecimento sobre os acontecimentos negativos, maior a possibilidade de agir sobre eles com antecipação para evitá-los, mudando as condições que facilitem que um indivíduo ou grupo adquira uma doença ou o um dano.

Muitas vezes, as recaídas estão relacionadas com emoções negativas (como a ansiedade, depressão, culpa), pressão social com atribuições negativas (por exemplo, quando os amigos oferecem ou pressionam para consumir, quando o sujeito visita certas pessoas ou as recebe em casa, ir a festas), manejo de situações difíceis (como enfrentar uma má notícia, terminar uma relação de casal, discussões no seio familiar) e manejo dos problemas físicos e psicológicos (como a insónia, solidão, problemas sexuais). Assim, é necessário intervir com base do que leva a um comportamento de risco ou de saúde.

Bibliografia

Bibliografia

- Albuquerque, C. (2004). *Comportamentos de saúde e de risco na adolescência*. Badajoz: Universidade da Extremadura (Dissertação de Doutoramento).
- Almeida, L. & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Angel, S. & Angel, P. (2005). *Os Toxicómanos e suas famílias*. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 10. Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2003).
- APA (2006). *DSM – IV – TR* (4ªed). Climepsi editores.
- Auerbach, J., Wypijewska, C. & Brodie, H. (1994). *AIDS and Behavior*. Eds. *An Integrated Approach*. Washington, D. C., E. U. A.: National Academy Press.
- Bagagem, M. (1999). *Droga: a desintegração familiar e social dos jovens*. Universidade Nova de Lisboa: Instituto de Sociologia e Etnologia das Religiões, Coleções Ambientais Sociais.
- Balaguer, I. & Pastor, Y. (2001). *Un estudio acerca de la relacion entre el autoconcepto y los estilos de vida en la adolescencia media*. [On-line]: www.psicologia-online.com.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, Nova Jersey, E. U. A.: Prentice-Hall, Inc.
- Barbosa, A. (2007). *O percurso do toxicodependente para a cura*. [Disponível on-line em: www.psicologia.com.pt].
- Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Becker, M. H. (1988). AIDS and Behavioral Change to Reduce Risk: A Review, *American Journal of Public Health*, 78, (4), 394-410.
- Boland, P. (2008). British drugs policy: problematizing the distinction between legal and illegal drugs and the definition of the "drugs problem". *Probation Journal*, vol. 55(2), pp. 171-187. SAGE Publications.
- Bonsari, B. & Carey, K. (2006). How the quality of peer relationships influences college alcohol use. *Drug and Alcohol Review*, Volume 25, 4, pp. 361-370.
- Brunswick, A., Aidala, A., Dobkin, J., Howard, J., Titus, S., & Banaszak-Holl, J. (1993). HIV-1 seroprevalence and risk behaviors in an urban African-American community cohort. *American Journal of Public Health*, (10), 1390-1394.
- Bukstein O., Glancy L. & Kaminer Y. (1992). Patterns of affective comorbidity in a clinical population of dually diagnosed adolescent substance abusers. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1041-1045.

- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de Investigação: guia para auto aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.
- Carvalho, C. *Educação para a sexualidade*. Guia para educadores.
- Caspersen, C., Powell, K. & Christenson, G. (1985). Physical activity, exercise and physical fitness - definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- Catania, J., Coates, T., Stall, R., Turner, H., Peterson, J., Hearst, N., et al. (1992). Prevalence of AIDS-related risk factors and condom use in the United States. *Science*, 13 (258), 1101-1106.
- D'Hainaut, L. (1997). *Conceitos e Métodos da Estatística*. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Dias, A. (1999). *A Imprensa escrita, a droga e a toxicodependência: da massificação à estereotipia dos discursos*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Estanqueiro, A. (2008). *Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal* (15ª ed.). Editorial Presença. (Obra original publicada em 1992).
- Feijó, R & Oliveira, E. (2001). Comportamentos de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 77 (2), 125-134.
- Fleming, M. (1995). *Família e Toxicodependência*. Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (2001). *Família e Toxicodependência*. Edições Afrontamento (3ªed).
- Matos, M. & Gaspar, T. (2008). Consumo de substâncias e saúde/bem-estar em crianças e adolescentes portugueses. In *Consumos de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?*, Coleção estudos – Universidade.
- Guerra, M. (1998). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa. Fim de século.
- Hapetian, I. (1997). *Famílias: entender a toxicodependência*. Editora Verbo.
- Hawkins, J. & Catalano, R. (2005). *Investing in your community's youth: An introduction to the Communities that Care System*. [Disponível on-line em: <http://download.ncadi.samhsa.gov/Prevline/pdfs/ctc/Investing%20in%20Your%20Community's%20Youth.pdf>].
- IDT (2004). *Relatório Anual de 2003 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Instituto de Droga e Toxicodependência.
- IDT (2007). *Relatório Anual de 2006 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Instituto de Droga e Toxicodependência.
- IDT (2008). *Relatório Anual de 2007 – A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências*. Instituto de Droga e Toxicodependência.
- Johnson, B. (1999). Three perspectives on addiction. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. SAGE Publications.

- Kaplan, R., Sallis, J. & Patterson, T. (1993). *Health and human behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Kim, I., Zane N., & Hong, S. (2002). Protective factors against substance use among asian american youth: A test of the peer cluster theory. *Journal of Community Psychology*, 30, 565-584.
- Klepinger, D., Billy, J., Tanfer, K., & Grady, W. (1993). Perceptions of AIDS risk and severity and their association with risk-related behavior among. *Family Planning Perspectives*, 25 (2), 74-82.
- Kline, A. & Strickler, J. (1993). Perceptions of risk for AIDS among women in drug treatment. *Health Psychology*, 12 (4), 313-323.
- Kuntsche, E. & Jordan, M. (2006). Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors Results of multilevel analyses. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 167-174.
- Loureiro, N., Matos, M. & Diniz, J. (2008). Actividade física, desporto e consumo de substâncias entre adolescentes portugueses. In *Consumos de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?*, Coleção estudos – Universidade.
- Magee, W., Eaton, W., Wittchen, H., McGonagle, K., Kessler, R. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.
- Marques, K. (2007). *Dificuldades na manutenção da abstinência nos toxicodependentes em tratamento*. Cabo Verde: Universidade Jean Piaget de Cabo Verde.
- Matos, M. (2008). A adolescência e seus contextos: o estudo HBSC/OMS. In *Consumos de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?* Coleção estudos – Universidade.
- McAuley, E. (1994). Physical activity and psychological outcomes. In C. Bouchard, R. Shephard & T. Stephens (eds.). *Physical activity, fitness and health*, 37, 551-558. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Miguel, N. (1997). Toxicoddependência: a prevenção é possível? Toxicomanias: uma abordagem multidisciplinar, 72-73. Rio de Janeiro.
- Moreira, F. (1993). O desporto é vida. *Revista Antitox* (33), 37.
- Moreira, M et al (2005). Inhibitory parameters of essencial orls to reduce a foodborne pathogen. 38, 565-570.
- Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicoddependente*. Alcoolismo e Toxicomonias Modernas 4. Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1997).

- Morton, B. & Chen, R. (2006). Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, 31, 1211-1223.
- Mota, J. & Sallis, J. (2002). *Actividade física e saúde – Factores de influência da actividade física nas crianças e nos adolescentes*. Porto: Campo das Letras Editores.
- Murphy (1984). *Certiorari to the Minnesota supreme court*. United States.
- Nation, M. & Heflinger A. (2006). Risk Factors for Serious Alcohol and Drug Use: The Role of Psychosocial Variables in Predicting the Frequency of Substance Use Among Adolescents. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 415-433.
- Negreiros, J. (1998). *Prevenção do abuso de álcool e droga nos jovens*. Porto: Ed. Radicário.
- Negreiros, J. (1999). *O futuro da prevenção das toxicodependências*. [Disponível online em: <http://www.psicologia.com>.].
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroinodependentes: características e evolução de uma amostra*. Universitária editora: Lisboa.
- Neto, D. & Torres, N. (2001). Tratamento combinado e por etapas de dependentes químicos: evolução histórica e resultados conseguidos. In *A pedra e o charco: sobre o conhecimento e intervenção nas drogas*. Íman edições.
- Nowlis, H. (1990). *A verdade sobre as drogas*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à droga (4ªed). Obra original publicada em 1979.
- OEDT - Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (2007). *A evolução do fenómeno da droga na Europa – Relatório Anual*.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores (2ªed). (Obra original publicada em 2000).
- Palmqvist, R. & Santavirta, N. (2006). What Friends are for: The Relationships Between Body Image, Substance Use, and Peer Influence Among Finnish Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (2), 203-219.
- Pandey, I. (2005). *Effective Communication in HIV/AIDS Prevention in India*. Dissertação de mestrado em Business Administration não publicada. International Development Department, School of Public Policy, MBA Public Service (International Stream). Birmingham, Reino Unido.
- Patrício, L. (1996). *Droga de Vida, Vidas de Droga; não seja cúmplice!* Lisboa: Bertrand Editora – T.F.
- Pereira, G. & Moreira, M. (2000). Prevenção Primária das toxicoddependências: avaliação de uma intervenção de grupo em crianças com idades entre os 8 e 9 anos. *Análise Psicológica*, 4 XVIII: 455-463.

- Philippi, S. (2004). Transición en el consumo alimentario de preescolares en la ciudad de Sao Paulo, Brasil (1984/85-1995/06). *Revista Espanhola de Nutrición Comunitaria*, v.10, n.4, p.186-191. Barcelona, España.
- Prata, I. (2000). Intervenções psicológicas nas toxicodependências: algumas questões. *Toxicodependências*, vol.6, 47-63.
- Ribeiro, L. (1988). Efeitos psicológicos da actividade física. *Jornal de Psicologia*, 7, 5. 10-14.
- Ribeiro, J. (1994). A psicologia da saúde, saúde e doença. In T.M. MacIntyre (Ed.), *Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (pp.55-71). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Rosa, A., Gomes, J. & Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência – Arte de Cuidar*. Coimbra: FORMASAU - Formação e Saúde Lda.
- Sanches, M. (2001). Adictos: o processo de mudança na Comunidade Terapêutica. In *A pedra e o charco: sobre o conhecimento e intervenção nas drogas*. Íman edições.
- Schuckit, M. (1998). *Abuso de álcool e drogas. Alcoolismo e Toxicomanias Modernas* 2. Climepsi Editores. (Obra original publicada em 1995).
- Silva, M. (2005). *Olhar o consumo de álcool dos jovens num contexto de educação para a saúde*. Dissertação de Mestrado não publicada. Braga: Instituto de Educação e Psicologia.
- Silva, A., Matos, M. & Diniz, J. (2008). Consumo de substâncias e satisfação com a vida nos adolescentes portugueses. In *Consumos de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo?*, Coleção estudos – Universidade.
- Silvério, F. (1998). *Toxicodependência: um problema social*. Évora: Universidade de Évora. Dissertação de Mestrado.
- Simões, C. (2005). *Comportamentos de risco na adolescência: Estudo dos factores aliados ao risco e à protecção na saúde em jovens em idade escolar em função dos diferentes cenários relevantes do seu quotidiano e do seu percurso de desajustamento social*. Tese de Doutoramento (não publicada). Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Simões, C., Matos, M. & Batista-Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, vol.7, 147-164.
- Stroebe, W. (2000). *Social Psychology and Health*. Buckingham: Open University Press. 2nd ed. (Obra original publicada em 1995).
- Tinoco, R. (2006). Comunidades Terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. *Toxicodependências*, vol.12, 21-30.
- Torres, N. & Ribeiro, J. (2001). A “Pedra” e o “Charco” ou por detrás do Narco-Íris. In *A pedra e o charco: sobre o conhecimento e intervenção nas drogas*. Íman edições.

- Tuurk, C., Heimberg, R., Orsillo, S., Holt, C., Gitow, A., Streer, L., Schneier, F., Liebowitz, M. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 209-223.
- UNODC (2005). *2005 World Drug Report*. Viena, Áustria: UNODC.
- Vieira, C. (2007). A Comunidade Terapêutica: da integração à reinserção. *Toxicodependências*, vol.13, 15-22.
- Villa, R. (1997). *Alcoholismo Juvenil: Prevenção e Tratamento*. Madrid: Pirâmide.
- Vinagre, M. & Lima, M. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*, vol. 7, 73-81.
- Webster, J. (2007). Factors Related to Drug Abuse Treatment History Among Incarcerated Drug Abusers. *Journal of Correctional health Care*, vol. 13, 8-21.
- WHO (2000). *Health and Health Behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC) International Report*. Geneva: WHO.
- WHO (2003). *Research and Response Experiences on Psychoactive Substance Use and Sexual Risk Behaviour*. Genebra, Suíça: WHO.

Anexos

Anexo I

Critérios de Diagnóstico de **Substâncias**

Critérios de dependência de substâncias (DSM-IV-R)

Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por 3 (ou mais) dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

- 1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - (a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - (b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância.
- 2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - (a) Síndrome de abstinência característica da substância;
 - (b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
- 3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
- 4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.
- 5) É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos.
- 6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.
- 7) A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Especificar se:

- com dependência fisiológica: evidência de tolerância ou abstinência (isto é, presença do item 1 ou 2).

- sem dependência fisiológica: sem evidência de tolerância ou abstinência (isto é, ausência do item 1 ou 2).

Anexo II

Carta de autorização



Departamento de Psicologia

Assunto: Tese de Mestrado

Exmo. Sr. Director,

A saúde é uma dimensão essencial no dia-a-dia das sociedades modernas. A saúde das pessoas é, cada vez mais, influenciada pela maneira como pensam, pelas coisas em que acreditam, pelo seu comportamento. No entanto não é claro, ainda, em que medida estes aspectos – Comportamentos, Crenças e Atitudes – se repercutem em adictos de drogas, nomeadamente o haxixe, cocaína e heroína. Os adictos residentes em Comunidades Terapêuticas, ou seja, em tratamento, constituem um grupo particularmente importante para a análise dos riscos na saúde, dado constatar-se que é nesta fase do tratamento que os adictos começam a perceber e a agir sobre um determinado Estilo de Vida de forma a modificarem muitos dos seus comportamentos de rua.

Como tal, venho por este meio solicitar a participação da Comunidade Terapêutica de que é responsável no estudo que estou a efectuar. Para isso seria passado a cada utente um questionário sobre Comportamentos, Crenças e Atitudes de Saúde. De forma a que os resultados representem, verdadeiramente, o modo de pensar e actuar dos adictos, é importante que preencham esse questionário que permite colher dados que servirão de referência para a minha tese de Mestrado – “Comportamentos, Crenças e Atitudes de Saúde e de Risco em utentes de Comunidades Terapêuticas”, cuja orientação é tutelada pelos Professores Doutores Vítor Franco, da Universidade de Évora e Carlos Albuquerque, Escola Superior de Enfermagem de Viseu.

O preenchimento do questionário é confidencial, sendo as respostas anónimas.

Grata pela Atenção
Atenciosamente

(Carla Sofia Marques Verdasca)
Estudante de Mestrado em Psicologia Clínica da
Universidade de Évora

Contactos:
Morada: Rua do Capado, nº13A
7000-597 Évora
Telemóvel: 917937453

Anexo III

Questionário

QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS, CRENÇAS E ATITUDES RELACIONADOS COM A SAÚDE

Informo-o que:

- Este questionário pretende investigar comportamentos, atitudes e crenças relacionados com a saúde e os riscos de adictos em Comunidades Terapêuticas;
- As questões que o compõem deverão ser respondidas por si com o máximo de sinceridade e verdade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- As suas respostas serão apenas lidas pela pessoa que realiza o estudo. Elas não serão lidas nem pelos seus terapeutas nem pelos seus familiares;
- Não é necessário escrever o seu nome no questionário. Por isso responda sem qualquer receio.

Obrigada pela sua colaboração.

O questionário começa aqui. Por favor não deixe nenhuma questão por responder.

Data: ____/____/____

I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

1. Que Comunidade Terapêutica frequenta? _____

2. Qual o seu sexo?

Masculino

Feminino

3. Qual a sua idade? _____

4. Qual o seu estado civil? _____

5. Quais as suas habilitações literárias? _____

6. Qual o distrito da sua residência? _____

7. Quais as substância que consumia? _____

II – ESCALA DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DE RISCO

Nesta parte são apresentadas várias afirmações que descrevem, provavelmente, a maneira **como você viveu durante os consumos**. Assim, pretendo que descreva o seu comportamento desse dia-a-dia em diversas áreas que parecem estar associadas à saúde. Responda, conforme for o seu caso, utilizando os seguintes critérios:

1 – Com muita frequência/ 2 – Muitas vezes/ 3 – Às vezes/ 4 – Quase nunca/ 5 – Nunca

1 2 3 4 5

	1	2	3	4	5
1. Praticava desporto.					
2. Tinha cuidado com o que comia de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho.					
3. Tinha cuidado com o que comia de modo a reduzir o consumo de sal.					
4. Planificava a minha alimentação de modo a que ela fosse equilibrada quanto à variedade de nutrientes.					
5. Bebia bebidas alcoólicas como vinho, cervejas ou outras.					
6. Ia ao médico fazer um exame de rotina.					
7. Quando andava de automóvel colocava o cinto de segurança.					
8. Atravessava a rua onde me dava mais jeito, sem reparar nas passadeiras nem nos sinais para peões.					
9. Verificava a minha pressão arterial.					
10. Ia ao dentista verificar o estado dos meus dentes.					
11. Conduzia quando bebia demais, ou viajava com condutores que bebiam demais.					
12. Fazia exercício físico intenso.					
13. Tomava tranquilizantes.					
14. Utilizava estimulantes, mesmo fora dos consumos.					
15. Ficava embriagado.					
16. Fazia análises sanguíneas.					
17. Consumia drogas ilegais.					
18. Tinha relações sexuais sem tomar precauções.					
19. Tinha relações sexuais com pessoas que conhecia mal.					
20. Tinha relações sexuais sob o efeito de álcool ou drogas.					
21. Mudava de parceiro sexual.					

III – ESCALA DE CRENÇAS DE SAÚDE

Nesta parte estou interessada em saber o que pensa sobre algumas afirmações, relativas a comportamentos associados à saúde. Por favor, para cada uma das afirmações, assinale a resposta, que melhor representa a sua opinião:

1 – Concordo totalmente/ 2 – Concordo na maior parte/ 3 – Nem concordo nem discordo/ 4 – Discordo na maior parte/ 5 – Discordo totalmente

	1	2	3	4	5
1. Levar uma vida descansada e relaxada é bom para a saúde.					
2. Comer alimentos fritos (rissóis, hamburger, batatas fritas, croquetes) ajuda a manter a saúde.					
3. Fumar pode ser bom para a saúde.					
4. Tomar bebidas alcoólicas dá força e é bom para a saúde.					
5. A actividade física que as pessoas fazem nas tarefas do dia-a-dia (andar, subir escadas, transportar coisas, etc.) é suficiente como exercício físico.					
6. Fazer exercício físico regularmente ajuda a manter a saúde.					
7. Uma vida apressada e cheia de preocupações é prejudicial para a saúde.					
8. Fazer amigos e conviver com eles ajuda a manter a saúde.					
9. Comer muito dá força e ajuda a manter a saúde.					
10. O consumo de carne é melhor para a saúde que o consumo de peixe.					
11. Uma pessoa saudável deve fumar e beber tudo o que lhe apetecer.					
12. Ter relações sexuais com pessoas que não se conhecem, ou que se conhecem à pouco tempo, é perigoso para a saúde.					
13. Ter relações sexuais com mais de um parceiro é perigoso para a saúde.					

IV – ESCALA DE ATITUDES FACE À SAÚDE

(Versão Portuguesa da Secção B do “European Health and Behavior Survey – Wardie & Steptoe, 1991”)

Nesta parte estou interessada em saber **que importância é por si atribuída a determinadas regras de saúde**. À frente de cada afirmação encontra 5 números (de 1 a 5). Se assinalar 1 significa que não dá importância à regra de saúde em causa; se assinalar o número 5 significa que dá muita importância a essa regra de saúde. Entre estes dois extremos tem ainda 3 possibilidades (3 números) de escolha, consoante der menos ou mais importância às regras de saúde descritas pelas afirmações. Por favor, assinale apenas um dos números. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas.

1 – Não dou importância; 2 – Dou pouca importância; 3 – Sou indiferente; 4 – Dou alguma importância; 5 – Dou muita importância

	1	2	3	4	5
1. Medir a tensão arterial uma vez por ano.					
2. Fazer um exame dentário pelo menos uma vez por ano.					
3. Não comer demasiadas gorduras animais.					
4. Fazer uma alimentação rica em fibras (legumes, cereais, ...).					
5. Não comer demasiado açúcar.					
6. Evitar comer alimentos com aditivos como aromatizantes, corantes e conservantes.					
7. Comer ao pequeno-almoço quase todos os dias.					
8. Não fumar.					
9. Usar cinto de segurança quando se viaja de carro.					
10. Nunca conduzir depois de beber bebidas alcoólicas.					
11. Conduzir, quase sempre, dentro dos limites de velocidade.					
12. Fazer exercício físico regularmente.					
13. Consultar o médico regularmente.					
14. Não beber demasiado álcool.					
15. Usar preservativos nas relações sexuais.					
16. Não consumir drogas.					
17. Não ter relações sexuais com alguém cujo passado sexual é desconhecido.					