

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E RECAÍDA:
UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS E ASPECTOS
EMOCIONAIS**

MATHEUS ALAN CARDOSO CORRÊA

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo, 2010

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E RECAÍDA:
UMA INVESTIGAÇÃO SOBRE ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS E ASPECTOS
EMOCIONAIS**

Matheus Alan Cardoso Corrêa

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carolina Lisboa

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo, 2010

Dedico esta dissertação a toda minha família, em especial ao meu pai Julio, minha mãe Laura, minha esposa Rochele e ao meu filho Victor.

AGRADECIMENTOS

À Deus por esta oportunidade.

Agradeço à minha mãe Laura por todo amor e carinho ao longo desta vida.

Ao meu pai, Julio pelo exemplo de dedicação e principalmente pelo carinho, apoio, atenção e confiança no meu potencial.

À minha esposa Rochele, pelo amor, carinho, incentivo e principalmente por toda paciência e compreensão pelos meus momentos de ausência.

Ao meu filho Victor, meu diamante, amor inexprimível.

Ao Felipe, pela amizade verdadeira.

À minha querida avó Adelina (in memoriam) pelos ensinamentos, dedicação e amor incondicional.

À Milla (in memoriam), pelo carinho.

À Prof. Dra. Carolina Lisboa, minha orientadora e acima de tudo, amiga, que admiro pela valiosa atenção, comprometimento e principalmente paciência.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	7
Resumo	8
Abstract.....	9
Apresentação	10
Seção I. Artigo Teórico – Abuso de Substâncias Psicoativas e Recaída: Uma Investigação sobre Estágios Motivacionais e Aspectos Emocionais.....	13
Dependência Química.....	14
Dependência Química e Motivação para o Tratamento.....	16
Prevenção à Recaída	19
Seção II. Artigo Empírico – Abuso de Substâncias Psicoativas e Recaída: Uma Investigação sobre Estágios Motivacionais e Aspectos Emocionais	23
Dependência Química.....	24
Dependência Química e Motivação para o Tratamento.....	25
Dependência Química, Recaída e Estados Emocionais.....	26
Método	26
Delineamento	28
Participantes	28
Instrumentos.....	29
Procedimentos para Coleta de Dados e Éticos.....	30
Resultados.....	30
Discussão	33
Considerações Finais	35
Seção III. Relatório de Pesquisa.....	38
Introdução	39
Dependência Química e Motivação para o Tratamento.....	40
Dependência Química, Recaída e Estados Emocionais.....	41
Objetivos.....	43
Geral.....	43

Específico	43
Método	44
Delineamento	44
Participantes	44
Procedimentos de Pesquisa	44
Descrição do Local de Obtenção de Dados.....	45
Procedimentos Éticos	45
Procedimentos de Coleta de Dados.....	45
Instrumentos.....	46
Procedimentos para Análise de Dados.....	47
Resultados.....	47
Considerações Finais	52
Referências.....	54
Anexos	60
Anexo A - Termo de Aprovação pelo Comitê de Ética	61
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
Anexo C - Ficha Sócio-Demográfica.....	63
Anexo D - <i>University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire</i>	64
Anexo E - Inventário de Depressão Beck - BDI.....	67
Anexo F - Inventário de Ansiedade Beck - BAI.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Inventário de Ansiedade Beck – BAI.....	31
Tabela 2. Inventário de Depressão Beck – BDI	31
Tabela 3. ANOVA.....	32
Tabela 4. Estágios Motivacionais: <i>University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire</i>	33
Tabela 5. Tempo sem freqüentar a escola	47
Tabela 6. Trabalho.....	48
Tabela 7. Substância de escolha atual	49
Tabela 8. Histórico familiar e uso de substâncias	50
Tabela 9. Influência Familiar sobre o Uso de Substâncias.....	50

RESUMO

A dependência química é sem dúvida um problema de saúde pública, que reflete em uma demanda diariamente crescente de pessoas que buscam recuperação, seja em hospitais, ambulatorios ou comunidades terapêuticas. A dependência de substâncias psicoativas é considerada transtorno com altos índices de recaída, sendo que a motivação dos pacientes para manutenção da abstinência e mobilização de uma estrutura adequada para seu tratamento é crucial. Assim esse estudo teve como objetivo investigar a relação entre os estados motivacionais e aspectos emocionais em dependentes químicos com histórico de recaída. Tratou-se de um estudo quantitativo, em que participaram 69 homens com histórico de no mínimo uma recaída e duas tentativas de tratamento. Todos responderam a um questionário sócio-demográfico; à *University of Rhode Island Change Assessment (URICA)*; ao Inventário de depressão de Beck (BDI) e ao Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Observou-se que os índices de depressão e ansiedade da amostra foram 43,5% com nível leve e 43,5% com nível mínimo respectivamente. Com relação aos estágios motivacionais apenas 1 (1,4%) dos participantes se encontram no estágio de Pré-contemplação, 36 (52,2%) no estágio de Contemplação, 23 (33,3%) no estágio Ação e 9 (13%) dos sujeitos no estágio de Manutenção. Não foram identificadas associações entre estágios motivacionais e estados emocionais. Acredita-se que os sujeitos dependentes químicos ao ingressarem no ambiente de comunidade terapêutica, logo engajam-se em um cronograma de atividades em tempo integral, envolvendo lazer, esporte, espiritualidade e tarefas laborais, o que reflete diretamente no seu humor, ajudando-os a manejarem as emoções desagradáveis bem como a fissura pela substância. A não associação entre ansiedade e depressão e estágios de motivação surpreendeu, pois se esperava que os participantes ao inserirem-se no tratamento, manifestassem com maior intensidade e frequência humor deprimido ou ansiedade, justamente por estarem frente à possibilidade de mudança de estilo de vida tão radical. Dessa forma, sugere-se um acompanhamento ao longo do processo de recuperação com o objetivo de identificar os fatores pertinentes que influenciam a consciência da necessidade de permanecer em tratamento bem como um trabalho focado na dinâmica familiar.

Palavras-chave: Dependência química; Motivação; Recaída.

ABSTRACT

The drugs addiction is certainly a problem of public health That reflects in a demand daily growing people seek recovery, In hospitals, clinics or therapeutic communities. The dependence on psychoactive substances is considered disorder with high rates of relapse and the motivation of patients for maintenance of abstinence and mobilization of an appropriate structure for its treatment is crucial. So this study aimed to investigate the relationship between the emotional aspects and motivational stages in drugs addicts with a history of relapse. This was a quantitative study, involving sixty nine men with a history of at least one relapse and two attempts to treatment. All responded to a questionnaire socio-demographic; the University of Rhode Island Change Assessment (URICA); Beck depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Inventory(BAI). Observed that the indices of depression and anxiety of the sample were 43.5% with level lightweight and 43.5% with minimum level respectively. Regarding to motivational stages only 1 (1.4%) of the participants are at Pre-contemplation stage, 36 (52.2%) in Contemplation stage, 23 (33.3%) in Action stage and 9 (13%) of the subjects in Maintenance stage. Were not identified associations between motivational stages and emotional states. Believes that subjects on drugs addiction to enter the environment of therapeutic community, as soon as engage if a timetable of activities in full time involving leisure, sports, spirituality and tasks labor, which reflects directly in their mood, helping them to deal with their unpleasant emotions as well as the craving by the substance. The lack of association between anxiety and depression and motivation stages surprised, therefore expected that the participants by inserting in treatment, express with greater intensity and frequency depressed mood or anxiety, just because they are facing the possibility of change their life style so radical. In this way, suggests monitoring throughout the process of recovery, with the objective of identifying the relevant factors that influence the conscience of the need to remain in treatment and a work focused in family dynamics.

Apresentação

A presente dissertação tem por objetivo geral investigar a relação entre os estados motivacionais e aspectos emocionais em dependentes químicos com histórico de recaída. O trabalho foi desenvolvido no Programa de Pós Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Os resultados da pesquisa foram dispostos em dois artigos, sendo um artigo de revisão teórica e o outro de caráter empírico, além de um relatório do processo global da pesquisa.

Na primeira seção desta dissertação é apresentado um artigo de revisão de literatura que discute sobre os conceitos de dependência química, motivação e recaída. Já na segunda seção, é apresentado o artigo empírico, que exhibe os principais resultados encontrados na investigação sobre os estágios motivacionais, aspectos emocionais e recaída em dependentes de substâncias psicoativas em tratamento. Por fim, na terceira e última parte deste trabalho é apresentado o relatório de pesquisa, no qual todas as atividades relacionadas ao projeto estão descritas, bem como sua metodologia e resultados.

SESSÃO I – ARTIGO TEÓRICO

**ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E RECAÍDA: UMA INVESTIGAÇÃO
SOBRE ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS E ASPECTOS EMOCIONAIS**

Dependência Química

Percebendo a relevância deste assunto, esse artigo tem como objetivo principal realizar uma revisão livre de estudos que investigaram a dependência química e os estados emocionais associados, bem como a motivação para tratamento e o processo de recaída. Desta forma, espera-se oferecer melhores recursos aos profissionais da psicologia para uma melhor compreensão do transtorno, bem como a importância em desenvolver melhores estratégias de prevenção e manutenção da motivação para o tratamento.

Segundo, o *National Institute on Drug Abuse* – NIDA (2000), a dependência química é um quadro complexo caracterizado por grande ansiedade do indivíduo de usar e procurar pela droga de escolha, e que tem na compulsão sua característica principal, pois o uso persiste mesmo em face de conseqüências extremamente negativas para a pessoa. Para muitos, a dependência química torna-se uma doença crônica, com possíveis recaídas mesmo após longos períodos de abstinência.

No Brasil, o consumo de álcool e de cocaína tem apresentado, nas últimas décadas, um aumento significativo. O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em 1997, observa-se que 2,3% da população brasileira já fez uso de cocaína e 11,2% apresenta dependência de álcool.

A seleção dos artigos para a revisão foi feita nas bases BIREME (LILACS, IBCS, MedLine, *Cochrane Library* e SciELO) e PePSIC, nas quais foram selecionados artigos no período de fevereiro a julho de 2010. Foram utilizados os seguintes descritores: Dependência química, *substance abuse*, motivação, prevenção à recaída e *relapse prevention*. Considerando os artigos escritos neste período, foram encontrados 644 com o descritor dependência química, sendo que 551 em inglês e 61 em português. Com *substance abuse*, 8018 em inglês e 290 em português. Com motivação, foram encontrados 452, 421 em inglês e 6 em português. Em prevenção à recaída foram encontrados 6, sendo 3 em inglês e 3 em português. *Relapse prevention* com um total de 53, sendo 45 em inglês e 2 em português. Cada resumo dos artigos foram lidos e selecionados de acordo com o objetivo do estudo. Retirados os artigos repetidos e aqueles que não se adequavam a este artigo, restaram 20 artigos que serão explorados nas seções subseqüentes.

Estudos realizados no país apontaram um aumento de internações entre usuários de cocaína em detrimento de outras drogas no período de 1988 a 1999 (Figlie, Laranjeira, & Bordin, 2004). Ainda, o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) neste ano, mostra que 12% da população brasileira apresenta problemas com o álcool, sendo que 3% manifesta problemas nocivos (ou abuso) e 9% dependência (SENAD, 2002).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006), a dependência química não foi definida previamente como um transtorno cerebral, do mesmo modo que as doenças psiquiátricas e mentais não eram anteriormente vistas como resultado de um transtorno no cérebro. Entretanto, com os avanços recentes da neurociência, é possível visualizar e medir as mudanças nas funções cerebrais, desde os níveis moleculares e celulares até alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem com o uso de substâncias a curto e longo prazos, o que torna claro que a dependência é um transtorno cerebral como qualquer outra doença neurológica ou psiquiátrica.

Milby (1988) definiu a dependência química como um estado mental e físico que resulta da interação entre o organismo e uma ou mais substâncias psicoativas. Caracteriza-se por ser um comportamento que sempre inclui uma compulsão de usar a droga para experimentar seu efeito e após a instalação da dependência, evitar o desconforto provocado por sua ausência.

De acordo com os critérios da APA, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV (2002). Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses: tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejada; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância; (2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas) (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência; (3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; (4) existe um desejo persistente ou esforços mal-

sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; (5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância; (p.ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos; (6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; (7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Para tentar entender a etiologia dos transtornos relacionados ao uso de substâncias, Xavier e Gorgulho (1996) construíram quatro modelos principais de compreensão da dependência química: 1) o modelo biológico que pressupõe que o abuso e a dependência de substâncias são causados por determinantes genéticos, constituindo uma doença crônica, progressiva e recorrente; 2) o modelo de fatores de risco que postula a existência de determinados fatores conhecidos como de risco responsáveis pelo aumento da probabilidade de problemas relacionados ao uso de substâncias, entre os quais estão os determinantes imediatos como os estados emocionais negativos, situações de conflito pessoal, pressão social e estados afetivos positivos, os antecedentes ocultos como o estilo de vida do paciente e o seu sistema de crenças; 3) o modelo que afirma que a modelação social sugere que o comportamento de uso de drogas é aprendido a partir do ambiente social que o indivíduo está inserido e por fim 4) o modelo sistêmico, que postula que os problemas relacionados à dependência química situam-se na interação do indivíduo com seu meio, incluindo variáveis individuais, familiares, ambientais e da substância.

Dependência Química e Motivação para o Tratamento

A Entrevista Motivacional (EM) é uma abordagem psicológica desenvolvida por Miller e Rollnick (1991) largamente difundida na Europa, nos EUA e, há quase uma década, também no Brasil. Esta abordagem foi fundamentada em elementos de outras teorias existentes, tais como a terapia centrada no cliente e terapias breves, acrescentando-se alguns novos conceitos para cumprir o seu principal objetivo: promover a mudança de comportamento. Os conceitos de motivação, ambivalência e prontidão para a mudança, essenciais à compreensão das dependências e compulsões são os pressupostos norteadores desta abordagem.

Também conhecida como Intervenção Motivacional (IM) ou *Motivational Enhancement Therapy* (MET), esta técnica tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo nos processos de mudanças comportamentais, eliciando a resolução da ambivalência para mudanças de comportamento (Miller & Rollnick, 2002). É uma técnica relativamente simples e com custo baixo, transparente, baseada em princípios cognitivos como entendimento dos problemas e reações emocionais frente a eles, estabelecimento de alternativas para modificação em padrões de pensamentos e implementação de soluções (Bundy, 2004).

Em 1979, Prochaska buscou identificar, a partir da análise comparativa dos dezoito maiores sistemas de psicoterapia, os processos de mudança comuns a todos eles. Por isso, o modelo que ali nascia foi denominado “transteórico” e teve como seu principal pressuposto que auto-mudanças bem-sucedidas dependem de fazer coisas certas (processos) no momento certo (estágios) (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

O modelo transteórico está focado na mudança intencional, ou seja, na tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens que estão focadas nas influências sociais ou biológicas no comportamento. Nesse sentido, as pessoas que modificam comportamentos adictivos tendem a se mover através de uma série de estágios, que envolvem emoções, cognições e comportamentos, independentemente de estarem ou não em tratamento (Velicer, Prochaska, Fava, Norman, & Redding, 1998).

A motivação caracteriza-se como processo dinâmico segundo o modelo transteórico, desenvolvido por Prochaska e Diclement (1983). Este modelo descreve os estágios de mudança comportamental por meio dos quais o indivíduo “transita” de forma não linear. O primeiro princípio da EM no processo de mudanças a ser trabalhado é a ambivalência, que, segundo Davidson (1997), é a essência do problema nos comportamentos dependentes. A ambivalência não é considerada um traço de personalidade, mas uma interação dinâmica entre o paciente e a situação aguda imediata com dimensões interpessoais e intrapessoais.

É importante ressaltar que a motivação para a mudança pode (e parece ser) influenciada tanto pela presença de sintomas psiquiátricos quanto pelo grau de intensidade da dependência. Estudos atuais afirmam que fatores como a presença de sintomas de depressão e ansiedade (Kludt & Perlmutter, 1999; Sofuoglu, Brown, Babb, & Hatsukami, 2001) e a gravidade da dependência (Joe, Simpson, & Broome, 1999; Nwakeze, Magura, & Rosenblum, 2002) parecem estar relacionados a uma diminuição na motivação para a mudança de comportamento considerado problema

O modelo transteórico (Prochaska & Diclemente, 1983) propõe uma descrição de como as pessoas modificam seus comportamentos aditivos, com ou sem tratamento, tratando a motivação, fundamental nesse contexto (Heather, 1992), como um estado de prontidão ou de avidez para a mudança (Prochaska & Di Clemente, 1982). Para os autores, as pessoas atravessam cinco estágios motivacionais, que são: 1) Pré-Contemplação; 2) Contemplação; 3) Preparação; 4) Ação e 5) Manutenção (Di Clemente & Prochaska, 1985). Estes estágios de motivação para a mudança representam a dimensão temporal do modelo transteórico, e permitem que entendamos quando mudanças particulares nas atitudes, intenções e comportamentos tendem a acontecer.

As pessoas que vivenciam problemas de dependência química geralmente chegam ao tratamento com motivações flutuantes e conflitantes entre continuar e interromper o consumo de substâncias. Esse conflito, que pode ser chamado de ambivalência, permeia, principalmente, as primeiras sessões do tratamento e parece ter um especial papel para manter as pessoas entre o querer e o não querer a recuperação, o que as mantém, de certa forma, “aprisionadas” a um estado inadequado para a mudança.

É importante ressaltar que a ambivalência é considerada natural durante o processo de mudança, uma vez que a pessoa que se encontra em conflito não apresenta uma decisão definida, tanto no sentido de continuar o consumo, como de se abster. De certa forma, o manejo da ambivalência, a partir do momento que o profissional compreende esse fenômeno, evoca menor resistência por parte do paciente e facilita o progresso no aconselhamento (Miller & Rollnick, 2002).

Pode-se afirmar que a entrevista motivacional (EM) é uma abordagem criada para auxiliar o sujeito a reconhecer seus problemas atuais e potenciais quando há ambivalência quanto à mudança comportamental e estimular o comprometimento para a realização dessa mudança por meio de abordagem psicoterápica persuasiva e encorajadora (Miller & Rollnick, 2001). Esta técnica propõe intervenções terapêuticas individualizadas adequadas a cada estágio com vistas a aumentar a adesão ao tratamento e prevenir possíveis recaídas em pacientes com comportamentos considerados dependentes, transtornos alimentares, tabagismo, jogo patológico, dependência de substâncias psicoativas e, também, em comportamentos sadios com vistas à promoção de saúde (Miller & Rollnick, 2001; Oliveira & Malbergier, 2003).

O modelo dos Estágios de Mudança no uso de drogas apresenta implicações importantes tanto na mudança natural de um comportamento sobre o tempo, quanto no desenvolvimento das intervenções. Por exemplo, aqueles nos estágios mais iniciais de mudança (Pré-contemplação) os pacientes beneficiam-se mais da instrução e da compreensão das condutas de risco do que aqueles que já estão cientes dos riscos de seu comportamento e pretendem mudar logo (Preparação), Já os pacientes que estão ativamente tentando mudar (Ação), beneficiam-se mais de intervenções baseadas no treinamento de habilidades e na auto-eficácia (Prochaska, Velicer, Fava, Rossi, & Tsoh, 2001; Stark et al., 1998).

Estes estágios seguem uma ordem seqüencial, nos quais a recaída pode estar presente, obrigando novamente o dependente a passar várias vezes pelos mesmos estágios antes de atingir a manutenção a longo prazo. A recaída não é considerada como um estágio de mudança, mas como um evento que interrompe o processo e que deve ser entendida como um aprendizado e não como um fracasso (Di Clemente, 1993).

Prevenção à Recaída

O programa de prevenção de recaída é parte do tratamento cognitivo-comportamental cujo objetivo é manter uma mudança de comportamento desejada e ensinar o dependente químico a prever e a lidar com o problema da recaída. O termo “recaída” pode ser definido como sendo uma falha na tentativa de mudança de um comportamento-alvo. No caso da dependência de substâncias psicoativas, a recaída pode ser definida como um processo de retorno do uso das drogas por uma pessoa que permaneceu abstinente por um período de tempo, tendo realizado, nesse período, sérias tentativas de mudança comportamental no sentido de sua recuperação (Leite, 1999).

Segundo Gorski, Kelley e Havens (1993) aproximadamente um terço dos pacientes conseguem a abstinência permanente com sua primeira tentativa séria na recuperação. Outro terço tem episódios breves de recaída, mas resultam, eventualmente, em abstinência a longo prazo. O terço adicional, ainda tem recaídas crônicas, o que implica em tentativas recorrentes de recuperação.

Dentro do método convencional, Marlatt e Rose (*apud* Reinecker, 1988) referem a uma porcentagem de 70% a 90% de recaída dentro de três meses; Armor, Polich e Stambulk

referem a uma incidência de 90% de recaídas, após 18 meses (*apud* Reinecker, 1988). Segundo Parloff et al. (*apud* Gabbard, 1992), apenas 26% dos alcoolistas tratados ainda permanecem abstinentes após um ano, em contraste com a taxa de remissão espontânea de 19%.

Em 1978, Alan Marlatt foi um dos psicólogos responsáveis pelo desenvolvimento dos primeiros modelos de prevenção da recaída (PR), dando início a uma nova área de investigação e intervenção clínica. Este modelo, inicialmente baseado na manutenção da abstinência em alcoólicos, rapidamente foi aplicado às restantes dependências de substâncias psicoativas e a transtornos de alimentação, afetivos, psicóticos e sexuais.

Foi observado que a maioria dos tratamentos colocava muita ênfase em alcançar a abstinência e pouca atenção era dada à manutenção da mudança (Dodgen & Shea, 2000). A prevenção da recaída busca, essencialmente, mudar um hábito autodestrutivo e manter essa mudança (Edwards, Marshall, & Cook, 1999).

Segundo a Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1977), o comportamento de uso ou abuso de substâncias é aprendido, e sua frequência, duração e intensidade aumentam em função dos benefícios psicológicos alcançados (Stevens-Smith & Smith, 1998). Da mesma maneira, esse mesmo comportamento pode ser alterado, caso sejam modificados os fatores que o afetam, exemplo: as condições antecedentes, as crenças, expectativas e as conseqüências que o seguem (Dodgen & Shea, 2000).

Segundo Monti, Abrams, Kadden e Cooney (1989) alguns princípios foram formulados a partir da Teoria da Aprendizagem Social que facilitam a compreensão do comportamento de uso de substâncias psicoativas. Esses princípios são: (a) modelagem, que determina que o comportamento adicto se desenvolve pela influência de modelos de consumo; (b) reforçadores, os quais estariam presentes no processo que influenciaria no desenvolvimento do comportamento de consumir substâncias e que podem ser subdivididos em negativos e positivos. Já os reforçadores positivos estão associados à busca de prazer e os reforçadores negativos à evitação de sofrimento; (c) estímulo ambiental, que são entendidos como gatilhos eliciadores de fissura ou desejo de usar, tanto por meio do condicionamento clássico pavloviano quanto pelo condicionamento operante (reforço positivo e negativo); (d) auto-eficácia, que é entendida como a percepção que a pessoa tem da sua capacidade de superar e resolver com sucesso uma determinada situação. O que é essencialmente importante quando o sujeito expõe-se às situações de risco eliciadoras de fissura.

Segundo Figlie, Pillon e Laranjeira (2004), um fator a ser considerado quando um indivíduo se expõe a uma determinada situação de risco é a sua capacidade de executar uma resposta de enfrentamento eficaz, o que provavelmente diminuiria a probabilidade de recaída, o que refletiria em uma sensação de domínio e controle. À medida que o período de abstinência aumenta, com as sucessivas exposições, a percepção de controle aumenta de forma cumulativa tornando o indivíduo capaz de lidar efetivamente com mais e mais situações de risco.

Auto-eficácia é a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica. Ela pode ser considerada como elemento-chave na motivação para mudança e bom indicador de resultados de tratamento (Miller & Rollnick, 2001). De Weert-Van-Oene, Schippers, De Jong e Schrijvers (2001) justificam a auto-eficácia como bom indicador quanto à duração do tratamento. Pacientes com maior auto-eficácia apresentam maior capacidade de enfrentar seus problemas relacionados à dependência de substâncias psicoativas e, por isso, alcançam desfecho do tratamento mais rapidamente.

A realização dessa investigação possibilitou verificar a vasta e crescente literatura referente ao comportamento de uso e dependência de substâncias psicoativas, bem como os estados emocionais associados, os estágios motivacionais e o processo de recaída em pacientes durante a recuperação. Dentre os principais fatores inerentes ao quadro, verificou-se a estreita relação entre a manutenção da consciência da necessidade de tratamento e estados afetivos e o quanto estes podem influenciar nas estratégias de prevenção de recaída.

Verificou-se que, embora natural, a ambivalência é um fenômeno que se encontra presente durante o processo de recuperação e que necessariamente deve ser foco de intervenção. Pacientes que apresentam motivação flutuante quanto às vantagens ou desvantagens em modificar seu comportamento de uso de substâncias, continuam extremamente vulneráveis às situações eliciadoras de fissura bem como aos estados emocionais negativos.

A dependência química, sendo um transtorno de caráter nocivo que apresenta um curso crônico, reforça a necessidade de que mais pesquisas sejam realizadas com foco nas temáticas da motivação e prevenção de recaída. Diante do exposto acima, verifica-se que a Entrevista Motivacional tem demonstrado resultados eficientes, principalmente na conscientização da necessidade de promover um plano de ação para prevenção, porém ainda

os índices de recaída são altos, sugerindo que mais estudos, tanto de seguimento quanto de tratamento sejam realizados.

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

**USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E RECAÍDA: UMA INVESTIGAÇÃO
SOBRE ESTÁGIOS MOTIVACIONAIS E ASPECTOS EMOCIONAIS**

Dependência Química

De acordo com Bucher (1996) o uso de substâncias psicoativas constitui hoje, o fator mais importante de desorganização social, familiar e individual, além de níveis importantes já alcançados em função do elevado custo sócio-econômico que representa para a saúde pública. Diante da complexidade deste tema é importante se evitar explicação a partir de uma posição reducionista, seja ela biológica, social ou psicológica e sim estudar a dependência química através de abordagens que ultrapassem as opiniões e ideologias favorecendo a compreensões abrangentes e integradas (Bertozzi, 1993).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (2002) a dependência química é definida como: o impulso que leva uma pessoa a usar uma substância de forma contínua ou freqüente, para obter o prazer provocado pela droga. A pessoa dependente de substâncias se caracteriza por não conseguir se controlar perante a droga e por usá-la de forma impulsiva e repetitiva.

Samet, O'Connor e Stein (1997) referem que o uso de substâncias psicoativas além acarreta diversos danos físicos, psicológicos e sociais, e também está relacionado à criminalidade, baixo rendimento escolar e prejuízos no trabalho e nas relações interpessoais. Segundo os mesmos autores são encontradas ainda cânceres, doenças cardiovasculares, doenças hepáticas e infecções, entre outras.

Na prática clínica, é freqüente que abusadores ou dependentes de drogas apresentem comorbidades, ou seja, um transtorno por uso de substância psicoativa combinado com outro transtorno, tais como ansiedade e depressão, situação na qual um influenciará negativamente o curso e a evolução do outro (APA, 2002; Bessa, 2004). Para Schuckit (1998) transtornos ansiosos pré-mórbidos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias, assim como a ansiedade é um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação crônica por estas substâncias.

Lotufo-Neto e Gentil (1994), em uma avaliação sobre a prevalência de sintomas de ansiedade e fóbicos em pacientes dependentes de álcool, e também sobre a prevalência de abuso e dependência de álcool entre aqueles que procuraram o serviço ambulatorial por diagnóstico de transtorno do pânico/agorafobia, obteve como resultado, que os ataques de pânico e as fobias estavam associados com um aumento da gravidade e pior prognóstico para

o alcoolismo, e que o abuso e dependência de álcool foi mais freqüente em homens com pânico e agorafobia que usavam o álcool para controlar os sintomas de ansiedade. Em outros estudos com pacientes com transtorno de ansiedade, 20 a 45% relatam histórias de dependência de álcool (Kushner, Sher, & Beitman, 1990).

Corroborando com esses estudos, Patton et al. (2002) pesquisaram 1601 estudantes com idade entre 14 a 15 anos por um período de sete anos e relatam em seus achados que o uso semanal, ou mais freqüente, de maconha em adolescentes pode ser preditivo para o aumento do risco para depressão tardia e ansiedade, com usuários diários correndo um risco maior.

Dependência Química e Motivação para o Tratamento

As pessoas que vivenciam problemas de dependência química geralmente chegam ao tratamento com motivações flutuantes e conflitantes entre continuar e interromper o consumo de substâncias, fenômeno que pode ser chamado de ambivalência e que permeia, principalmente, as primeiras sessões do tratamento e parece ter um especial papel para manter as pessoas entre o querer e o não querer a recuperação, o que as mantém, de certa forma, “aprimonadas” a um estado inadequado para a mudança. A ambivalência é um estado mental no qual a pessoa tem sentimentos coexistentes e conflitantes a respeito de algum comportamento a ser modificado (Figlie, Laranjeiras, & Bordin, 2004).

A motivação caracteriza-se como um processo dinâmico segundo o modelo transteórico, desenvolvido por Prochaska e Diclemente (1983) e que descreve os estágios de mudança comportamental por meio dos quais o indivíduo “transita” de forma não linear, estando em tratamento ou não. Segundo os autores, os estágios de prontidão para mudança descritos são: *Pré-contemplação* (não estar consciente de ter um problema e não ter intenção de mudança), *Contemplação* (estar consciente que existe um problema, mas ainda não ter feito nada para mudar), *Preparação* (ter a intenção de realizar alguma mudança), *Ação* (concretizar a mudança) e *Manutenção* (já ocorreu a mudança e o paciente está procurando manter o comportamento modificado (Prochaska, DiClemente, & Norcross 1992).

Estes estágios seguem uma ordem seqüencial, nos quais a recaída pode estar presente, obrigando novamente o dependente a passar várias vezes pelos mesmos estágios antes de

atingir a manutenção a longo prazo. A recaída não é considerada como um estágio de mudança, mas como um evento que interrompe o processo e que deve ser entendida como um aprendizado e não como um fracasso (Di Clemente, 1993).

Dependência Química, Recaída e Estados Emocionais

Há controvérsias sobre a repercussão da maior gravidade da dependência de substâncias psicoativas e sua correlação com os níveis de motivação, que podem aumentar a chance de recaída em pacientes ambulatoriais e internados (Franken & Hendricks, 1999; Silva, Ferri, & Formigoni, 1995). Segundo Ryan e Plant (1995) e Carpenter, Miele e Hasin (2002) pode também diminuir a probabilidade de abandono de tratamento.

As comorbidades, também, podem influenciar a resposta ao tratamento da dependência por alterar a motivação. A depressão, por exemplo, pode interferir na motivação para a abstinência de álcool e de outras drogas. Alcoolistas com sintomas depressivos graves mostravam-se mais motivados para uma mudança comportamental, provavelmente, por possuírem maior percepção das conseqüências negativas da dependência do álcool (Blume Blume, Schmalting, & Marlatt, 2001). Cahill et al. (2003) encontraram uma correlação forte e direta entre depressão e motivação interna, motivação externa e a busca de ajuda interpessoal.

Domalanta, Risser, Roberts e Risser (2003) realizaram um estudo com 1024 sujeitos para determinar a prevalência de transtornos mentais em adolescentes institucionalizados. Os resultados mostraram que 25% dos jovens apresentaram sintomas depressivos moderados e 22% sintomas depressivos severos, concluindo que jovens institucionalizados apresentam uma alta prevalência de transtornos mentais, usualmente não diagnosticados, sendo comuns as comorbidades. Da amostra estudada, 41% apresentaram abuso de drogas, 27% abuso de álcool e 29% algum outro transtorno.

Auto-eficácia é a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica. O trabalho em cima destas crenças pode ser considerado como elemento-chave na motivação para mudança e bom indicador de resultados de tratamento (Miller & Rollnick, 2001). Para De Weert-van Oene, Schippers, De Jong e Schrijvers (2001) (2001) a auto-eficácia é um bom indicador sobre a duração do tratamento sendo que pacientes com maior auto-eficácia apresentam maior capacidade de enfrentar seus problemas

relacionados à dependência de substâncias psicoativas e, por isso, alcançam desfecho do tratamento mais rapidamente.

Padrões de consumo de drogas podem ser modificados por intervenções desenvolvimentais e ambientais, e por mudanças intencionais, como ocorre na psicoterapia (Prochaska & DiClemente, 1986). No entanto, tratamentos para dependência química, enfrentam várias limitações tais como heterogeneidade dos dependentes, diversidade das substâncias consumidas, custos, dificuldades com recursos humanos, e dificuldades de materiais especializados.

Para Leite e Andrade (1999) existem três condições relacionadas à mobilidade pessoal para a remissão estável do consumo, sendo que a primeira refere-se ao abuso por pouco tempo, de drogas muito leves e que a simples mudança nas circunstâncias de vida do adicto podem levar à remissão completa. A segunda condição refere-se ao abuso de drogas muito severas, o que fatalmente levará o adicto ao “fundo do poço”, ou seja a um estado de humor deprimido, levando-o a tomar a decisão de que é preciso fazer alguma coisa a favor de si mesmo. Já a terceira refere-se à ocorrência fortuita, na vida do adicto, de experiências que possam romper com os hábitos enraizados.

As condições de remissão enunciadas incluíram os seguintes aspectos: 1) adoção de comportamentos substitutos que venham competir com a adição; 2) disponibilidade para supervisão compulsória, 3) engajamento em projetos significativos e 4) recuperação de auto-estima. Os quatro aspectos apontados foram encontrados na experiência de abstinência em adictos de heroína (Maddox & Desmond, 1981).

Ainda, segundo Edwards (1997) e Waisberg e Porter (1994) a recuperação parece estar associada à definição de novos objetivos pessoais e reconhecimento de recursos pessoais que podem ser mobilizados para a manutenção da abstinência. Também para Marlatt (1993) estes recursos contribuem igualmente para o aumento de auto-eficácia diante de situações de risco para recaída.

Cummings, Gordon e Marlatt (1980) em uma análise de 311 episódios de recaída em dependentes de álcool, tabaco, heroína, alimentos e jogo compulsivo, identificaram três situações primárias associadas ao problema: 1) estados emocionais negativos (35% das recaídas); 2) conflito interpessoal recente (16% das recaídas) e 3) pressão social (20% das recaídas). Em um estudo realizado sobre recaídas em 80 dependentes de álcool e heroína,

submetidos a tratamento em regime de internação, informou que: 1) quase dois terços daqueles que recaíram reconheceram falhas em tomadas de decisão e em planejamento de atividades (fatores cognitivos); e 2) mais da metade indicou que algum estado de humor negativo precedeu a recaída. O estudo salientou ainda que, freqüentemente, estes fatores ocorriam juntos (Gossop et.al, 1989).

Justificativa

Demanda crescente do número de usuários de substâncias psicoativas (Carlini et al, 2005)

Altos índices de recaídas observados nos tratamentos (Carlini et al, 2005);

Objetivos

Objetivo Geral

Foi investigado a relação entre os estágios motivacionais e aspectos emocionais em dependentes químicos com histórico de recaída.

Objetivos Específicos

Foi investigado a relação entre motivação, depressão e ansiedade em pacientes com histórico de recaída;

Foi investigado se o nível de prontidão para mudança do dependente químico em tratamento sofre influência de fatores emocionais

Método

Delineamento

Tratou-se de um estudo transversal e quantitativo.

Participantes

A amostra foi constituída por 69 pacientes do sexo masculino, com a média de idade igual à 29,8 anos ($DP=8,29$) variando entre 17 e 51 anos. Todos estavam em tratamento, internos em comunidades terapêuticas, exclusivamente para o sexo masculino, localizadas na

região metropolitana de Porto Alegre e diagnosticados como dependentes de substâncias psicoativas, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM IV - TR (APA, 2002). Todos os pacientes selecionados apresentaram em seu histórico de tentativas de recuperação, no mínimo uma recaída e duas tentativas de tratamento e com no mínimo 1 mês de abstinência.

Foram excluídos da amostra pessoas do sexo feminino e pacientes que faziam uso de medicação psiquiátrica.

Instrumentos

- Questionário Sócio-Demográfico: este instrumento contém questões sobre idade, escolaridade, profissão, estado civil dos participantes, histórico do uso de substâncias psicoativas, substância de escolha atual, histórico de tentativas de tratamento, bem como sobre a existência de familiares usuários de substâncias psicoativas.

- *University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire* (URICA, McConaughy, Prochaska, & DiClemente, 1986): este instrumento investiga os estágios motivacionais de pacientes que procuram tratamento para problemas comportamentais e visa a fornecer esta informação para ajudar a guiar as abordagens de tratamento (Oliveira & Malbergier, 2003). O URICA é considerado um instrumento confiável e com adequada consistência interna, com alfas de Cronbach variando de 0,88 a 0,89 (Pantalon & Swanson, 2003) e validades concorrente e preditiva satisfatórias. Trata-se de uma Escala do tipo likert de 5 pontos de auto-preenchimento com 32 perguntas (1=Discorda totalmente e 5=Concorda totalmente). O URICA é dividido em quatro subescalas, as quais abrangem os seguintes estágios de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

- O Inventário de Depressão de Beck (BDI): foi desenvolvido por Beck (1961) e tem como objetivo avaliar a intensidade de sintomas depressivos. Trata-se de um questionário com 21 grupos de informações com quatro alternativas, que podem ter escore 0, 1, 2 ou 3. As normas da versão brasileira classificam a intensidade da depressão em mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63), segundo seus autores o BDI revelou-se um instrumento com alta confiabilidade (Cunha, 2001).

- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): tem por objetivo identificar a intensidade de sintomas de ansiedade, tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral. Consiste num questionário de 21 sintomas, numa série escalar de 0 a 3 pontos, sendo que, nas

normas brasileiras, a pontuação obtida pode ser classificada em mínimo (0- 10), leve (11-19), moderado (20-30) e grave (31-63), Também mostrou boa consistência interna (Cunha, 2001).

Procedimentos para Coleta de Dados e Éticos

A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual em sala previamente cedida pela instituição. O tempo para aplicação dos testes foi de aproximadamente 1h e 30 minutos, sendo que a ordem de aplicação foi aleatória para evitar viés de aprendizagem sobre os instrumentos, bem como influência de um instrumento nas respostas do seguinte. Foram salvaguardados todos os procedimentos éticos para a realização da pesquisa com seres humanos (risco mínimo, direito de sigilo, consentimento informado), de acordo com a *American Psychological Association* (APA), respeitando a dignidade e o direito das pessoas. Neste sentido, antes da aplicação dos instrumentos, o participante lia e assinava um termo de consentimento livre esclarecido, concordando com a participação na pesquisa. Foi explicado a todos que a pesquisa não lhes prejudicaria no processo de tratamento e que teriam o direito de interromper sua participação quando julgassem necessário sem sofrerem nenhum tipo de penalização ou risco.

Resultados

Os dados do presente estudo foram analisados através do *software* estatístico SPSS 18.0.

Com relação aos dados sócio-biodemográficos da amostra, 42% da amostra não concluíram o ensino fundamental. Nas questões sobre as substâncias a mais utilizada foi o cigarro 97% seguido por álcool (95%) e cocaína (94%), o *crack* apareceu com 87%. Porém essa foi a substância com maior número de adictos, 46 sujeitos.

Foram feitas perguntas sobre o histórico familiar e a utilização de substâncias psicoativas, a partir disso, é relevante apontar que 73% dos participantes relataram que havia antecedentes de uso de substâncias psicoativas na família e os principais influentes foram: pais, irmãos e primos. A substância predominantemente consumida no referido histórico familiar foi a maconha (13%).

Tabela 1

Inventário de Ansiedade Beck dos participantes da amostra – BAI

	Frequencia	Porcentagem (%)
Grave	3	4,3
Moderado	15	21,7
Leve	21	30,4
Mínimo	30	43,5
Total	69	100

 $\alpha=0,883$

Tabela 2

Inventário de Depressão Beck dos participantes da amostra – BDI

	Frequencia	Porcentagem (%)
Grave	3	4,3
Moderado	7	10,1
Leve	30	43,5
Mínimo	29	42,0
Total	69	100,0

 $\alpha = 0,739$

Os instrumentos de depressão e ansiedade de Beck são categorizados em Mínimo, Leve, Moderado e Grave. Observou-se neste estudo que no que tange à ansiedade: 30(43,5%) sujeitos apresentaram escore mínimo, 21(30,4%) com escore leve, 15(21,7%) com escore moderado e apenas 3(4,3%) sujeitos com escore grave. Com relação à depressão observou-se que 29(42%) obtiveram escore mínimo, 30(43,5%) com escore leve, 7(10,1%) com escore moderado e 3(4,3%) sujeitos com escore grave de depressão.

Tabela 3

Correlação entre os valores encontrados no BAI e BDI e os estágios motivacionais da URICA

Variável Dependente	(I) URICA	(J) URICA	Diferença de Média (I-J)	Desv. Padrão	Sig.
BAI_TOTAL	Contemplação	Ação	-1,65097	2,53286	1,000
		Manutenção	-,91667	3,53618	1,000
	Ação	Contemplação	1,65097	2,53286	1,000
		Manutenção	,73430	3,73070	1,000
	Manutenção	Contemplação	,91667	3,53618	1,000
		Ação	-,73430	3,73070	1,000
BDI_TOTAL	Contemplação	Ação	3,34420	2,09789	,347
		Manutenção	,86111	2,92891	1,000
	Ação	Contemplação	-3,34420	2,09789	,347
		Manutenção	-2,48309	3,09002	1,000
	Manutenção	Contemplação	-,86111	2,92891	1,000
		Ação	2,48309	3,09002	1,000

$p > 0,05$

Foi realizado o teste *t* de *Student* e ANOVA para verificar diferenças das médias dos escores do BAI e BDI nos participantes dos diferentes estágios de motivação, de acordo com as categorias do instrumento URICA, porém não foram encontrados resultados significativos. Os dados também foram cruzados através do Teste de correlação de *Pearson*, mas também não se observaram associações significativas. Foi aceito o nível de significância $p < 0,05$.

Tabela 4

Estágios Motivacionais - University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire dos participantes da amostra

	N	Média	Desvio Padrão
BAI			
<i>Contemplação</i>	36	13,30	7,64
<i>Ação</i>	23	14,95	11,45
<i>Manutenção</i>	9	14,22	10,70
<i>Total</i>	68		
BDI			
<i>Contemplação</i>	36	14,08	9,22
<i>Ação</i>	23	10,73	5,56
<i>Manutenção</i>	9	13,22	6,64
<i>Total</i>	68		

Com relação aos estágios de motivação, a amostra apenas 1(1,4%) dos participantes se encontram no estágio de Pré-contemplação ($\alpha = 0,712$) e portanto foi cortado da análise, outros 36(52,2%) estão no estágio de Contemplação ($\alpha = 0,646$), 23(33,3%) no estágio Ação ($\alpha = 0,681$) e 9(13%) no estágio de Manutenção ($\alpha = 0,691$).

Discussão

Esta pesquisa teve como propósito investigar a relação entre estados motivacionais e aspectos emocionais em dependentes de substâncias psicoativas com histórico de recaída. Foram entrevistados 69 homens com diagnóstico de dependência química internos em comunidades terapêuticas da região metropolitana de Porto Alegre.

A partir das análises pode se concluir que, apesar de alguns sujeitos apresentarem situação grave no BAI ou BDI, a maioria da amostra apresenta nível mínimo e leve,

contrariando um estudo realizado por Pinsky e Bessa (2004), o qual relata a presença de índices elevados de depressão em dependentes químicos, sendo considerado o transtorno mais frequentemente associado ao uso de substâncias. Acredita-se que os sujeitos dependentes químicos ao ingressarem no ambiente de comunidade terapêutica, logo engajam-se em um cronograma de atividades em tempo integral, envolvendo lazer, esporte, espiritualidade e tarefas laborais, o que reflete diretamente no seu humor, ajudando-os a manejarem as emoções desagradáveis bem como a fissura pela substância.

Convém salientar que estas emoções não estão diretamente relacionadas aos estágios motivacionais. Pode-se sugerir que os estados emocionais estejam mais fortemente associados com a situação de abstinência do que com o histórico de recaídas. O fato de não estarem associados com as expectativas e motivação para o tratamento sugere que outras variáveis que não os estados de humor e ansiedade estejam associadas à motivação destes pacientes e neste sentido, mais estudos e aprofundamento de análises são necessários.

Quanto aos sintomas de depressão e ansiedade, é importante lembrar que este estudo não teve por objetivo a avaliação das comorbidades psiquiátricas nos sujeitos internos devido à dependência química. Assim, os instrumentos utilizados não fornecem esse tipo de diagnóstico, mas avaliam indicadores de sintomas de depressão e ansiedade.

Porém alguns estudos afirmam que em dependentes químicos, os episódios depressivos frequentemente estão associados com outros diagnósticos, entre eles, o transtorno relacionado a substâncias, que se caracteriza pelo uso ou abuso de substâncias psicoativas, o Transtorno do Comportamento Disruptivo, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e os Transtornos de Ansiedade, entre outros (Wagner, 2003).

No presente estudo, verificou-se que na atual amostra não foi encontrada correlação entre estágios motivacionais e aspectos emocionais como ansiedade e depressão. Pensa-se que os participantes desta pesquisa pela condição em que se encontram, integrados a um ambiente controlado e organizado a partir de um cronograma de atividades, incluindo lazer, esporte e tarefas laborais, possam ter maior manejo dos sintomas de ansiedade e depressão decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Husband et al. (1996) referem que, o sujeito ao ingressar em um tratamento para dependência química, normalmente se encontra incapacitado devido ao seu estilo de vida,

assim, a chegada a um ambiente protegido e controlado tende a refletir numa diminuição da intensidade dos sintomas de ansiedade e depressão.

Também é importante salientar que o instrumento URICA (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) é uma escala que tem como objetivo avaliar os estágios motivacionais de indivíduos e o quanto estes estão conscientes da necessidade da mudança em seu comportamento-problema. Não apresenta relação unicamente com o uso de substâncias psicoativas, mas a qualquer problema que seria importante modificar.

Assim, mesmo em uma internação para a dependência química, as estratégias voltadas para o estado da pré-contemplação e da contemplação fazem-se extremamente necessárias. É necessário que ele possa encontrar as suas razões próprias para evocar essa mudança e esteja convicto delas.

Deve-se ressaltar que a ausência de motivação para a realização da mudança, não significa que o sujeito não está motivado, mas sim que ele se encontra em um estágio inadequado para aceitar e reconhecer a possibilidade de mudança. Também se salienta que esse processo é dinâmico e que os estágios motivacionais são flutuantes, portanto, devido a essa característica, nota-se que o sujeito em tratamento manifesta diferentes estágios motivacionais ao longo do tratamento e que estes são influenciados por múltiplos fatores.

Observa-se que dentre estes fatores, não apenas os emocionais, mas de forma pertinente, as expectativas familiares exercem forte presença, bem como o funcionamento da comunidade terapêutica. A instituição sendo entendida como uma micro-sociedade e, portanto impondo um programa terapêutico baseado em princípios éticos e morais, regras, limites e a convivência com diferentes sujeitos ao longo do tratamento, também são importantes aspectos a serem considerados.

Considerações finais

O conhecimento dos aspectos que perpassam a dependência do uso de substâncias psicoativas, incluindo seus efeitos, conseqüências, possíveis causas e possibilidades de tratamento, se fazem necessários, tendo em vista a demanda crescente de dependentes químicos na população atualmente. Além de causar prejuízos físicos, psicológicos e no

funcionamento interpessoal do sujeito, os aspectos emocionais podem se constituírem em situações de alto risco para manutenção da abstinência.

Este estudo inicialmente tinha a hipótese de que pacientes internos recentemente para tratamento da dependência química apresentariam maior intensidade de sintomas de ansiedade e depressão e que estas estariam correlacionadas com os estágios motivacionais. Não foram encontradas percentagens elevadas de sintomas moderados e graves nem de depressão e ansiedade na amostra e tampouco foram observadas correlações entre estes aspectos e a motivação para o tratamento.

Segundo Husband et al. (1996) a avaliação da intensidade dos sintomas de depressão e ansiedade em sujeitos em tratamento para dependência de cocaína deve ser feita, no mínimo, uma semana após o início do tratamento. De acordo com os autores esta orientação é devida às grandes modificações no humor decorrentes do período de abstinência.

Esses dados surpreendem, mas também são elucidativos da necessidade de mais pesquisas e instrumentos adequados de avaliação. Ainda, os dados são positivos devidos à ausência de sintomas clínicos graves e são importantes quando se pensa na elaboração de modelos de tratamento com maior eficácia para dependentes químicos. Embora, seja conveniente salientar que este processo é muito dinâmico e que estes resultados dizem respeito à época da coleta de dados e estão associados também ao contexto específico, envolvendo o tratamento recebido e a percepção do mesmo.

Se faz necessária a formulação de estratégias terapêuticas focadas não apenas em pacientes predominantemente no estágio da ação e que estão engajados no processo de mudança Mas também naqueles que ainda manifestam ambivalência e não têm claro para si os motivos para promover uma mudança no seu estilo de vida, embora já estejam procurando tratamento.

Em tratamento, um sujeito altamente dependente de uma substância psicoativa pode estar motivado para mudar seu comportamento decorrente da percepção das conseqüências negativas e das perdas materiais e afetivas provocadas pelo uso da substância. Também estes pacientes podem não conseguir imaginar uma vida sem o prazer quimicamente induzido, já que o comportamento de uso passou a ser característica básica do seu estilo de vida.

Este fato leva a pensar que em um programa de recuperação e tratamento da dependência química, a avaliação individual do paciente, incluindo um acompanhamento

evolutivo dos estágios de motivação, é essencial. Mesmo que o trabalho em grupo tenha sua importância, não se pode descartar a relevância das intervenções individuais, já que podem ser focados no estágio de motivação para a mudança do indivíduo e nos aspectos emocionais presentes bem como interferir positivamente quando estes oscilam.

O uso das escalas, como a URICA (McConaughy et al., 1983), para avaliar a motivação de dependentes químicos bem como o BAI e BDI para identificar aspectos emocionais, podem ser importantes adjuvantes no processo de avaliação e posterior planejamento de estratégias que podem ser utilizadas no decorrer do tratamento. Assim, se torna possível investigar e identificar os fatores que durante todo o processo de recuperação estão pertinentes na manutenção da abstinência e os que estão relacionados com a possibilidade de recaída.

Este trabalho apresenta algumas limitações. Ou seja, o número de participantes poderia ser maior, e também seria interessante a realização de uma comparação entre o gênero masculino e feminino bem como uma investigação acerca dos fatores familiares. Uma etapa qualitativa poderia auxiliar o entendimento dos resultados. Entretanto devido a especificidades dessa população como: prevalência de co-morbidades, necessidade do uso de medicação psiquiátrica, pouco apoio familiar durante o tratamento, presença de prejuízo cognitivo e baixo nível de habilidades sociais. Por fim, torna-se evidente a necessidade de mais estudos que enfoquem outros fatores relacionados à dependência química, principalmente para auxiliar a delinear as melhores estratégias no tratamento.

SEÇÃO III

RELATÓRIO DE PESQUISA

Introdução

Segundo Laranjeira, Jungerman e Dunn (1998) o uso de substâncias psicoativas está aumentando gradativamente em nossa sociedade, sendo que na população brasileira, 70% dos adultos consomem ou já consumiram algum tipo de droga na vida. De acordo com o Relatório Mundial do Escritório da Organização das Nações Unidas Contra a Droga e o Crime (UNODC, 2006) verificou que 2,7% da população mundial entre 15 e 64 anos fazem uso de algum tipo de substância psicoativa, regularmente.

A dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas) é um transtorno definido internacionalmente, cujo diagnóstico é realizado pela presença de uma variedade de sintomas que indicam que o indivíduo consumidor apresenta uma série de prejuízos e comprometimentos devido ao seu consumo. É considerado crônico, tal qual a hipertensão arterial e o diabetes, e como tal acompanha o indivíduo por toda sua vida (Leite, 2000).

De acordo com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (2002) a dependência química é definida como: o impulso que leva uma pessoa a usar uma substância de forma contínua ou freqüente, para obter o prazer provocado pela droga. A relevância desse tema se evidencia nos dados que apontam que o número de dependentes químicos no Brasil vem crescendo a uma velocidade preocupante: 10% ao ano (Laranjeira, 2005), tornando-se grave problema de saúde pública.

Ainda segundo Leite (2000) os sintomas que afetam o paciente, também influenciam toda a comunidade ao seu redor; períodos de controle da enfermidade são observados no tratamento, mas uma das características fundamentais é o retorno de toda a sintomatologia em alguns períodos da vida do indivíduo. Apesar dos prejuízos que o indivíduo passa a apresentar pelo uso de substâncias, ainda assim mantém o consumo ou freqüentemente recai.

Na prática clínica, é freqüente que abusadores ou dependentes de drogas apresentem comorbidades, ou seja, um transtorno por uso de substância psicoativa combinado com outro transtorno, tais como ansiedade e depressão, situação na qual um influenciara negativamente o curso e a evolução do outro (APA, 2002; Bessa, 2004). Para Schuckit (1998) transtornos ansiosos pré-mórbidos são considerados fatores de risco para o desenvolvimento de abuso e dependência de substâncias, assim como a ansiedade é um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação crônica por estas substâncias.

Em outros estudos com pacientes com transtorno de ansiedade, 20 a 45% relatam histórias de dependência de álcool (Kushner, Sher, & Beitman, 1990). Ainda em relação à presença de co-morbidades e dependência química, Patton et al. (2002) pesquisaram 1601 estudantes com idade entre 14 a 15 anos por um período de sete anos e relatam em seus achados que o uso semanal, ou mais freqüente, de maconha em adolescentes pode ser preditivo para o aumento do risco para depressão tardia e ansiedade, com usuários diários correndo um risco maior.

Dependência Química e Motivação para Tratamento

As pessoas que vivenciam problemas de dependência química geralmente chegam ao tratamento com motivações flutuantes e conflitantes entre continuar e interromper o consumo de substâncias, fenômeno que pode ser chamado de ambivalência e que permeia, principalmente, as primeiras sessões do tratamento e parece ter um especial papel para manter as pessoas entre o querer e o não querer a recuperação, o que as mantém, de certa forma, “aprisionadas” a um estado inadequado para a mudança. A ambivalência é um estado mental no qual a pessoa tem sentimentos coexistentes e conflitantes a respeito de algum comportamento a ser modificado (Figlie, Laranjeira, & Bordin, 2004).

De acordo com Miller & Rollnick (1991), motivação não deve ser entendida como um traço de personalidade inerente, mas sim como um estado de prontidão que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra, podendo ser influenciado por fatores externos. Neste sentido, a motivação se torna foco importante no tratamento, aumentar a probabilidade de que o sujeito siga um plano de ação que gere mudança.

A motivação caracteriza-se como um processo dinâmico segundo o modelo transteórico, desenvolvido por Prochaska e Diclemente (1983) e que descreve os estágios de mudança comportamental por meio dos quais o indivíduo “transita” de forma não linear, estando em tratamento ou não. Segundo os autores, os estágios de prontidão para mudança descritos são: *Pré-contemplação* (não estar consciente de ter um problema e não ter intenção de mudança), *Contemplação* (estar consciente que existe um problema, mas ainda não ter feito nada para mudar), *Preparação* (ter a intenção de realizar alguma mudança), *Ação* (concretizar a mudança) e *Manutenção* (já ocorreu a mudança e o paciente está procurando manter o comportamento modificado (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992)

Estes estágios seguem uma ordem seqüencial, nos quais a recaída pode estar presente, obrigando novamente o dependente a passar várias vezes pelos mesmos estágios antes de atingir a manutenção a longo prazo. A recaída não é considerada como um estágio de mudança, mas como um evento que interrompe o processo e que deve ser entendida como um aprendizado e não como um fracasso (Di Clemente, 1993).

A recaída é considerada como parte do processo de mudança que, muitas vezes, pode ser vista como a forma pela qual o paciente recomeça o tratamento mais consciente do seu problema (Oliveira & Malbergier, 2003). A recaída é fator essencial quando se fala em mudança de estilo de vida em dependência química, no qual é possível identificar os seus antecedentes e, conseqüentemente, permitir prevê-los e evitá-los.

Dependência Química, Recaída e Estados Emocionais

Há controvérsias sobre a repercussão da maior gravidade da dependência de substâncias psicoativas e sua correlação com os níveis de motivação, que podem aumentar a chance de recaída em pacientes ambulatoriais e internados (Silva, Ferri, & Formigoni, 1995; Franken & Hendricks, 1999). Segundo Ryan & Plant (1995) e Carpenter, Miele e Hasin (2002) pode também diminuir a probabilidade de abandono de tratamento.

As comorbidades, também, podem influenciar a resposta ao tratamento da dependência por alterar a motivação. A depressão, por exemplo, pode interferir na motivação para a abstinência de álcool e de outras drogas. Alcoolistas com sintomas depressivos graves mostravam-se mais motivados para uma mudança comportamental, provavelmente, por possuírem maior percepção das conseqüências negativas da dependência do álcool (Blume, Schmalting, & Marlatt, 2001). Cahill et al. (2003) encontraram uma correlação forte e direta entre depressão e motivação interna, motivação externa e a busca de ajuda interpessoal.

Assim diante de um paciente que faz uso abusivo ou com diagnóstico de dependência química, é prudente investigar a existência de um diagnóstico paralelo. É provável que essa possibilidade dificulte a adesão do paciente ao tratamento e conseqüentemente reflita na freqüência e quantidade da substância consumida, piorando o funcionamento psicossocial do sujeito.

Segundo McCrady & Epstein (1999) existe uma elevada prevalência (13%) da associação de doença mental com uso abusivo de substâncias. Em tratamento para dependência química, tanto ambulatorial quanto em internação hospitalar, encontra-se 20 a 50% de co-morbidade entre diferentes transtornos com o alcoolismo e abuso de outras drogas.

De acordo com Laranjeira (2001) os usuários de *crack* têm maior incidência de outros problemas psiquiátricos que usuários de outras formas de cocaína, porém, 76% dos dependentes de cocaína possuem algum transtorno adicional. Entre os prejuízos relacionados ao álcool encontram-se os emocionais e o comportamento violento (Peuker, Fogaça, & Bizarro, 2006). Esse índice é muito maior do que aquele encontrado na população geral e quatro vezes maior do que em pessoas dependentes de outras drogas (Kessler et al., 2007).

Os transtornos de ansiedade, de acordo com a pesquisa do Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) são diagnosticados em 28% da população de dependentes químicos conforme os critérios do DSM-IV (Hersh & Modesto-Lowe, 1998; Manley, 2005). A ansiedade, a insônia e a depressão são exacerbadas com o aumento do uso de substâncias psicoativas e entre um episódio e outro, os usuários ficam irritáveis e disfóricos (Laranjeira, 2001).

Auto-eficácia é a crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar ou de ter êxito em uma tarefa específica. O trabalho em cima destas crenças pode ser considerado como elemento-chave na motivação para mudança e bom indicador de resultados de tratamento (Miller & Rollnick, 2001). Para De Weert-van Oene, Schippers, De Jong e Schrijvers (2001) a auto-eficácia é um bom indicador sobre a duração do tratamento sendo que pacientes com maior auto-eficácia apresentam maior capacidade de enfrentar seus problemas relacionados à dependência de substâncias psicoativas e, por isso, alcançam desfecho do tratamento mais rapidamente.

Para Leite e Andrade (1999) existem três condições relacionadas à mobilidade pessoal para a remissão estável do consumo, sendo que a primeira refere-se ao abuso por pouco tempo, de drogas muito leves e que a simples mudança nas circunstâncias de vida do adicto podem levar à remissão completa. A segunda condição refere-se ao abuso de drogas muito severas, o que fatalmente levará o adicto ao “fundo do poço”, ou seja a um estado de humor deprimido, levando-o a tomar a decisão de que é preciso fazer alguma coisa a favor de si mesmo. Já a terceira refere-se à ocorrência fortuita, na vida do adicto, de experiências que possam romper com os hábitos enraizados.

As condições de remissão enunciadas incluíram os seguintes aspectos: 1) adoção de comportamentos substitutos que venham competir com a adição; 2) disponibilidade para supervisão compulsória, 3) engajamento em projetos significativos e 4) recuperação de auto-estima. Os quatro aspectos apontados foram encontrados na experiência de abstinência em adictos de heroína (Maddox & Desmond, 1981).

Ainda, segundo Edwards (1997) e Waisberg e Porter (1994) a recuperação parece estar associada à definição de novos objetivos pessoais e reconhecimento de recursos pessoais que podem ser mobilizados para a manutenção da abstinência. Também para Marlatt (1993) estes recursos contribuem igualmente para o aumento de auto-eficácia diante de situações de risco para recaída.

Cummings, Gordon e Marlatt (1980) em uma análise de 311 episódios de recaída em dependentes de álcool, tabaco, heroína, alimentos e jogo compulsivo, identificaram três situações primárias associadas ao problema: 1) estados emocionais negativos (35% das recaídas); 2) conflito interpessoal recente (16% das recaídas) e 3) pressão social (20% das recaídas). Em um estudo realizado sobre recaídas em 80 dependentes de álcool e heroína, submetidos a tratamento em regime de internação, informou que: 1) quase dois terços daqueles que recaíram reconheceram falhas em tomadas de decisão e em planejamento de atividades (fatores cognitivos); e 2) mais da metade indicou que algum estado de humor negativo precedeu a recaída. O estudo salientou ainda que, freqüentemente, estes fatores ocorriam juntos (Gossop, Green, Phillips, & Bradley, 1989).

Objetivos

Geral

Foi investigada a relação entre os estágios motivacionais e aspectos emocionais em dependentes químicos com histórico de recaída.

Específico

Foi investigado a relação entre motivação, depressão e ansiedade em pacientes com histórico de recaída;

Foi investigado se o nível de prontidão para mudança do dependente químico em tratamento sofre influência de fatores emocionais.

Método

Delineamento

Este foi um estudo transversal, quantitativo

Participantes

A amostra foi constituída por 69 pacientes do sexo masculino, com a média de idade igual à 29,8 anos ($DP= 8,29$) variando entre 17 e 51 anos. Todos estavam em tratamento, internos em comunidades terapêuticas localizadas na região metropolitana de Porto Alegre, sendo, ainda todos do sexo masculino, compreendidos na faixa etária entre 20 e 55 anos, que é a faixa com maior prevalência encontrada nas comunidades terapêuticas e diagnosticados como dependentes de substâncias psicoativas, de acordo com os critérios diagnósticos do DSM IV - TR (APA, 2002). Todos os pacientes selecionados apresentaram em seu histórico de tentativas de recuperação, no mínimo uma recaída e duas tentativas de tratamento e com no mínimo um mês de abstinência.

Foram excluídos da amostra pessoas do sexo feminino e pacientes que faziam uso de medicação psiquiátrica.

Procedimentos de Pesquisa

Inicialmente, buscou-se junto à coordenação e direção das comunidades terapêuticas, todas localizadas na grande Porto Alegre (RS), autorização para fazer a coleta de dados, a partir do aceite, iniciou-se a pesquisa.

A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual em sala previamente cedida pela instituição. O tempo para aplicação dos testes foi de aproximadamente 1h e 30 minutos, sendo que a ordem de aplicação foi aleatória para evitar viés de aprendizagem sobre os instrumentos, bem como influência de um instrumento nas respostas do seguinte. Foram salvaguardados todos os procedimentos éticos para a realização da pesquisa com seres humanos (risco mínimo, direito de sigilo, consentimento informado), de acordo com a *American Psychological Association* (APA), respeitando a dignidade e o direito das pessoas. Neste sentido, antes da aplicação dos instrumentos, o participante lia e assinava um termo de consentimento livre esclarecido, concordando com a participação na pesquisa. Foi explicado a

todos que a pesquisa não lhes prejudicaria no processo de tratamento e que teriam o direito de interromper sua participação quando julgassem necessário sem sofrerem nenhum tipo de penalização ou risco.

Descrição do Local de Obtenção dos Dados

Comunidades Terapêuticas, localizadas na grande Porto Alegre (RS). Entidades sem fins lucrativos que trabalha com foco na recuperação de dependentes químicos do sexo masculino e que oferece apoio a seus familiares. Aos dependentes químicos do sexo masculino, oferece tratamento de nove a doze meses a partir de um cronograma de atividades com base no tripé oração, trabalho e disciplina.

Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, tendo sido aprovado em 31/05/2010 (Anexo A) sob o protocolo (CEP 09/138). Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B) foi assinado em duas vias pelas participantes, sendo uma delas entregue ao participante e outra ficando sob responsabilidade da pesquisadora.

Os participantes foram informados que podiam desistir do processo de pesquisa a qualquer momento. O TCLE foi obtido pelo pesquisador no momento da entrevista com o sujeito da pesquisa e todo o material coletado durante a pesquisa ficou armazenado com o pesquisador e ficará guardado durante cinco anos, em caso de necessidade.

Procedimentos de Coleta de Dados

No primeiro contato com os participantes foi explicado a cada um de que forma seria executada a pesquisa e obter autorização dos mesmos para iniciar o processo de coleta de dados. A partir do aceite, iniciou-se a pesquisa. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual em sala previamente cedida pela instituição. O tempo para aplicação dos testes foi de aproximadamente 1h e 30 minutos, sendo que a ordem de aplicação foi aleatória para evitar viés de aprendizagem sobre os instrumentos, bem como influência de um instrumento nas respostas do seguinte. Depois da assinatura do TCLE, a entrevista teve início

com o preenchimento do Questionário Sócio-demográfico. Foram aplicados o *Beck Depression Inventory* (BDI, Beck, 1961), *Beck Anxiety Inventory* (BAI, Beck et al., 1987) e a *University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire* (URICA, McConaughy, Prochaska & DiClemente, 1986).

Instrumentos

- Questionário Sócio-Demográfico: este questionário contém questões sobre idade, escolaridade, profissão, estado civil dos participantes, histórico do uso de substâncias psicoativas, substância de escolha atual, histórico de tentativas de tratamento, bem como questionará sobre a existência de familiares usuários de substâncias psicoativas (Anexo C).

- *University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire* (URICA, McConaughy Prochaska & DiClemente, 1986): este instrumento investiga os estágios motivacionais de pacientes que procuram tratamento para problemas comportamentais e visa a fornecer esta informação para ajudar a guiar as abordagens de tratamento (Oliveira & Malbergier, 2003). O URICA é considerado um instrumento confiável e com adequada consistência interna, com alfas variando de 0,88 a 0,89 (Pantaloni & Swanson, 2003) e validades concorrente e preditiva satisfatórias. Trata-se de uma Escala do tipo likert de 5 pontos de auto-preenchimento com 32 perguntas (1=Discorda totalmente e 5=Concorda totalmente). O URICA é dividido em quatro subescalas, as quais abrangem os seguintes estágios de mudança comportamental: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (Anexo D).

- O Inventário de Depressão de Beck (BDI): foi desenvolvido por Beck (1961) e tem como objetivo avaliar a intensidade de sintomas depressivos. Trata-se de um questionário com 21 grupos de informações com quatro alternativas, que podem ter escore 0, 1, 2 ou 3. As normas da versão brasileira classificam a intensidade da depressão em mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63), segundo seus autores o BDI revelou-se um instrumento com alta confiabilidade (Cunha, 2001) (Anexo E).

- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): tem por objetivo identificar a intensidade de sintomas de ansiedade, tanto em pacientes psiquiátricos como na população em geral. Consiste num questionário de 21 sintomas, numa série escalar de 0 a 3 pontos, sendo que, nas normas brasileiras, a pontuação obtida pode ser classificada em mínimo (0- 10), leve (11-19),

moderado (20-30) e grave (31-63), Também mostrou boa consistência interna (Cunha, 2001) (Anexo F).

Procedimentos para Análise de Dados

A análise de dados consistiu em procedimentos descritivos para as variáveis do estudo: motivação, depressão, ansiedade e para as variáveis sócio-demográficas, envolvendo propriedades de distribuição da amostra. Foi realizado o teste *t* de *Student* e ANOVA para verificar diferenças das médias dos escores do BAI e BDI nos participantes dos diferentes estágios de motivação, de acordo com as categorias do instrumento URICA. Os dados também foram cruzados através do Teste de Correlação de *Pearson*. Foi aceito para significância $p < 0,05$.

Resultados

A amostra foi constituída por 69 pacientes do sexo masculino, com a média de idade igual a 29,8 anos ($DP = 8,29$) variando entre 17 e 51 anos. Com relação ao nível de escolaridade 29 (42%) não concluíram o ensino fundamental, 11 (15,9%) concluíram o ensino fundamental, 10 (14,5%) ensino médio incompleto, 9 (13%) ensino médio completo, 3 (4,3%) ensino superior incompleto e 1 (1,4%) ensino superior completo.

Com relação ao tempo em que não estuda, (Tabela 4) 4 (5,8%) não frequentam a escola a dias, 7 (10,1%) a meses, 46 (66,7%) a anos e 11 (15,9%) não lembram. Quanto à atividade laboral (Tabela 5), 62 (89%) responderam que trabalham e 7 (10,1%) não trabalham

Tabela 5

Tempo sem Frequentar a Escola

	Frequência	Porcentagem (%)
Dias	4	5,9
Meses	7	10,3

Anos	46	67,6
Não lembra	11	16,2
Total	68	100,0

Tabela 6

Trabalho

	Frequência	Porcentagem (%)
Sim	62	89,9
Não	7	10,1
Total	69	100,0

Sobre o estado civil 43 (62,3%) são solteiros, 15 (21,7%) casados, 8 (11,6%) divorciados/separados, outra condição 3 (4,3%).

Nas questões sobre o histórico do uso das substâncias, a mais utilizada foi o cigarro 67 (97,1%) seguido por álcool 66 (95%), cocaína 65 (94,2%), *crack* 60 (87%), haxixe 56 (81,2%), maconha 55 (79,7%), pitico 50 (72,5%), 48 (69,6%), lança-perfume 48 (69,6%), 40 (58%), benzodiazepínicos 33 (47,8%), outros medicamentos 26 (37,7%), dorflex 20 (29%), chá de cogumelo 21 (30,4%), benflogim 14 (20,3%), esmalte 14 (20,3%), merla 11 (15,9%), outros chás 9 (13%), artane 8 (11,6%), chá de lírio 8 (11,6%) e chá de fita com 3 (4,3%)

Quanto à substância de escolha atual, observa-se na tabela que 43 (62,3%) sujeitos preferem o *crack*, seguido de cocaína 6 (8,7%), *crack* e cocaína 4 (5,8%), álcool 4 (5,8%), maconha e álcool 2 (2,9%), pitico (maconha e *crack*) 2 (2,9%), *crack* e álcool 2 (2,9%), a combinação *crack*, cocaína e maconha 2 (2,9%), álcool e cocaína 1 (1,4%), cocaína e maconha 1 (1,4%) e somente maconha 1 (1,4%).

Tabela 7

Substância de Escolha Atual

	Frequência	Porcentagem (%)
<i>Crack</i>	43	62,3
Cocaína	6	8,7
Maconha e Alcool	2	2,9
Pitico	2	2,9
<i>Crack</i> e Cocaína	4	5,8
Álcool	4	5,8
Álcool e Cocaína	1	1,4
	Frequência	Porcentagem (%)
<i>Crack</i> e álcool	2	2,9
Maconha e <i>crack</i>	1	1,4
Cocaína e maconha	1	1,4
<i>Crack</i> , cocaína e maconha	2	2,9
Maconha	1	1,4
Total	69	100,0

Foram feitas perguntas sobre o histórico familiar e a utilização de substâncias psicoativas, a partir disso, é relevante apontar que 53 (76,8%) participantes relataram que havia antecedentes de uso de substâncias psicoativas na família, 16 (23,2%) disseram que não. Em relação aos principais influentes 17 (24,6%) apontaram os irmãos, 13 (18,8%) primos, 10 (14,5%) os pais e 7 (10,1%) os tios.

A substância predominantemente consumida no referido histórico familiar foi a maconha, com 9 (13%) pessoas, cocaína 7 (10,1%), maconha e cocaína 7 (10,1%), álcool 5 (7,2%), *crack* 4 (5,8%) cocaína e *crack* 4 (5,8%), álcool e maconha 3 (4,3%), cocaína, *crack* e maconha 3 (4,3%), mais de três substâncias 6 (8,7%), álcool e anfetaminas 1 (1,4%), álcool e *crack* 1 (1,4%) e medicamentos 1 (1,4%).

Tabela 8

Histórico Familiar de Uso de Substâncias

	Frequência	Porcentagem (%)
<i>Crack</i>	9	13,0
Cocaína	7	10,1
Maconha e Alcool	4	5,8
Pitico	4	5,8
<i>Crack</i> e Cocaína	3	4,3
Alcool	1	1,4
Alcool e Cocaína	5	7,2
<i>Crack</i> e alcool	7	10,1
Maconha e <i>crack</i>	6	8,7
Cocaína e maconha	1	1,4
<i>Crack</i> , cocaína e maconha	3	4,3
Maconha	1	1,4
Total	51	73,9

Foi questionado sobre a influência familiar no comportamento de uso de substâncias, e 24(34,8%) relataram que não foram influenciados, 10(14,5%) pouco influenciados, 9(13%) mais ou menos, 9(13%) muito influenciados e 8(11,6%) totalmente influenciados. 9(13%) não responderam.

Tabela 9

Influencia Familiar sobre o Uso de Substâncias

	Frequência	Porcentagem (%)
Nada	24	34,8
Pouco	10	14,5
Mais ou menos	9	13,0
Muito	9	13,0
Totalmente	8	11,6
Total	60	87,0

Os instrumentos de depressão e ansiedade de Beck são categorizados em Mínimo, Leve, Moderado e Grave. Observou-se neste estudo que no que tange à ansiedade: 30(43,5%) sujeitos apresentaram escore mínimo, 21(30,4%) com escore leve, 15(21,7%) com escore moderado e apenas 3(4,3%) sujeitos com escore grave. Com relação à depressão observou-se que 29(42%) obtiveram escore mínimo, 30(43,5%) com escore leve, 7(10,1%) com escore moderado e 3(4,3%) sujeitos com escore grave de depressão.

Tabela 10

Inventário de Ansiedade Beck - BAI

	Frequencia	Porcentagem (%)
Grave	3	4,3
Moderado	15	21,7
Leve	21	30,4
Mínimo	30	43,5
Total	69	100

$\alpha=0,883$

Tabela 11

Inventário de Depressão Beck - BDI

	Frequencia	Porcentagem (%)
Grave	3	4,3
Moderado	7	10,1
Leve	30	43,5
Mínimo	29	42,0
Total	69	100,0

$\alpha = 0,739$

Com relação aos estágios de motivação, apenas 1(1,4%) dos participantes se encontram no estágio de Pré-contemplação, outros 36(52,2%) estão no estágio de Contemplação, 23(33,3%) no estágio Ação e 9(13%) no estágio de Manutenção.

Tabela 12

Correlação entre os valores encontrados no BAI e BDI e os estágios motivacionais da URICA

Variável Dependente	(I) URICA	(J) URICA	Diferença de Média (I-J)	Desv. Padrão	Sig.
BAI_TOTAL	Contemplação	Ação	-1,65097	2,53286	1,000
		Manutenção	-,91667	3,53618	1,000
	Ação	Contemplação	1,65097	2,53286	1,000
		Manutenção	,73430	3,73070	1,000
	Manutenção	Contemplação	,91667	3,53618	1,000
		Ação	-,73430	3,73070	1,000
BDI_TOTAL	Contemplação	Ação	3,34420	2,09789	,347
		Manutenção	,86111	2,92891	1,000
	Ação	Contemplação	-3,34420	2,09789	,347
		Manutenção	-2,48309	3,09002	1,000
	Manutenção	Contemplação	,86111	2,92891	1,000
		Ação	2,48309	3,09002	1,000

$p > 0,05$

Foi realizado o teste *t* de *Student* e ANOVA para verificar diferenças das médias dos escores do BAI e BDI nos participantes dos diferentes estágios de motivação, de acordo com as categorias do instrumento URICA, porém não foram encontrados resultados significativos. Os dados também foram cruzados através do Teste de correlação de *Pearson*, mas também não se observaram associações significativas. Foi aceito o nível de significância $p < 0,05$.

Tabela 13

Estágios Motivacionais - University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire dos participantes da amostra

	N	Média	Desvio Padrão
BAI			
<i>Contemplação</i>	36	13,30	7,64
<i>Ação</i>	23	14,95	11,45
<i>Manutenção</i>	9	14,22	10,70
<i>Total</i>	68		
BDI			
<i>Contemplação</i>	36	14,08	9,22
<i>Ação</i>	23	10,73	5,56
<i>Manutenção</i>	9	13,22	6,64
<i>Total</i>	68		

Com relação aos estágios de motivação, a amostra apenas 1(1,4%) dos participantes se encontram no estágio de Pré-contemplação ($\alpha = 0,712$) e portanto foi cortado da análise, outros 36(52,2%) estão no estágio de Contemplação ($\alpha = 0,646$), 23(33,3%) no estágio Ação ($\alpha = 0,681$) e 9(13%) no estágio de Manutenção ($\alpha = 0,691$).

Estes achados são importantes no que se refere ao plano terapêutico de intervenção, uma vez que as estratégias para cada estágios são diferentes.

Esses resultados corroboram com um estudo realizado por Rumpf et al. (1998) com pacientes alcoolistas internado em hospital geral, em que foram comparados a relação entre a busca de ajuda para o problema do álcool com a motivação para a mudança. Com relação aos estágios motivacionais, 10,9% encontraram-se na pré-contemplação, 45,7% na contemplação,

39,1% na ação e 4,3% na manutenção. Entre o grupo de pacientes que já havia procurado ajuda alguma vez na vida, 2,6% estavam no estágio de pré-contemplação, 51,3% no estágio da contemplação, 41% na ação e 5,1% na manutenção.

Considerações Finais

O uso e dependência de substâncias psicoativas é considerado um problema de saúde pública com implicações diretas na qualidade de vida do usuário e sua família bem como para toda sociedade. Além dos problemas associados, como criminalidade e violência doméstica, é importante alertar para o desenvolvimento de programas para recuperação de um demanda diariamente crescente.

A motivação é fator pertinente a ser abordado em toda intervenção para dependência química, pois a partir disso, os diferentes focos a serem trabalhados durante o processo de recuperação, serão influenciados pelo estágio motivacional em que se encontra o sujeito, que conseqüentemente irá influenciar todo o tratamento. Percebe-se que embora a motivação seja um fenômeno flutuante, é importante para o sujeito em tratamento engajar-se em tarefas focadas na manutenção de estágios mais adequados para continuar aceitando a mudança.

Dessa forma, pensa-se que o sujeito dependente químico proverá de um repertório maior de ferramentas para enfrentar as diversas situações de alto risco associadas ao uso de substâncias. Possuindo também maior auto-eficácia e crenças controladoras que o deixará mais apto a reconstruir sua autonomia e independência.

O objetivo crucial de todo tratamento para dependência química tem como foco a mudança de estilo de vida. A partir de diversas pesquisas que abordam este tema, sabe-se que todo plano de mudança dependerá da motivação do sujeito para continuar reconhecendo a necessidade da manutenção da consciência do problema.

Este estudo demonstra importância social, pois tentou elucidar alguns dos aspectos inerentes ao desenvolvimento da dependência química, bem como investigou fatores pertinentes ao processo de recaída e motivação para tratamento. Não foi encontrada correlação entre aspectos emocionais e estágios motivacionais em dependentes químicos com histórico de recaída.

Os participantes foram pacientes internos em comunidades terapêuticas, inseridos desde o princípio do tratamento num cronograma de atividades que inclui grupoterapia, terapia individual, esportes, lazer, grupo de espiritualidade e tarefas laborais de manutenção da instituição. Pensa-se que o programa tenha influenciado no manejo dos aspectos emocionais, pois os mantém ocupados e principalmente propicia resgate da auto-estima.

Esta pesquisa não esgota a discussão dos resultados, exigindo que estudos mais detalhados sobre o comportamento do dependente químico sejam realizados. Salienta também a importância da exploração de outros aspectos do transtorno e principalmente de fatores pertinentes à manutenção da motivação e da prevenção de recaída a fim de contribuir para o delineamento de estratégias preventivas e clínicas eficazes.

Referências

- American Psychological Association. (2002). *DSM IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbauch, G. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987), Differentiating anxiety from depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 179-183.
- Bertozzi, S. R. (1993). Por que as pessoas usam drogas. *Revista Insight: Psicoterapia*, 3, 22-23.
- Bessa, M. A. (2004). Quando o uso de drogas ocorre com outros transtornos psiquiátricos. In I. Pinsky & M. A. Bessa (Eds.), *Adolescência e drogas* (pp.124-150). São Paulo: Contexto.
- Bessa, M. A. (2004). Quando o uso de drogas ocorre junto com outros transtornos psiquiátricos. In Pinsky, I. & Bessa, M. A. (Eds.), *Adolescência e drogas* (pp.124-150). São Paulo: Contexto.
- Blume, A.W., Schmalting, K. B., & Marlatt, G. A. (2001). Motivation drinking behavior change depressive symptoms may not be noxious. *Addictive Behaviors*, 26, 267-72.
- Bucher, R. (1996). *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília: UnB.

- Bundy, C. (2004). Changing behaviour: Using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(Suppl.44), 43-47.
- Cahill, M., Adinoff, B., Hosig, H., Muller, K., & Pulliam, C. (2003). Motivation for treatment preceding and following a substance abuse program. *Addictive Behaviors*, 28, 67-79.
- Carlini, E. A. (2002). *Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: SENAD.
- Carlini, E., Galduróz, J., Noto, A., & Nappo, S. (2002). *I levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiologia. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). São Paulo.
- Carpenter, K. M., Miele, M. M., & Hasin, D. S. (2002). Does motivation to change mediate of DSM-IV substance use disorders on treatment utilization and substance abuse? *Addictive Behaviors*, 27, 207-25.
- Carpenter, K., Miele, G. M., & Hasin, D. S. (2002). Does motivation to change mediate the effect of DSM-IV substance use disorders on treatment utilization and substance use? *Addictive Behaviors*, 27, 207-225.
- Cummings, C., Gordon, J., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Strategies of prevention and prediction. In W. R. Miller (Org.), *The Addictive Behaviors* (pp.31-56). Oxford, U.K.: Pergamon Press.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual em Português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo
- Davidson, R. (1997). Questões motivacionais no tratamento do comportamento aditivo. In G. Edwards, M. Gross, M. Keller, & J. Moser (Eds.), *Psicoterapia e tratamento das adições* (pp.159-172). Porto Alegre: Artes Médicas.
- De Weert-Van Oene, G. H., Schippers, M. G., De Jong, C. A. J., & Schrijvers, G. J. P. (2001). Retention in substance dependence treatment the relevance of intreatment factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(4), 253-261.
- DiClemente, C. C. (1993). Changing Addictive Behaviors: The Process Underlying the Problems. *Current Directions in Psychological Science*, 2(4), 101-106.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). "Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance." *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. et al.(1985). "Self-efficacy and the stages of self change of smoking." *Cognitive Therapy and Research*, 9(2), 181-200.

- Dodgen, C. E., & Shea, W. M. (2000). *Substance use disorders*. San Diego, California: Academic Press.
- Domalanta, D. D., Risser, W. L., Roberts, R. E., & Risser, J. M. H. (2003). Prevalence of depression and other psychiatric disorders among incarcerated youths. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42 (4), 477-484.
- Edwards, G. (1997). Os Alcoólicos Anônimos como um espelho colocado diante da natureza. In G. Edwards & C. Dare (Orgs.), *Psicoterapia e tratamento de adições* (M.A.V. Veronese, Trad.) (pp.201-217). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. C. H.(1999). O Tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais de saúde. 3ed. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Figlie, N. B., Dunn, J., Bazan, J. L., & Laranjeira, R. (2005).The Stages of Change Scale among Brazilian Alcohol Dependents. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 4(4), 161-165.
- Figlie, N. B., Laranjeira, R., & Bordin, M. (2004). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca.
- Figlie, N., Pillon, S., & Laranjeira, R. (2001). Organização de serviço para alcoolismo: Uma proposta ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 50, 169-179.
- Focchi, G. R. A, Laranjeira, R., Leite, M. C., & Andrade, A. G. Dependência química: Novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2000.
- Franken, I. H. A., & Hendriks, V. M. (1999). Predicting outcome of inpatient detoxification of substance abusers. *Psychiatric Services*, 50, 813-817.
- Gabbard G. (1992) *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Gorski, T. T., Kelley, J. M., & Havens, L. (1993) An overview of addiction relapse and relapse prevention. In *Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender* (An executive briefing) (Technical Assistance Publication Series 8). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
- Gossop, M., Green, L., Phillips, G., & Bradley, B. (1989). Lapse, relapse and survival among opiate addicts after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 154, 348-353.
- Heather, N. (1992). Addictive disorders are essentially motivational problems. *British Journal of Addiction*, 87(6), 828-30.
- Hersh, D. F., & Modesto-Lowe, V. (1998). Drug Abuse and Mood Disorders. In H. R. Kranzler & B. J. Rounsaville (Eds.), *Dual Diagnosis and Treatment: Substance Abuse and Comorbid Medical and Psychiatric Disorders*. Marcel Dekker, New York, 1998.

- Husband, S. D., Marlowe, D. B., Lamb, R. J., Iguchi, M. Y., Bux, D. A., Kirby, K. C., & Platt, J. J. (1996). Decline in self-reported dysphoria after treatment entry in inner-city cocaine addicts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(1), 221-224.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence, 57*(2), 113-25.
- Kessler, F. H. P., Woody, G., Portela, L. V. C., Tort, A. B. L., Boni, R. De, Peuker, A. C. W. B., Genro, V., Diemen, L. V., Souza, D. O. G., & Pechansky, F. (2007). Brain injury markers (S100B and NSE) in chronic cocaine dependents. *Revista Brasileira de Psiquiatria (São Paulo), 29*, 134-139.
- Kludt, C. J., & Perlmutter, L. (1999). Effects of control and motivation on treatment outcome. *Journal of Psychoactive Drugs, 31*(4), 405-414.
- Kushner, M. G., Sher, K. J., & Beitman, B. D. (1990). The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 147*, 685-695.
- Laranjeira, R., Jungerman, F., & Dunn, J. (1998). *Drogas: Maconha cocaína e crack*. São Paulo: Contexto.
- Leite, M. C., & Andrade, A. G. (1999). *Cocaína e crack*. Porto Alegre: Artmed.
- Lotufo-Neto, F., & Gentil, V. (1994). Alcoholism and phobic anxiety: A clinical-demographic comparison. *Addiction, 89*, 447-53.
- Maddox, J. F., & Desmond, D. P. (1981). *Careers of opioid users*. New York: Praeger.
- Manley, D. (2005). Dual diagnosis: Co-existence of drug, alcohol and mental health problems. *British Journal of Nursing, 14*, 100-106.
- Marlatt, G. A. (1993). Determinantes situacionais da recaída e intervenções de treinamento de habilidades. In G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Orgs.), *Prevenção de recaída: Estratégias de manutenção de comportamentos aditivos* (D. Batista, Trad.) (pp.64-113). Porto Alegre: Artes Médicas.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer W. E. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20*, 368-375.
- McCrary, B. S., & Epstein, E. E. (1999). *Addictions: A Comprehensive Guidebook*. New York, Oxford University Press.
- Milby, J. B. (1988). *A dependência de drogas e seu tratamento*. São Paulo: Pioneira/EDUSP.
- Miller, R. W., & Rollnick, S. (2001). *A Entrevista Motivacional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Miller, R. W., & Rollnick, S. (2002). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Miller, R. W., & Rollnick, S. (2002). *Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991) *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Kadden, R. M., & Cooney, N. L. (1989). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide*. United States: The Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse. (2000). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. *NIH 99-4180*.
- Nwakeze, P. C., Magura, S., & Rosenblum, A. (2002). Drug problem recognition, desire for help and treatment readiness in a soup kitchen population. *Substance Use and Misuse*, 37(3), 291-312.
- Oliveira Jr., H. P., & Malbergier, A. (2003). Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 25(1), 265-70.
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. São Paulo: ROCA
- Pantalon, M. V., & Swanson, A. J. (2003). Use of the University of Rhode Island Change Assessment to measure motivational readiness to change in psychiatric and dually diagnosed individuals. *Psychol Addict Behav*, 17(2), 91-97.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Degenhardt, L., Lynskey, M., & Hall, W. (2002). Cannabis use and mental health in young people: Cohort study. *British Medical Journal*, 325(7374), 1195-8.
- Peuker, A. C., Fogaça, J., & Bizarro, L. (2006). Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22,193-200.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and process of self – change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consult Clinical Psychology*, 51, 390-395, 1983.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive mode of change. In Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47(9), 1102-14.
- Reinecker, H. (1988) *Alcoolismo*. In H. W. Lettner, & B. P. Rangé (Eds.), *Manual de psicoterapia comportamental* (pp.94-103). Ed. Manole Ltda.
- Ryan, R.M., & Plant, R.W. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279-97.
- Samet, J. H., O'Connor, P. G., & Stein, M. D. (1997). *Clínicas Médicas da América do Norte: Abuso de álcool e de outras drogas*. Rio de Janeiro (RJ): Interlivros.
- Schuckit, M. (1998). *Abuso de álcool e droga*. Lisboa: Climepsi editores.
- Silva, E. A., Ferri, C. P., & Formigoni, M. L. O. S. (1995). Situações de recaída em pacientes durante o tratamento: Um estudo preliminar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 44(6), 311-5.
- Stevens-Smith, P., & Smith, R. L. (1998). *Substance abuse counseling: Theory and practice*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Sufuoglu, M., Brown, S., Babb, D. A., & Hatsukami, D. K. (2001) Depressive symptoms modulate the subjective and physiological response to cocaine in humans. *Drug and Alcohol Dependence*, 63(2), 131-137.
- UNODC. (2006). World drug report [Relatório sobre a droga a nível mundial 2006], Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.
- Velicer, W. F, Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998) Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.
- W. R. Miller & N. Heather. *Treating addictive behaviours: Process of change* (pp.3-27). NY: Plenum.
- Wagner, C. J. P. (2003). Depressão na Infância e Adolescência. In A. C. Neto, G. J. C. Gauer & N. R. Furtado (Orgs.), *Psiquiatria para Estudantes de Medicina*. (pp.658- 662). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Waisberg, J., & Porter, J. (1994). Purpose of life and outcome of treatment for alcohol dependence. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(1), 49-63.
- Xavier, D. S, & Gorgulho, M. (1996). *Dependência: Compreensão e assistência às toxicomanias*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

ANEXOS

ANEXO A

Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação

Comitê de Ética em Pesquisa

Resolução 071/2010

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: N° CEP 09/138 **Versão do Projeto:** 28/05/2010 **Versão do TCLE:** 28/05/2010

Coordenador:

Mestrando Matheus Alan Cardoso Corrêa (PPG em Psicologia)

Título: Abuso de substâncias psicoativas e recaída: uma investigação sobre estágios motivacionais e aspectos emocionais.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O pesquisador deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 28 de maio de 2010

Prof. Dr. José Roque Junges

Coordenador do CEP/UNISINOS

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Como aluno do curso de Mestrado em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, convido você a participar da pesquisa *Abuso de Substâncias psicoativas e recaída: uma investigação sobre estágios motivacionais e aspectos emocionais*, que tem como objetivo investigar a relação entre os estados motivacionais e os aspectos emocionais em dependentes químicos com histórico de recaída.

Como a dependência química é um problema grave para a sociedade e para o indivíduo, se faz necessário investigar os fatores que podem interferir na motivação dos indivíduos em reconhecer a necessidade de realizar e permanecer em tratamento.

Você responderá a perguntas sobre seus dados pessoais e suas experiências até o momento, mas seu nome não será identificado. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa, entrando em contato com o pesquisador responsável, Matheus Corrêa (51) 81269031. A qualquer momento e sem prejuízo algum, você poderá desistir de participar do estudo.

Todo o material desta pesquisa ficará sob responsabilidade do pesquisador. Este termo será assinado em duas vias: uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Este termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador.

Nome do participante da pesquisa

Local e Data

Nome e Assinatura do participante da pesquisa

Matheus Corrêa – Pesquisador

ANEXO C

Ficha Sócio-Demográfica

Nascimento: __/__/__ Data da internação: __/__/__ Idade: __ anos.

Escolaridade:

() Nunca estudou () Estuda: ____ série () Estudou até a ____ série completa

Há quanto tempo parou de estudar?

() dias () semanas () meses () anos () não lembra

Você trabalhava? _____ Qual era sua profissão? _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Separado/Divorciado () Viúvo () Outros

Qual(ais) das seguintes substâncias você já experimentou na sua vida?

() Cigarro comum

() Cerveja () Destilados

() Cola () Esmalte () Loló () Lança perfume () thinner () benzina () Maconha () haxixe

() cocaína () Crack () merla () pitico

() Rohypnol () Artane () Benflogin () dorflex () outro medicamento

() chá de cogumelo () chá de lírio () chá de fita () outros chás

Substância de escolha atual: _____

Tentativas de tratamento anteriores: Sim () Não ()

Alguém da sua família usa/usava alguma droga ilícita?

() não

() sim Quem? _____

Qual (ais) droga (s) ? _____

O quanto você acha que isso o influenciou a usar drogas?

() nada () pouco () mais ou menos () muito () totalmente

ANEXO D – URICA

University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire

(URICA, McConaughy, Prochaska, & DiClemente, 1986):

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário. Indique a resposta que melhor descreve sua opinião: **1-Discorda muito 2-Discorda 3-Indeciso 4 Concorda 5- Concorda muito**

	Discorda totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente
1 - No meu ponto de vista eu não tenho nenhum problema que precise de mudança.	1	2	3	4	5
2 – Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.	1	2	3	4	5
3 – Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando.	1	2	3	4	5
4 – Vale a pena trabalhar o meu problema.	1	2	3	4	5
5 – Não sou eu quem tem o problema. Não faz muito sentido para mim estar aqui.	1	2	3	4	5
6 – Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou que já tinha resolvido? () Não – Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para a questão 07. () Sim Por isso estou aqui. Para buscar ajuda.	1	2	3	4	5
7 – Eu estou finalmente tomando providencias para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
8 – Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo.	1	2	3	4	5
9 – Você tem tido sucesso em resolver seu problema? () Não – Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para questão 10. () Sim – Mas não tenho certeza que eu posso					

manter este esforço sozinho.	1	2	3	4	5
10 – Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando resolvê-lo.	1	2	3	4	5
11 – Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo.	1	2	3	4	5
12 – Eu espero que este lugar venha a ajudar a me entender.	1	2	3	4	5
13 – Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
14 – Eu realmente estou me esforçando muito para mudar.	1	2	3	4	5
15 – Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo.	1	2	3	4	5
16 – Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? () Não – Coloque a resposta – Discordo Muito – Vá para questão 17. () Sim – Mas não estou conseguindo dar continuidade como eu esperava ao que já tinha mudado e, estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
17 – Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos estou me esforçando para resolver meu problema.	1	2	3	4	5
18 – Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando contra ele.	1	2	3	4	5
19 – Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema.	1	2	3	4	5
20 – Você começou tentar a resolver seu problema? () Não – Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para questão 21. () Sim – Mas gostaria de receber ajuda.	1	2	3	4	5
21 – Talvez esse lugar possa me ajudar.					

	1	2	3	4	5
22 – Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? () Não – Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para questão 23. () Sim – Mas eu posso precisar de um estímulo agora para ajudar a manter as mudanças que já fiz.	1	2	3	4	5
23 – É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu sou.	1	2	3	4	5
24 – Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações. .	1	2	3	4	5
25 – Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou fazendo realmente alguma coisa sobre isto.	1	2	3	4	5
26 – Toda essa conversa sobre psicologia é chata.Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas?	1	2	3	4	5
27 – Eu estou aqui para prevenir uma recaída.	1	2	3	4	5
28 – É frustrante mas acho que posso estar tendo uma recaída. .	1	2	3	4	5
29 – Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas?	1	2	3	4	5
30 – Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.	1	2	3	4	5
31 – Eu preferiria conviver com meus defeitos do que tentar mudá-los.	1	2	3	4	5
32 – Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, às vezes ele volta a me perseguir.	1	2	3	4	5

ANEXO E

Inventário de Depressão Beck - BDI

(Beck, 1961)

Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.

1.

0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste.

2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2.

0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar

3.

0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4.

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5.

0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 Eu me sinto sempre culpado

6.

0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido

7.

- 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.

8.

- 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
- 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mau que acontece.

9.

- 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
- 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10.

- 0 Não choro mais que o habitual.
- 1 Choro mais agora do que costumava.
- 2 Agora, choro o tempo todo.
- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11.

- 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
- 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente, sinto-me irritado o tempo todo.
- 3 Não me irrito mais com as coisas que costumavam me irritar.

12.

- 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13.

- 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
- 1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho mais dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões

14.

- 0 Não acho que minha aparência esteja pior do que costumava ser.
- 1 Estou preocupado por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Acredito que pareço feio

15.

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.

1 Preciso de um esforço extra para fazer alguma coisa.

2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.

3 Não consigo mais fazer nenhum trabalho.

16.

0 Consigo dormir tão bem como o habitual.

1 Não durmo tão bem quanto costumava.

2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitual e tenho dificuldade em voltar a dormir.

3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17.

0 Não fico mais cansado que o habitual.

1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.

3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa

18.

0 Meu apetite não está pior que o habitual.

1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.

2 Meu apetite está muito pior agora.

3 Não tenho mais nenhum apetite.

19.

0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7 kg. Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()

20.

0 Não estou mais preocupado com minha saúde que o habitual.

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

21.

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava estar.

2 Estou muito menos interessado em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Escore Total: _____

As respostas serão contabilizadas de 0 a 3. Somam-se todas as respostas e se localiza o valor na tabela abaixo.

Nível	Escore
Mínimo	0 a 11
Leve	12 a 19
Moderado	20 a 35
Grave	36 a 63

ANEXO F

Inventário de Ansiedade Beck - BAI

(Beck, A.T, 1993)

Leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um X no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente (Não me incomodou muito)	Moderadamente (Foi muito desagradável, mas pude suportar)	Gravemente (Difícilmente pude suportar)
1 – Dormência ou formigamento				
2 – Sensação de calor				
3 – Tremores nas pernas				
4 – Incapacidade de relaxar				
5 – Medo que aconteça o pior				
6 – Atordoamento ou tontura				
7 – Palpitação ou aceleração do coração				
8 – Sem equilíbrio				
9 – Aterrorizado				
10 – Nervosismo				
11 – Sensação de sufocação				
12 – Tremores nas mãos				
13 – Trêmulo				
14 – Medo de perder o controle				
15 – Dificuldade de respirar				
16 – Medo de morrer				

17 – Assustado				
18–Indigestão ou desconforto no abdome				
19–Sensação de desmaio				
20-Rosto afogueado				
21–Suor (Não decorrente do calor).				

As respostas serão contabilizadas de 0 a 3, de absolutamente não (=0) a gravemente (=3). Somam-se todas as respostas e se localiza o valor na tabela abaixo.

Nível	Escore	Nível	Escore
Mínimo	0 a 10	Moderado	20 a 30
Leve	11 a 19	Grave	31 a 63