

GRAVIDADE DE DEPENDÊNCIA E MOTIVAÇÃO PARA TRATAMENTO

Trabalho realizado no âmbito da licenciatura em Psicologia

Novembro 2007

Ana Maria Carvalho Ferreira

Discente da Licenciatura em Psicologia pelo Instituto Superior da Maia, Portugal

Contacto:

ferreira_amc@hotmail.com

RESUMO

A evolução epidémica da toxicodependência é considerada, um pouco por todo o mundo, como um grave questão de saúde pública, social e psicológica.

Por tal motivo, actualmente existem diversas abordagens que consideram e exploram os vários aspectos da dependência de substâncias psico-activas, na tentativa de melhor compreender a sua génese. Assiste-se igualmente à preocupação de monitorizar processos e resultados terapêuticos, no sentido de melhor implementar as intervenções de prevenção e tratamento.

Neste projecto procurou efectuar-se um estudo exploratório da motivação para tratamento num grupo de indivíduos toxicodependentes, de acordo com o modelo transtéorico de Prochaska e DiClemente. Para isso, recorreu - se a uma amostra de 27 indivíduos, todos dependentes de drogas em início de tratamento.

Investigar se a gravidade da dependência estaria relacionada com o grau de motivação para tratamento, foi a questão básica que se procurou explorar no trabalho aqui apresentado.

Palavras-chave: toxicodependência, gravidade de dependência, motivação

ÍNDICE

1 - Introdução

2 - Droga e Toxicodependência

- 2.1 Conceito de droga
- 2.2 - Classificação das drogas
 - 2.2.1. - Estimulantes do Sistema Nervoso Central
 - 2.2.2 - Depressoras do Sistema Nervoso Central
 - 2.2.3 - Perturbadoras do Sistema Nervoso Central
- 2.3. Actuação das drogas no cérebro
 - 2.3.1. Acção da Cocaína
 - 2.3.2 Acção dos Opiáceos
 - 2.3.3 Acção dos Canabinóides
- 2.4. - Toxicodependência
 - 2.4.1 Dependência
 - 2.4.1.1. - Dependência física
 - 2.4.1.2. - Dependência psicológica
 - 2.4.1.3. Dependência comportamental
 - 2.4.2 - Tolerância
 - 2.4.2.1. - Tolerância metabólica
 - 2.4.2.2 - Tolerância celular
 - 2.4.2.3 - Tolerância condicionada
 - 2.4.3 - Sensibilização

3 - Motivação

- 3.1- Motivação para tratamento

4 - Componente prática

- 4.1 - Objectivo
- 4.2 - Hipóteses de Investigação
- 4.3 - Procedimento metodológico
- 4.4 - Variáveis estudadas
- 4.5 - Instrumento de recolha de dados
 - 4.5.1 - Questionário de caracterização sócio-demográfica
 - 4.5.2- Drug Abuse Screening Test- DAST
 - 4.5.3 - Stages of Change Scale - SCS
- 4.6. Tratamento estatístico

5 - Resultados

- 5.1- Descrição geral da amostra
 - 5.1.2. Características específicas da amostra estudada
- 5.2. Resultados obtidos
 - 5.2.1. Hipótese 1 -Drug Abuse Screening Test (DAST)
 - 5.2.2 - Stages of Change Scale (SCS).
 - 5.2.2.1 Tempo de abuso / Motivação para tratamento
 - 5.2.2.2 - Correlação tempo de abuso / gravidade de dependência
- 5.3 - Discussão dos resultados

6 - Conclusão

7 - Bibliografia

8 - Anexos

A. INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias ilícitas capazes de modificar o comportamento, a afectividade e a consciência e passíveis de provocar dependência são um fenómeno cada vez mais visível e preocupante, para a sociedade actual (Ferreira-Borges, C. et al, 2004).

O recurso às drogas possui antigas raízes históricas e culturais, que atravessam todos os períodos da história das civilizações.

É comum dizer-se que a história das drogas anda de par com a história da humanidade e que não existiu sociedade onde o uso de uma substância não estivesse incluído e, muitas vezes, normalizado (Ferreira-Borges, C. et al, 2004).

Segundo o IDT (2006), em Portugal, à semelhança de outros países, o consumo de drogas teve uma escalada não imaginada, com graves repercussões a nível de doenças infecciosas e da saúde pública em geral, revelando-se uma das grandes áreas de problematização com que a sociedade actual é confrontada.

Hoje, mais do que nunca, a toxicodependência surge na encruzilhada de múltiplas dimensões que se interpenetram na vida humana, sendo diversas as ciências humanas, médicas e experimentais que têm dado a sua contribuição para o melhor conhecimento do fenómeno.

“(...) perhaps the most important development in the field of addiction medicine has been the realization that addiction is a biopsychosocial disease” (...) indeed, addiction is the result of a complex interplay between numerous biological factors and several environmental factors” (Landry, 1994, pp.xiii).

De facto, os contributos numerosos das diversas áreas que se debruçam sobre esta doença biopsicossocial, não sendo coincidentes são, no entanto, complementares.

A toxicodependência requer, cada vez mais, uma abordagem transdisciplinar, dinâmica, com rastreabilidade de procedimentos e resultados que se fundam, numa prática cada vez mais eficaz.

A nível da prevenção secundária, há uma crescente necessidade de sistematizar aspectos relativos ao processo terapêutico, relacionando-os objectivamente com os sujeitos e com factores terapêuticos previamente definidos, que impulsionem o processo de tratamento no sentido do sucesso (Machado & Klein, 2005).

Nas últimas décadas, o problema da toxicodependência tem tomado proporções assustadoras. Diante do quadro actual das dependências, urge identificar objectivamente cada um dos factores passíveis de provocar o início da doença. Igualmente importante será estudar as

diversas variáveis que podem interferir de alguma forma com a motivação para o tratamento, com vista a implementar uma adequada intervenção secundária (Machado & Klein, 2005).

A avaliação de conexões entre as diversas variáveis passíveis de influenciar a motivação e o sucesso de um processo terapêutico em ordem a uma melhoria de métodos e resultados, afigura-se importante para incrementar a objectividade no combate à toxicod dependência.

O presente trabalho pretende contribuir nesse sentido, analisando uma dessas variáveis, a severidade de adição, correlacionando-a com os estádios motivacionais apresentados no modelo transteórico desenvolvido por Prochaska & DiClemente (1982). O estudo incidirá sobre um grupo de indivíduos que ingressaram numa comunidade terapêutica.

Ao longo deste trabalho abordar-se-ão conceitos relacionados com o tema, tais como: droga, toxicod dependência e motivação, entre outros.

2. DROGA E TOXICODPENDÊNCIA

“O abuso e o consumo de drogas têm-se tornado num dos principais problemas de saúde pública nos países ocidentais. As toxicod dependências são responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade, de prevalência de condições médicas crónicas e agudas associadas aos sintomas de dependência, infecções e acidentes, e ainda incapacidades associadas ao consumo de drogas” (Frischer et al., 1993, cit in Machado & Klein, 2005, pp.).

2.1. - Conceito de droga

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), droga é toda a substância que, introduzida no organismo por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central (SNC).

De acordo com o Glossário de termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10, considera-se que qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou aumentar o bem-estar físico ou mental, se pode considerar como sendo uma droga (World Health Organization, 1992).

Todas as drogas, lícitas (como o tabaco ou o álcool) ou ilícitas (como a *cannabis*, heroína ou cocaína) provocam alterações a nível do sistema nervoso e são susceptíveis de criar dependência psicológica e/ou física.

2.2. - Classificação das drogas

“Há diversos agrupamentos (classificações) possíveis para as substâncias, dependendo do que se propõem evidenciar, do ponto de vista dos investigadores ou dos interesses em causa, que

permitem organizar tais substâncias e os seus modos de consumo, as intenções, efeitos associados e as suas consequências para o indivíduo e a sociedade” (Ferreira-Borges, C. et al, 2004, pp.88).

A classificação quanto aos efeitos farmacológicos é talvez a mais aceite e difundida na área da saúde e leva em conta o tipo de acção ou efeito que as substâncias causam no cérebro do seu usuário (Ferreira-Borges, C. et al, 2004, pp.89).

Atendendo a que, sem excepção, todas as drogas interferem com o normal funcionamento do Sistema Nervoso Central, estas substâncias são geralmente classificadas atendendo ao efeito que produzem a nível do Sistema Nervoso Central (SNC).

Usualmente são agrupadas em:

- Estimulantes
- Depressoras
- Perturbadoras do Sistema Nervoso Central

(Ferreira-Borges, C. et al, 2004).

Apresenta-se de seguida uma breve descrição dos efeitos que cada grupo de substâncias produz a nível do SNC.

2.2.1. - Estimulantes do Sistema Nervoso Central

As drogas estimulantes são as mais utilizadas em todo o mundo, incluindo variáveis legais - como o tabaco, cafeína, alguns supressores do apetite - e ilegais, como a cocaína.

Os estimulantes desencadeiam a actividade de substâncias químicas cerebrais, conhecidas como neurotransmissores ou neuromoduladores causando activação emocional, física e comportamental. Variam de acordo com a sua capacidade de provocar euforia, a força relativa da estimulação e a forma como activam o SNC.

Os estimulantes causam inicialmente euforia, que é seguida de depressão. O seu uso continuado vai agravar esses episódios de depressão, obrigando o sujeito a consumir cada vez mais, para evitar os efeitos da depleção abrupta de neurotransmissores (com queda brusca da actividade neural).

Após algum tempo, dependendo da regularidade e intensidade dos consumos, os utilizadores de estimulantes ficam extremamente deprimidos e sentem compulsão para usar a droga como instrumento para saírem da depressão, não atingindo a euforia dos primeiros consumos.

São drogas de efeito bifásico:

- a 1ª fase - activação dos neurotransmissores, resulta em sinais de alerta, euforia e/ou agitação.
- a 2ª fase - neurodepleção, provoca um longo episódio cujos sintomas são exactamente os opostos aos primeiros (Landry, 1994).

O ciclo vicioso é iniciado rapidamente, já que o estágio seguinte a cada intoxicação deixa de ser “normal” para passar a um estado depressivo que se agrava de forma directamente proporcional à continuidade dos consumos.

2.2.2 - Depressoras do Sistema Nervoso Central

Apesar da existência actual de uma larga farmacopeia, o álcool continua a ser uma das mais conhecidas e utilizadas drogas depressoras da nossa sociedade. Droga de uso lícito, a sua larga utilização por faixas etárias cada vez mais jovens é sem dúvida um factor preocupante.

Diversos sedativos (por exemplo, os barbitúricos) e opiáceos (ópio, heroína e morfina) são exemplos de drogas igualmente classificadas neste grupo.

O seu principal efeito consiste em diminuir a actividade neuronal do SNC. A depressão que vai inicialmente afectar as sinapses cerebrais inibitórias, leva a que possa ocorrer uma leve euforia inicial consequente à intoxicação. A excitação provocada pela desinibição conduz, posteriormente, a uma redução acentuada da actividade do organismo, quer a nível físico, quer a nível psicológico.

As drogas depressoras causam uma variedade de estados dependendo da quantidade usada, tempo de utilização e presença (ou ausência) de tolerância (Landry, 1994).

2.2.3 - Perturbadoras do Sistema Nervoso Central

Nesta categoria incluem-se todas as drogas que alteram o funcionamento do cérebro e cujo efeito predominante é o de exacerbar a percepção sensorial. Aqui se integram alucinogéneos sintéticos como o LSD, ou naturais como os canabinóides.

No que respeita a estes últimos, entre os seus efeitos constam a euforia e o relaxamento, sonolência e sedação. As experiências sensoriais intensificam-se e a percepção temporal é distorcida, podendo igualmente verificar-se alguma diminuição da memória a curto prazo, do ritmo cardíaco e do tempo de reacção (Landry, 1994).

2.3. Actuação das drogas no cérebro

Em 1954, James Olds e Peter Milner, demonstraram que uma pequena estimulação eléctrica efectuada no cérebro de uma cobaia através de um eléctrodo aí implantado, funcionava como um estímulo/recompensa. A partir dessa experiência, postularam a existência de um centro cerebral de “prazer”. Propuseram igualmente que qualquer estímulo excitatório desta área cerebral seria percebido como recompensa. A estimulação desta via é feita sempre que o sujeito recebe algum reforço positivo (Beck, 2000).

Estudos anatómicos e bioquímicos revelaram as localizações de uma via de ligação entre áreas através da qual se processam os efeitos de prazer. Esta inicia-se na área tegmental ventral (VTA), segue até ao núcleo acúmbeo (NA) e continua em direcção ao córtex pré-frontal. A estimulação desta via é feita sempre que o sujeito recebe algum reforço positivo (Beck, 2000).

A “via da recompensa” revela-se importante para o estudo do problema da toxicod dependência, já que é aí que drogas como a cocaína, heroína, haxixe e anfetaminas vão actuar, mimetizando os neuromoduladores naturais e estimulando o centro de prazer, como descreveremos sucintamente a seguir (Gleitman, 1999).

“Grande parte da comunicação sináptica no cérebro humano é efectuada por neurotransmissores, que depois de serem libertados por um neurónio agem rapidamente noutro neurónio, que possui para isso receptores apropriados na sua membrana.” (Ferreira-Borges, C. et al., 2004, pp.96).

Os neurónios transmitem informações através de substâncias químicas (neuromoduladores), como a Noradrenalina, a Serotonina, o Ácido Gama Amino Butírico (GABA) e a Dopamina.

O abuso de substâncias como a cocaína, a heroína e a cannabis podem levar à dependência, ao interferirem com os mecanismos que regulam as neuro transmissões cerebrais. Estas drogas possuem estruturas químicas semelhantes à dos neuromoduladores naturais e mimetizam os seus efeitos, “enganando” o receptor neuronal (Smith, 1998).

A via da recompensa envolve neurónios que utilizam a dopamina como neuromodulador e que são responsáveis pela libertação de endorfinas, as “hormonas do prazer” (Beck, 2000).



Figura 1 - A via da recompensa (<http://hshjp.genome.washington.edu.com>)

2.3.1. Acção da Cocaína

Quando se consome cocaína, a substância atinge rapidamente o cérebro, concentrando-se na área tegmental ventral, núcleo acúmbeo e núcleo caudato.

Como resultado da acção desta substância, dá-se uma activação dos impulsos nervosos e um aumento substancial de dopamina, que vai estimular o sistema de recompensa. Com o uso continuado, estes estímulos vão confundir-se e podem substituir os reforços gratificantes obtidos de forma natural através da ingestão de alimentos.

2.3.2 Acção dos Opiáceos

Após o consumo de heroína ou outro tipo de opiáceo, estas substâncias viajam directamente para o cérebro, concentrando-se ao nível das áreas pertencentes à via da recompensa e o sistema é activado pela acção da substância no Nucleus acumbeus.

O uso continuado de opiáceos vai conduzir à necessidade de uma existência permanente da substância no organismo, para a manutenção de comportamentos normais e sentimentos “recompensatórios”. Assim, o sujeito torna-se incapaz de se sentir gratificado de forma natural, dependendo da droga para obter gratificação (Ferreira-Borges, C. et al., 2004).

2.3.3 Acção dos Canabinóides

O princípio activo do haxixe ou outro canabinóide, tetra-hidro-canabinol (THC) activa o efluxo de dopamina no Núcleo Acumbeus, o que faz com que se verifique um aumento de endorfinas. O THC concentra-se nas áreas pelas quais circula a via neuronal da recompensa, fazendo com que essa seja estimulada de forma artificial, mimando os efeitos gratificantes naturais (Ferreira-Borges, C. et al., 2004).

2.4. - Toxicoddependência

As primeiras formulações do termo toxicoddependência provêm do campo da medicina, mais precisamente da psiquiatria do séc. XIX, para designar uma relação particular de um indivíduo com várias substâncias psico-activas.

Em 1953, Porot definia toxicoddependência como *“apetência anormal e prolongada manifestada por certos sujeitos em relação às drogas cujo efeito analgésico, euforizante ou dinamizante conheceram acidentalmente ou procuraram de modo voluntário. Esta apetência rapidamente se torna um hábito tirânico que conduz quase inevitavelmente ao aumento progressivo das doses”* (Porot, 1953, cit. in Marcelli & Braconnier, 1989, pp.211).

Nesta definição estão incluídas noções importantes como a de habituação -necessidade invencível/compulsão de renovar o consumo - e tolerância ¹ --necessidade de aumentar progressivamente as doses. Esta definição permanece, no entanto, centrada no efeito farmacológico que o sujeito procura obter através do produto de consumo.

Esta designação de toxicod dependência foi substituída em 1969 pelos especialistas da Organização Mundial de Saúde pela de fármacod dependência, que definiram desta forma:

“Estado psíquico e, às vezes igualmente físico resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento. Esta interação caracteriza-se por modificações de comportamento e por outras razões, que obrigam, cada vez mais intensamente o utente a tomar um fármaco de forma continuada ou periódica, a fim de obter os seus resultados psíquicos e, algumas vezes, para evitar o mal estar da privação. Este estado pode ser acompanhado, ou não, de tolerância.” (Organização Mundial de Saúde, 1969, cit in Marcelli & Braconnier, 1989, pp.207).

Actualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), toxicod dependência é definida como um estado de dependência física e/ou psicológica de uma substância tóxica devido ao uso esporádico ou continuado desta. (OMS, 2007)

Segundo Landry (1994), a toxicod dependência, cujo impacto têm vindo a aumentar de forma epidémica, é hoje vista como um doença primária, significando que esta não é apenas um sintoma de outra perturbação física ou mental, crónica e progressiva.

De acordo com o mesmo autor, a dependência de tóxicos caracteriza-se essencialmente pela compulsão, perda de controlo e abuso continuado, apesar das consequências adversas dos consumos e é acompanhada de distorções de percepção, uma das quais é a negação: negação, no que concerne a existência de um problema e negação, no que respeita à necessidade de auxílio para enfrentar o problema.

A toxicod dependência tem efeitos a curto, médio e longo prazo em áreas como as da saúde física, cognitiva, psicológica e emocional, causando prejuízos muitas vezes irreversíveis.

Relativamente à dependência de substâncias psico-activas, três conceitos são habitualmente analisados: dependência, tolerância e sensibilização.

2.3.1 Dependência

Conceitos como dependência física, dependência psicológica e comportamental são importantes para melhor compreender a problemática da adicção.

Tomando como referência o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^a Ed., (DSM-IV-TR), a caracterização da dependência de substâncias faz-se através de um conjunto de

¹ Tolerância: necessidade de consumir doses cada vez mais elevadas para atingir o efeito pretendido ou para anular os efeitos de abstinência.

sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam a utilização continuada da substância, não obstante os graves problemas consequentes ao seu uso.

2.4.1.1. - Dependência física

Segundo Schuckit (1995, pp.6), *“dependência física indica que o corpo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substância, surgindo sintomas quando o uso da droga termina ou é diminuído”*.

A dependência física não é então mais que a adaptação biológica consequente ao uso prolongado de uma substância e o seu grau de intensidade vai depender, em muito, do tipo de droga e da via de utilização habitual.

Significa que, após contacto mais ou menos prolongado da droga com o organismo, será este a reclamar a sua presença, de forma caracterizada por alterações de comportamento e por outras reacções que incluem sempre a compulsão para consumir a substância, a fim de reencontrar os seus efeitos e, muitas vezes, evitar o mal-estar da privação.

2.4.1.2. - Dependência psicológica

Ainda de acordo com Schuckit (1995, pp.6) dependência psicológica consiste na ideação que o utilizador desenvolve no sentido de necessitar da substância para chegar a um equilíbrio ou percepção de bem-estar.

A dependência psicológica traduz-se, então, numa adaptação gradual ao estímulo das substâncias, uma adaptação negativa, que envolve a recordação do prazer provocado pelo estímulo em determinadas situações.

A dependência pode, ou não, ser acompanhada de tolerância - necessidade de aumentar progressivamente as doses para obter o efeito desejado.

“Este fenómeno ocorre, quer por alterações no metabolismo da substância, por meio das quais o fígado elimina a substância mais rapidamente (tolerância metabólica), quer através de modificações no funcionamento das células alvo (normalmente no sistema nervoso) em presença da substância, por meio das quais a resistência dos tecidos a esta, diminui (tolerância farmacodinâmica).” (Schuckit, 1995, pp.7).

2.4.1.3. Dependência comportamental

A dependência comportamental refere-se às actividades comportamentais compulsivamente orientadas para a procura das substâncias e seu posterior consumo, como forma de evitar estados disfóricos. *“ (...) todas as actividades quotidianas giram em volta da*

substância. Importantes actividades sociais, ocupacionais ou relacionais podem ser abandonadas ou reduzidas devido à utilização da substância.” (American Psychiatric Association, 2000, pp.195).

2.4.2 - Tolerância

A tolerância, enquanto conceito, relaciona-se com a necessidade de consumir doses cada vez mais elevadas para atingir o efeito inicial da substância utilizada ou para evitar os sintomas de abstinência.

Podem definir-se três sub-tipos distintos de tolerância, respectivamente: metabólica, celular e condicionada. Passar-se-á, agora, a descrever sucintamente cada um deles (Gomes, 2005).

2.4.2.1. - Tolerância metabólica

Atendendo a que, ao longo do trajecto dos consumos, se verifica um aumento (a nível do fígado, cérebro e sangue) das enzimas requeridas para metabolizar a droga, este processo efectua-se, assim, de modo mais rápido, diminuindo a concentração da substância no organismo (Gomes, 2005).

2.4.2.2 - Tolerância celular

De acordo com Gomes (2005), também a nível da célula ocorre um processo de ajuste da sua actividade, que se designa por tolerância celular. Ou seja: as células vão adaptar-se aos efeitos da substância, para diminuir os efeitos da droga presente no sangue.

2.4.2.3 - Tolerância condicionada

Ao longo da trajectória de consumos, cada indivíduo vai desenvolvendo estratégias que lhe permitam compatibilizar a execução das suas tarefas quotidianas sob a influência das substâncias utilizadas, procurando, desta forma, minimizar os sinais de uso e, eventualmente, de intoxicação (Gomes, 2005).

2.4.3 - Sensibilização

Por sensibilização entende-se, como refere Gomes (2005), *“a resposta aumentada ao consumo de uma droga, após exposição repetida a uma dose constante”*.

Uma vez induzida, a sensibilização é responsável pela “hipersensibilidade” do sujeito aos efeitos psíquicos e motores (ou mesmo de recompensa), relacionados com a exposição à substância.

Esta sensibilização pode manter-se durante meses ou mesmo anos e parece ser um dos factores ligados à cronicidade da dependência de substâncias.

3. MOTIVAÇÃO

Por motivação podemos entender um conjunto de forças internas que mobilizam o indivíduo para atingir um dado objectivo como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio (Rodrigues, 1998).

A palavra motivação vem do latim movere, que significa "mover". A motivação é, então, aquilo que é susceptível de mover o indivíduo, de o levar a agir para atingir algo (o objectivo), e de lhe produzir um comportamento orientado (Chaplin, 1989).

Este conceito tem recebido grande atenção nas diversas áreas da psicologia e revela-se de grande importância na área das dependências, isto porque abandonar o uso de uma substância está intrinsecamente ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada.

No geral, a prática médica ou psicoterapêutica, tem adoptado uma perspectiva da motivação como algo relativamente imutável: o paciente está motivado para o tratamento e é possível avançar, ou o sujeito não se encontra motivado e o tratamento não será possível.

Hoje em dia percebe-se que este quadro não é assim tão rígido e que existem francas possibilidades de intervir sobre o estado motivacional dos sujeitos (Rolnick & Miller, 1991).

No contexto psicoterapêutico, o que será então a motivação?

Numa perspectiva actual, motivação pode ser definida como a probabilidade de que um indivíduo se envolva, avance e adira a uma estratégia específica de mudança de comportamentos/atitudes.

De acordo com Miller e Rolnick (1991, pp.34), *“se uma dimensão chave da motivação é a adopção ou adesão a um programa de mudança, então, a motivação pode ser pensada em termos de uma probabilidade de certos comportamentos”*.

Assim sendo, a motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao sujeito, mas sim um estado de prontidão para a mudança, passível de ser incrementado.

Prochaska & DiClemente (1982) desenvolveram um modelo descritivo construído a partir da análise sistemática e integração de diversas teorias, validado através de inúmeros estudos em que pesquisaram o porquê da mudança dos indivíduos, quer com auxílio psicoterapêutico, quer na ausência deste (Yoshida, 2002).

“Prochaska e DiClemente analisaram estas diferentes abordagens terapêuticas relativamente aos processos comuns e sugeriram a criação de um novo modelo de mudança de comportamento (...)” (Ogden, 2000, pp.37).

Tendo como base o conceito de motivação como um estado de prontidão para a mudança (estado interno, mutável através de factores externos), o Modelo Transteórico permite uma concepção global da motivação para a mudança segundo a qual o sujeito evolui através de cinco estádios, não necessariamente lineares, que permitem identificar quando ocorrem determinadas mudanças (Ferreira-Borges, C. et al, 2004).

Segundo Ogden (2000, pp.38), *“o modelo das fases de mudança tem sido cada vez mais utilizado, tanto na investigação, como para servir de base ao desenvolvimento de novas intervenções especialmente concebidas para determinada fase da pessoa em questão”*.

Actualmente, este modelo é amplamente utilizado em contextos de saúde, em programas ligados a áreas como a oncologia, perturbações do comportamento alimentar, tratamento de dependências de substâncias e outros comportamentos de risco (Ogden, 2000).

De acordo com Prochaska & DiClemente (1982), a motivação é concebida como um ciclo dinâmico, de desenho circular (ou espiralado), onde estão definidos os seguintes estádios: pré-contemplação, contemplação, determinação, acção e manutenção. O estádio de recaída faz igualmente parte deste ciclo (Ferreira-Borges, C. et al, 2004).

Passar-se-á a descrever cada um deles:

Pré-contemplação:

“A resistência em reconhecer ou modificar um problema é a marca da pré-contemplação” (Prochaska, 1995, cit in Yoshida, 2002, p.p.61).

Os outros têm consciência do problema enquanto o sujeito o nega. Regra geral, nesta fase, a sua motivação é ambivalente: quer tratar-se porque não lhe dão alternativa, não quer tratar-se porque não consegue imaginar maiores prazeres do que aquele que o abuso das drogas lhe proporciona. Conforme referem Miller & Rollnick (1991, pp.308), *“Também não reconhecem a necessidade de ajuda para realizar eventuais mudanças.”*

Contemplação:

Surge alguma consciência do problema mas a ambivalência continua a predominar. Verifica-se no entanto uma observação de si e dos processos de querer e não querer mudar. O sujeito pensa em mudança mas ainda não está preparado para agir (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993).

Determinação:

O sujeito está motivado para tomar uma atitude, pensa em diversas possibilidades, em agir sem pensar. Aqui, deparamos muitas vezes com saídas - temporárias, ou não.

Accção:

O sujeito avança para alterações consistentes, com ideias mais determinadas. Neste estágio ocorrem mudanças bem estruturadas e existem evidências de um esforço real nesse sentido (Miller & Rollnick, 1991).

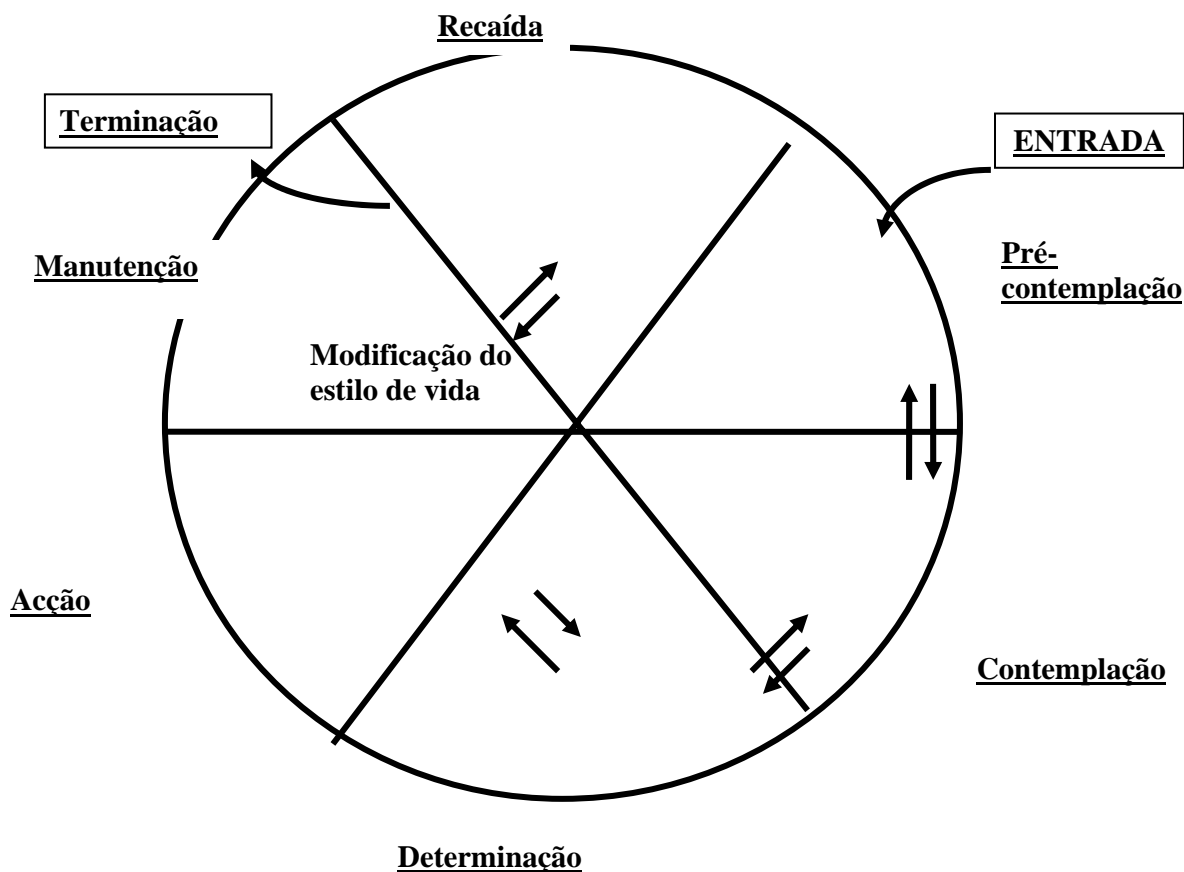
Manutenção:

Neste estágio verificam-se, preservam-se e fundamentam-se os valores adquiridos. Existe, aqui, um processo activo de mudança, já que é necessário dar continuidade ao esforço para não regressar aos padrões comportamentais indesejados (Yoshida, 2002).

Recaída:

É sempre passível de acontecer durante o processo de mudança, mas isto não implica uma regressão total. Considera-se que a recaída é uma etapa incorrecta (um passo em falso) que pode, no entanto, representar uma boa aprendizagem para a mudança futura.

Assim, esquematicamente ter-se-á:



Esquema 1 - A dinâmica dos estádios de mudança no modelo transteórico (Adaptado de Velasquez, Maurer, Crouch, DiClemente, 2001)

3.1- Motivação para tratamento

“Recovery depends on pressures to change, positive and negative. Some patients seek help, driven by stressfull external pressures, others are moved by more intrinsic factors. For all, however, remaining in treatment requires continued motivation to change” (Galanter & Kleber, 1994, pp.393).

A recuperação é um processo de tratamento e de crescimento, que vai muito além da mera abstinência de substâncias psico-ativas (Landry, 1994).

A desintoxicação, só por si, embora salve vidas e seja sempre uma oportunidade de repensar um dado comportamento, raramente modifica a história do individuo dependente no sentido da recuperação. No que respeita ao álcool e à heroína, existem alguns estudos que sugerem que as desintoxicações, por si só, estão relacionadas com altos níveis de recaída. Outros estudos demonstram que a simples desintoxicação produz poucos resultados, a longo prazo, no que respeita à extinção do problema de dependência (Ferreira-Borges & C. et al, 2004).

A investigação tem demonstrado que o abandono do tratamento (*drop-out*) está associado a um pior prognóstico. Segundo Blackmund et al (2001), implementar intervenções que levem à manutenção e finalização de um programa terapêutico são muito importantes para uma evolução terapêutica bem sucedida, bem como, para um bom prognóstico.

Desta forma, é importante que o toxicodependente seja encaminhado no sentido de um processo terapêutico que envolva, quer a desabituação celular consequente à abstinência, quer a modificação de comportamentos e crenças disfuncionais concomitantes ao abuso de substâncias psico-activas.

No geral, o sujeito apresenta-se em tratamento motivado por coação externa dos pares ou por razões que se prendem com a dificuldade de acesso às substâncias; na maioria dos casos, o toxicodependente só se trata se lhe forem “cortadas” ou restringidas as alternativas que alimentam a sua toxicodependência (Hapetian, 1997).

“Frank (1974), propõe que a decisão de procurar tratamento representa um modo activo de resposta ao stress, resultando numa diminuição da sintomatologia” (Frank, 1974, cit in Esteves, 2005, pp.110).

O estado emocional mais frequente, pós desintoxicação, é o de ambivalência; o indivíduo quer tratar-se e ao mesmo tempo não quer abrir mão das drogas.

Muitas vezes, o sujeito não reconhece de todo que tem um problema e é compelido a tratar-se por imposição dos pares e/ou outros significativos (nomeadamente familiares).

A motivação inicial é, regra geral, devida a factores externos ao sujeito mas, de acordo com Miller & Rollnick (1991), passível de ser internalizada e estimulada, desde que se apliquem técnicas específicas e adequadas ao nível de motivação de cada sujeito.

“Although the influence of treatment depends on the individual motivation and readiness, change does not occur in a vacuum. Rehabilitation unfolds an interaction between the patient and the therapeutic environment.” (Galanter & Kleber, 1994, pp.393).

Com base no modelo transteórico apresentado, Prochaska & DiClemente postulam ser viável uma intervenção diferenciada, no sentido de intervir sobre a

motivação do sujeito, com diferentes abordagens, adequadas à fase específica em que o sujeito se encontra.

De acordo com Yoshida (2002, pp.62) *“ como os estágios de mudança reflectem diferentes níveis de consciência do problema e diferentes graus de empenho para enfrentá-lo, é importante saber em que estágio o paciente se encontra no momento em que busca a terapia e como evolui no decorrer do processo”.*

Assim, um dos pontos da componente prática deste trabalho vai ser orientado no sentido de procurar averiguar o estágio em que os elementos da nossa amostra se encontram, no momento em que procuram tratamento.

4. COMPONENTE PRÁTICA

Com base nos elementos teóricos sintetizados, delinearam-se os objectivos e as questões de investigação a que o estudo prático pretende responder.

Ao longo deste capítulo serão referenciados: os procedimentos metodológicos utilizados, as variáveis em estudo, os critérios de selecção da amostra. Serão igualmente apresentados os instrumentos de avaliação a que se recorreu e os resultados obtidos.

Finalmente, efectuar-se-á uma análise dos resultados e respectiva integração de acordo com os conceitos teóricos explorados.

4.1 - Objectivo

O presente estudo tem como objectivo geral efectuar uma análise da relação entre o grau de dependência de drogas (conforme é avaliado pelo DAST) e o estágio de motivação para a mudança (tal como é avaliado pelo SCS) em que se encontra o indivíduo.

4.2 - Hipóteses de Investigação

Tendo em conta esta base de trabalho foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Existirá uma relação entre o índice de dependência do indivíduo e o seu grau de motivação para tratamento;
- A variável tempo de consumo influenciará directamente o estágio de motivação para a mudança.

4.3 - Procedimento metodológico

Este trabalho reporta-se ao estudo de uma amostra de doentes de uma clínica privada para o tratamento e reinserção de indivíduos dependentes de drogas, situada na área de Vila do Conde.

O estudo realizado foi retrospectivo e numa perspectiva quantitativa, apesar de ser complementado com alguns indicadores qualitativos.

Com o objectivo de operacionalizar as variáveis em estudo foi necessária a aplicação de dois questionários distintos a que foi associado um breve inquérito de carácter sócio-demográfico.

Os questionários eram de carácter voluntário e anónimo, preenchidos pelos inquiridos, excepção feita a um dos elementos da amostra, que não sabia ler ou escrever.

A amostra estudada é constituída por todos os indivíduos admitidos na instituição, na comunidade de adultos, no período de Março de 2007 a Setembro de 2007 e, posteriormente, à fase de desintoxicação.

O método de amostragem foi consecutivo, tendo sido excluídos unicamente indivíduos que só eram consumidores de álcool.

Aos inquiridos foi explicada a finalidade do estudo e garantida a confidencialidade. Para a aplicação dos questionários, foi solicitada autorização à direcção da Comunidade Terapêutica, pedido de colaboração formalizado através de documento constante dos anexos deste trabalho.

4.4 - Variáveis estudadas

(a) *Relativas ao indivíduo:*

- *idade,*
- *sexo;*
- *estado civil;*
- *habilitações literárias;*
- *situação profissional;*

(b) *Relativas à dependência de drogas:*

- *primeira droga experimentada (iniciativa/contexto);*
- *droga principal (DP) e droga(s) associada(s) (DA);*
- *tratamentos anteriores(sim/não);*
- *Drug Abuse Screening Test (valor total)*

(c) *Variável dependente*

- *Motivação para tratamento (Stages of Change Scale -valor global)*

4.5 Instrumento de recolha de dados

Com o objectivo de compilar e operacionalizar as variáveis em estudo teve de se elaborar um suporte para recolha da informação a analisar.

Assim, o instrumento de recolha de dados foi composto da seguinte forma:

- *Questionário de caracterização sócio-demográfica;*
- *Drug Abuse Screening Test (DAST);*
- *Stages of Change Scale (SCS).*

4.5.1- Questionário de caracterização sócio-demográfica

Esta entrevista era constituída por um total de 17 questões subdivididas em três secções distintas:

A. Dados pessoais

B. Percurso profissional/escolar

C. História de consumos

Inicialmente procurou-se efectuar uma caracterização da amostra em termos de variáveis que se reportam a características individuais (ou pessoais) e a outras de índole socio-económica.

Pesquisaram-se aspectos como: sexo, idade, estado civil, local de residência, situação profissional e habilitações literárias.

As questões incluídas na secção C do questionário são relativas à história de consumos. As questões pretendiam caracterizar sucintamente o percurso de consumo de drogas do sujeito e droga de eleição. Sendo um conjunto de medidas de auto-relato estão sujeitas a uma possível variedade de distorções (lapsos de memória, respostas falsas, negação, etc).

4.5.2- Drug Abuse Screening Test- DAST

(Skinner H.A., 1982)

O DAST, Drug Abuse Screening Test é uma escala dicotómica com 20 itens que procura abordar aspectos relevantes inerentes ao consumo de drogas. Foca consequências relacionadas com os consumos, tais como: aspectos sociais, relacionais, sintomatologia física e psicológica. (Farate, C., Machado, P.P. & Klein, J.M., 2005).

Esta escala demora cerca de 5 a 10 minutos na aplicação. Fornece resultados que variam entre 0 a 20 e possibilita uma avaliação simples da gravidade de adição.

Para este estudo, foi utilizada a versão portuguesa (Teste de Triagem de Abuso de Drogas), elaborada por P.P. Machado e J.M. Klein (2002).

4.5.3 - Stages of Change Scale - SCS

(McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983)

O SCS é uma escala de auto-administração, constituída por 32 itens, subdivididos em grupos de 8, em que se avaliam cada um dos diferentes estágios de mudança, através de respostas do tipo Likert, variando de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente).

No presente estudo, utilizou-se a versão portuguesa, elaborada por Pace (1999).

4.6. Tratamento estatístico

Para efectuar a análise dos dados recorreu-se ao programa SPSS - “Statistical Package for Social Sciences”, versão 15.0 (SPSS, 2006).

Utilizaram-se medidas da estatística descritiva na análise das variáveis permitindo caracterizar a amostra estudada.

A amostra foi caracterizada em termos da motivação para tratamento determinada pelos valores da SCS. Efectuaram-se correlações com as variáveis: tempo de consumo e gravidade da dependência (com base no valor total do DAST).

5 - RESULTADOS

5.1- Descrição geral da amostra

A amostra é composta por 27 indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 46 anos de idade. No que concerne o género, esta divide-se em 6 elementos do sexo feminino(22%) e 21 do sexo masculino(78%).

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos em função do sexo

<i>Sexo</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Masculino</i>	<i>21</i>	<i>78%</i>
<i>Feminino</i>	<i>6</i>	<i>22%</i>
<i>Total:</i>	<i>27</i>	<i>100%</i>

Em termos etários, no total da amostra verifica-se uma média de idades de 31 anos, com um desvio padrão de 6.5, oscilando entre um valor mínimo de 20 anos e um máximo de 46 anos.

Tabela 2 - Distribuição de frequências simples em função da classe etária

Idade	Frequência Simples	Percentagem
Dos 20 aos 29 anos	11	41,0%
Dos 30 aos 38 anos	12	44,0%
Dos 39 aos 46 anos	4	15,0%
TOTAL	27	100,0%

Relativamente ao nível de instrução, as habilitações literárias dos sujeitos constituintes da amostra recolhida oscilam de acordo com o seguinte quadro:

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos em função da escolaridade

Nível de instrução	N	Percentagem
Sem escolaridade	1	4.0%
1º Ciclo	1	4.0%
2º Ciclo	6	22.0%
3º Ciclo	8	30.0%
Secundário	6	22.0%
Frequência universitária	5	18.0%
TOTAL	27	100.0%

Relativamente ao estado civil, 20 indivíduos (74%) eram solteiros, 1 (4%) era casado, 4 (15%) eram divorciados e 2 (7%) viviam em regime de união de facto.

No que diz respeito à situação profissional, 2 indivíduos (7%) eram estudantes e 21 (78%) estavam desempregados; dos que mantinham o seu emprego, 4 (15%), estavam de baixa.

5.1.2. Características específicas da amostra estudada

A primeira droga experimentada foi em 95% dos casos os canabinóides, 4% dizem ter começado por experimentar heroína e 1% diz ter iniciado os consumos com cocaína.

A idade mais frequente do primeiro consumo circunscreveu-se ao escalão entre os 15 e 17 anos (70%), havendo 5 indivíduos (16%), que relataram início de consumos entre os 18 e os 24, 2 (7%) entre os 25 e 29 e os restantes 2, com consumos iniciados respectivamente nas faixas etárias entre os 30 e os 34 (3.5%) e 35/39 anos de idade (3.5%).

Relativamente à iniciativa para esse consumo, 20 indivíduos (74%) referiram o factor curiosidade e os restantes 7 (26%), relacionaram a iniciativa com a influência dos pares.

Na altura da entrevista, 98% dos indivíduos inquiridos referiram poli-consumos. Quando inquiridos sobre a substância psico-activa de eleição, foram obtidos os resultados mencionados na tabela 3.

Tabela 4 - Distribuição da amostra em função da droga de eleição

Droga Principal	Frequência Simples	Percentagem
Heroína	8	30%
Cocaína	14	52%
Cannabis	3	11%
Ecstasy	2	7%

Relativamente à droga de eleição, ela é, respectivamente: para 52% da amostra a cocaína, para 30% a heroína, em 11% de casos a cannabis e o ecstasy em 7%.

Quanto ao tempo de abuso total da droga principal, o valor médio é de 12.5 anos com um desvio padrão de 6.4. Na amostra o tempo mínimo de consumo é de 12 meses e o máximo de 23 anos.

Relativamente a tratamentos anteriores, 9 elementos (33%) afirmaram não ter efectuado tratamentos anteriormente enquanto os restantes indivíduos admitiram ter ingressado em programas terapêuticos anteriores ao da actualidade.

5.3. Resultados obtidos

Ao longo deste sub capítulo efectuar-se-á a descrição dos resultados obtidos com as escalas administradas à amostra estudada, bem como as relações entre elas.

Vão incluir-se tabelas que relacionam o tempo de duração dos consumos com os estádios motivacionais, a gravidade de dependência vs. tempo total de consumos e duração de adicção versus valor de nível do SCS.

5.3.1. Hipótese 1 Drug Abuse Screening Test

Existirá uma relação entre o índice de dependência do indivíduo e o seu grau de motivação para tratamento;

A pontuação total da DAST ordena os indivíduos ao longo de um continuum no que concerne o seu grau de problemas ou consequências relacionadas com o abuso de droga. Uma pontuação igual a zero evidencia ausência de problemas e a pontuação máxima de vinte (20) indica problemas substanciais relativos ao consumo de substâncias psico-activas.

Um nível de 11-15 pontos é já indicador de gravidade substancial e uma pontuação entre os 16 e os 20 pontos definem uma severa gravidade de dependência (Skinner, nd.).

Relativamente à primeira hipótese, que previa uma relação entre o índice de dependência do indivíduo e o seu grau de motivação para o tratamento foi realizado um teste de correlação, tendo como variáveis o já referido índice de dependência e o valor numérico correspondente ao grau de motivação de cada indivíduo (só assim foi possível cumprir o pressuposto básico deste teste que implica testar a relação entre duas variáveis métricas). Deste teste de hipóteses resultaram as seguintes conclusões:

Existe confiança suficiente para acreditar que o valor de associação encontrado entre as duas variáveis é fiável ($p= 0,002$, cf. Quadro 2).

A força de associação encontrada ($r= 0,577$, cf. Quadro 2) é positiva e moderada, o que indica que quando maior for o tempo de abuso, maior será a motivação para tratamento (codificada pela variável “valor_do_nível”).

É assim de esperar que exista um incremento da motivação para tratamento, à medida que os anos passam. Pode hipotetizar-se que isto se deva a vários factores:

- Maior consciencialização e poder de reflexão ganhos com o passar dos anos;
- Perda do “poder reforçador” da droga de abuso e maior prejuízo dos “efeitos secundários” associados;
- Morte de alguns elementos significativos do “seu mundo” devido ao abuso;
- Modelagem de elementos significativos que enveredem pela via de tratamento.

Quadro 1

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
tempo de abuso	12,48	6,435	27
valor_do_nível	37,00	2,320	27

Quadro 2

Correlations

		tempo de abuso	valor_do_nível
tempo de abuso	Pearson Correlation	1	,577(**)
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	27	27
valor_do_nível	Pearson Correlation	,577(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	27	27

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

5.3.2 - Stages of Change Scale (SCS).

Nesta escala verificaram-se os seguintes resultados:

No total da amostra encontraram-se dois grupos maioritariamente distribuídos pelos estágios de contemplação (N=7) e ação (N=17). Os restantes três elementos distribuíram-se pelo estágio de manutenção, pelo que se considerou pertinente a sua não inclusão na análise, sendo estes considerados outliers.

Relativamente a esta variável pensou-se que seria pertinente verificar até que ponto existiriam diferentes níveis de consumo entre os estádios de ação e contemplação, tendo-se assim constituído uma nova hipótese. Para esse efeito foi realizado um teste que media as diferenças de consumo dos indivíduos que se encontravam num ou noutra nível de motivação. Como se pode verificar pelo Quadro 4 ($p = 0,273$, uma vez que apesar do teste de Levene ter um resultado significativo é conhecido que a amostra provém da mesma população) não existem diferenças significativas entre o total de consumo e o nível de motivação em que os indivíduos se encontram. Estas diferenças, apesar de moderadas (diferença = 1,059, cf. Quadro 4), não são estatisticamente significativas, muito provavelmente devido ao valor reduzido de participantes (cf. Quadro 3).

Hipoteticamente pode pensar-se que, caso o número de indivíduos estudados fosse mais amplo, esta diferença tomaria um valor significativo.

Quadro 3

Group Statistics

Em qual dos níveis se encontra (resulta do máximo entre os 4 níveis)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
total_drug_abuse	acção	17	15,06	2,331	,565
	contemplação	7	14,00	1,291	,488

Quadro 4

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
total_drug_abuse	Equal variances assumed	4,689	,041	1,123	22	,273	1,059
	Equal variances not assumed			1,418	19,646	,172	1,059

5.3.2.1 Tempo de abuso / Motivação para tratamento

De acordo com os quadros abaixo (cf. Quadros 5 e 6), verificamos que existem diferenças significativas de tempo de consumo relativamente aos estádios de motivação ($p=0.045$, cf. Quadro 6), sendo que há um maior tempo de consumo relacionado com o estágio de acção (média de 13.88 e desvio-padrão de 6.143) do que no estágio de contemplação (média de 8.57 e desvio-padrão de 3.645) (cf. Quadro 5).

Quadro 5

Group Statistics

em qual dos níveis se encontra (resulta do máximo entre os 4 níveis)		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tempo de abuso	acção	17	13,88	6,143	1,490
	contemplação	7	8,57	3,645	1,378

Quadro 6

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
tempo de abuso	Equal variances assumed	1,977	,174	2,122	22	,045	5,311
	Equal variances not assumed			2,617	18,667	,017	5,311

Assim pode pensar-se que quanto mais tempo passa desde que o consumo iniciado, maior é a motivação para o tratamento.

5.3.2.2 - Correlação tempo de abuso / gravidade de dependência

O estudo correlacional entre o total de gravidade de dependência e tempo de abuso revela uma correlação positiva ($r = 0,414$, cf. Quadro 7), sendo que quanto maior o tempo de abuso, maior a severidade da adição. É possível olhar para este resultado com confiança, uma vez que o valor de significância se encontra abaixo da margem plausível de erro, ou de aleatoriedade dos dados ($p = 0,032$, cf. Quadro 7). Estes resultados são lógicos, uma vez que quanto mais tempo passa desde o primeiro consumo, mais hipóteses os consumidores têm de “experimentar” novas drogas.

Quadro 7

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
total_drug_abuse	14,78	2,006	27
tempo de abuso	12,48	6,435	27

Quadro 8

Correlations

		total_drug_abuse	tempo de abuso
total_drug_abuse	Pearson Correlation	1	,414(*)
	Sig. (2-tailed)		,032
	N	27	27
tempo de abuso	Pearson Correlation	,414(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,032	
	N	27	27

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5.4 - Discussão dos resultados

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

Na análise dos resultados da DAST verificou-se que a média das pontuações era de 15, com desvio padrão de 2. Este valor médio está situado no nível da escala que indica um grau de severidade de dependência muito elevado. Enquadrados no mesmo nível estão o valor mínimo de cotação encontrado na amostra (11 pontos) e um máximo que ascende a 18.

Duma forma geral, os resultados obtidos levam-nos a concluir que:

- 1) o tempo de consumo influencia directamente a gravidade da dependência: quanto mais prolongado o tempo de consumo, maior a força de adição.
- 2) da relação entre gravidade de dependência e estádios motivacionais, em termos abstractos, pode inferir-se que os indivíduos motivados para a acção possuíam à partida um nível maior de gravidade de dependência; assim, a intensidade da dependência parece potenciar a motivação para tratamento.

O facto da amostra ter sido exclusivamente recolhida numa instituição privada com um modelo terapêutico bastante específico pode ter influenciado a maioritária posição dos utentes nos estádios de contemplação e acção.

O modelo psico-terapêutico em questão privilegia desde o início uma abordagem muito frontal do problema de dependência dos indivíduos que procuram tratamento, no sentido de promover uma adequada consciencialização (“*insight*”) do mesmo.

Existiram, neste projecto, limitações metodológicas que se relacionam quer com a dimensão reduzida da amostra e com a sua especificidade, quer em termos da complexidade que constitui a toxicodependência.

Por si só, a dimensão amostral não permite inferir com segurança sobre um universo de toxicodependentes, potenciais candidatos a tratamento.

Seria importante repetir o estudo, para se aferirem resultados com maior confiança.

6. CONCLUSÃO

Conforme se referiu em diferentes momentos deste trabalho, a motivação pode, por si só, ser um factor determinante na prossecução de um processo terapêutico, na área das toxicodependências

Identificar e analisar as variáveis avaliadas na parte prática deste estudo foi um pequeno contributo no sentido de pesquisar a possibilidade (entre várias), de monitorizar factores potenciadores de maior sucesso terapêutico.

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

Apesar das limitações, confirmou-se a hipótese de que o facto de o indivíduo evidenciar um índice elevado de gravidade na dependência influenciaria o facto deste possuir uma maior motivação para tratamento.

Atendendo a que a escala de estádios de mudança, SCS, não se encontra ainda devidamente validada para a população portuguesa, seria importante replicar o estudo, com amostras mais alargadas, de forma a possibilitar uma maior confiança de resultados, dando continuidade à análise das questões equacionadas neste estudo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Angel, P. et al. (2002). Toxicomanias (Correia, M.) Lisboa: 2000
- American Psychiatric Association. (2000). DSM - IV - TR. 4ª Edição. Lisboa:Climepsi
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Liese, B.S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press
- Beck, R.C.(2000). Motivation: Theories and principles. (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall, inc.
- Bergeret, J., Leblanc, J. (1988). Précis des toxicomanies. 2^a edition revue et corrigée. Paris :Massom
- Blume, A.W. (2005). Treating drug problems. New Jersey: John Wiley & Sons
- Braconnier, A., Marcelli, D. (1984). Manual de psicopatologia do adolescente (Filman, A.). Porto Alegre: (1989)
- Chaplin, J.P. (1988). Dicionário de psicologia. (Matias, M., Noronha, M., Noronha, Z.) Lisboa: (1989)
- Coelho, M.P. (1998). Toxicodependência, a liberdade começa no corpo. Lisboa: Fim de Século
- Cox, W.M., Klinger, E. (2004). Handbook of motivational counselling. New Jersey: John Wiley & Sons
- Edward, G. Lader, M. et al. (1990). A Natureza da dependência das drogas. (Starosta, R.E.). Porto Alegre: (1994)
- Esteves, M.F. (2005). Depressão e toxicodependência. Porto: Esteves, M.F
- Ferreira-Gomes, C., Cunha, H., Carvalho, A., Silva, A., Dias, C., Feijão, F. et al. (2004). Usos, abusos e dependências: alcoolismo e Toxicodependência. Lisboa: Climepsi
- Galanter, M. & Kleber, H.D.(1999). Textbook of substance abuse treatment (2nd Edition) Washington D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Gleitman, H. (1997). Psicologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Gomes, M.F. (2005). Toxicodependência. Ismai, Maia

Gomes, M.F., Morgado, R., & Souto, T. (2001). Clínica do Outeiro 10 anos. Bagunte: Clínica do Outeiro

Hapetian, I. (1997). Famílias: entender a toxicodependência. Lisboa: Verbo

Landry, M.J., (1994). Understanding drugs of abuse: The processes of addiction, treatment and recovery. American Psychiatric Press, Inc.: Washington, D.C.

Ogden, J., (2000). Psicologia da saúde (Patrocínio. C., Andersen, F.). Lisboa (2004)

Machado, P.P., Klein, J.M., 2005. Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. Psicologia: Teoria, investigação e prática, 1, 019-029.

Rodrigues, C., (1998). Motivação. Porto: Contraponto Edições

S/ autor. (Julho 2007). *Infodrogas*. <http://www.idt.pt/id.asp?id=p5>

Skinner, H. (n.d) Guide for using the Drug abuse screening test (DAST)

Schuckit, M. (1995). Abuso de álcool e drogas (Almeida, J.). Lisboa: (1998)

Smith, B.D., (1998). Psychology:: science & understanding. USA: McGraw-Hill

SPSS 15.0 Command Syntax Reference, (2006). Chicago 3: SPSS INC.

Yoshida, E., (2002, Jan-Jun). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. Psico-USF, v.7, (n.1), p.59-66,

World Health Organization (1992). The I.C.D. - 10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genebra: World Health Organization (WHO).

8 - ANEXOS

Anexo 1 - Questionário sócio-demográfico

Anexo 2 - Drug Abuse Screening Test (DAST)

Anexo 3 - Stages of Motivation Scale

Anexo 4 - Autorização para recolha de dados