

Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº3 • DEZEMBRO 2016

adictologia

Perfil neuropsicológico de pacientes con trastornos relacionados con sustancias en tratamiento semirresidencial

Adolfo Piñón Blanco; Olga Gutiérrez Martínez; Esperanza Vergara Moragues; Enrique Vázquez Justo; Pilar Domínguez; Carlos Guillen Gestoso; Francisco Otero Lamas

Estimulação cognitiva num programa de substituição em baixo limiar de exigência | Benefícios da estimulação cognitiva no rendimento neuropsicológico em indivíduos com perturbação de uso de substâncias em programa de substituição em baixo limiar de exigência.

Lopes, Merendeiro, Oliveira, Caçoête, Cristóvão, Correia, Barata, Gamito, Trigo, Coutinho

Manter a qualidade do tratamento para os dependentes de opiáceos – os doentes continuam a necessitar de cuidados integrados, eficazes e de qualidade.

Rocha Almeida

Tatuagem em meio prisional: fenómeno de saúde pública.

María José Santos, Isabel Dias

A participação, a inclusão, a coesão e a reabilitação do (ser) urbano

Margarida Relvão Calmeiro, Adelino Gonçalves

Patologia dual: “hoje tudo ou nunca mais”

Carla Araújo, Paula Carriço, Vítor Leite, Manuela Fraga

REVISTA ADICTOLOGIA

Publicação científica editada pela
Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas
e das Dependências

DIRETOR

Nuno Silva Miguel

CONSELHO EDITORIAL

Alice Castro
Carlos Vasconcelos
Catarina Durão
Emídio Rodrigues
Emília Leitão
Graça Vilar
Helena Dias
João Curto
Leonor Madureira
Luiz Gamito
Rocha Almeida

PROPRIEDADE

Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas e das Dependências
Correspondência: Rua Luís Duarte Santos, n.º 18 – 4.º O
3030-403 Coimbra

www.adictologia.com
geral@adictologia.com

DESENHO E PAGINAÇÃO

Henrique Patrício

ISSN – 2183-3168
Publicação Semestral

- 07** **Editorial**
Nuno Miguel
- 08** **Perfil neuropsicológico de pacientes con trastornos relacionados con sustancias en tratamiento semirresidencial**
Adolfo Piñón Blanco; Olga Gutiérrez Martínez; Esperanza Vergara Moragues; Enrique Vázquez Justo; Pilar Domínguez; Carlos Guillen Gestoso; Francisco Otero Lamas
- 20** **Estimulação cognitiva num programa de substituição em baixo limiar de exigência | Benefícios da estimulação cognitiva no rendimento neuropsicológico em indivíduos com perturbação de uso de substâncias em programa de substituição em baixo limiar de exigência.**
Lopes, Merendeiro, Oliveira, Caçoète, Cristóvão, Correia, Barata, Gamito, Trigo, Coutinho
- 32** *SINAIS* **Manter a qualidade do tratamento para os dependentes de opiáceos – os doentes continuam a necessitar de cuidados integrados, eficazes e de qualidade.**
Rocha Almeida
- 38** **Tatuagem em meio prisional: fenómeno de saúde pública.**
Maria José Santos, Isabel Dias
- 48** **A participação, a inclusão, a coesão e a reabilitação do (ser) urbano**
Margarida Relvão Calmeiro, Adelino Gonçalves
- 54** **Patologia dual: “hoje tudo ou nunca mais”**
Carla Araújo, Paula Carriço, Vítor Leite, Manuela Fraga

n°3 • Dezembro • 2016

adi cto. logia

EDITORIAL

NUNO MIGUEL

1. Mais um número da nossa revista. Mais um passo na construção dum instrumento de trabalho que queremos que seja útil para cada vez mais pessoas. E que, só se torna possível com os contributos de todos aqueles que olham para as adições como um fenómeno a descrever, a investigar a compreender. E também daqueles que não só olham para o fenómeno mas veem também as mulheres e os homens por ele atingidos e que deles se sentem solidários procurando encontrar formas de responder aos seus diferentes apelos

2. Uma das tarefas que me parece importante é ser capaz de descrever, de uma forma mais rigorosa, quem são as pessoas hoje com problemas de adição. E para estimular a reflexão, a discussão e a investigação, avanço com algumas ideias sobre os diferentes grupos que nos procuram;

- Consumidores de canábis com ou sem crises psicóticas
- Consumidores não problemáticos de álcool, drogas sintéticas e cocaína aos fins de semana
- Consumidores problemáticos de álcool, drogas sintéticas e cocaína com sintomatologia psicótica e consumos obsessivos
- Dependentes de opiáceos em programas de substituição de metadona ou buprenorfina, sem outros consumos e integrados socialmente
- Dependentes de opiáceos em programas de substituição de metadona ou buprenorfina, com outros consumos e não integrados socialmente
- Dependentes de opiáceos e cocaína eventualmente sem abrigo e marginalizados socialmente
- Dependentes de álcool sem história de outros consumos significativos

E não estou a referir-me ainda aos adictos sem substância que cada vez mais se nos apresentam como um novo problema que temos que enfrentar.

3. Obviamente, estes grupos mantêm uma relação com os serviços muito diferenciada, desde os que não os procuram nunca, até aos que mantêm uma relação muito próxima ou mesmo diária.

Este facto pode enviesar certo tipo de amostras. Os nossos clientes habituais ou próximos não são representativos do universo total.

Por outro lado a intervenção preventiva, terapêutica, de redução de riscos, de reinserção social junto destes diversos grupos exige atuações diferenciadas.

Consideramos que a Adictologia pode ser um local de apresentação das novas experiências de atuação e do balanço de outras intervenções.

4. Estão as nossas instituições atuais dotadas dos meios suficientes para este trabalho? E no estado de fragmentação organizativa em que nos encontramos temos os instrumentos para uma reflexão comum geradora de práticas mais adequadas?

Poderá Adictologia ser um instrumento que diminua as consequências da fragmentação? Ou mesmo um elemento importante na luta contra a fragmentação?

PERFIL NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTES CON TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS EN TRATAMIENTO SEMIRRESIDENCIAL

NEUROPSYCHOLOGICAL
PROFILE OF PATIENTS WITH
SUBSTANCE-RELATED DISORDERS
IN SEMI-RESIDENTIAL TREATMENT

ADOLFO PIÑÓN BLANCO*
OLGA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ**
ESPERANZA VERGARA MORAGUES***
ENRIQUE VÁZQUEZ JUSTO****
PILAR DOMÍNGUEZ*****
CARLOS GUILLEN GESTOSO*****
FRANCISCO OTERO LAMAS*****

* Grupo de Investigación en Evaluación e intervención en Drogodependencia.
Portugalense Institute of Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Neurosciences (INPP), Oporto, Portugal.
Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) CEDRO, Vigo, España.

** Psicóloga clínica. Complejo Hospitalario
Universitario de Vigo, EOXI-CHUVI, Vigo, España.

*** Facultad de Ciencias Jurídicas, Sociales y Humanidades. Departamento de Psicología.
Universidad Internacional de La Rioja (UNIR), Logroño, España.
Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC)
y Centro de Investigaciones Biomédicas en Red de Salud Mental (CIBERSAM),
Universidad de Granada, Granada, España.
Portugalense Institute of Neuropsychology and Cognitive and Behavioral Neurosciences (INPP).
Universidade Portugalense, Oporto, Portugal.

**** Clinicas ébam. Portugalense Institute of Neuropsychology
and Cognitive and Behavioral Neurosciences (INPP).
Universidade Portugalense, Oporto.

***** Grupo de Investigación en Evaluación e intervención en Drogodependencia.
Unidad Asistencial de Drogodependencias (UAD) CEDRO, Vigo.

***** Grupo de Investigación en Evaluación e intervención
en Drogodependencia. Departamento de Psicología.
Facultad de Ciencias del Trabajo. Universidad de Cádiz.
Universidade Atlántica, Lisboa, Portugal.

Institución donde se ha realizado el trabajo:
Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo CEDRO.

Enviar correspondencia a:
Adolfo Piñón Blanco
Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo CEDRO.
Calle Pintor Colmeiro N°9, CP: 36211 Vigo-Pontevedra.
adolfo.pb@icloud.com

RESUMEN

A día de hoy, la evaluación neuropsicológica se ha demostrado como una herramienta útil para ayudar a definir mejor las necesidades de intervención terapéutica y a orientar, de una manera más eficiente, los objetivos de rehabilitación neurocognitiva en el tratamiento rehabilitador de la población drogodependiente. Por tanto, en la intervención con estos pacientes es necesario conocer las características cognitivas y ejecutivas de los mismos. El presente estudio persigue describir el perfil neuropsicológico de una muestra clínica de drogodependientes en tratamiento semirresidencial. Se aplicó una batería de evaluación neuropsicológica a una muestra intencional compuesta por los pacientes drogodependientes a tratamiento semirresidencial en la unidad de día (N=26) que fueron derivados al área de neuropsicología de la Unidad Asistencial de Drogodependencias del Concello de Vigo CEDRO (Galicia, España). Las puntuaciones relativas al funcionamiento cognitivo/ejecutivo de la muestra son indicativas de dificultades en tareas de velocidad de procesamiento visuoespacial (TMT-A, M = 45.41) y lector (FDT-Lectura, M = 32.83), en los subprocesos de atención sostenida (FDT-Conteo, M = 33.00), selectiva (FDT-Elección, M = 30.13) y alternante (FDT-Alternancia, M = 27.13; TMT-B, M = 108.88) y en los componentes ejecutivos de toma de decisiones (IGT, M = -1.88), planificación (ZOO-Perfil, M = 2.15), inhibición (UPPS-Afecto Negativo, M = 1.15; UPPS-Afecto Positivo, M = 1.46) y flexibilidad (TMT-B, M = 108.88). La exploración neuropsicológica ayuda a identificar dificultades en los procesos cognitivos y ejecutivos de los pacientes que puedan estar afectando en las intervenciones realizadas.

ABSTRACT

Nowadays, neuropsychological assessment has proved to be a useful tool to better define the needs and objectives in the rehabilitation treatment of drug dependent population. This study seeks to analyze the cognitive and/or executive deficits in a clinical sample of patients with substance-related disorders in semi-residential treatment. A battery of neuropsychological assessment was applied to a sample composed of the total drug dependent patients (N = 26) who attended to the neuropsychology area of the Assistance Center for Drug Dependence of the Council of Vigo CEDRO. Scores on the cognitive/executive functioning tests, according to their correction criteria, show difficulties in visuospatial (TMT-A, M = 45.41) and reader processing speed tasks (FDT-Reading, M = 32.83), in sustained (FDT-Counting, M = 33.00), selective (FDT-Choice, M = 30.13) and alternating (FDT-Alternation, M = 27.13; TMT-B, M = 108.88) attention tests and executive components of decision-making (IGT, M = -1.88), planning (ZOO-Prolife, M = 2.15), inhibition (UPPS-Negative affect, M = 1.15; UPPS-Positive affect, M = 1.46) and flexibility (TMT-B, M = 108.88). Neuropsychological exploration helps to identify difficulties in the cognitive and executive processes of patients that may be affecting their rehabilitation progress.

Key words: cognitive impairment; executive functions; neuropsychological assessment; dual pathology

Los avances en el conocimiento sobre los fundamentos neurobiológicos han ayudado a comprender mejor la noción de adicción como un trastorno de los sistemas neurales en el que la vulnerabilidad genética, los fenómenos de neuroadaptación derivados de la exposición crónica a las sustancias, las influencias ambientales y la comorbilidad psiquiátrica son importantes moduladores de la expresión clínica individual de la enfermedad (González-Saiz, Vergara-Moragues, Verdejo-García, Fernández-Calderón & Lozano, 2014; Kalivas & Volkow, 2005; Volkow, Koob & McLellan, 2016). En este contexto, los trastornos adictivos han sido definidos como una patología de la motivación y de la toma de decisiones (Kalivas & Volkow, 2005; Volkow et al., 2016).

El consumo de sustancias psicoactivas ha sido consistentemente asociado con la presencia de alteraciones en distintos procesos neuropsicológicos: memoria, atención o funciones ejecutivas (Coullaut-Valera, Arbaiza-Díaz del Río, Arrúe-Ruilo, Coullaut-Valera & Bajo Breton, 2011; Garavan & Stout, 2005; Vázquez-Justo, Piñón-Blanco, Vergara-Moragues, Guillén-Gestoso & Pérez-García, 2014; Vázquez-Justo, Vergara-Moragues, Piñón-Blanco, Guillén-Gestoso & Pérez-García, 2016; Verdejo-García, Orozco-Giménez, Meersmans Sánchez-Jofré, Aguilar de Arcos & Pérez García, 2004), alteraciones neuropsicológicas presentes incluso después de periodos prolongados de abstinencia (Fernández-Serrano, Pérez-García, & Verdejo-García, 2011).

A día de hoy, el interés se centra en investigar como estas alteraciones neuropsicológicas podrían estar relacionadas con el inicio, mantenimiento y recaída en el consumo (Fernández-Serrano et al., 2011; Sociedad Española de Toxicomanías, 2009). Es decir, hasta qué punto es el propio deterioro neuropsicológico el que puede determinar el inicio y mantenimiento del consumo de drogas (Tarter et al., 2003) o, por el contrario, es el uso de drogas lo que genera el deterioro neuropsicológico (Buchert et al., 2004). Las evidencias señalan que, probablemente, ambas propuestas son ciertas.

Asimismo, en un ámbito más aplicado, existe un creciente interés por la mejora de los procedimientos de evaluación neuropsicológica (Ruiz-Sánchez de León, Pedrero-Pérez, Rojo-Mota, Llanero-Luque & Puerta-García, 2011; Sieira-Valiño et al., 2011) y de rehabilitación neurocognitiva en su aplicación al tratamiento de las adicciones (Gladwin, Wiers & Wiers, 2017; Pedrero-Pérez, Rojo-Mota, Ruiz-Sánchez de León, Llanero-Luque & Puerta-García, 2011; Piñón-Blanco, 2010, 2014; Piñón-Blanco et al., 2013; Valls-Serrano, Caracuel-Romero & Verdejo-García, 2016; Verdejo-García, 2016) y de otras patologías comórbidas como el virus de la inmunodeficiencia adquirida (García-Torres, Vergara-Moragues & Vergara Moragues, 2014; Vázquez-Justo,

Vergara-Moragues, Piñón-Blanco, Guillén-Gestoso & Pérez-García, 2016).

Diferentes estudios subrayan la utilidad de la evaluación neuropsicológica en la elección y adaptación del programa de tratamiento más adecuado (Schrimsher & Parker, 2008; Verdejo-García & Bechara, 2009), en la mejor comprensión de los trastornos adictivos (Tirapu, Landa & Lorea, 2004; Yücel & Lubman, 2007) y en un método objetivo para evaluar la eficacia de los tratamientos (Aharonovich et al., 2006; Pace-Schott et al., 2008).

Teniendo en cuenta lo anterior, el estudio que describimos a continuación tiene como objetivo conocer el perfil neuropsicológico de usuario poco estudiado en población drogodependiente como es el de pacientes a tratamiento semirresidencial en una unidad de día. Nuestra hipótesis de trabajo es que estos pacientes presentarán alteraciones en velocidad de procesamiento, memoria verbal, atención y/o funciones ejecutivas (Vázquez-Justo et al., 2016; Verdejo-García et al., 2004). Los resultados de este trabajo pueden contribuir a identificar las dificultades en los procesos cognitivos y ejecutivos de los pacientes que puedan estar afectando en las intervenciones realizadas, definir mejor las necesidades individuales de intervención terapéutica y a orientar de manera más eficiente los objetivos de rehabilitación neurocognitiva.

PARTICIPANTES

La muestra estaba compuesta por 26 sujetos ($M=41.38$; $DT=7.42$): 20 hombres (76.9%) y 6 mujeres (23.1%). Los criterios de inclusión fueron cumplir los criterios para el diagnóstico de trastornos relacionados con sustancias DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), estar a tratamiento semiresidencial en la unidad de día, acudir al área de neuropsicología de la Unidad Asistencial, pasar por el procedimiento de consentimiento informado y presentar un periodo de abstinencia de más de 15 días, por lo que es posible descartar la presencia de síntomas de retirada o alteraciones asociadas a los efectos agudos o a corto plazo de las sustancias de consumo.

Se excluyeron aquellos individuos que 1) tuvieran más de 55 años, 2) presentaran deficiencia intelectual definida como $CI < 70$, 3) tuviesen antecedentes de patología neurológica moderada o severa (TCE, ACV, etc.), 4) estuviesen en un proceso psiquiátrico agudo, 5) no estuvieran abstinentes. Las características sociodemográficas y relacionadas con el consumo de la muestra se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas y relacionadas con el consumo de la muestra

VARIABLES	
Edad (media y desviación típica)	41.38 (7.42)
Sexo	76.9% Hombres 23.1% Mujeres
NIVEL DE ESTUDIOS	
Enseñanza General Básica sin finalizar	19.20%
Enseñanza General Básica/Graduado escolar	57.70%
Enseñanza Secundaria Obligatoria /Formación Profesional	19.20%
Bachillerato	3.80%
VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	
No	80.80%
Sí	11.50%
Sin análisis últimos 3 meses	7.70%
DROGA PRINCIPAL	
Opiáceos	61.50%
Cocaína	26.90%
Otras	11.60%
Años inicio consumo droga principal (media, desviación típica)	21.48 (6.22)
ABSTINENCIA	
Más de 6 meses	69.20%
1 o 2 consumos últimos 6 meses	30.80%
Dosis de metadona (mgr.) (media, desviación típica)	31.40 (38.01)
Patología dual	76.90% Si; 23.10% No
MEDICACIÓN	
Psicolépticos	28%
Psicolépticos + Psicoanalépticos	36%
Psicolépticos + Psicoanalépticos + Antiepilépticos	8%
Psicolépticos + Antiepilépticos	4%
Otras combinaciones de fármacos	8%
Nada	16%

INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Se elaboró un cuestionario de recogida de datos integrando distintas variables y una batería de pruebas neuropsicológicas estandarizadas que fueron escogidas por su utilidad en el diagnóstico de pacientes con adicciones (Sieira-Valiño et al., 2011). En la tabla 2 se muestran las pruebas utilizadas y los dominios cognitivo-ejecutivos valorados.

Tabla 2. Protocolo de evaluación neuropsicológica

PRUEBAS	FUNCIONES EVALUADAS
WAIS-III (WECHSLER, 2001)	
Clave de Números	Velocidad de procesamiento psicomotor y coordinación visomotora.
Aritmética	Cálculo mental y memoria operativa.
Dígitos	Atención focalizada.
Búsqueda de Símbolos	Percepción visual, velocidad de procesamiento psicomotor.
Letras y Números	Memoria operativa.
Matrices	Razonamiento abstracto e inteligencia fluida
TEST DE CINCO DÍGITOS (FDT) (SEDÓ, 2007)	
Lectura	Velocidad de procesamiento lector.
Conteo	Atención sostenida y velocidad de procesamiento lector.
Elección	Atención selectiva.
Alternancia	Atención alternante e inhibición cognitiva.
TEST DEL TRAZO (REITAN & WOLFSON, 1993)	
Parte A	Habilidades visuo-espaciales de búsqueda visual.
Parte B	Atención alternante y flexibilidad cognitiva.
Test de aprendizaje verbal (TAVEC) Benedet & Alejandre, 1998)	
Iowa Gambling Test (IGT) (Bechara et al., 1994)	Componente emocional de la toma de decisiones.
Test del zoo (BADS) (Wilson, Alderman, Burgess, Esmile & Evans, 1996)	
UPPS-P (Lynam, Smith, Whiteside & Cyders, 2006)	Dimensiones de la impulsividad.

Escala Wechsler (2001) para la Medida de la Inteligencia de Adultos y Adolescentes (WAIS III). Se utilizaron los subtests de clave de números y búsqueda de símbolos (índice velocidad de procesamiento), letras-números, dígitos y aritmética (índice memoria trabajo) y matrices. Los coeficientes de fiabilidad (dos mitades) oscilan entre 0,77 y 0,96 (Wechsler, 2001).

Test de los cinco Dígitos (FDT, Sedó, 2007). Evalúa velocidad de procesamiento cognitivo, subprocesos atencionales y resistencia a la interferencia. Se usan datos normativos para población drogodependiente española que incluye la prueba.

Test del Trazo TMT (Reitan & Wolfson, 1993). La parte A del TMT evalúa velocidad viso-motora y de procesamiento (Tirapu-Ustárroz y Luna-Lario, 2008) y la parte B flexibilidad cognitiva (Kortte, Horner y Windham, 2002). Se usan datos normativos en Español para adultos jóvenes (Tamayo et al., 2012).

Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC, Benedet & Alejandro, 1998). Adaptación española del California Verbal Learning Test (Delis, Kramer, Kaplan & Ober, 1987). En el presente estudio se emplean el índice de recuerdo inmediato total y el de reconocimiento. Se usan datos normativos para población española que incluye la prueba.

Iowa Gambling Task (IGT, Bechara et al., 1994). Prueba neuropsicológica para simular la toma de decisiones de la vida real ampliamente utilizada en la investigación de la cognición y la emoción (Verdejo-García, Bechara, Recknor, Pérez-García, 2006).

Test del Mapa del Zoo de la BADS (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie & Evans, 1996). Subtest que mide el componente ejecutivo de planificación y que ha mostrado alta validez y fiabilidad (fiabilidad inter evaluador $\kappa > 0.96$) (Wilson et al., 1996). Presenta índices de validez ecológica superiores a otras pruebas clásicas de funciones ejecutivas (Espinosa et al., 2009; Verdejo-García y Pérez-García, 2007).

Escala de conducta impulsiva (UPPS-P, Lynam, Smith, Whiteside & Cyders, 2006). Mide cinco componentes de la conducta impulsiva: Urgencia negativa, Falta de perseverancia, Falta de premeditación, Búsqueda de sensaciones y Urgencia positiva. Se usó la adaptación española (Verdejo-García, Lozano, Moya, Alcázar & Pérez-García, 2010), que presenta buenas propiedades psicométricas (Verdejo-García et al., 2010).

PROCEDIMIENTO

Los participantes se reclutaron mediante muestreo consecutivo de los pacientes de la Unidad de Día que presentaban quejas subjetivas de atención y/o memoria. Se les administró una batería de pruebas neuropsicológicas (ver Tabla 2) de acuerdo con las normas de aplicación y los criterios de corrección propios de cada manual. Las evaluaciones fueron

realizadas entre los años 2012-2016. Todas las pruebas se aplicaron en el área de neuropsicología de CEDRO en similares condiciones. Se realizaron 2 sesiones de evaluación de 60 minutos. Las variables sociodemográficas y de consumo fueron recogidas de la base de datos del centro. La participación en el estudio fue voluntaria. Los sujetos firmaron un consentimiento informado de acuerdo con la Ley Orgánica 1/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal (Ley N°.298, 1999).

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizan análisis descriptivos de las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones de los participantes en cada uno de los tests aplicados con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 19. Para analizar la relación entre las variables sociodemográficas y de consumo y las puntuaciones de los tests se usa la prueba de correlación lineal de Pearson cuando las variables son continuas y la prueba t de Student cuando la variable sociodemográfica y de consumo es dicotómica (sexo, patología dual, abstinencia últimos 6 meses). Para simplificar el apartado de resultados se reportan únicamente las correlaciones y las diferencias de medias estadísticamente significativas. Cuando para un test no se aportan estos resultados quiere decir que sus puntuaciones no correlacionan significativamente con ninguna de las variables sociodemográficas y de consumo, ni existen diferencias significativas entre los grupos (hombres-mujeres; con patología dual-sin patología dual; abstinentes últimos 6 meses-no abstinentes).

RESULTADOS

Las puntuaciones medias del WAIS-III en los índices de memoria de trabajo (IMT, $M = 92.48$, $DT = 12.16$) y de velocidad de procesamiento (IVP, $M = 90.16$, $DT = 11.56$) corresponden con un funcionamiento normativo. Mas específicamente, las medias obtenidas en los subtests de Dígitos ($M = 9.77$, $DT = 2.39$), Búsqueda de Símbolos ($M = 8.44$, $DT = 2.42$), Matrices ($M = 8.92$, $DT = 2.52$), y Letras y Números ($M = 9.72$, $DT = 2.17$) se corresponden con un rendimiento medio. Por el contrario, se obtiene un rendimiento medio-bajo en los subtests de Clave de Números ($M = 7.88$, $DT = 2.05$) y Aritmética ($M = 7.61$, $DT = 2.25$).

Las puntuaciones medias obtenidas en el Test de los Cinco Dígitos (FDT) indican un rendimiento inferior a la media en lectura ($M = 32.83$, $DT = 29.43$), conteo ($M = 33.00$, $DT = 32.94$), elección ($M = 30.13$, $DT = 27.33$) y alternancia ($M = 27.13$, $DT = 30.57$).

Se obtiene una correlación entre la edad de los participantes y los subtest de conteo ($r = -.42$, $p < .05$) y alternancia ($r = -.45$, $p < .05$), que indica que a mayor edad la ejecución en esos subtests es peor.

Las puntuaciones medias en la parte A del TMT ($M = 45.41$, $DT = 19.70$) y en la parte B ($M = 108.88$, $DT = 71.80$) se corresponden con un deterioro severo (Percentil = 3-5). Se obtiene una correlación negativa entre el nivel educativo de los participantes y la parte B del test ($r = -.49$, $p < .05$), lo que indica que a mayor nivel educativo mejor rendimiento en la prueba. Se encuentra una correlación positiva entre la dosis de metadona y la parte B del test ($r = .56$, $p < .01$), indicativa de que a mayor dosis de metadona peor rendimiento en la prueba. También se encuentra que a mayor número de años de inicio de la droga principal más tiempo de ejecución y peor rendimiento en la parte B del TMT ($r = .42$, $p < .05$).

Respecto al TAVEC, tanto las puntuaciones obtenidas en el índice de recuerdo inmediato total ($M = -0.84$, $DT = 1.03$) como las de reconocimiento ($M = -0.38$, $DT = 1.27$) están dentro del rango medio de ± 2 Desviaciones Típicas y por lo tanto, son consideradas normativas. Existen diferencias estadísticamente significativas en el índice de recuerdo inmediato total entre hombres ($M = -1.05$, $DT = 1.08$) y mujeres ($M = -0.17$, $DT = 0.41$), $t(22) = -1.94$, $p < .05$. Igualmente, las puntuaciones en el índice de reconocimiento en hombres ($M = -1.70$, $DT = 1.26$) son también estadísticamente inferiores a las obtenidas por las mujeres ($M = 0.67$, $DT = 0.52$), $t(24) = -2.26$, $p < .05$. Por otro lado, se encuentra que los pacientes sin patología dual obtienen una puntuación en el índice de reconocimiento del TAVEC ($M = -0.10$, $SD = 1.17$) significativamente mayor que los que presentan patología dual ($M = -1.33$, $SD = 1.17$), $t(24) = -2.26$, $p < .05$.

Las puntuaciones medias obtenidas en la IGT se corresponden con una puntuación calificada como desadaptativa ($M = -1.88$, $DT = 13.89$). Se obtienen diferencias en el rendimiento final de la prueba entre hombres y mujeres, siendo desadaptativo en el caso de los hombres ($M = -3.25$, $DT = 15.31$) y adaptativo en las mujeres ($M = 2.67$, $DT = 6.41$), no obstante, estas diferencias no alcanzan significación estadística. Los participantes con menor nivel educativo obtienen peor resultado en la prueba (Enseñanza General Básica sin finalizar, $M = -14.80$, $DT = 20.13$; EGB/Graduado escolar, $M = 0.13$, $DT = 10.10$; ESO/FP1, $M = 3.80$, $DT = 13.05$; Bachillerato, $M = 4.00$, $DT = 0.00$). Se obtienen también diferencias en el rendimiento final de la prueba entre los pacientes con y sin patología dual, siendo desadaptativo en el caso de los que tienen patología dual ($M = -3.65$, $DT = 14.75$) y adaptativo en el caso de los que no tienen patología dual ($M = 4.00$, $DT = 9.12$), no obstante, estas diferencias no alcanzan significación estadística.

En el test del mapa del zoo se obtienen las siguientes puntuaciones medias (Parte 1, $M = 3.65$, $DT = 3.30$; Parte 2, $M = 7.81$, $DT = .80$; Puntuación Perfil, $M = 2.15$, $DT = .97$). Se obtiene una correlación negativa entre las distintas partes del test y la dosis de metadona (Parte 1, $r = -.40$, $p < .05$; Parte 2, $r = -.50$, $p < .01$; Perfil, $r = -.45$, $p < .05$), indicativa de que a mayor dosis de metadona peor rendimiento.

Respecto a la escala de impulsividad UPPS, las subescalas de falta de premeditación ($M = 0.25$, $DT = 1.05$), falta de perseverancia ($M = 0.26$, $DT = 0.90$) y búsqueda de sensaciones ($M = 0.79$, $DT = 2.65$) muestran criterios de normalidad. Las subescalas de afecto negativo ($M = 1.15$, $DT = 1.00$), afecto positivo ($M = 1.46$, $DT = 0.93$) e impulsividad total ($M = 1.01$, $DT = 0.43$), se corresponden con una impulsividad moderada. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la subescala falta de perseverancia entre los participantes que llevan más de 6 meses abstinentes ($M = 0.02$, $DT = 0.77$) y los que tienen 1 o 2 consumos esporádicos en ese periodo ($M = 0.79$, $DT = 0.10$), $t(24) = -2.14$, $p < .05$. Igualmente, los participantes que han realizado algún consumo esporádico obtienen puntuaciones totales en la UPPS ($M = 1.26$, $DT = 0.37$) significativamente más altas que los que se han mantenido abstinentes en los últimos 6 meses ($M = 0.90$, $DT = 0.42$), $t(24) = -2.08$, $p < .05$. Por otro lado, se encuentra que los pacientes con patología dual obtienen una puntuación en la dimensión de afecto positivo de la UPPS-P ($M = 1.67$, $SD = 0.91$) significativamente mayor que los que no presentan patología dual ($M = 0.75$, $SD = 0.58$), $t(24) = -2.32$, $p < .05$.

A modo de resumen, la Tabla 3 recoge las puntuaciones medias y desviaciones típicas obtenidas en todas las pruebas de la batería neuropsicológica administrada.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es describir el perfil neuropsicológico de una muestra clínica de drogodependientes en tratamiento semirresidencial. La hipótesis de trabajo fue que estos pacientes presentan alteraciones en velocidad de procesamiento, memoria verbal, atención y/o funciones ejecutivas.

En las pruebas de velocidad de procesamiento se observa un rendimiento medio en tareas de velocidad de procesamiento psicomotor (IVP del WAIS-III) y un rendimiento inferior en procesamiento visuoespacial (TMT-A) y lector (FDT-Lectura). El hallazgo de resultados aparentemente contradictorios en distintas pruebas usadas para medir una misma función es relativamente frecuente en la literatura de adicciones (Lorea, Fernández-Montalvo, Tirapu-Ustárriz, Landa & López-Goñi, 2010). Por su parte, los resultados normativos obtenidos en el índice de velocidad de procesamiento del WAIS-III podrían relacionarse con los fenómenos de neuroadaptación contingentes a la abstinencia, que podrían provocar una hiperfunción de los neurotransmisores implicados en la ejecución de tareas sencillas o en las que se requiere de rapidez psicomotora (Gillen et al., 1998; Hoff et al., 1996; Van Gorp et al., 1999).

Diversos autores han descrito modelos clínicos de la atención basados en la investigación experimental y en la observación clínica de los pacientes con daño cerebral en

Tabla 3. Puntuaciones medias (y desviaciones típicas) de las pruebas realizadas

PRUEBAS	
WAIS-III	
Clave de Números	7.88 (2.05)
Aritmética	7.61 (2.25)
Dígitos	9.77 (2.39)
Búsqueda Símbolos	8.44 (2.42)
Letras y Números	9.72 (2.17)
Matrices	8.92 (2.52)
Índice de Memoria de Trabajo (IMT)	92.48 (12.16)
Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP)	90.16 (11.56)
TEST DE CINCO DÍGITOS (FDT)	
Lectura	32.83 (29.43)
Conteo	33.00 (32.94)
Elección	30.13 (27.33)
Alternancia	27.13 (30.57)
TRAIL MAKING TEST (TMT)	
Parte A	45.41 (19.70)
Parte B	108.88 (71.80)
TEST DE APRENDIZAJE VERBAL (TAVEC)	
Recuerdo inmediato total	-0.84 (1.03)
Reconocimiento	-0.38 (1.27)
Iowa Gambling Test (IGT)	-1.88 (13.89)
TEST DEL ZOO (BADs)	
Parte 1	3.65 (3.30)
Parte 2	7.81 (.80)
Perfil	2.15 (.97)
UPPS-P	
Afecto Negativo	1.15 (1.00)
Falta de Premeditación	0.25 (1.05)
Falta de Perseverancia	0.26 (0.90)
Busqueda de Sensaciones	0.79 (2.65)
Afecto Positivo	1.46 (0.93)
Puntuación Total	1.01 (0.43)

distintos niveles de recuperación (Cohen, 1993; Sohlberg & Mateer, 1989, Van Zomeren & Brouwer, 1994)). Teniendo en cuenta el modelo clínico de la atención que divide la atención en diferentes subprocesos, los resultados del presente estudio sugieren un adecuado arousal (activación) y atención focalizada (dígitos WAIS-III), presentando dificultades en tareas de atención sostenida (FDT-Conteo), selectiva (FDT-Elección) y alternante (FDT-Alternancia y TMT-B) (Sohlberg & Mateer, 1989). En concreto los déficits en los subprocesos atencionales, se ven reflejados en las dificultades que presentan a la hora de mantener la atención de manera sostenida cuando las tareas requeridas resultan aburridas o monótonas, cuando tienen que seleccionar la información relevante que deben atender y la irrelevante que deben ignorar, o cuando tienen que ser flexibles y deben adaptar su comportamiento a situaciones novedosas o cambiantes. En este sentido, numerosos estudios coinciden al encontrar que los pacientes con trastornos relacionados con sustancias presentan déficit atencionales, en comparación con sus respectivos grupos de control (Goldstein et al., 2004; Pace-Schott et al., 2008; Ruiz et al., 2009; Woicik et al., 2009).

Las puntuaciones obtenidas en la prueba específica de memoria verbal (TAVEC) son indicativas de un funcionamiento normativo. Otros trabajos tampoco han encontrado alteraciones usando medidas clásicas de memoria verbal basadas en listas de palabras (Hoff et al., 1996; Ruiz et al., 2009; Van Gorp et al., 1999). Estos datos no deben ser interpretados como indicativos de la ausencia de disfunciones en los subsistemas de la memoria en esta población, ya que, se necesitaría realizar una valoración mnésica más amplia (Squire & Knowlton, 2000), incluyendo los componentes estratégicos de la memoria (Tirapu-Ustároz & Muñoz-Céspedes, 2005).

En relación al funcionamiento ejecutivo, diversos autores han empleado el análisis factorial para identificar los componentes subyacentes al constructo funciones ejecutivas (Busch, McBride, Curtiss & Vanderploeg, 2005; Della Sala, Gray, Spinnler y Trivelli, 1998). Probablemente, uno de los modelos factoriales que goza de mayor reconocimiento (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki, & Howerter, 2000; Miyake, Friedman, Rettinger, Shah & Hegarty, 2001) clasifica los componentes ejecutivos en cuatro componentes independientes pero relacionados (actualización, cambio, inhibición y toma de decisiones). En nuestro estudio hemos optado por una aproximación que estructura el funcionamiento ejecutivo en cinco componentes ejecutivos, actualización, inhibición, flexibilidad, planificación/multitarea y toma de decisiones (Verdejo-García & Bechara, 2010).

El perfil neuropsicológico de la muestra estudiada se caracteriza por alteraciones en los componentes ejecutivos de flexibilidad (TMT-B y FDT-Alternancia), inhibición (FDT-Elección y UPPS Afecto Negativo, Positivo e Impulsividad Total), planificación (Test del zoo de la BADs) y toma de decisiones

(IGT). Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que han puesto de manifiesto una influencia significativa del consumo prolongado de drogas sobre el funcionamiento de distintos componentes de la función ejecutiva (Fernández-Serrano et al., 2011; Vázquez-Justo et al., 2016; Verdejo-García, 2016; Volkow et al., 2016).

En relación al componente ejecutivo de actualización, se obtienen puntuaciones normativas en las pruebas que requieren la manipulación y actualización de la información en la memoria de trabajo (IMT del WAIS-III). En estudios futuros sería necesario completar la evaluación del componente de actualización, incluyendo pruebas específicas como las tareas N-back (Braver et al., 2001), fluidez de figuras (RFFT) o de generación aleatoria de números o letras (Baddeley, Emslie, Kolodny, & Duncan, 1998; Lezak, 2004).

Otro hallazgo de interés es la influencia observada de la dosis de metadona en la ejecución de algunas de las pruebas usadas. En concreto, se encuentra una correlación significativa entre la dosis de metadona y la parte B del TMT, así como con las distintas partes del test del mapa del zoo (1, 2 y perfil), indicativas de que a mayor dosis de metadona peor rendimiento. Estos resultados son coherentes con estudios previos (Lin et al., 2012; Rodríguez, 2000; Vázquez-Justo et al., 2014; 2016). No obstante, no se puede aseverar que el uso de metadona sea en sí mismo un factor de riesgo para el funcionamiento neuropsicológico en determinadas áreas, ya que además de los efectos directos de esta sustancia en el organismo, podría haber otros efectos indirectos relacionados con el estilo de vida o el patrón de policonsumo característico de los pacientes en programas de mantenimiento de metadona.

También se observa que el nivel educativo es una variable que influye en el rendimiento de algunas pruebas. En este sentido los participantes con menor nivel educativo obtienen peor resultado en la prueba específica de toma de decisiones (IGT) y en la prueba que valora flexibilidad cognitiva (parte B del TMT). Una posible explicación es que las puntuaciones superiores obtenidas por los sujetos con mayor nivel educativo son el resultado de un efecto de compensación debido al hecho de que la educación y la actividad mental estimulante pueden mejorar habilidades de afrontamiento y estrategias para resolver problemas (Christensen et al., 1997; Roselli & Ardila, 2003).

Cuando desglosamos las muestras según el sexo de los participantes, los hombres obtienen peor rendimiento que las mujeres, en la prueba específica de toma de decisiones (IGT) y en la prueba de memoria verbal (TAVEC, recuerdo inmediato total y reconocimiento). En la línea de estos hallazgos, algunos trabajos previos sugieren que los efectos neurotóxicos de las drogas son más marcados en hombres que en mujeres (Chang, Ernst, Strickland, & Mehringer, 1999; Romero-Martínez & Moya-Albiol, 2015). Por el contrario, otras investigaciones encuentran en mujeres en comparación con los hombres,

una evolución hacia la dependencia más rápida (Alvanzo et al., 2011), mayores posibilidades de recaída durante la abstinencia (Becker & Hu, 2008) y presentan más problemas en salud mental y red social (Díaz-Mesa et al., 2016).

No obstante, se precisan estudios futuros que profundicen en estas diferencias de género, ya que, las muestras en la mayor parte de los estudios están formadas mayoritariamente por hombres.

Un hallazgo que también resulta de interés es que los participantes que presentaban patología dual obtuvieron un peor rendimiento en la prueba de toma de decisiones (IGT) y en memoria verbal (índice de reconocimiento). Estos datos son consistentes con estudios previos que muestran que los pacientes que presentan patología psiquiátrica comórbida tienen mayores alteraciones neuropsicológicas asociadas a la dependencia de sustancias (Levy, Monzani, Stephansky & Weiss, 2008; Marshall et al., 2012).

Los hallazgos de este estudio deben considerarse, sin embargo, preliminares y deben ser interpretados con cautela. Estudios futuros deben tener en cuenta diversas limitaciones que complican la interpretación de estos resultados. En este sentido, es posible que los resultados obtenidos en el proceso de valoración neuropsicológica estén afectados por los efectos que ejercen sobre las funciones cognitivas la patología psiquiátrica que padecen un porcentaje elevado de los pacientes estudiados y el tratamiento farmacológico que toman regularmente para tratar dichas patologías, aunque parece evidente que presentan importantes alteraciones en las funciones ejecutivas. También deben tenerse en cuenta, limitaciones propias de los estudios en población drogodependiente, como las muestras heterogéneas (policonsumidores, patrón de consumo), el bajo nivel de reserva cognitiva (Vázquez-Justo et al., 2014) y la dificultad para atribuir la dirección causal entre las alteraciones neuropsicológicas y el consumo prolongado de sustancias. Estudios futuros deberían emplear muestras más amplias, un grupo control aleatorizado, un porcentaje mayor de mujeres, neuromarcadores basados en EEG, técnicas de neuroimagen funcional y análisis de conectividad funcional.

Por último, los datos obtenidos, contribuyen a la descripción del perfil neuropsicológico de pacientes a tratamiento semirresidencial, con las áreas deficitarias y conservadas de cada paciente, facilitando el diagnóstico diferencial y la individualización del tratamiento.

Todos los autores del estudio manifiestan que no existen conflictos de intereses

REFERENCIAS

- Aharonovich, E., Hasin, D.S., Brooks, A.C., Xinhua, L., Bisaga, A. & Nunes, E.V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 313-322.
- Alvanzo, A. A., Storr, C. L., La Flair, L., Green, K. M., Wagner, F. A., & Crum, R. M. (2011). Race/ethnicity and sex differences in progression from drinking initiation to the development of alcohol dependence. *Drug and alcohol dependence*, 118, 375-382. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.04.024
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV-TR*. Washington, DC: Author (Trad. Castellano, Barcelona: Masson, 2002).
- Baddeley, A., Emslie, H., Kolodny, J. & Duncan, J. (1998). Random generation and the executive control of working memory. *Quarterly Journal of Experimental Psychology A*, 51, 819-852.
- Becker, J. B., y Hu, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Frontiers in neuroendocrinology*, 29, 36-47. doi: 10.1016/j.yfrne.2007.07.003
- Benedet, M.J. & Alejandre, M.A. (1998). *Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC)*. Madrid: TEA.
- Benton, A. & Hamsher, K. S. (1989). *Multilingual aphasia examination*. Iowa: Universidad de Iowa.
- Braver, T.S., Barch, D.M., Kelley, W.M., Buckner, R.L., Cohen, N.J., Miezin, F.M., et al. (2001). Direct comparison of prefrontal cortex regions engaged by working and long-term memory tasks. *Neuroimage*, 14, 48-59.
- Buchert, R., Thomasius, R., Petersen, F. W., Nebeling, B., Obrocki, J., Schulze, O., Schmidt, U. & Clausen, M. (2004). A Voxel-Based PET Investigation of the Long-Term Effects of "Ecstasy" Consumption on Brain Serotonin Transporters. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 1181-1189. Doi: 10.1176/appi.ajp.161.7.1181
- Busch, R.M., McBride, A., Curtiss, G. & Vanderploeg, R.D. (2005). The components of executive functioning in traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27, 1022-1032.
- Butfield, E. & Zangwill, O. (1946). Reeducation in aphasia: a review of 70 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 9, 75-79.
- Chang, L., Ernst, T., Strickland, T. & Mehringer, M. (1999). Gender effects on persistent cerebral metabolite changes in the frontal lobes of abstinent cocaine users. *American Journal of Psychiatry*, 156, 716-722.
- Christensen, H., Korten, A. E., Jorm, A. F., Henderson, A. S., Jacomb, P. A. & Rodgers, B. (1997). Education and decline in cognitive performance: Compensatory but not protective. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12, 323-330.
- Cohen, R.A. (1993). *The neuropsychology of attention*. New York: Plenum Press
- Coullaut-Valera, R., Arbaiza-Diaz del Rio, I., Arrúe-Ruilo, R., Coullaut-Valera, J. & Bajo Breton, R. (2011). Deterioro cognitivo asociado al consumo de diferentes sustancias psicoactivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 168-73.
- Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E. & Ober, B. A. (1987). *California Verbal Learning Test: Adult Version*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Della Sala, S., Gray, C., Spinnler, H. & Trivelli, C. (1998) Frontal lobe functioning in man: the riddle revisited. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 13, 663-82.
- Díaz-Mesa, E., García-Portilla, P., Fernández-Artamendi, S., Sáiz, P., Bobes Bascarán, T., Casares, M., Fonseca, E., Al-Halabí, S., & Bobes, J. (2016). Diferencias de género en la gravedad de la adicción. *Adicciones*, 28(4), 221-230. doi:http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.829
- Espinosa, A., Alegret, M., Boada, M., Vinyes, G., Valero, S., Martínez-Lage, P., et al. (2009). Ecological assessment of executive functions in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15, 751-757. Doi: 10.1017/S135561770999035X.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M. & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35, 377-406. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.04.008.
- Garavan, H. & Stout, J. C. (2005). Neurocognitive insights into substance abuse. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 195-201.
- García-Torres, A., Vergara-Moragues, E. & Vergara-Moragues, A. (2014). Proyecto GALA. Un estudio piloto de evaluación e intervención neuropsicológica en el Hogar GERASA. En A. Piñón Blanco, *Juegos Terapéuticos: El Trisquel* (pp. 295-312). Vigo: Concello de Vigo.
- Gladwin, T. E., Wiers, C. E., & Wiers, R. W. (2017). Interventions aimed at automatic processes in addiction: considering necessary conditions for efficacy. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 13, 19-24.
- Gillen, R.W., Kranzler, H.R., Bauer, L.O., Burlinson, J.A., Samarel, D. & Morrison, D.J. (1998). Neuropsychologic findings in cocaine-dependent outpatients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 22, 1061-1076.
- Goldstein, R.Z., Leskovjan, A.C., Hoff, A.L., Hitzemann, R., Bashan, F., Calza, S.S., et al. (2004). Severity of neuropsychological impairment in cocaine and alcohol addiction: association with metabolism in the prefrontal cortex. *Neuropsychologia*, 42, 1447-1458.
- González-Saiz, F., Vergara-Moragues, E., Verdejo-García, A., Fernández-Calderón, F., & Lozano, O.M (2014) Impact of Psychiatric Comorbidity on the In-Treatment Outcomes of Cocaine-Dependent Patients in Therapeutic Communities, *Substance Abuse*, 35:2, 133-140, DOI:10.1080/08897077.2013.81254
- Hoff, A.L., Riordan, H., Morris, L., Cestaro, V., Wieneke,

- M., Alpert, R., et al. (1996). Effects of crack cocaine on neurocognitive function. *Journal of Psychiatric Research* 60, 167-176.
- Kalivas, P.W. & Volkow, N.D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1403-1413.
- Kortte, K. B., Horner, M. D. y Windham, W. K. (2002). The trail making test, part B: Cognitive flexibility or ability to maintain set? *Applied Neuropsychology*, 9, 106-109.
- Levy, B., Monzani, B.A., Stephansky, M.R. & Weiss, R.D. (2008). Neurocognitive impairment in patients with co-occurring bipolar disorder and alcohol dependence upon discharge from inpatient care. *Psychiatry Research*, 161, 28-35. Doi: 10.1016/j.psychres.2007.09.009.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298 de 14 de Diciembre de 1999.
- Lezak, M.D. (2004). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lin, W.C., Chou, K.H., Chen, H.L, Huang, C.C., Lu, C.H., Li, S.H., Wang, Y.L., Cheng, Y.F., Lin, C.P. & Chen, C.C. (2012). Structural deficits in the emotion circuit and cerebellum are associated with depression, anxiety and cognitive dysfunction in methadone maintenance patients: a voxel-based morphometric study. *Psychiatry Research*, 201, 89-97. Doi: 10.1016/j.pscychresns.2011.05.009.
- Lorea, I., Fernández-Montalvo, J., Tirapu-Ustárroz, J., Landa, N. & López-Goñi, J.J. (2010). Rendimiento neuropsicológico en la adicción a la cocaína: una revisión crítica. *Revista de Neurología*, 51, 412-26.
- Lynam, D.R., Smith, G.T., Whiteside, S.P. & Cyders, M.A. (2006). *The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior* (Technical Report). West Lafayette: Purdue University.
- Marshall, D.F., Walker, S.J., Ryan, K.A., Kamali, M., Saunders, E.F.H., Weldon, A.L., Adams, K.M., McInnis, M.G. & Langenecker, S.A. (2012). Greater executive and visual memory dysfunction in comorbid bipolar disorder and substance use disorder. *Psychiatry Research*, 200, 252-257. Doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.013.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H. & Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex frontal lobe tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Rettinger, D.A., Shah, P. & Hegarty, M. (2001) How are visuospatial working memory, executive functioning, and spatial abilities related? A latent-variable analysis. *Journal of Experimental Psychology: General*, 130, 621-40. Doi:10.1037//0096-3445.130.4.621.
- Moscovitch, M. (1995). Confabulation. En D.L. Schacter, J.T. Coyle, G.D. Fischbach, M.M Mesulam & L.E. Sullivan (Eds.), *Memory Distortion: How minds, Brains, and Societies Reconstruct the Past* (pp. 226–254). Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- Pace-Schott, E. F., Morgan, P. T., Malison, R. T., Hart, C. L., Edgar, C., Walker, M., et al. (2008). *Cocaine users differ from normals on cognitive tasks which show poorer performance during drug abstinence*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 34, 109-121.
- Pedrero-Pérez, E.J., Rojo-Mota, G., Ruiz-Sánchez de León, J.M., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2011). Rehabilitación cognitiva en el tratamiento de las adicciones. *Revista de Neurología*, 52, 163-72.
- Peña-Casanova, J. (1990). *Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Manual. Test Barcelona*. Barcelona: Masson.
- Piñón Blanco, A. (2010). *Memorado*. Cádiz: Instituto de Formación Interdisciplinar, Universidad de Cádiz.
- Piñón Blanco, A. (2014). *Juegos Terapéuticos: El Trisquel*. Vigo: Concello de Vigo.
- Piñón-Blanco, A., Otero-Lamas, F., Vázquez-Justo, E., Guillén-Gestoso, C., Domínguez-González, P. y Cabrera-Riande, J. (2013). *Programa holístico de rehabilitación neuropsicológica para personas con déficits neuropsicológicos asociados al consumo de drogas (PHRN. DROG)*. Cádiz: Instituto de Formación Interdisciplinar, Universidad de Cádiz. Doi: 10.13140/RG.2.1.4936.6162
- Reitan, R.M. & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation*. Tucson, Arizona: Neuropsychology Press.
- Rodríguez, D. (2000). *Afectación neuropsicológica temprana asociada a la infección por VIH en drogodependientes*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, Universidad de Santiago de Compostela (España).
- Romero-Martínez, A. & Moya-Albiol, L. (2015). Déficits neuropsicológicos asociados a la relación entre abuso de cocaína y violencia: mecanismos neuronales facilitadores. *Adicciones*, 27, 64-74.
- Rosselli, M. & Ardila, A. (2003). The impact of culture and education on non-verbal neuropsychological measurements: A critical review. *Brain & Cognition*, 52, 326-333. Doi:10.1016/S0278-2626(03)00170-2
- Ruiz, J.M., Pedrero, E., Llanero, M., Rojo, G., Olivar, A., Bouso, J.C. & Puerta, C. (2009). Perfil neuropsicológico en la adicción a la cocaína: consideraciones sobre el ambiente social próximo de los adictos y el valor predictivo del estado cognitivo en el éxito terapéutico. *Adicciones*, 21, 119-132.
- Ruiz-Sánchez de León, J.M., Pedrero-Pérez, E.J., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2011). Propuesta de un protocolo para la evaluación neuropsicológica de las adicciones. *Revista de Neurología*, 53, 483-93.
- Schrimsher, G.W. & Parker, J.D. (2008). Changes in cognitive function during substance use disorder treatment. *Journal of Psychopathological and Behavioral Assessment*, 30, 146-153.
- Sedó, M. (2007). *Test de los Cinco Dígitos*. Madrid: T.E.A. Ediciones.
- Sieira-Valiño, J., Iglesias-Fungueiriño, M., Sánchez Pérez, M., Vázquez Justo, E., Guillén Gestoso, C., Domínguez-González, P., Cabrera-Riande, J., Piñón-Blanco, A. & Iglesias-Vázquez, M. (2011). *Batería neuropsicológica para la rehabilitación cognitiva en drogodependencia*. Cádiz:

- Instituto de Formación Interdisciplinar, Universidad de Cádiz. Doi: 10.13140/RG.2.1.4750.5042.
- Sociedad Española de Toxicomanías (2009). *Documento de Consenso para el Abordaje de las Adicciones desde las Neurociencias*. Descargado de <http://www.setox.org/archivos/DocConsensoNeurocienciasAdicciones2009.pdf> el 17 de Noviembre del 2015.
- Sohlberg, M.M. & Mateer, C.A. (1989) *Introduction to Cognitive Rehabilitation*. Nueva York: Guilford.
- Squire, L.R. & Knowlton, B.J. (2000). The medial temporal lobe, the hippocampus, and the memory systems of the brain. En M. Gazzaniga (Ed.), *The New Cognitive Neurosciences* (pp. 765-779). Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Tamayo, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Rognoni, T., Calvo, L., Palomo, R., Aranciva, F. & Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas span verbal, span visuoespacial, Letter-Number Sequencing, Trail Making Test y Symbol Digit Modalities Test. *Neurología*, 27, 319-329. Doi: 10.1016/j.nrl.2012.02.010.
- Tarter, R. E., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J. R., Pajer, K., Vanyukov, M., Gardner, W., Blackson, T. & Clark, D. (2003). Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1078-1085.
- Tirapu, J., Landa, N. & Lorea, I. (2004). *Cerebro y adicción. Una guía comprensiva*. Navarra: Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Tirapu-Ustárroz, J. & Luna-Lario, P. (2008). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. En J. Tirapu-Ustárroz, M. Ríos-Lago y F. Maestú (Eds.), *Manual de neuropsicología* (pp. 219-249). Barcelona: Viguera Editores.
- Tirapu-Ustárroz, J. & Muñoz-Céspedes, J.M. (2005). Memoria y funciones ejecutivas. *Revista de Neurología*, 41, 475-84.
- Valls-Serrano, C., Caracuel-Romero, A. & Verdejo-García, A. (2016). *Goal Management Training and Mindfulness Meditation improve executive functions and transfer to ecological tasks of daily life in polysubstance users enrolled in therapeutic community treatment*. *Drug and Alcohol Dependence* Volume 165, 1 August, Pages 9–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.040>.
- Van Gorp, W.G., Wilkins, J.N., Hinkin, C.H., Moore, L.H., Hull, J., Horner, M.D., et al. (1999). Declarative and procedural memory functioning in abstinent cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 56, 85-89.
- Van Zomeren, A.H. y Brouwer, W.H. (1994) *Clinical neuropsychology of attention*. Nueva York: Oxford University Press.
- Vázquez-Justo, E., Piñón-Blanco, A., Vergara-Moragues, E., Guillén-Gestoso, C. & Pérez-García, M. (2014). Cognitive reserve during neuropsychological performance in HIV intravenous drug users. *Applied Neuropsychology. Adult*, 21, 288-296. Doi: 10.1080/23279095.2013.813852.
- Vázquez-Justo, E., Vergara-Moragues, E., Piñón-Blanco, A., Guillén-Gestoso, C. & Pérez-García, M. (2016). Neuropsychological functioning in methadone maintenance patients with HIV. *Revista Latinoamericana de Psicología*. doi.org/10.1016/j.rlp.2015.06.008
- Verdejo-García, A. & Bechara, A. (2009). Neuropsicología y drogodependencias: evaluación, impacto clínico y aplicaciones para la rehabilitación. En M. Pérez García (Ed.), *Manual de neuropsicología clínica* (pp.179-208). Madrid: Pirámide.
- Verdejo-García, A. & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 22, 227-235.
- Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E.C. & Pérez García, M. (2006). Decision-making and the iowa gambling task: ecological validity in individuals with substance dependence. *Psychologica Belgica*, 46, 55-78. Doi: 10.5334/pb-46-1-2-55.
- Verdejo-García, A., Lozano, O., Moya, M., Alcázar, M.A. & Pérez-García, M. (2010). Psychometric properties of a Spanish version of the UPPS-P impulsive behavior scale: reliability, validity and association with trait and cognitive impulsivity. *Journal of Personality Assessment*, 92, 70-77. Doi: 10.1080/00223890903382369.
- Verdejo-García, A., Orozco Giménez, C., Meersmans Sánchez-Jofré, M., Aguilar de Arcos, F & Pérez García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología* 38, 1109-1116.
- Verdejo-García, A. & Pérez-García, M. (2007). Ecological assessment of executive functions in substance dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 48-55.
- Verdejo-García, A. (2016). Cognitive training for substance use disorders: Neuroscientific mechanisms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 68, 270-281.
- Wechsler, D. (2001). *Escala de inteligencia Wechsler para Adultos III*. Madrid: TEA.
- Wilson, B.A., Alderman, N., Burgess, P.W., Esmile, H. & Evans, J.J. (1996). *Behavioural Assessment of Dysexecutive Syndrome*. St. Edmunds, UK: Thamer Valley Test Company, Harcourt Assessment.
- Woicik, P.A., Moeller, S.J., Alia-Klein, N., Maloney, T., Lukasik, T.M., Yeliosof, O., et al. (2009). The neuropsychology of cocaine addiction: recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacology*, 34, 1112-22. Doi: 10.1038/npp.2008.60
- Volkow, N.D., Koob, G.F. & McLellan, A.T (2016). *Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction*. *The New England Journal of Medicine*; 374: 363–371.
- Yücel, M. & Lubman, D. I. (2007). Neurocognitive and neuroimaging evidence of behavioural dysregulation in human drug addiction: implications for diagnosis, treatment and prevention. *Drug and Alcohol Review*, 26, 33-39.

ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NUM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO EM BAIXO LIMIAR DE EXIGÊNCIA

BENEFÍCIOS DA ESTIMULAÇÃO COGNITIVA NO RENDIMENTO
NEUROPSICOLÓGICO EM INDIVÍDUOS COM PERTURBAÇÃO
DE USO DE SUBSTÂNCIAS EM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO
EM BAIXO LIMIAR DE EXIGÊNCIA

COGNITIVE STIMULATION IN A LOW THRESHOLD SUBSTITUTION PROGRAM

BENEFITS OF COGNITIVE STIMULATION IN NEUROPSYCHOLOGICAL
PERFORMANCE IN SUBJECTS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS
UNDER LOW THRESHOLD SUBSTITUTION PROGRAM

LOPES P1,2,3
MERENDEIRO C1
OLIVEIRA J1,2,3
CAÇOÊTE C1
CRISTÓVÃO S3
CORREIA T1
BARATA F1
GAMITO P2,3
TRIGO H1
COUTINHO R1

1

Ares do Pinhal
Programa de Substituição em
Baixo Limiar de Exigência
na Cidade de Lisboa.

2

COPELABS, Universidade Lusófona.
Campo Grande, Lisboa, Portugal

3

Escola de Psicologia e Ciências da Vida,
Universidade Lusófona.
Campo Grande, Lisboa, Portugal

Autor correspondente:
Paulo Lopes (paulo.lopes@aresdopinhal.pt)

RESUMO

Este estudo foi realizado com o objetivo de explorar os efeitos da estimulação cognitiva, com recurso a aplicações computadorizadas, no rendimento cognitivo de indivíduos com Perturbação de Uso de Substâncias. Foi preparado um protocolo de intervenção que consistiu na seleção de exercícios para estimulação de funções cognitivas potencialmente comprometidas nesta população. A amostra para estudo compreendeu 14 indivíduos caucasianos, policonsumidores, com a heroína como principal substância de consumo, inseridos em programa de substituição em baixo limiar de exigência (PSBLE). Foram utilizadas medidas neuropsicológicas para avaliação do funcionamento executivo geral, fluência verbal, memória, atenção, flexibilidade cognitiva e tomada de decisão. Os principais resultados sugerem uma melhoria na flexibilidade cognitiva no grupo experimental, o que pode suportar o melhor desempenho deste grupo ao nível da tomada de decisão; apesar de não terem sido encontradas diferenças noutras provas de funcionamento executivo. Foram também encontradas algumas melhorias em indicadores ligados às funções de atenção e memória. De um modo geral, os resultados são promissores mas requerem estudos mais controlados para se determinar as vantagens desta abordagem no funcionamento cognitivo e, de uma forma mais alargada, na intervenção em redução de riscos.

Palavras-Chave: Adição; Estimulação Cognitiva; Perturbação de Uso de Substâncias; Redução de Riscos; Neuropsicologia.

INTRODUÇÃO

O abuso de substâncias psicoativas está associado a défices neuropsicológicos que têm um impacto alargado na vida do indivíduo. Estes défices reduzem o rendimento cognitivo, influenciando a qualidade de vida, o relacionamento social, o desempenho académico e laboral, bem como a capacidade do sujeito para aderir a programas de tratamento (Fernández-Serrano, Pérez-García & Verdejo-García, 2011; Sofuoglu, DeVito, Waters & Carroll, 2013).

A identificação das alterações neuropsicológicas associadas especificamente ao uso de uma substância é dificultada pelo padrão de policonsumo que grande parte dos utilizadores apresenta. Num estudo de revisão, onde foram analisados os efeitos neuropsicológicos associados ao uso de várias substâncias psicoativas (nomeadamente, cannabis, cocaína e metanfetaminas, MDMA/“ectasy”, opioides e álcool), foram encontrados efeitos gerais, transversais ao consumo de qualquer substância, e específicos, associados ao consumo de determinadas substâncias. O abuso de substâncias, independentemente do seu tipo, parece provocar défices em domínios como (1) a memória episódica, relacionada com

os eventos autobiográficos e a relação temporal subjetiva entre estes; (2) o processamento emocional, que se prende com a capacidade de reconhecer, experienciar e expressar emoções com valências específicas; e (3) em determinados componentes do funcionamento executivo, como o *updating*, que traduz a manipulação e atualização permanente da informação que está em memória, e a tomada de decisão, relacionada com a capacidade de selecionar a resposta comportamental mais adaptada, de um conjunto de possíveis respostas (Fernández-Serrano et al., 2011).

As funções executivas traduzem um conjunto de processos de controlo ou regulação do comportamento intencional, i.e. orientado para um objetivo e estão associadas ao córtex pré-frontal (Miyake & Friedman, 2012). Existem atualmente evidências neuropsicológicas e de neuroimagem, em número crescente na literatura, que apontam para a relação entre os défices neuropsicológicos identificados no caso de sujeitos adictos e alterações nos circuitos neurais do córtex pré-frontal. (Goldstein & Volkow, 2011; Koob & Volkow, 2010; Noël, Brevers & Bechara, 2013). Estas alterações disruptivas parecem estar na base quer do comportamento de consumo compulsivo, quer de outros comportamentos desfavoráveis associados à adição (Goldstein & Volkow, 2011).

Os policonsumidores, quando comparados com os respetivos grupos de controlo (compostos por sujeitos não consumidores), evidenciam um comprometimento de componentes executivas, tais como (1) a inibição comportamental, relacionada com a capacidade para inibir de forma controlada uma resposta automática ou impulsiva; (2) o *updating*; (3) a memória de trabalho, sistema envolvido na manutenção temporária e manipulação da informação e essencial à realização de tarefas complexas como o raciocínio, a compreensão e a aprendizagem (Baddeley, 1986); (4) a fluência verbal, que é a função que facilita a evocação de informação a partir da memória; (5) a flexibilidade cognitiva, que se prende com a capacidade de alternar de forma flexível entre diferentes tarefas ou representações mentais; (6) o planeamento, relacionado com a capacidade de definir objetivos e desenvolver estratégias e delinear tarefas para os atingir; (7) o *multi-tasking*; e (8) a tomada de decisão (Fernández-Serrano, Pérez-García, Perales, Verdejo-García, 2010; Miyake, Friedman, Emerson, Witzki & Howerter, 2000; Verdejo-García, Bechara, Recknor & Pérez-García, 2006; Verdejo-García & Pérez-García, 2007). No caso específico do uso crónico de opioides, este parece ter um impacto em funções como a memória de trabalho verbal, a impulsividade, relacionada com a facilidade de exposição ao risco, a fluência verbal, o *updating*, e a tomada de decisão (Baldacchino, Balfour, Passetti, Humphris & Matthews, 2012; Fernández-Serrano et al., 2011; Yan, Li, Xiao, Zhu, Bechara & Sui, 2014). A magnitude das alterações neuropsicológicas parece sofrer uma atenuação após períodos longos de abstinência, contudo, algumas persistem para além destas fases (Fernández-Serrano et al., 2011).

A adição de substâncias é caracterizada por um impulso para o consumo, independentemente das consequências negativas que daí advêm (Naqvi, Gaznick, Tranel & Bechara, 2014; Noël et al., 2013). Bechara (2005, p. 1458) utiliza a expressão “miopia para consequências futuras” para se referir à incapacidade que sujeitos adictos demonstram em pensar nas consequências a longo prazo quando tomam decisões sobre o consumo. A tomada de decisão traduz um processo de reflexão, no qual uma decisão é tomada após ponderação das suas consequências. Um sujeito adicto enfrenta a necessidade de tomar uma decisão, quando se depara com a escolha entre o consumo (com consequências a curto prazo) e o impacto negativo que essa opção pode ter a longo prazo (e.g. desemprego, afastamento social, rutura familiar, desgaste financeiro, etc.) (Bechara, 2005). Noël e colaboradores (2013) propõem que no caso dos sujeitos adictos, o déficit de tomada de decisão resulta de um desequilíbrio entre três sistemas cerebrais, separados mas interligados: (a) um sistema reflexivo, associado ao córtex pré-frontal, relacionado com a tomada de decisão, antecipação das consequências futuras de um comportamento e controlo inibitório; (b) um sistema impulsivo, dependente do circuito amígdala-corpo estriado, que promove comportamentos automáticos e habituais; e (c) a ínsula, que integra os estados interoceptivos, ligados à regulação corporal interna, em sensações conscientes (e.g. sensações de *craving*), envolvendo-os na tomada de decisão sobre comportamentos que resultam em risco ou recompensa incertos. Este modelo prevê uma apropriação, por parte da ínsula, dos recursos cognitivos do sistema reflexivo, o que reduz o controlo inibitório que medeia a capacidade de resistir a tentações. Gera-se, desta forma, um déficit na tomada de decisão, passando o sujeito a priorizar as consequências a curto-prazo, o que aumenta o risco de adição e de recaída.

Os défices cognitivos aparecem como um fator de risco consistente e relevante no que concerne à adesão ao tratamento (Brorson, Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013; Domínguez-Salas, Díaz-Batanero, Lozano-Rojas & Verdejo-García, 2016). Tal pode ser explicado pelo impacto que estes défices têm na capacidade do sujeito responder às exigências do processo terapêutico. Uma adesão adequada exigirá competências a vários níveis, dos quais se ressalva: (1) a auto-regulação e inibição cognitiva no que diz respeito aos padrões de resposta habituais (e.g. consumo) e flexibilidade cognitiva para os substituir por comportamentos novos e mais adequados; (2) o planeamento, i.e. a competência para traçar objetivos de reabilitação, que não envolvam uma recompensa imediata, bem como prever e executar as atividades necessárias à sua realização; e ainda (3) a capacidade de memória de trabalho para compreender e assimilar instruções complexas relacionadas com os conteúdos dos programas de tratamento, selecionar informação relevante a reter das sessões terapêuticas, bem como generalizar as aprendizagens realizadas para os restantes contextos de vida (familiar, laboral, social, etc.) (Fernández-Serrano et al., 2010; Verdejo-García, López-Torrecillas, Arcos, Pérez-García, 2005).

Intervenções com base na reabilitação cognitiva têm revelado benefícios ao nível dos défices cognitivos, mas também ao nível do compromisso do sujeito para com as intervenções terapêuticas, otimizando o seu resultado (León, Pedrero-Pérez, Rojo-Mota, Llanero-Luque & Puerta-García, 2011; Verdejo, Orozco-Giménez, Sánchez-Jofré, Arcos & Pérez-García, 2004).

O declínio cognitivo associado ao consumo abusivo de substâncias afeta os processos de tomada de decisão e, consequentemente, os resultados relativos ao tratamento da adição. Deste modo, o desenvolvimento de intervenções neuropsicológicas eficientes e direcionadas para a melhoria dos processos de tomada de decisão pela promoção de mecanismos de neuroplasticidade, podem proporcionar um efeito positivo nestes resultados. Entende-se por neuroplasticidade a capacidade do sistema nervoso reorganizar a sua estrutura, função e conexões em resposta a eventos internos e externos (Cramer et al., 2011). A investigação em neurociências tem vindo a encontrar explicações para as origens neurológicas do comportamento, bem como para a recuperação de neuropatologias através de mecanismos de plasticidade cerebral (Merzenich, Van Vleet & Nahum, 2014). Como descrito acima, teorias recentes têm integrado dados clínicos e experimentais e sugerem que os comportamentos aditivos estão relacionados com o comprometimento de sistemas neuronais associados à força de vontade, o que promove uma tomada de decisão baseada em resultados a curto prazo, em detrimento de objetivos a longo prazo. Deste modo, melhorar as funções dos sistemas regulatórios pré-frontais poderá contribuir para reduzir o comportamento aditivo (Cramer et al., 2011; Naqvi et al., 2014).

Este estudo foi realizado no Programa de Substituição Opiácea em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE) da cidade de Lisboa. Trata-se de um programa ambulatório de apoio médico e psicossocial com suporte de administração de Cloridrato de Metadona. Esta administração é realizada em unidades móveis, que se deslocam diariamente a vários pontos da cidade de Lisboa. O programa é frequentado diariamente por cerca de 1200 utentes, essencialmente heroinómanos (muitos deles policonsumidores) que apresentam comportamentos de risco frequentes, estão desorganizados, debilitados no que concerne à sua saúde física e psíquica e maioritariamente afastados das estruturas formais de saúde e sociais (Lopes, Trigo, Coutinho, Leitão, Miguel & Oliveira, 2016). A taxa de abandono, no período em que este estudo foi realizado, oscilou entre 9,99% (em 2012, dos 1832 utentes que passaram pelo programa, 183 abandonaram) e 8,83% (em 2013, dos 1699 utentes que passaram pelo programa, 150 abandonaram). Dados mais recentes, do período compreendido entre outubro de 2015 e outubro de 2016, revelam uma taxa de abandono de 14,60%, sendo que de um total de 1815 utentes que passaram pelo PSBLE neste período, 265 abandonaram o programa.

O PSBLE tem como principal valência a redução de riscos, diferindo em termos de exigência e objetivos de um programa de tratamento. Contudo, as alterações cognitivas, e

especificamente do funcionamento executivo, poderão igualmente comprometer a adesão e permanência no programa.

Este estudo visou promover a melhoria das competências cognitivas de uma amostra de utentes do PSBLE, através da aplicação de um conjunto de exercícios computadorizados de estimulação cognitiva. Um estudo recente de revisão sugere que o treino cognitivo, de um modo geral, é eficaz na melhoria das funções cognitivas alvo do treino (Verdejo-Garcia, 2016). As tarefas computadorizadas são desenhadas com o intuito de serem motivantes, promovendo o compromisso do indivíduo para com a atividade (Gamito et al., 2014). As intervenções com base nestas tarefas têm demonstrando ser métodos efetivos para promover a motivação, a adesão e a estimulação cognitiva de sujeitos adictos. Para além disto, evidenciam ganhos ao nível do custo-eficiência, bem como da acessibilidade (Bickel, Christensen & Marsch, 2011).

MÉTODO

PARTICIPANTES

Para este estudo foram recrutados 85 indivíduos adultos com diagnóstico de Perturbação de Uso de Substâncias que frequentam o PSBLE. Para critérios de inclusão considerou-se a frequência de programa de substituição com suporte de administração de Cloridrato de Metadona, o diagnóstico de Perturbação de Uso de Substâncias e idade igual ou superior a 18 anos. Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: 1) diagnóstico de outras perturbações psiquiátricas ou neurológicas; 2) diagnóstico de VIH/Sida e 3) não realização de dois momentos de avaliação completos (*baseline* e *follow-up*). Com base nestes critérios foram excluídos 67 indivíduos: 59 por não terem duas avaliações completas à data deste estudo e 8 positivos para o VIH/Sida. A ausência de consumos não foi considerada como fator de exclusão, uma vez que esta não é uma exigência para integrar o PSBLE. Neste programa apenas são realizadas análises aos consumos no momento da entrada, por forma a confirmar a presença de opioides no organismo. A amostra final ficou constituída por 14 indivíduos caucasianos, policonsumidores, sendo a heroína a substância principal de consumo (Tabela 1).

Destes, 10 indivíduos (8 homens e 2 mulheres) constituíram o grupo experimental e 4 indivíduos (3 homens e 1 mulher) foram integrados num grupo de controlo, que não fez estimulação cognitiva. Todos os participantes eram de nacionalidade portuguesa com uma média de idades de 45,28 anos ($DP = 9,49$), sendo o 2º ciclo o nível de escolaridade mais frequente. Estes participantes consumiam em média há 28,43 anos ($DP = 8,84$), em média desde os 26,00 anos ($DP = 10,19$) e estavam no PSBLE em média há 11,32 meses ($DP = 26,82$). Na sua maioria, os participantes neste estudo eram solteiros (57,10%) e encontravam-se em situação de desemprego (64,30%). Grande parte dos indivíduos já tinha feito tratamentos anteriores com enfoque na adição de substâncias (71,40%) e relativamente à situação com a justiça, 42,90% dos participantes já tinha estado em prisão efetiva.

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em estudo para a idade, escolaridade, total de anos de consumo e tempo em PSBLE ($p > 0,05$).

MEDIDAS

A avaliação neuropsicológica incluiu uma prova para avaliação das funções do córtex frontal e provas específicas para avaliação de diferentes funções cognitivas.

A Bateria de Avaliação Frontal – FAB (Dubois, Slachevsky, Litvan & Pillon, 2000) foi utilizada para avaliação da integridade do funcionamento executivo. Esta prova apresenta valores normativos para a população portuguesa (Lima, Meireles, Fonseca, Castro & Garret, 2008), sendo composta por seis subtestes que avaliam diferentes domínios do funcionamento frontal, nomeadamente: conceptualização, flexibilidade mental, programação motora, sensibilidade à interferência, controle inibitório e autonomia ambiental. A pontuação total varia entre 0 e 18, sendo que valores mais elevados indicam melhores resultados.

A fluência verbal foi avaliada com recurso a três tarefas: 1) uma tarefa de fluência verbal semântica (SVF); 2) uma tarefa de fluência verbal de ações (AVF); e 3) uma tarefa de fluência verbal fonológica (PVF). Durante estas tarefas era pedido aos participantes para produzirem tantas palavras

Tabela 1

Padrão de consumos de substâncias psicoativas (médias de anos de consumo) nos grupos em estudo

	PSBLE (n = 10)		Controlo (n = 4)	
	M(DP)	n	M(DP)	n
Heroína	19,10(11,91)	10	21,00(2,45)	4
Cocaína	19,30(16,41)	10	22,33(4,16)	3
Cannabis	19,22(10,32)	9	27,67(6,51)	3
Álcool	22,00(5,29)	3	--	0

quanto possível descrevendo, respetivamente, animais, verbos de ação e palavras começadas com a letra “P”. Cada tarefa decorria num intervalo de um minuto. As pontuações foram calculadas, separadamente para cada teste, pela soma das respostas corretas em cada um (Brucki, Malheiros, Okamoto & Bertolucci, 1997).

O Teste de Aprendizagem Auditivo-Verbal de Rey – RAVLT (Rey, 1958) foi utilizado para avaliar a memória verbal declarativa. O RALVT consiste em 6 listas de palavras diferentes (cada uma contendo 15 palavras) que são ouvidas pelos participantes. Os resultados deste teste basearam-se na evocação imediata e diferida (após 30 minutos) das palavras.

O Teste Percetivo e de Atenção Toulouse-Piéron – TP (Toulouse & Piéron, 1986) e o Teste de *Color Trails* – CTT (D’Elia, Satz, Uchiyama & White, 1996) permitiram avaliar as funções da atenção. O TP é um teste tradicional que avalia a atenção/concentração, consistindo na identificação de três alvos entre estímulos distratores semelhantes. As medidas resultantes foram calculadas como rendimento de trabalho e índice de dispersão. O CTT consiste em duas partes: *Color Trails I* (CTT-I) e *Color Trails II* (CTT-II). A primeira parte tem 25 números apresentados em círculos a amarelo, em que o participante deve ligar os números numa ordem crescente, o mais rapidamente possível. A parte II é composta por 49 números apresentados em círculos amarelos e cor-de-rosa, em que o participante deve ligar os números por ordem crescente, mas alternando entre dois conjuntos diferentes de estímulos (números e cores). O desempenho neste teste foi calculado com recurso ao índice de interferência.

O Teste Wisconsin de Classificação de Cartas – WCST (Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtiss, 1993) foi utilizado para avaliar a flexibilidade cognitiva. A prova consiste em dois baralhos de 64 cartas que variam em termos de cor, forma e número. O participante deve derivar o princípio correto de classificação das cartas usando a informação transmitida pelo examinador. O princípio de classificação altera-se, sem aviso, após 10 respostas corretas consecutivas. O teste termina quando seis categorias foram completadas ou após a aplicação das 128 cartas. Como medidas de resultado, foram utilizadas as percentagens de ensaios realizados, respostas certas, respostas perseverativas e respostas de nível conceptual, bem como o número de categorias completadas.

A *Iowa Gambling Task* – IGT (Bechara, Damásio, Damásio & Anderson, 1994) é uma tarefa informatizada para avaliação das competências de tomada de decisão. Nesta tarefa o objetivo é ganhar tanto dinheiro quanto possível, escolhendo cartas de 4 baralhos. Tendo em consideração a hipótese de perda ou ganho de dinheiro, os baralhos escolhidos podem constituir uma boa ou má opção. As medidas de resultados consistiram na pontuação por conjuntos de vinte escolhas (Net) e por tipo de baralho (Deck).

PROCEDIMENTO

Todos os participantes prestaram consentimento livre e esclarecido ao estudo. Após assinarem o consentimento informado, os participantes preencheram na sessão inicial (*baseline*) a ficha de dados sociodemográficos e realizaram as provas de avaliação neuropsicológica. Na segunda sessão, os participantes do grupo experimental foram submetidos à intervenção neuropsicológica, que consistiu na aplicação de exercícios informatizados de estimulação cognitiva. Esta aplicação decorreu ao longo de 10 sessões, realizadas duas vezes por semana, com uma duração de 45 a 60 minutos cada. Este conjunto de exercícios foi selecionado visando a estimulação de determinadas funções cognitivas, nomeadamente: atenção, memória, planeamento, velocidade de processamento, raciocínio lógico, tomada de decisão e organização visuo-percetiva.

Após a sessão inicial, o grupo de controlo não prosseguiu com a realização dos exercícios de estimulação cognitiva, nem realizou outras tarefas com este cariz específico, durante o tempo em que o estudo esteve a decorrer. A definição dos grupos experimental e de controlo não foi aleatória. Os participantes foram convidados a integrar o grupo experimental. Aqueles que declinaram mas que aceitaram participar nos dois momentos de avaliação, foram incluídos no grupo de controlo.

Cada sessão de realização dos exercícios de estimulação cognitiva começou com um breve período de treino, no qual os participantes foram familiarizados com o equipamento e *software*. Os exercícios estavam disponíveis no *tablet* e podiam ser acedidos online. O *hardware* utilizado consistiu em *tablets* Samsung Galaxy de 10.1 polegadas, enquanto o *software* utilizado para estimulação cognitiva foi baseado em aplicações da plataforma SUPERA Online, disponíveis online, e outras especificamente desenvolvidas para este estudo por Gamito (2013). Todas as aplicações foram baseadas no sistema operativo Android. A sequência de aplicação dos exercícios está descrita na Tabela 2.

O primeiro exercício intitulava-se “Ordem Certa” e tinha dois objetivos, um deles era colocar um conjunto de círculos por ordem alfabética, clicando sobre eles e o segundo era intercalar letras e números, quer por ordem alfabética, quer numérica. No segundo exercício, o “Basquete”, pretendia-se que o indivíduo contasse mentalmente as jogadas que deveria efetuar nos cestos de basquete superiores, para chegar à configuração dos cestos de basquete inferiores. No terceiro exercício, denominado “Passagem Seletiva”, o sujeito deveria colocar, o mais rapidamente possível, um conjunto de bolas azuis no lado esquerdo e um conjunto de bolas vermelhas no lado direito. No quarto exercício, intitulado “Estacionamento”, o objetivo prendia-se com a colocação de carros coloridos em *boxes*, respeitando a correspondência da cor. No quinto exercício, o “Tijolo”, pretendia-se que o sujeito colocasse um tijolo num espaço vazio, no menor número de jogadas possível. No sexto exercício, “*Slot Machine*”, o sujeito

Tabela 2

Sequência de aplicação dos exercícios por sessão

Sessão	Exercícios
1	Slot Machine ^{1,2,3,4,7} / Memória ² / Estacionamento ³ / Flocos Neve ⁴
2	Slot Machine ^{1,2,3,4,7} / Memória ² / Flocos de Neve ⁴ / Ordem Certa ^{1,4,5,6}
3	Slot Machine ^{1,2,3,4,7} / Memória ² / Flocos de Neve ⁴ / Ordem Certa ^{1,4,5,6}
4	Slot Machine ^{1,2,3,4,7} / Memória ² / Estacionamento ³ / Flocos de Neve ⁴
5	Basquete ^{1,2,5,6,7} / Estacionamento ³ / Tijolo ^{1,5,7} / Memória ²
6	Estacionamento ³ / Memória ² / Flocos de Neve ⁴
7	Estacionamento ³ / Passagem Seletiva ^{1,2,4,6} / Memória ² / Flocos de Neve ⁴
8	Passagem Seletiva ^{1,2,4,6} / Tijolo ^{1,5,7} / Basquete ^{1,2,5,6,7} / Memória ²
9	Estacionamento ³ / Tijolo ^{1,5,7} / Basquete ^{1,2,5,6,7} / Memória ²
10	Slot Machine ^{1,2,3,4,7} / Memória ² / Estacionamento ³ / Flocos de Neve ⁴

Nota. 1) atenção; 2) memória; 3) planeamento;
 4) velocidade de processamento; 5) raciocínio lógico;
 6) organização visuo-perceptiva; 7) tomada de decisão.

deveria, no menor tempo possível, reproduzir a sequência que aparecia no topo, no local indicado pela seta vermelha. O sétimo exercício intitulava-se “Memória” e tinha como objetivo encontrar pares de cartas. Este jogo tinha dois níveis: no primeiro, o sujeito tinha disponíveis 45 segundos para encontrar oito pares de cartas, enquanto no segundo nível tinha de descobrir 18 pares em 150 segundos. Por fim, no oitavo exercício, denominado “Flocos de Neve”, o sujeito deveria selecionar a palavra que correspondia à imagem que aparecia na placa, no menor tempo possível. Estes últimos três exercícios foram desenvolvidos especificamente para este estudo (Gamito, 2013). Alguns destes exercícios estão ilustrados na Figura 1.

Na última sessão (*follow-up*), foram aplicados novamente os mesmos testes neuropsicológicos utilizados na primeira avaliação.

Figura 1 (abaixo).

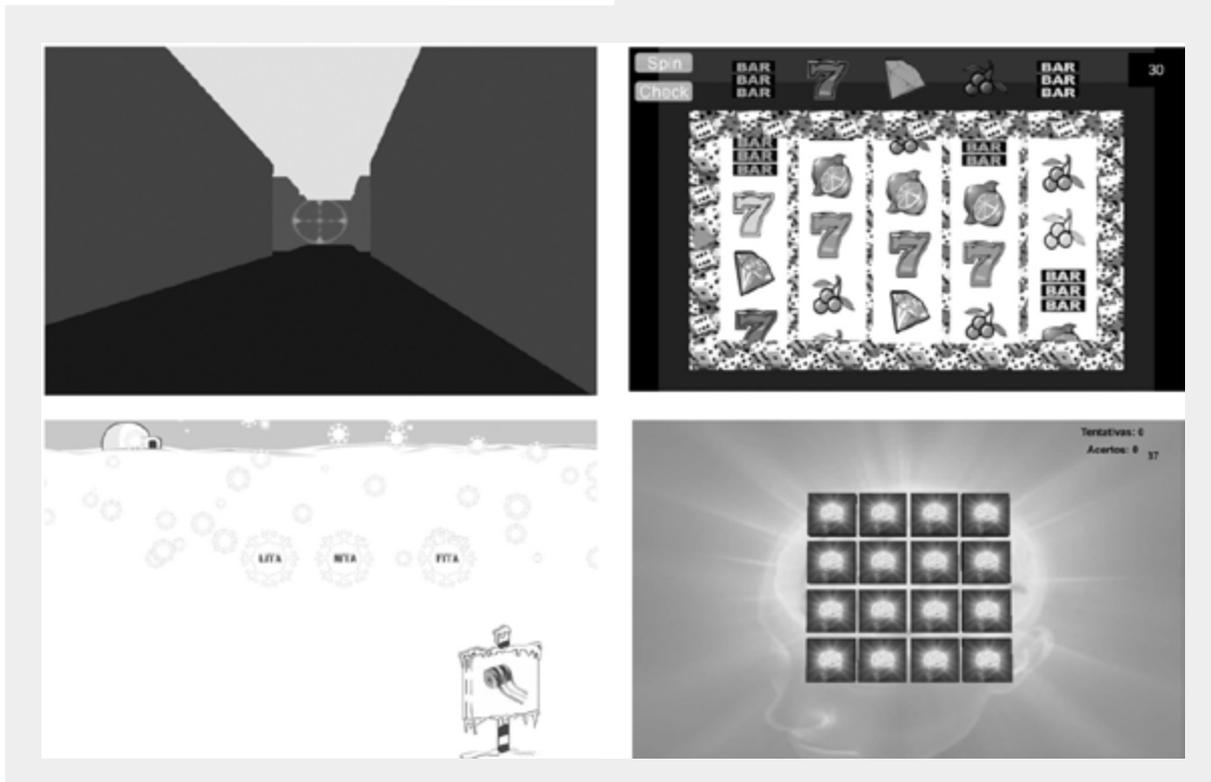
Exemplos das provas utilizadas no programa de estimulação cognitiva

Ambiente neutro de treino/familiarização
 (canto superior esquerdo);

Slot Machine (canto superior direito);

Flocos de Neve (canto inferior esquerdo);

Memória (canto inferior direito).



RESULTADOS

A análise estatística foi realizada com base em estatísticas descritivas e de inferência. Tendo em consideração a dimensão dos grupos, não foi possível a realização de testes paramétricos, pelo que se optou pela realização de testes não-paramétricos que são recomendados quando as condições de análise não cumprem os pressupostos para uma análise paramétrica, nomeadamente pela falta de ajustamento das variáveis à distribuição normal. O objetivo da análise consistiu na comparação dos resultados das provas neuropsicológicas entre os dois momentos avaliativos (i.e., *baseline* vs. *follow-up*). Assim, realizaram-se análises bivariadas para amostras relacionadas, com testes Wilcoxon de forma independente para os dois grupos em análise (experimental e controlo). Estas análises foram realizadas para todas as variáveis dependentes, especificamente: (1) pontuação total da FAB; (2) pontuação das provas de fluência verbal (SVF, AVF e PVF); (3) pontuação da evocação imediata e diferida das listas no RAVLT; (4) rendimento de trabalho e índice de dispersão da TP; (5) índice de interferência do CTT; e (6) percentagem de ensaios realizados, de respostas certas, de respostas perseverativas e de respostas de nível conceptual, e número de categorias completadas do WCST. Para a IGT foi feita uma análise mais detalhada. Os resultados da IGT foram avaliados por Net (conjuntos de 20 cartas, num total de 5 conjuntos) e por Decks (4 Decks: A, B, C, e D). Cada uma destas análises foi realizada independentemente para cada grupo em estudo, através de testes de Friedman para k amostras relacionadas, para a análise por Net e por Deck. No caso de testes significativos, foram realizadas comparações múltiplas não-paramétricas com recurso à ANOVA para as ordenações (*ranks*). Os resultados da IGT foram ainda comparados com testes de Wilcoxon para uma comparação dos conjuntos (Net) e baralhos (Deck) entre a *baseline* e o *follow-up*. As tabelas/figuras apresentadas ao longo dos resultados foram calculadas com base nas estatísticas descritivas de tendência central e dispersão, que permitem uma interpretação direta dos resultados (Tabela 3). Todos os resultados foram analisados com um nível de significância de 5%.

Comparação entre momentos avaliativos relativamente ao funcionamento frontal

As funções do lobo frontal foram avaliadas com recurso à FAB. As comparações intrasujeitos no que concerne à pontuação total da FAB foram realizadas para os dois grupos em análise. A análise realizada com o teste Wilcoxon não identificou diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos avaliativos (*baseline* e *follow-up*) para os dois grupos em análise ($p > 0,05$), sugerindo que a intervenção não provocou uma melhoria significativa do funcionamento frontal como avaliado através um teste geral como a FAB.

Comparação entre momentos avaliativos relativamente à fluência verbal

A mesma análise realizada para cada uma das três provas de fluência verbal, a fluência verbal semântica (SVF), fonológica (PVF) e de ações (AVF), não permitiu verificar diferenças estatisticamente significativas entre avaliações para os dois grupos em análise ($p > 0,05$). Este resultado está em linha com o anterior para as funções associadas ao lobo frontal e sugere que a intervenção não resultou em efeitos positivos nas capacidades de fluência verbal.

Comparação entre momentos avaliativos relativamente à memória verbal

A memória verbal foi avaliada através do RAVLT, com base em dois indicadores gerais de desempenho na prova: a evocação imediata das palavras em cada lista e a evocação diferida, com um intervalo longo de retenção. A análise identificou diferenças estatisticamente significativas no grupo experimental para a evocação imediata das listas ($ZW = 2,712$; $p = 0,007$) e evocação diferida ($ZW = 2,572$; $p = 0,010$). Estas diferenças sugerem um valor superior no *follow-up*, em comparação com a *baseline*, na capacidade de memória verbal. No grupo de controlo não se registaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Comparação entre momentos avaliativos relativamente às funções de atenção

As capacidades de atenção/concentração foram avaliadas pela prova TP através de dois indicadores gerais de desempenho, o rendimento de trabalho e o índice de dispersão. À semelhança da análise anterior, as diferenças entre momentos avaliativos foram registadas apenas no grupo experimental e não no grupo de controlo. No grupo experimental verificou-se um aumento dos resultados apenas no rendimento de trabalho da *baseline* para o *follow-up* ($ZW = 2,807$; $p = 0,005$). Não foram registadas diferenças na variável referente ao índice de dispersão ($p > 0,05$).

O CTT, através do indicador do índice de interferência, também contribuiu para o estudo da atenção. No entanto, os resultados deste teste não foram concordantes com aqueles obtidos para a TP, não se registando diferenças significativas no *follow-up* para qualquer um dos grupos ($p > 0,05$).

Comparação entre momentos avaliativos relativamente à flexibilidade cognitiva

A flexibilidade cognitiva foi estudada com recurso ao WCST e aos seus diferentes indicadores de desempenho, nomeadamente, percentagem de ensaios realizados, de respostas certas, de respostas perseverativas, de respostas de nível conceptual, e número de categorias completadas. Os testes Wilcoxon realizados para cada

Tabela 3

Estadísticas descritas de tendência central e variabilidade para os resultados dos testes neuropsicológicos

	Avaliação	PSBLE		Controlos	
		M	DP	M	DP
FAB Total	B	14,70	2,71	13,75	3,69
FAB Total	F	16,20	2,15	16,50	3,00
FV Semântica	B	19,50	3,34	22,25	2,75
FV Semântica	F	19,80	5,16	22,00	7,16
FV Fonológica	B	10,90	2,47	14,25	7,09
FV Fonológica	F	10,70	2,71	13,00	5,94
FV Ações	B	13,40	6,24	15,50	8,27
FV Ações	F	13,70	4,64	14,00	10,10
RAVLT Imediato	B	39,70	7,07	41,33	14,01
RAVLT Imediato	F	54,20	8,59	44,75	13,07
RAVLT Diferido	B	8,20	3,26	10,00	1,00
RAVLT Diferido	F	11,20	3,65	10,25	3,59
TP Rendimento Trabalho	B	166,20	51,18	165,75	96,64
TP Rendimento Trabalho	F	223,70	44,93	174,00	102,46
TP Índice Dispersão	B	17,17	19,80	21,80	17,41
TP Índice Dispersão	F	11,42	9,29	19,57	16,67
CTT Índice Interferência	B	1,01	0,40	1,33	0,44
CTT Índice Interferência	F	1,15	1,14	2,31	0,64
WCST % Ensaio	B	81,64	19,99	80,47	22,99
WCST % Ensaio	F	62,19	13,86	80,47	23,12
WCST % R Certas	B	70,27	17,34	71,81	12,48
WCST % R Certas	F	83,48	12,39	73,67	16,44
WCST % R Perseverativas	B	15,72	10,21	18,09	8,12
WCST % R Perseverativas	F	7,09	3,72	12,04	8,05
WCST % R Nível Conceptual	B	61,01	23,31	63,68	17,53
WCST % R Nível Conceptual	F	79,22	16,98	68,93	20,46
WCST % Categorias	B	78,33	31,48	83,33	23,57
WCST % Categorias	F	91,67	26,35	75,00	28,87

Nota. B – baseline; F – follow-up.

grupo permitiram verificar diferenças estatisticamente significativas, apenas no grupo experimental, para as variáveis: percentagem de ensaios ($ZW = -2,670$; $p = 0,008$), percentagem de respostas certas ($ZW = 2,193$; $p = 0,028$), percentagem de respostas perseverativas ($ZW = -2,295$; $p = 0,022$) e percentagem de respostas de nível conceptual ($ZW = -2,193$; $p = 0,028$). Estes resultados traduzem uma melhor performance no WCST para o grupo experimental, o que sugere um aumento da flexibilidade cognitiva no momento do *follow-up* no grupo que foi submetido à intervenção cognitiva.

Análise da tomada de decisão nos dois momentos avaliativos por grupos em estudo

A tomada de decisão foi avaliada através da IGT, que permite o estudo da tomada de decisão pela ponderação dos ganhos e perdas na escolha de cartas. A IGT permite uma análise da evolução da estratégia de escolha das cartas ao longo da prova (100 cartas) bem como, uma análise global à escolha dos baralhos (Decks), entre escolhas desvantajosas (Decks A e B) vs. vantajosas (Decks C e D).

Relativamente ao primeiro modo de análise, foi realizado um teste de Friedman para comparar os resultados obtidos por cada grupo nos 5 conjuntos de cartas (Net 1 vs. Net 2 vs. Net 3 vs. Net 4 vs. Net 5). Estes resultados permitiram observar uma curva de aprendizagem na escolha das 100 cartas no grupo experimental, com diferenças ao longo da execução da prova testadas pelo teste de Friedman, tanto na *baseline* ($X2F = 16,317$; $p = 0,003$) como no *follow-up* ($X2F = 15,210$; $p = 0,004$) (Figura 2).

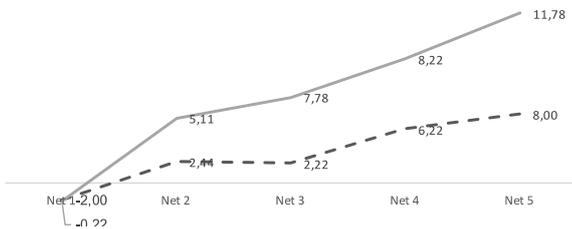


Figura 2. Análise descritiva ao desempenho na prova IGT por Net

Estes resultados foram explorados por meio de comparações múltiplas não-paramétricas que permitiram observar diferenças na *baseline* entre Net 1 vs. Net 5 ($ZW = -2,550$; $p = 0,003$), bem como, no *follow-up* entre Net 1 vs. Net 5 ($ZW = -3,056$; $p = 0,022$). Foram também realizadas comparações entre *baseline* e *follow-up* por cada condição Net, sendo estas diferenças significativas apenas na condição Net 1 ($ZW = 15,210$; $p = 0,004$).

No entanto, no grupo de controlo não se evidenciou uma curva, tal como observada no grupo experimental. Os resultados para o grupo de controlo não foram significativos nestas comparações ($p > 0,05$).

Quanto à análise por tipo de escolha, foi realizada a mesma análise pelo teste de Friedman para a comparação entre Deck A vs. Deck B vs. Deck C vs. Deck D, enquanto as diferenças entre *baseline* e *follow-up* em cada baralho foram testadas pelo teste de Wilcoxon (Figura 3).

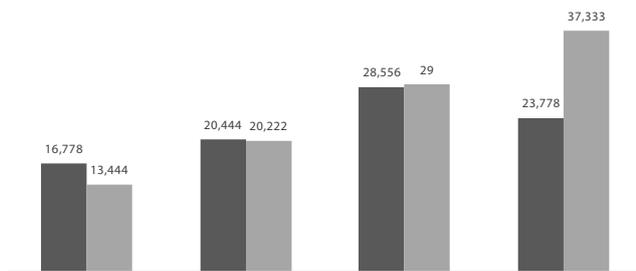


Figura 3. Análise descritiva às escolhas dos baralhos (A, B, C, D) na prova IGT

No grupo experimental, as comparações entre baralhos permitiram verificar diferenças nas escolhas entre baralhos apenas no *follow-up* ($X2F = 15,034$; $p = 0,002$). As comparações múltiplas não-paramétricas permitiram identificar diferenças nas comparações entre Deck A vs. Deck C ($ZW = -3,012$; $p = 0,016$) e Deck A vs. Deck D ($ZW = -3,560$; $p = 0,002$), com um número superior de escolhas de baralhos vantajosos neste grupo. No entanto, não se observou diferenças entre *baseline* e *follow-up* neste padrão de escolhas ($p > 0,05$). Nas comparações bivariadas entre *baseline* e *follow-up* por condição de baralho, registaram-se diferenças apenas no Deck D ($ZW = 1,962$; $p = 0,050$) com resultados superiores para o *follow-up*. Por outro lado, no grupo de controlo não se registaram quaisquer diferenças nas comparações realizadas ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar o resultado da aplicação de um conjunto de exercícios de estimulação cognitiva no rendimento neuropsicológico de um grupo de utentes do PSBLE. A literatura disponível utiliza maioritariamente amostras de sujeitos em tratamento e sem consumos ativos (e.g. Fernández-Serrano et al., 2010; Verdejo-García & Pérez-García, 2007). Pelo contrário, a população do PSBLE caracteriza-se por sujeitos heroínómanos, muitos deles policonsumidores, que apresentam com frequência comportamentos de risco e que poderão manter consumos ativos (este é um programa de baixo limiar, não existindo por isso uma exigência de cessação de consumos). As características desta população e do PSBLE, geram limitações *a priori* na realização de investigações deste tipo, das quais se destacam: a ausência de controlo sobre as substâncias presentes no organismo dos participantes; o desconhecimento, devido ao afastamento das estruturas de saúde, de diagnósticos fidedignos de perturbação mental ou neurológica; e as ausências frequentes durante o processo de recolha de amostra, devido à falta de organização dos utentes ou simplesmente à priorização de outras necessidades. Desta forma, os estudos na área da avaliação e reabilitação neuropsicológica com sujeitos em programas de redução de riscos são escassos. Embora tendo presentes as limitações anteriormente referidas, parece-nos pertinente estudar o perfil neuropsicológico destes sujeitos com vista à compreensão dos seus comportamentos e dificuldades, e consequentemente à delimitação de estratégias de intervenção adaptadas a esta população e ao contexto do PSBLE. A estimulação cognitiva aparece como uma estratégia de intervenção, que em conjunto com outras, poderá promover uma maior adaptação do sujeito aos contextos de vida onde se insere. Estudos anteriores, que compararam grupos de sujeitos em programa de substituição com suporte de Cloridrato de Metadona e de sujeitos em comunidade terapêutica, revelaram que os primeiros tendem a apresentar menores competências cognitivas (Oliveira et al., 2015; Verdejo, Toribio, Orozco, Puente, & Pérez-García, 2005), o que sustenta a importância da introdução da estimulação cognitiva nesta população.

Para efeitos do estudo constituiu-se um grupo experimental e um grupo de controlo, ambos avaliados em dois momentos diferentes (*baseline* e *follow-up*), nas mesmas condições. O grupo experimental foi sujeito a uma intervenção de estimulação cognitiva que decorreu ao longo de 10 sessões. Optou-se pelo conjunto de exercícios anteriormente descritos, com aplicações para *tablet*, com o propósito de estimular diferentes funções cognitivas, promovendo simultaneamente a manutenção da motivação e a adesão dos sujeitos. À semelhança do grupo experimental, o grupo de controlo continuou durante este tempo o seu regime habitual de acompanhamento no PSBLE, contudo não realizou os exercícios.

De um modo geral, os resultados obtidos permitem

observar um padrão de melhorias em determinadas funções cognitivas no momento *follow-up*, para o grupo experimental. Estas melhorias foram estatisticamente relevantes ao nível da memória verbal declarativa, atenção sustentada (quando avaliada pelo rendimento de trabalho da TP) e flexibilidade cognitiva. Constatou-se também que tais resultados podem estar na base dos melhores desempenhos verificados na prova IGT pelo grupo experimental, com uma estratégia mais adequada de escolha das cartas neste teste no momento do *follow-up*, principalmente nas primeiras 20 cartas (Net 1). No entanto, salienta-se que o grupo controlo apresentou um desempenho inferior nesta prova, inclusivamente no momento *baseline*, o que pode ser sugestivo de um pior rendimento neuropsicológico *a priori*, quando comparado com o grupo experimental. Para obviar esta questão, realizaram-se comparações bivariadas entre os dois grupos para todas as variáveis neuropsicológicas na *baseline*, não tendo sido encontradas diferenças significativas entre os grupos.

No que concerne à função atenção sustentada, os resultados não foram consistentes entre as duas provas utilizadas (TP e CTT) contudo, a diferença entre *baseline* e *follow-up* para o rendimento de trabalho da TP, um indicador ligado à velocidade de execução da prova (Martins, Moura, Martins, Figueira & Prkachin, 2011), revelou ser significativa. De forma semelhante, os resultados obtidos nas provas de funcionamento executivo também não foram consistentes. Enquanto na FAB, que é uma medida geral de funcionamento executivo, e nas provas de fluência verbal não foram encontradas diferenças significativas entre os dois momentos de avaliação, estas diferenças foram encontradas ao nível da flexibilidade cognitiva (medida pelo WCST) e da tomada de decisão (medida pela IGT). Estes resultados parecem-nos indicadores da necessidade de realizar estudos mais controlados, com amostras de maiores dimensões para colmatar algumas das lacunas identificadas neste estudo.

No que concerne aos resultados relativos à memória verbal declarativa, uma vez que os exercícios de estimulação não tinham enfoque nesta função cognitiva, as diferenças encontradas entre os dois momentos de avaliação remetem-nos para uma possível transferência dos efeitos da estimulação para sistemas relacionados com a memória. Um efeito semelhante foi reportado num estudo anterior com recurso a treino cognitivo (Smith et al., 2009), embora com uma abordagem diferente, baseada em princípios de plasticidade cerebral. No que concerne aos exercícios utilizados neste estudo em particular, a ausência de um grupo “sham” (i.e. um grupo de controlo que realiza as mesmas sessões de intervenção que o grupo experimental, com recurso a exercícios sem enfoque cognitivo) não nos permite tirar ilações sobre a contribuição individual de cada

exercício. Em estudos futuros, esta limitação deverá ser tida em consideração.

Uma revisão recente da literatura sobre treino cognitivo com sujeitos com Perturbação de Uso de Substâncias concluiu que as evidências empíricas preliminares sustentam a importância desta intervenção com base nos seus potenciais benefícios. Numa perspetiva geral, parece haver uma coerência teórica relativamente à eficácia do treino cognitivo na melhoria das competências trabalhadas. Por sua vez, o grau de transferência destas competências para outras funções não treinadas, bem como os resultados clínicos obtidos, por exemplo, no que diz respeito à redução da recaída, são moderados e inconsistentes entre estudos. A replicação de estudos, assim como a realização de novas investigações metodologicamente rigorosas, poderão trazer informações importantes relativamente ao papel do treino cognitivo na intervenção nos comportamentos aditivos (Verdejo-García, 2016).

REFERÊNCIAS

- Baddeley, A. (1986). *Working memory*. London: Oxford University Press.
- Baldacchino, A., Balfoura, D. J. K., Passetti, F., Humphris, G., & Matthews, K. (2012). Neuropsychological consequences of chronic opioid use: A quantitative review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *36*, 2056-2068. doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.06.006
- Bechara, A., Damásio, A. R., Damásio, H., & Anderson, S.W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, *50*(1-3), 7-15. doi:10.1016/0010-0277(94)90018-3
- Bickel, W. K., Christensen, D. R., & Marsch, L. A. (2011). A Review of Computer-Based Interventions Used in the Assessment, Treatment, and Research of Drug Addiction. *Substance Use & Misuse*, *46*, 4-9. doi:10.3109/10826084.2011.521066
- Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, *33*, 1010-1024. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Brucki, S. M. D., Malheiros, S. M. F., Okamoto, I. H., & Bertolucci, P. H. F. (1997). Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. [Normative data: category verbal fluency]. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *55*(1), 56-61. doi.org/10.1590/S0004-282X1997000100009
- Cramer, S. C., Sur, M., Dobkin, B. H., O'Brien, C., Sanger, T. D., Trojanowski, J. Q., ... Vinogradov, S. (2011). Harnessing neuroplasticity for clinical applications. *Brain*, *134*, 1591-1609. doi: 10.1093/brain/awr039
- D'Elia, L., Satz, P., Uchiyama, C., & White, T. (1996). *Color trails test professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Domínguez-Salas, S., Díaz-Batanero, C., Lozano-Rojas, O. M., & Verdejo-García, A. (2016). Impact of general cognition and executive function deficits on addiction treatment outcomes: systematic review and discussion of neurocognitive pathways. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *71*, 772-801. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.09.030
- Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB – A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, *55* (1), 1621-1626.
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2011). What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *35*, 377-406. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.04.008
- Fernández-Serrano, M. J., Pérez-García, M., Perales, J. C., & Verdejo-García, A. (2010). Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol

users enrolled in therapeutic communities. *European Journal of Pharmacology*, 626, 104-112. doi:10.1016/j.ejphar.2009.10.019

Gamito, P. (2013). URL:<http://labpsicom.ulusofo-na.pt>. Archived by WebCite® at <http://www.webcitation.org/6JEYtW6JH>.

Gamito, P., Oliveira, J., Caires, C., Morais, D., Brito, R., Lopes, P., ... Santos, C. (2014) Virtual kitchen test: assessing frontal lobe functions in patients with alcohol dependence syndrome. *Methods of Information in Medicine*, 53(6), 122-126. doi:10.3414/ME14-01-0003

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2011). Dysfunction of the prefrontal cortex in addiction: neuroimaging findings and clinical implications. *Nature Reviews Neuroscience*, 12, 652-669. doi:10.1038/nrn3119

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin card sorting test (WCST) — manual revised and expanded*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 35, 217-238. doi:10.1038/npp.2009.110

León, J. M. R.-S., Pedrero-Pérez, E. J., Rojo-Mota, G., Llanero-Luque, M., & Puerta-García, C. (2011). Propuesta de un protocolo para la evaluación neuropsicológica de las adicciones. *Revista de Neurología*, 53(8), 483-493.

Lima, C. F., Meireles, L. P., Fonseca, R., Castro, S. L., & Garret, C. (2008). The Frontal Assessment Battery (FAB) in Parkinson's disease and correlations with formal measures of executive functioning. *Journal of Neurology*, 255(11), 1756-1761. doi:10.1007/s00415-008-0024-6

Lopes, P., Trigo, H., Coutinho, R., Leitão, E., Miguel, N., & Oliveira, J. (2016). Low Threshold Methadone Program: 13 Years of Experience in Portugal. In C. Smith & Marshall, Z. (Eds.), *Critical Approaches to Harm Reduction: Conflict, Institutionalization, (De-)Politicization, and Direct Action* (pp. 23-40). New York: Nova Publishers. ISBN: 978-1-63484-878-7

Martins, M. J., Moura, B. L., Martins, I. P., Figueira, M. L., & Prkachin, K. M. (2011). Sensitivity to expressions of pain in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 189(2), 180-184. doi:10.1016/j.psychres.2011.03.007

Merzenich, M. M., Van Vleet, T. M., & Nahum, M. (2014). Brain plasticity-based therapeutics. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8. Retrieved from <http://www.frontiersin.org/>

Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions: four general conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 8-14. doi:10.1177/0963721411429458

Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., & Howerter, A. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100. doi:10.1006/cogp.1999.0734

Morgado, T., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse* 2(9), 10-15.

Naqvi, N. H., Gaznick, N., Tranel, D., & Bechara, A. (2014). The insula: a critical neural substrate for craving and drug seeking under conflict and risk. *Ann NY Acad Sci*, 1316, 53-70. doi:10.1111/nyas.12415

Noël, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 23, 1-7. doi: 10.1016/j.conb.2013.01.018

Oliveira, J., Lopes, P., Gamito, P., Trigo, H., Sargento, P., Rosa, B., Coutinho, R. (2016). Neuropsychological status of heroin users undergoing methadone maintenance in harm reduction program and therapeutic community. *International Journal of Mental Health and*

Addiction, 14(2), 141-148. doi:10.1007/s11469-015-9576-8

Rey, A. (1958). *L'examen clinique en psychologie [The psychological examination]*. Paris: Presses Universitaires de France.

Smith, G. E., Housen, P., Yaffe, K., Ruff, R., Kennison, R. F., Mahncke, H. W., & Zelinski, E. M. (2009). A cognitive training program based on principles of brain plasticity: results from the Improvement in Memory with Plasticity-based Adaptive Cognitive Training (IMPACT) study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(4), 594-603. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02167

Sofuoglu, M., DeVito, E. E., Waters, A. J., & Carroll, K. M. (2015). Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. *Neuropharmacology*, 64, 452-463. doi:10.1016/j.neuropharm.2012.06.02

Toulouse, E., & Pieron, H. (1986). *Prueba perceptiva y de atención*. Madrid: Tea Ediciones.

Verdejo, A., Toribio, I., Orozco, C., Puente, K. L., & Pérez-García, M. (2005). Neuropsychological functioning in methadone maintenance patients versus abstinent heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 78, 283-288. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.11.006

Verdejo, A., Orozco-Giménez, C., Sánchez-Jofré, M., Arcos, F., & Pérez-García, M. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas de abuso sobre distintos componentes de la función ejecutiva. *Revista de Neurología*, 38, 1109-1116.

Verdejo-García, A. (2016). Cognitive training for substance use disorders: Neuroscientific mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 68, 270-281. doi:org/10.1016/j.neubiorev.2016.05.018

Verdejo-García, A. J., López-Torrecillas, F., Arcos, F. A., Pérez-García, M. (2005). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in poly-substance users: A multiple regression analysis. *Addictive Behaviors*, 30, 89-101. doi:10.1016/j.addbeh.2004.04.015

Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2007). Profile of executive deficits in cocaine and heroin polysubstance users: common and differential effects on separate executive components. *Psychopharmacology*, 190, 517-530. doi:10.1007/s00213-006-0632-8

Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Pérez-García, M. (2006). Executive dysfunction in substance dependent individuals during drug use and abstinence: An examination of the behavioral, cognitive and emotional correlates of addiction. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12, 405-415. doi: 10.1017/S1355617706060486

Yan, W.-S., Li, Y.-H., Xiao, L., Zhu, N., Bechara, A., & Sui, N. (2014). Working memory and affective decision-making in addiction: A neurocognitive comparison between heroin addicts, pathological gamblers and healthy controls. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 194-200. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.09.027

MANTER A QUALIDADE DO TRATAMENTO PARA OS DEPENDENTES DE OPIÁCEO

**OS DOENTES CONTINUAM A NECESSITAR
DE CUIDADOS INTEGRADOS, EFICAZES E DE QUALIDADE**

MAINTAINING THE QUALITY OF TREATMENT FOR OPIATE ADDICTS

PATIENTS STILL REQUIRE INTEGRATED CARE, EFFECTIVE AND QUALITY

ROCHA ALMEIDA*

*Psiquiatra
Coordenador da Divisão de Intervenção nos
Comportamentos Aditivos
e nas Dependências da ARS Centro

A dependência de opiáceos é uma doença crónica com frequentes recaídas na sua evolução, que provoca graves problemas médicos, sociais e económicos ao próprio consumidor e à sociedade. Com o consumo de opiáceos há maiores riscos para o indivíduo contrair doenças infectocontagiosas VIH e Hepatites B e C, bem como doenças relacionadas com o abuso de consumo de bebidas alcoólicas. Há também riscos de um aumento de mortalidade em resultado de overdoses, violência e suicídio. Existem ainda riscos para a sociedade em consequência do aumento da criminalidade, o consumo de heroína está muito associado a contextos de marginalidade e exclusão, aumento do absentismo e do desemprego, e acréscimo de custos com os serviços de saúde a nível da prevenção e do tratamento.

Em Portugal, embora o consumo de heroína esteja a decair, o panorama ainda é muito marcado pelas consequências do seu consumo. Nos anos 80 e 90 do séc. XX, e ainda os primeiros anos do séc. XXI, o consumo de heroína foi dominante nas substâncias ilícitas, o que obrigou o país a tomar medidas estratégicas e operativas, que são hoje reconhecidas a nível mundial.

Na verdade e ao longo destes anos, Portugal soube implementar um conjunto de políticas no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências que ajudaram no combate a este grave problema que afetava a sociedade portuguesa e das quais julgo ser importante realçar alguns marcos fundamentais.

1. DESENHO DE UMA REDE PÚBLICA DE SERVIÇOS DE TRATAMENTO DE AMBULATÓRIO E DE INTERNAMENTO

Os primeiros serviços públicos para tratamento das dependências surgem em 1976, mas com o decorrer dos anos e face à crescente gravidade do problema o país, excepto as regiões autónomas, é abrangido até ao final dos anos noventa por uma rede pública de serviços através da existência de pelo menos um Centro de Atendimento a Toxicodependentes em cada capital de distrito, suportada pela criação de uma estrutura de coordenação nacional. Foi assim criado em Portugal Continental um serviço vertical que engloba 45 Centros de Atendimento a Toxicodependentes, 4 Unidades de Desabilitação, 3 Comunidades Terapêuticas e 2 Centros de Dia.

Serviços que integram equipas multidisciplinares tendo em consideração que a toxicodependência é uma complexa perturbação neurobiológica, mental e sociocultural.

Ao falarmos de tratamentos são múltiplas as intervenções a realizar e daí a necessidade de uma equipa especializada e multidisciplinar. Equipa com formação permanente nesta área, que possa dar resposta imediata às solicitações que lhe são pedidas e que reconhece a importância de tratar todas as

vertentes ligadas às adições.

Esta rede pública do tratamento é complementada por um conjunto de instituições privadas com quem tem sido possível contratualizar mais de 1500 camas convencionadas com Comunidades Terapêuticas espalhadas por todo o país.

2. ACESSIBILIDADE A PROGRAMAS DE TRATAMENTO COM AGONISTAS OPIÁCEOS, METADONA E BUPRENORFINA

A metadona como medicamento para tratamento da dependência de opiáceos começou a ser utilizada em Portugal em 1977 no CEPD Norte (depois CAT da Boavista), mas só mais tarde, em 1997, passou a ser utilizado em todos os serviços de tratamento da rede pública. A buprenorfina surge em Portugal em 2001. A disponibilidade de vários tipos de tratamento e a melhor acessibilidade aos mesmos, permite que a cada doente seja dado o tratamento mais apropriado ao seu problema.

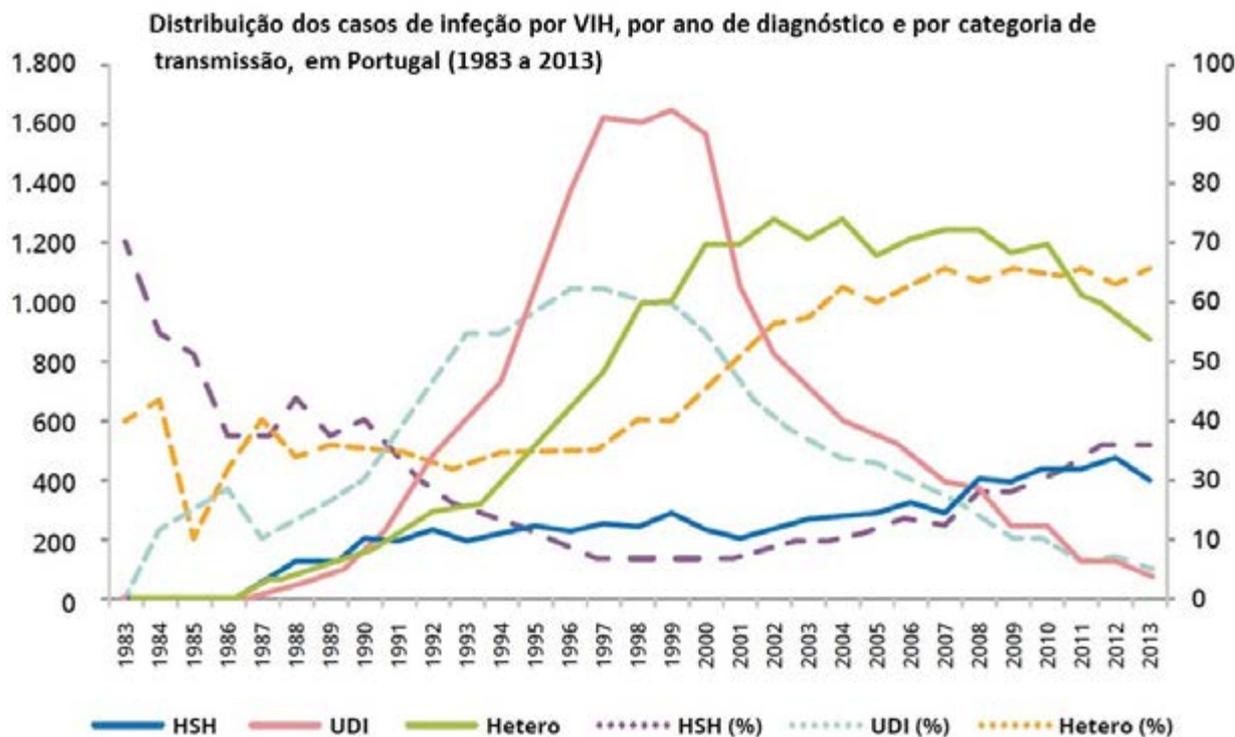
3. POLÍTICAS INOVADORAS EM MATÉRIA DE REDUÇÃO DE RISCOS E DE SAÚDE PÚBLICA BASEADAS NA ASSUNÇÃO DE QUE O TOXICODEPENDENTE É UM DOENTE

As mudanças ocorridas no fenómeno da toxicodependência levaram à implementação de políticas de redução de riscos e minimização de danos, com forte compromisso e implicação da sociedade civil, procurando promover a mudança de comportamentos dos consumidores de substâncias psicoativas, a fim de diminuir os riscos nos casos em que não é possível impedir o consumo ou conseguir temporizar a abstinência. As intervenções baseiam-se assim num forte compromisso com a saúde pública e no respeito pelos direitos humanos. Os Programas de Redução de Riscos e Minimização de Danos envolvem um conjunto de intervenções abrangentes em saúde pública, com o objetivo de diminuir os danos que os consumidores de drogas causam a si próprios e aos outros. Para isso são disponibilizadas estruturas sócio sanitárias para implementar estes programas: equipas de rua, centros de acolhimento, pontos de contato e de informação, espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas e de programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência.

Em 1993 é lançado o programa “Diz não a uma Seringa em Segunda Mão”. O programa de troca de seringas, como é mais conhecido, tem como principal objetivo prevenir a transmissão do VIH entre os utilizadores de drogas por via injetável, através da distribuição de material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado. Entre 1993 e 2013 foram distribuídas/recolhidas 51.413.844 seringas (1).

Em termos de saúde pública os resultados destas políticas são significativos como se pode constatar, por exemplo, em relação

à infeção por VIH nesta população. O gráfico abaixo mostra-nos a distribuição de novos casos de infeção nas três principais categorias de transmissão, população heterossexual (HETERO), utilizadores de drogas injetáveis (UDI) e homossexuais (HSH), entre os anos de 1983 a 2013. O que podemos verificar é que em finais da década de 90 a taxa de novos casos na população toxicodependente era superior a mais de 50% dos casos, mas a partir do ano 2000 começamos a ver um decréscimo ano a ano de novos casos de seropositividade nesta população, atingindo em 2013 o valor 6,9%, enquanto a tendência no mesmo período na população heterossexual é de crescimento apresentando em 2013 uma taxa elevada de novos casos, 62% (2).



Fonte: Elaborado por PN VIH/SIDA com base em dados do INSA, DDI-URVE (recolhidos em 31.08.2014)

4. DESCRIMINALIZAÇÃO DO CONSUMO (2000-2001)

Pela primeira vez Portugal tem uma Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicodependência com um horizonte temporal de 1999 a 2004 que se concentra em dois domínios de ação, a redução da procura e da oferta, através da implementação de ações com eficácia comprovada. É neste ciclo estratégico que é aprovada em Portugal a lei da descriminalização do consumo de drogas (2000) que será implementada a partir do ano 2001. Será a rutura com o paradigma criminal face ao consumo de drogas, que permitiu adoptar uma atitude mais flexível, influenciada por um modelo mais compreensivo do fenómeno do consumo de drogas numa perspectiva psicossocial e de doença.

As Comissões de Dissuasão para a Toxicodependência resultantes da aplicação desta lei (Lei nº30/2000) vieram substituir os tribunais criminais para uma perspetiva de descriminalização do consumo, procurando sensibilizar e dissuadir o consumidor de drogas, podendo mesmo, sempre com o seu acordo, encaminhá-lo para o tratamento. O objetivo é reabilitar o consumidor e não puni-lo.

Ao contrário do que alguns críticos desta política afirmavam, Portugal não aumentou o número de consumidores de drogas e não se tornou um país que iria atrair “turistas” consumidores de drogas. O que se verificou foi exatamente o contrário, mais utentes encaminhados para tratamento, entre 1998 e 2011 o número de utentes em tratamento aumentou 60%, o que permitiu minimizar os problemas com os consumos, resultados que levaram a um reconhecimento internacional das

políticas implementadas. Primeiro pensamos no cidadão e no seu tratamento e só depois em medidas punitivas, caso existam responsabilidades criminais.

5. INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, I. P. (2006-2007)

A organização e a operacionalização de toda a intervenção nesta área passou a estar no IDT, I.P. tutelado pelo Ministério da Saúde, que em 2007 vê reforçada e alargada a intervenção na área dos problemas ligados ao álcool com a integração das três estruturas existentes no país dos Centros Regionais de Alcoologia.

Portugal passou a dispor de uma estrutura impulsionadora de atividades na área dos comportamentos aditivos e das dependências, através de:

- Intervenções assentes em respostas integradas nas diferentes dimensões, Prevenção, Dissuasão, Redução de Riscos e Minimização de Danos, Tratamento e Reinserção.
- Intervenções em contexto – Comunitário, Escolar, Universitário, Laboral, Recreativo, Rodoviário, Prisional e outros.
- Intervenções que têm como princípios orientadores a, territorialidade, a centralidade no cidadão, abordagens integradas, a melhoria da qualidade e certificação dos serviços.

De salientar ainda a decisão da União Europeia de instalar em Lisboa a sede do **Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (1995)**, que tem a seu cargo, através da articulação com a rede europeia de pontos focais nacionais, a monitorização do fenómeno da droga nos países europeus.

A evolução da investigação científica e a prática clínica nas últimas três décadas de intervenção em toxicodependências, permitiu-nos uma variedade de abordagens no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências. Toda esta dinâmica teve um forte impacto na qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Ao mesmo tempo, os serviços passaram a ter um conjunto de profissionais qualificados, com formação e com experiência demonstrada através de resultados reconhecidos como fortemente positivos.

O QUE SE PASSA DESDE 2011

Em Dezembro de 2011 o governo extinguiu o IDT, I.P., criando o Serviço de Intervenção nos Comportamentos e Dependências (SICAD) a quem são atribuídas competências técnico-normativas relativamente ao planeamento, intervenção e avaliação de programas no âmbito dos comportamentos aditivos e dependências, tendo toda a operacionalização da intervenção sido atribuída às Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) através dos Centros de Respostas Integradas (CRI), Unidades de Desabilitação, Unidades de Alcoologia e Comunidades Terapêuticas.

Perdeu-se uma cultura organizacional assente num serviço vertical, com uma coordenação nacional, com unidades de intervenção local abrangendo uma área geodemográfica nacional.

Ao tomar uma decisão destas o governo teria motivos e planos para avançar com uma nova reestruturação. Porém, o que verificamos é que durante estes anos não foram emanadas quaisquer linhas orientadoras que permitissem uma definição do que se pretendia para estes serviços.

Não havendo nada, temos que perguntar. Será que a decisão de extinguir o IDT, IP se baseou em alguma avaliação relativamente à eficácia e à eficiência das abordagens, dos métodos e dos programas implementados nas áreas da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento e da reinserção? Ou, será que se pensou que o problema estava “controlado” e não necessitava de uma organização como a que estava no terreno? Ou, extinguiu-se pelo simples motivo que tinha que se extinguir?

Três perguntas para as quais não consigo encontrar uma resposta conclusiva. O que se verifica a nível dos serviços regionais é que a integração ocorrida nas ARS foi mais administrativa do que funcional. Isto é, os serviços continuam com as mesmas funções técnicas mas sem autonomia, sem estratégia definida em relação ao futuro e com muito “ruído” à sua volta já que frequentemente vamos ouvindo várias versões sobre a possibilidade de voltarem a passar por uma integração noutros serviços públicos, hospitalares e/ou cuidados primários.

Toda esta indefinição provoca grande instabilidade no seio dos utentes e seus familiares e junto dos profissionais que nunca foram chamados a pronunciarem-se relativamente ao futuro destes serviços, mas que diariamente continuam a desenvolver as suas atividades.

Os desafios para o futuro são grandes já que o fenómeno das adições está evoluindo muito rapidamente, novas substâncias estão emergindo, novos padrões de consumo, um perfil de consumidor diferente do que tínhamos. Mais jovens, bem integrados na sociedade, que consomem de forma descontínua, com fins recreativos, socializantes ou para melhorarem o desempenho. Não esquecendo as adições sem substância, internet, jogo, compras, sexo, etc., as quais são cada vez mais motivo de pedidos de ajuda e de consulta.

Apesar desta conjuntura de mudanças e incertezas, os serviços e os profissionais que trabalham nestas áreas têm sabido incorporar esta nova realidade e respondem com elevado espírito de missão às solicitações que lhes são feitas procurando dar respostas atempadas e concertadas.

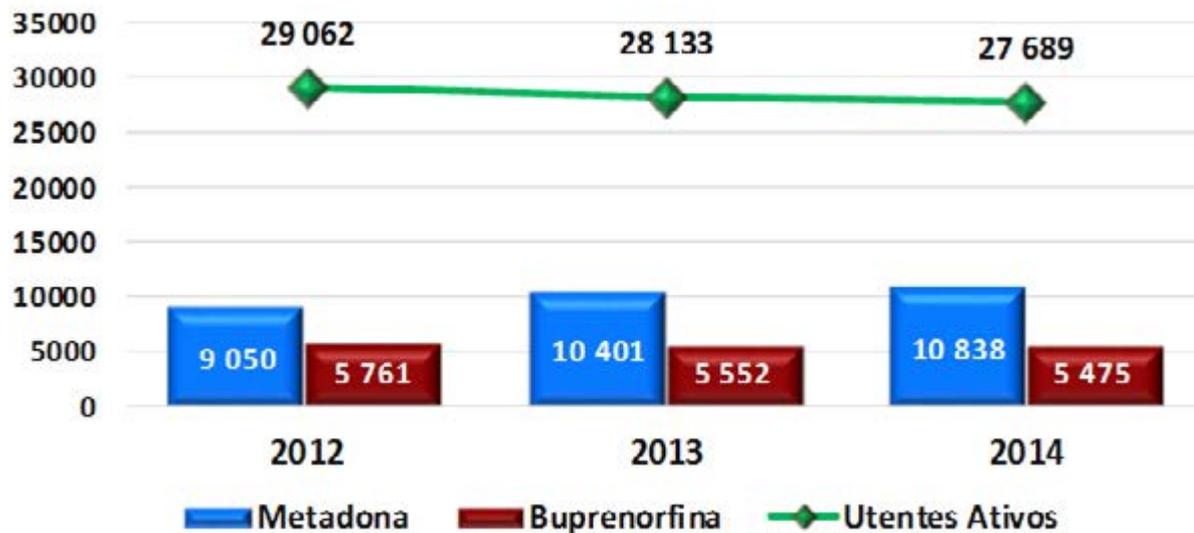
O PROBLEMA COM OS DOENTES DEPENDENTES DE OPIÁCEOS

Os dados do SICAD apresentados no relatório anual sobre A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência (2012/13/14) revelam que, em ambulatório, na rede pública de tratamento dos comportamentos aditivos e dependências há um número significativo de utentes em tratamento.

É importante referir que estes números dizem respeito apenas a utentes em tratamento nas Equipas de Tratamento dos CRI com problemas relacionados com o uso abusivo de substâncias ilícitas, não estão incluídos os utentes com problemas relacionados com o uso de álcool. Cerca de 80% destes utentes em tratamento têm a heroína como droga principal de consumo (3). Embora se constate uma tendência para o decréscimo do número de utentes em tratamento que não é muito significativo 1,5% entre 2013 e 2014, podemos considerar que a taxa de retenção no tratamento é elevada.

Em contrapartida há um aumento de utentes em tratamento com agonistas opiáceos, sendo de salientar que a metadona pelo facto de ser disponibilizada gratuitamente e ser opção de tratamento há mais anos, tem mais utentes integrados neste programa terapêutico.

Utentes Ativos/Utentes em Programas Agonistas Opiáceos



Fonte: SICAD

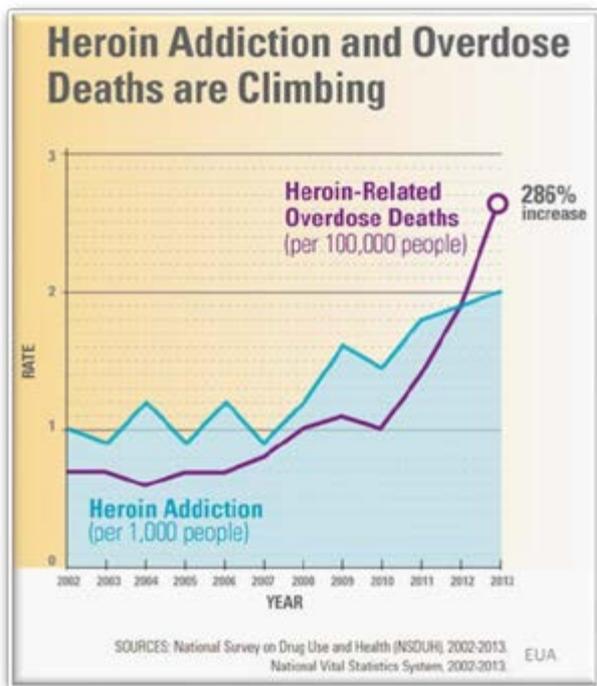
Temos uma população dependente de heroína bastante bem enquadrada nas estruturas do tratamento e da redução de danos, com possibilidade de recurso a vários tipos de tratamento de forma a responder às reais necessidades de cada utente. Mas esta população está mais envelhecida, com comorbilidades físicas e mentais e por isso a necessitar de mais cuidados de saúde sempre com o objetivo de lhes ser proporcionado o acesso a mais e melhores intervenções terapêuticas.

Mas também sabemos que os dependentes de heroína que abandonam o tratamento podem ter mais recaídas e maior taxa de mortalidade que aqueles que se mantêm em tratamento. Por isso, e tendo em consideração que estamos perante uma doença crónica, acompanhada de frequentes recaídas, os tratamentos a realizar são de longa duração. É neste sentido, que afirmamos que estes doentes têm todo o direito de continuar o seu tratamento através de cuidados integrados, eficazes e de qualidade. Com efeito, é a melhoria na qualidade de vida e no funcionamento social, que se consegue no longo processo de reabilitação do utente, que o sucesso terapêutico tem a sua tradução.

Por outro lado, as notícias que nos vão chegando do exterior relativamente ao consumo de opiáceos, nomeadamente as referentes ao aumento de mortes por overdose, são preocupantes e constituem uma indicação de que Portugal não deve baixar o nível de alerta sobre este problema.

Por exemplo, os Estados Unidos têm atualmente uma das taxas mais elevadas do mundo de mortes por overdose relacionadas com o consumo de heroína e de outros opiáceos. Desde o ano 2000 que as mortes por overdose quadruplicaram e no ano de 2014 morreram nos EUA 28.000 pessoas por overdose, sendo que metade destas mortes estão relacionadas com a prescrição de fármacos opiáceos (Centers for Disease Control and Prevention). Na verdade, as estatísticas mostram que boa parte destes novos dependentes chegam à heroína porque tomam em excesso medicamentos opiáceos para a dor, designadamente o Fentanyl que é muito mais potente do que a heroína e tem um modo de ação mais rápido.

O problema é que estes medicamentos para a dor estão a ser prescritos por períodos muito prolongados e nestas condições esses medicamentos não ajudam, levam a complicações como a um ressurgimento da dor através da alteração dos mecanismos neurobiológicos acabando por provocar sensações de hiperalgesia. É importante que os médicos que prescrevem este tipo de medicação tenham a noção das possíveis complicações que os opiáceos originam em tratamentos prolongados, como, a



tolerância, síndromes de abstinência, a interação com outros medicamentos e a hiperalgesia

Esta nova realidade vem desfazer o grande equívoco de que os opiáceos são um problema apenas de minorias ou que afeta apenas as pessoas mais pobres e marginais. Agora temos um outro perfil de consumidores, de raça branca, que vivem em cidades pequenas ou bairros residenciais de classe média/alta nos arredores das grandes cidades. Alguns foram figuras públicas bem conhecidas do meio artístico, Whitney Houston, Philip Seymour Hoffman's, Michael Jackson, Prince, que morreram por problemas de consumo de opiáceos. O problema atingiu já uma proporção elevada ao ponto de já dizerem que os EUA estão perante uma nova epidemia com o consumo de opiáceos facto que tem levado os políticos a terem de falar do assunto e por isso este tema entrou largamente no debate na recente campanha eleitoral para a presidência dos EUA.

Perante esta realidade os especialistas americanos dizem que é preciso enfrentar o problema e deixar de tratar o consumo de heroína de forma estigmatizada.

PORQUE DEVEMOS CONTINUAR A TRATAR OS DEPENDENTES DE OPIÁCEOS

Portugal soube tomar medidas na devida altura de forma a diminuir o problema do consumo de opiáceos, e conseguiu-o. Mas é importante reconhecer que temos um número elevado de heroinodependentes nos serviços públicos do tratamento, e que esta população necessita de cuidados de saúde acrescidos. As intervenções farmacológicas são extremamente importantes para esta população, porque são eficazes, podemos usá-las nas recaídas e em tratamentos prolongados. Mas um programa terapêutico envolve as terapias farmacológicas e as intervenções psicossociais de forma a reabilitar e reintegrar estes doentes na sua estrutura familiar e social. É esta associação de intervenções terapêuticas que muito contribuem para a adesão e motivação para o tratamento.

Entendo por isso que ao estarmos perante uma doença crónica que exige tratamentos prolongados, os doentes em tratamento devem continuar a ter acesso a cuidados, adaptados às suas necessidades, diversificados e de qualidade.

Atravessamos um período de indefinição relativamente à futura organização dos serviços que durante mais de três décadas têm tido uma intervenção especializada na área dos comportamentos aditivos e dependências. A experiência acumulada na intervenção, a formação multidisciplinar dos profissionais, a acessibilidade aos serviços, a retenção dos utentes nos serviços e a capacidade de intervenção comunitária assente na articulação entre entidades públicas e privadas com intervenção nesta área, exigem uma definição clara de linhas orientadoras que sejam mobilizadoras, flexíveis e entendíveis para quem necessita de cuidados e para quem trabalha nesta área.

É, pois, importante que os decisores políticos tenham em atenção todo o trabalho desenvolvido ao longo destes anos de intervenção e muito especialmente, que tenham consciência do impacto que terá na sociedade portuguesa o recrudescimento destes problemas a nível, da saúde dos cidadãos consumidores, da saúde pública, do desenvolvimento económico e social e no sentimento de segurança da população portuguesa.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Direção Geral da Saúde (2013), *Relatório Anual Programa "Diz não a uma seringa em segunda mão"*
- 2 - Direção Geral da Saúde (2013), *Portugal – Infecção VIH, SIDA e Tuberculose em números*
- 3 - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2012/13/14). *Relatório Anual "A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências"*
- 4 - Kleber, H. D. (2008). *Methadone maintenance 4 decades later – Thousands of lives saved but still controversial.* JAMA, vol. 30, nº19.
- 5 - Maremmani, I., Maremmani, A. G. I. (2015). *Towards the future of the treatment of heroin addiction. New challenges/issues to be addressed.* Heroin Addiction Related Clinical Problems, 17(4); 5-8.
- 6 - Cohen, F. (20016), *L'heure serait-elle venue pour que la raison triomphe? The time it would come that reason triumphs?* Le Courier des Addictions (18), nº2

TATUAGEM EM MEIO PRISIONAL: FENÓMENO DE SAÚDE PÚBLICA

TATTOOING IN PRISONS: PUBLIC HEALTH PHENOMENON

MARIA JOSÉ SANTOS, MSP*
ISABEL DIAS, PHD**

* Mestre em Saúde Pública pela
Faculdade de Medicina do Porto.
Exerce funções no Departamento de Saúde Pública
da Administração Regional de Saúde do Norte como
Gestora do Programa Regional da Infecção VIH/Sida
maria.santos@arsnorte.min-saude.pt

** Doutorada e agregada em Sociologia. Professora
Associada na Faculdade de Letras da Universidade do
Porto - Departamento de Sociologia

RESUMO

No presente artigo analisa-se a tatuagem realizada em contexto prisional como fenómeno de saúde pública. Descreve-se os meios e as condições precárias em que é efetuada. Identificam-se alguns fatores que explicam a adesão e a continuidade desta prática na prisão. Sugere-se a implementação de programas e medidas preventivas com o objetivo de defender não só o melhor interesse dos reclusos, mas também o do pessoal penitenciário e o da população em geral.

SUMMARY

In this paper tattooing practices in a prison context are studied as a public health issue. The precarious operational and environmental means in which these practices are carried out are described. Some of the factors explaining why tattooing continues to be carried out in a prison setting are identified. The implementation of programs and preventive measures are suggested, with the objective of defending, not only the prisoners best interests, but also those of the prison staff and general public.

Palavras-chave: Tatuagem, prisão, saúde pública.

INTRODUÇÃO

A tatuagem tem sido constantemente reinventada em diferentes momentos e partes do globo, com maior ou menor variação de propósitos, técnicas e resultados. Desde tempos imemoriais que diversos povos e culturas usaram pinturas definitivas nos seus corpos que assinalavam não só os fatos da vida biológica (nascimento, puberdade, reprodução e morte), mas também certos rituais.

A tatuagem foi introduzida no Ocidente, no século XVIII, por força das explorações marítimas que colocaram os europeus em contacto com as culturas do Pacífico. Nessa época não existiam tatuadores profissionais, mas alguns amadores já estariam a bordo dos navios e em grandes portos.

Devido à prática dos marinheiros ingleses se tatuarem, no final do século XIX, o uso da tatuagem expandiu-se em Inglaterra como em nenhum outro país da Europa, de tal forma que vários segmentos da sociedade inglesa tornaram-se adeptos deste tipo de arte. Apesar da própria realeza ter aderido a esta prática, a maioria das pessoas associavam-na à criminalidade, marginalidade e à homossexualidade.

A palavra tatuagem origina-se do inglês “tattoo”, sendo atribuída a sua autoria ao capitão James Cook, que escreveu no seu diário a palavra “tattow”, também conhecida como “tatau”, uma onomatopeia do som feito durante a execução da tatuagem, em que se utilizavam ossos finos como agulhas, nos quais se batia com uma espécie de martelinho de madeira para introduzir a tinta na pele. Ela pode ser definida como a elaboração de desenhos, marcas e sinais feitos com o emprego de corantes na derme, camada mais inferior da pele. De acordo com o tipo de imagem as tatuagens podem ser classificadas em figurativas, abstratas ou híbridas.

A partir de 1920 a tatuagem tornou-se mais popular entre os norte-americanos e os europeus, ganhando contornos de uma atividade mais comercial. Durante muito tempo ela continuou, nos Estados Unidos da América, a estar muito associada às classes socioeconómicas mais baixas, aos militares, marinheiros, às prostitutas e aos criminosos. Porém, a partir dos anos 1970, dá-se a sua popularização efetiva quando a Califórnia se torna o berço dos desenhos que reproduziram as imagens de Marilyn Monroe, James Dean e Jimmy Hendrix, ao mesmo tempo que os surfistas lançavam a moda dos braços decorados com dragões e serpentes. Desde então, o aumento da popularidade da tatuagem não mais parou de crescer, a ponto de ser reconhecida como arte, graças às iniciativas dos “tattoo clubs” de todo o mundo que promovem exposições, competições e realizam convenções para a atualização dos métodos de aplicação.

A chamada “arte na pele” cada vez mais perde o estigma marginal que costumava caracterizá-la e encontra-se nos corpos de pessoas de várias idades e classes sociais. Apesar disso,

ainda hoje, muitas pessoas são discriminadas por terem os seus corpos tatuados.

As motivações que levam uma pessoa a tatuar-se são infinitas. No mundo da marginalidade a tatuagem possui um significado próprio. Diversos estudos revelam, por exemplo, que nas prisões a tatuagem funciona como um código entre os reclusos. De acordo com a imagem escolhida, os restantes reclusos ficam a saber o grau de perigosidade do indivíduo, se este é digno ou não de confiança, o tipo de crime que cometeu ou até a sua orientação sexual. Existem, inclusive, tatuagens realizadas sob coação, principalmente naqueles que são condenados por estupro ou crimes contra os costumes. Assim, a tatuagem é reconhecida como uma forma de expressão pessoal muito popular no meio prisional. No entanto, é proibida e sancionada nos estabelecimentos prisionais portugueses. Dada esta proibição, a sua prática ocorre de forma clandestina. Consequentemente, os reclusos estão impossibilitados de ter acesso ao equipamento apropriado para realizar a tatuagem através de métodos de aplicação e de assepsia adequados.

Como a tatuagem envolve perfuração da derme com agulhas, é uma atividade que apresenta um alto risco de transmissão de infeções por vírus de transmissão sanguínea, nomeadamente o vírus da hepatite C (VHC), da hepatite B (VHB) e em menor medida o vírus da imunodeficiência humana (VIH). Este risco é decorrente da partilha e reutilização de equipamentos de tatuagem (agulhas, máquinas, tintas) contaminados com sangue, o que representa um motivo de preocupação não só para os reclusos, mas também para os serviços prisionais. Constitui, de igual modo, um risco para a saúde pública, em geral.

De forma a compreender, junto dos reclusos, o que os motiva a realizar uma tatuagem em condições adversas de segurança e higiene, colocando a sua saúde em risco, foi realizado um estudo qualitativo num estabelecimento prisional em Portugal. Procurou-se, por um lado, conhecer os materiais utilizados, as condições e locais onde as tatuagens são efetuadas, assim como identificar alguns dos fatores que podem explicar a adesão e a continuidade deste fenómeno em contexto prisional. Por outro, indagou-se sobre o significado das tatuagens; qual a sua função no contexto prisional, assim como o seu sentido para os reclusos que se tatuam. Adiantando uma via interpretativa, podemos afirmar, a respeito das tatuagens, que elas, de uma forma ou de outra, conferem ao indivíduo a sua dignidade de ser humano e operam a passagem da natureza à cultura. Diferentes quanto ao estilo e à composição, as tatuagens expressam, em sociedades complexas como as atuais, a hierarquia do *status*. Possuem, assim, uma função sociológica (Lévi-Strauss, 2000, p. 183).

1. METODOLOGIA

Tendo como objetivo principal a descrição das concepções e significados do fenómeno da tatuagem em meio prisional, recorreu-se a uma metodologia qualitativa (Marton, 1986, 1988; Richardson, 1999). Neste âmbito, usamos a entrevista semiestruturada composta por um guião previamente elaborado. Depois de transcritas as entrevistas foram sujeitas a uma análise de conteúdo temática. Os resultados foram apresentados através dos extratos ilustrativos das concepções e significados da tatuagem para os reclusos (Marton, 1986). A amostra foi construída em função de determinadas variáveis estratégicas, designadamente, idade, tempo de pena e o facto de ser tatuador ou tatuado (critério da diversificação). Os resultados apresentados têm por base 19 entrevistas realizadas em 2010, aos reclusos de um estabelecimento prisional situado na região Norte de Portugal. A recolha de informação foi precedida do cumprimento de um conjunto de procedimentos éticos indispensáveis neste tipo de pesquisa. Assim, foi solicitado a todos os entrevistados que assinassem uma declaração de consentimento informado e a sua autorização para o registo fotográfico da imagem tatuada, de acordo com as regras emanadas pela Comissão de Ética¹ que aprovou previamente o estudo.

2. RESULTADOS

Começamos por apresentar uma breve caracterização sociodemográfica da nossa amostra para, de seguida, darmos conta dos resultados da análise de conteúdo das entrevistas.

2.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA POPULAÇÃO

Dos dados recolhidos sobressai o facto de 37% dos reclusos terem idades superiores a 40 anos e possuírem baixos níveis de escolaridade, com destaque para os 42% que detêm o 2º ciclo do ensino básico. Mais de metade está a cumprir uma pena superior a 15 anos (Quadro nº1).

Quadro nº 1 - Caracterização sociodemográfica: Idade, escolaridade e tempo de pena

Idade	n	%
< 30	6	31,6
≥ 30 < 40	6	31,6
≥40 ≤ 55	7	36,8
Escolaridade	n	%
Ensino Superior	1	5,3
Ensino secundário	3	15,8
Ensino Básico 3º ciclo	3	15,8
Ensino Básico 2º ciclo	8	42,1
Ensino Básico 1º ciclo	4	21
Tempo de Pena	n	%
Até 6 anos	2	10,5
De 6 a 9 anos	3	15,8
De 9 a 15	3	15,8
Mais de 15 anos	11	57,9

1 Comissão de ética do Hospital de São João do Porto. Parecer nº 04355/2010.

2.2. TATUAGEM EM MEIO PRISIONAL: CONCEÇÕES E SIGNIFICADOS

A análise de conteúdo das entrevistas evidencia um conjunto de representações importantes acerca do uso da tatuagem em meio prisional. Em geral, embora estejam convencidos de que tomam as precauções suficientes de proteção contra possíveis infeções, os reclusos reconhecem que, devido às condições em que a praticam, a tatuagem envolve riscos sérios para a saúde. A ligação aos afetos e o sentimento de pertença a determinado grupo ou comportamento estão geralmente associados à escolha da imagem a tatuar. O baixo custo de realização da tatuagem dentro do sistema prisional e o propósito de alterar imagens antigas, por servirem de identificação no processo judicial, parece contribuir para a adesão e continuidade desta atividade em contexto prisional. Por seu turno, os tatuadores entrevistados são utilizadores de drogas, que aperfeiçoaram esta prática para poder sustentar o consumo.

Mas uma análise qualitativa das entrevistas deve focar-se, de forma detalhada, na particularidade dos discursos e representações dos reclusos tatuados, pelo que iremos, de seguida, dar conta dos resultados a partir de seis dimensões analíticas principais, designadamente:

- Modos de Tatuar: Técnicas e Improvisações
- Tatuagem e Reclusão
- Tatuagem e Toxicodependência
- Tatuagem como Prática de Risco
- Tatuagem: Imagens realizadas e significados atribuídos
- Determinantes de realização

2.2.1. MODOS DE TATUAR: TÉCNICAS E IMPROVISAÇÕES

As tatuagens são realizadas com equipamentos rudimentares, geralmente uma máquina artesanal, improvisada, que é construída pelos próprios reclusos/tatuadores. A máquina é constituída por um motor elétrico (vulgarmente retirado de qualquer pequeno rádio, consola ou leitor de CD), ao qual é acoplado um invólucro plástico (de uma esferográfica). A tinta utilizada é da própria esferográfica e a mola de um isqueiro é utilizada para instilar a tinta na derme, tal como refere António:

“...Umaz maquinazinhas artesanais que são feitas com o motor de um gravador daqueles pequeninos - walkman ou então para ser mais rápidos a encher é com o motor de um leitor de CD, usa-se uma caneta a fazer de mola e então pode ser a pilhas ou a eletricidade. Os desenhos são tirados de uma revista ou desenhados pelo próprio em papel vegetal, depois o sítio que vai ser tatuado é rapado e é passado com stick de pôr debaixo dos braços e o desenho fica marcado aqui, depois é só trabalhar...”

(António, 39 anos, tempo de reclusão 17 anos)

Observa-se a existência de autênticos nichos de criatividade na construção das máquinas artesanais, na produção de “tintas” e no decalque das imagens. Através da manifestação

desta criatividade e do não cumprimento das regras da instituição, o recluso pode querer provar, a si próprio e aos que o rodeiam, que ainda detém um certo “poder” sobre o meio, podendo este fenômeno desempenhar uma função importante no processo de estruturação do eu. Este tipo de adaptação (adaptação secundária) pode compreender-se como resposta ao poder constrangedor da instituição total – prisão – fazendo parte do sistema social que ela representa (Goffman, 1961). Relativamente aos materiais utilizados, a criatividade é mais uma vez uma ferramenta fundamental. São descritas diversas formas de “produzir” tinta, por exemplo, indo desde a tinta-da-china à tinta de “fumo”, a qual é obtida queimando tampas de esferográficas azul (tampas BIC) ou as *gillettes* usadas para barbear. Atualmente é mais utilizada a tinta das esferográficas, como nos descreve João:

“(...) Há várias maneiras de fazer tinta, estas por acaso foi tudo feito a rotring, mas as verdadeiras tatuagens são feitas a tinta-da-china que é mais difícil de arranjar, mas por exemplo esta aqui (esta asinha) já foi feita com tinta de fumo, o fumo de uma gillette é passado por um copo de alumínio que fica todo preto, depois raspa-se e junta-se duas gotas de champô azul...”

(João, 42 anos, tempo de reclusão 12 anos)

Depois de decalcada a imagem, para realizar a tatuagem é necessário introduzir a “tinta” na derme para que esta se torne permanente. Nesta fase, tem-se que utilizar material que perfure a pele. Também aqui a criatividade volta a predominar, pois as “agulhas” são construídas com as molas de isqueiro, tal como é descrito por Joaquim:

“...As agulhas são feitas com as cargas que vêm nos isqueiros, existe uma molinha que se tira com um corta-unhas na ponta, aquece-se a meio estica-se e pronto fica uma agulha...”

(Joaquim, 29 anos, tempo de reclusão 7 anos)

Sendo uma atividade não permitida não existe um local adequado para realizar as tatuagens. Todos os entrevistados afirmam que são realizadas nas celas, o que implica uma marcação prévia, caso o recluso/tatuador não seja companheiro de cela. Mais uma vez, observámos a existência de regras informais, de códigos de conduta, da necessidade de elaborar um sistema de defesa destinado a salvaguardar uma parte de autonomia, por mínima que seja. Aqui estabelece-se todo um sistema de trocas, que não se limita aos bens materiais, mas também ao apoio mútuo, a fuga às regras, criando um suporte simbólico de solidariedade, como afirma Alfredo.

“...É combinado se não forem parceiros de celas, combinam, há sempre maneira de contornar o sistema...”

(Tatuador, 34 anos, tempo de reclusão 15 anos)

2. 2. 2. TATUAGEM E RECLUSÃO

Dos entrevistados, 12 reclusos encontram-se no sistema prisional há mais de 10 anos. Destes, 11 realizaram tatuagens dentro do sistema prisional em grande número, pois alguns possuem mais de 20 tatuagens no corpo. A primeira tatuagem foi realizada por estes indivíduos antes dos vinte anos, na sua primeira condenação. É frequentemente referido o início da pena como sendo o momento mais marcante e decisivo para a realização de uma tatuagem, e muitas vezes tal acontece ainda em regime preventivo.

Mas, mais do que a pena atual, o percurso prisional do recluso parece ser muito significativo para a realização de uma tatuagem na prisão, nomeadamente o número de vezes que já esteve preso, o tipo de estabelecimentos prisionais por onde passou e o tempo total de reclusão. Assim, os indivíduos que entraram no sistema prisional com menos de 20 anos de idade apresentam um maior número de tatuagens realizadas em contexto prisional quando comparados com os que entraram com idades superiores. Por outras palavras, o tempo que o indivíduo permanece dentro do sistema prisional ao longo da vida e principalmente a idade com que entrou no sistema, parecem estar diretamente relacionados com o número de tatuagens realizadas.

Podemos admitir, como via explicativa, que os reclusos são reconduzidos dia após dia numa intensidade de interações quotidianas que entram na rotina dos esquemas de comportamento indefinidamente reproduzidos (o ritual do consumo de drogas, das tatuagens, o controlo dos guardas). Desta forma, existe um conjunto de processos simbólicos que confere coerência à realidade da vida quotidiana da instituição (Bourdieu, 1998). No seu percurso prisional, cada recluso interioriza progressivamente este mundo social, que acolhe mentalmente como uma realidade, a sua realidade e transforma um conjunto de contingências em necessidades. Neste sentido, a tatuagem pode não ser mais do que a forma possível de escapar silenciosamente à conformação, inventando o quotidiano, “*graças às artes de fazer, astúcias subteis, táticas de resistência pelas quais altera os objetos e os códigos e se reapropria do espaço e do uso à sua maneira*” (Certeau, 1994. p136).

2. 2. 3. TATUAGEM E TOXICODEPENDÊNCIA

A tatuagem aparece fortemente associada, direta ou indiretamente, à toxicod dependência. Estudos epidemiológicos (Dolan, 1999; Gore, S. Bird *et al.* 1995) mostram que os utilizadores de drogas injetáveis (UDI) apresentam uma maior propensão para realizar tatuagens, em geral, e no contexto prisional, em particular. Tendo em conta que todos os reclusos-tatuadores entrevistados assumem consumos de drogas, verifica-se, neste estudo, uma relação entre a prática da tatuagem e a toxicod dependência. Desta forma, o aperfeiçoamento contínuo da técnica de tatuar justifica-se com o objetivo de garantir os meios que permitam aos tatuadores manter o seu consumo no interior da prisão. Esta situação é ilustrada a partir dos seguintes enxertos:

“...Sim, dentro da cadeia quase todos os tatuadores são consumidores...”

(João, 42anos, tempo de reclusão 12 anos)

“...Em dinheiro, em droga, em cartões. Já fiz muitas tatuagens e todas pagas assim. Sim, pagam-me em droga...”

(Alfredo, Tatuador, 34 anos, tempo de reclusão 15 anos)

2.2.4. TATUAGEM COMO PRÁTICA DE RISCO

A tatuagem realizada em contexto prisional e nas condições antes descritas constitui uma atividade de grande risco, nomeadamente de transmissão de doenças, como as hepatites B e C e o VIH/sida. As crenças individuais sobre a perceção da suscetibilidade ao risco sugerem que os indivíduos apresentam formas diferentes de conceptualizar e de experienciar uma situação de risco (Paicheler, 1999), pelo que é essencial motivá-los a integrar práticas protetoras no seu quotidiano, conduzindo assim a uma mudança dos comportamentos face a este fenómeno.

De forma a poder intervir neste contexto é necessário perceber por que é que os reclusos continuam a realizar as tatuagens. É por não associarem a tatuagem a uma prática de risco ou porque o significado atribuído à tatuagem se sobrepõe a esse mesmo risco? Ou, ainda: é porque a perceção que têm sobre o fenómeno faz com que se sintam “protegidos” levando a que este fenómeno se perpetue?

O material empírico, de seguida apresentado, mostra que esta atividade é reconhecida, pelos reclusos, como sendo uma prática de risco.

“(...) A máquina com que ele fez correu o pavilhão todo, cada pavilhão tem para aí uns 600 (indivíduos) e essa máquina chegou a correr a cadeia toda, imagine o risco que “ele” correu...”

(Júlio, 42 anos, tempo de reclusão 15 anos)

“(...) Aquela máquina foi para tanta gente, ele passava por lixívia e álcool e tudo mais, mas a tinta estava numa tampinha e ele molhava antes e depois, se tivesse que apanhar alguma coisa era ali...”

(Jorge, 45 anos, tempo de reclusão 24 anos)

As ciências sociais ao explicar a complexidade dos fatores ligados à gestão de risco, mostram como diferentes contextos e diversas interações sociais e individuais podem influenciar os comportamentos. Os indivíduos, em geral, reconhecem a necessidade de gestão dos riscos, estão convencidos da sua importância e supostamente realizam determinadas práticas preventivas – são as chamadas proteções imaginárias (Mendés-Leite, 1995). Os reclusos procedem a uma reapropriação das normas de prevenção, mas deslocam o seu sentido, ainda que, segundo o seu ponto de vista, o objetivo preventivo permaneça o mesmo. É nesta reapropriação, que parecem encaixar as suas atitudes “preventivas”, quando afirmam que o material estava limpo, porque visivelmente não continha sangue, ou que conhecem os outros da “rua” e sabem que não têm nenhuma doença. Neste caso, o recluso recorre

a uma manipulação simbólica das práticas preventivas, ao torná-las mais próximas do seu quadro cognitivo, o que lhe permite readaptá-las, ficando com a impressão de não se colocar sob risco (Castiel, 2001), como mostram os seguintes enxertos das entrevistas:

“(...) A máquina é desinfetada com lixívia ou aftershave...”

(Ricardo, 52 anos, tempo de reclusão 20 anos)

“(...) É preciso ter cuidados eu até costume ter pomadas e dou, mando lavar com betadine ou desinfetar com álcool, eu tenho sempre esse cuidado. Há quem não tenha e use a mesma máquina e a mesma agulha...”

(Ângelo, 44 anos, tatuador, tempo de reclusão 16 anos)

Sendo a prevenção, e os comportamentos que ela implica, uma construção cultural, não pode ser estudada senão à luz do conjunto de representações sobre a doença, o corpo e o contexto sociocultural no qual os indivíduos estão inseridos (André, 1999). Assim, o poder do conhecimento na mudança de comportamentos depende das alternativas e perspetivas existentes para o indivíduo. Segundo esta perspetiva, os indivíduos irão construir as suas próprias definições de risco, utilizando parte do discurso epidemiológico e preventivo existente, mas principalmente de acordo com sua posição social e a sua identidade pessoal. De acordo com Ayres *et. al* (1999), as condições que afetam a vulnerabilidade individual são de natureza cognitiva, comportamental, social e a transformação do conhecimento na adoção de práticas protetoras é mediada por vários fatores que não se localizam apenas na esfera individual, designadamente o acesso a materiais e recursos que minimizem esses mesmos riscos. Este aspeto é particularmente importante quando estamos a falar do contexto prisional, pois os indivíduos, mesmo possuindo a informação e a motivação necessária que lhes permita adotarem comportamentos protetores, não têm acesso aos materiais necessários para a realização da tatuagem.

Paralelamente, existe um conjunto de observações epidemiológicas que coerentemente sugerem um risco aumentado de hepatite C em associação com a realização de tatuagens, dado que envolvem a partilha de agulhas e constituem uma atividade social nas prisões, sem o estigma ou a presunção de riscos que o uso de drogas evoca, podendo, por isso, ser um meio efetivo de transmissão da hepatite C. Através da nossa pesquisa, pudemos constatar uma prevalência relevante de hepatite C nos reclusos tatuados e de outras infeções. Com efeito, dezasseis reclusos realizaram as suas tatuagens em meio prisional, destes, onze dizem estar infetados pelo vírus da hepatite C (VHC), cinco afirmam estar co-infetados com o vírus da imunodeficiência humana (VIH) e um recluso é portador do VIH. Identificámos também três indivíduos portadores de hepatite C, que dizem nunca terem consumido drogas injetáveis e que possuem mais de 10 tatuagens, com um tempo de reclusão superior a 10 anos. O discurso dos reclusos é revelador da

associação estabelecida por eles entre a infecção/“doença” e a realização de uma tatuagem em meio prisional.

“(...) Tinha um amigo que já faleceu no hospital prisional de Caxias que foi infetado com HIV através das tatuagens e não só ele, tenho mais um ou dois que também associavam o HIV às tatuagens(...).”

(João, 42 anos, tempo de reclusão 12 anos)

“(...)Tenho hepatite C, conheço um amigo que ficou doente por ter feito uma tatuagem, que já morreu. Ele tatuou na cabeça, tipo uma áurea como a das princesas e através dessa tatuagem ficou doente, foi tirar análises e tinha o HIV, foi mesmo dali, ele tinha a certeza...”

(Alfredo, 34 anos, tempo de reclusão 15 anos)

2.2.5. TATUAGEM: IMAGENS REALIZADAS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS

É de primordial importância perceber que estas “marcas”, por si só, nada dizem, e que só podem ser entendidas dentro do contexto sociocultural em que são realizadas. Pois, o sentido de cada marca será dado em função do seu significado cultural, que pode mudar de acordo com o contexto (Berger, M., 2006). Sabe-se que, a tatuagem mobiliza olhares, reflete sentimentos, classifica e ordena subjetivamente o fluxo intermitente de indivíduos que lhe servem de tela e que através dela procuram distinções simbólicas. Se as tatuagens remetem a um tipo de sistema simbólico ou gramática social, tal gramática, nas prisões, remete às relações hierárquicas, de gênero, de estatuto, de poder e das relações produzidas pelas práticas quotidianas dos agentes (Ferreira, 2006). Podemos considerar que qualquer ação humana, salvaguardando as reações instintivas, mesmo realizada na solidão, é social, pois antecipa sempre as reações de outrem. Assumindo a tatuagem como uma ação social, tendo em conta a especificidade deste contexto, classificá-la-emos como uma ação racional em valor. Aqui, o resultado não tem praticamente importância, apenas conta o valor intrínseco do comportamento, quer seja de um ponto de vista ético, estético ou religioso. É uma ação racional, pois cada um “elabora conscientemente os objetivos últimos pelos quais direciona essa atividade e orienta-se segundo estes de uma maneira consequente” (Weber, 1990, p. 36), tal como a seguir se descreve.

“(...) O que me levou então a ter as tatuagens é querer transmitir algo que só eu sei e pronto fica gravado e, por isso, cada tatuagem que eu tenho posso explica (...)”

(Francisco, 40 anos, tempo de reclusão 16 anos)

“(...) Não trazia nenhuma, enchi-me de tatuagens tudo cá dentro. Agora acho uma estupidez, mas na altura ter Tatto, era estar na moda, era sinal de grande cadastrado, tinha um certo relevo dentro do sistema prisional. Pela positiva, era um indivíduo marcado, perigoso, que já conhecia o sistema.

É uma maneira das pessoas sobressaírem, é para dar nas vistas por alguma razão”.

(Jorge, 52 anos, tempo de reclusão 20 anos)

É nas situações de fronteira, que a identidade é mais operante e os traços distintivos são reafirmados e, portanto, marcados. Os sinais que o grupo escolhe para se diferenciar de outros grupos, é central para definirem o seu nicho, tomarem consciência de si e reconhecerem a sua alteridade em relação aos outros (Barth, 1960).

No caso dos reclusos entrevistados, a escolha da imagem a tatuar aparece associada principalmente aos afetos, à religião, à morte e ao seu percurso criminal. Alguns registos fotográficos, de seguida apresentados, reforçam a força simbólica das tatuagens realizadas.

ASSOCIAÇÃO AOS AFETOS

As ações orientadas pelos afetos são determinadas pelas emoções e pelos sentimentos. É esta a justificação mais frequentemente referida para a escolha da imagem a tatuar. Parece, então, existir a necessidade de estabelecer uma ponte com o “seu” mundo exterior. Neste caso, por vezes, a imagem tatuada no corpo é a única ligação com esse mundo, tal como exemplifica o seguinte entrevistado:

“...Tenho os meus filhos tatuados, por exemplo, quer dizer são pessoas que vão andar comigo eternamente, cada tatuagem tem uma simbologia para mim”. (...)Tenho aqui uma com o nome da minha mãe, fiz no dia em que ela fazia anos. Comecei a fazer aqui o rosto da minha falecida mãe, depois isto é tudo nomes, esta é a minha primeira filha, em 2004. É uma coisa que fica e não sai, isso tem que ser uma decisão do que queremos ter no nosso corpo, tem que ser uma coisa de valia para nós, querer ter alguma coisa que lembre o exterior(...)”

(Fernando, 42 anos, tempo de reclusão 15 anos)

ASSOCIAÇÃO AO PERCURSO CRIMINAL

A tatuagem também é um meio de individualização, permitindo demarcar e acentuar a diferença em relação ao outro, tatuado ou não (Sanders, 1989). Talvez a busca pelo imutável, pela identidade possa ser expressa, entre outros aspetos, pelas tatuagens circunstanciais, em forma de frases (Schopke, 2004; Deleuze, 1981). No nosso estudo, verificou-se que muitas das imagens tatuadas procuravam eternizar, através da fixação na pele, um instante da vida, certas circunstâncias, um momento, uma relação, como é o caso dos exemplos, de seguida apresentados.

“... Eu escolhi sempre os desenhos e não tatuava nada que não tivesse a ver comigo. Fiz quando ainda era preventivo, mas sabia que ia ser condenado, tive um ano como preventivo e fui fazendo. Inventava as minhas tatuagens, um olho encima de um diamante, significa que tinha olho para coisas valiosas. Tenho aqui um vampirinho e a lua, porque quando era miúdo roubava de noite (...)”

(Alexandre, 20 anos, tempo de reclusão 12 anos)



Fotografia n°1 - Vampiro e Lua

O entrevistado seguinte, tal como se pode observar na fotografia, diz ter tatuado “o Monstro” porque considera que a desviância e suas consequências fizeram parte de uma fase da sua vida que pensava ter ultrapassado:

“(…) Tenho aqui uma grande (tatuagem) nas costas que é um pedaço de pele cosida e rasgada e de dentro sai um monstro: significa que quando aqui cheguei (Portugal) estava tudo lá dentro, depois voltei a envolver-me no crime e o monstro voltou a sair. Estava acabado mas depois (...)”

(Alexandre, 20 anos, tempo de reclusão 12 anos)



Fotografia n°2 - O Monstro

ASSOCIAÇÃO À RELIGIÃO E MORTE

Através do corpo, “o homem concebe relações com o cosmos, os deuses, com os valores centrais do seu tempo e lugar, e dele se apropria para proceder a mecanismos de inclusão e ou diferenciação, fazendo do mesmo, um indicador de *status* e proclamando através dele os valores constitutivos do indivíduo ou do grupo” (Berger, 2006, p. 63). É o que sucede com o João, com 42 anos e há 17 anos dentro do sistema prisional. Ele tem mais de 20 tatuagens no seu corpo, sendo que todas foram realizadas dentro dos estabelecimentos prisionais por onde passou ao longo do tempo.

“(…) Apesar de ser gótico e satânico sinto que no fundo acredito em algo, não sei se é Deus, mas sei que existe algo superior à gente, significa que não sou assim tão mau quanto possa parecer, acredito em algo.”

(João, 42 anos, tempo de reclusão 17 anos)



Fotografia n°3 - O Julgamento

“(…) Eu andei sempre na minha vida na ponta da navalha a correr riscos, infelizmente já matei pessoas. (...) Tive muito contacto com a morte. A morte para mim é um simbolismo, a caveira é, já vi a morte muitas vezes à frente dos olhos, alguém que já correu perigo de vida (...)”.

(João, 42 anos, tempo de reclusão 17 anos)



Fotografia n°4 - Caveira

Ao mesmo tempo, a grafia epidérmica permite reivindicar o sentimento de pertença a uma categoria social, servindo como uma espécie de “etiqueta coletiva” (Durkheim, 1972, p.113), simbolizando a filiação privilegiada a um grupo social específico, que procura demarcar a sua identidade coletiva, como explicita outro recluso:

“(...) Esta foi quando estive preso lá fora, havia o pessoal de Marselha e significa não toques nos meus companheiros (...)”.

(Jorge, 52 anos, tempo de reclusão 20 anos)



Fotografia nº5 - Marselha

2.2.6. DETERMINANTES DE REALIZAÇÃO

No nosso estudo foram identificados dois fatores principais que podem justificar a adesão e a continuidade a esta prática, designadamente o baixo custo de realização em contexto de reclusão e a possibilidade de alteração de imagens tatuadas anteriormente.

Assim, torna-se economicamente mais vantajoso realizar uma tatuagem dentro do sistema prisional, tal como refere o seguinte entrevistado:

“(...) As tatuagens são mais baratas cá dentro, muitos só fazem por ser mais barato. Eu, por exemplo, faço e as pessoas dão-me um cartão ou tabaco...”

(Jorge, 52 anos, tempo de reclusão 20 anos)

Geralmente, a polícia judiciária, durante a fase de investigação, fotografa as tatuagens que os detidos possuem, ficando registado no seu processo. Para os reclusos isto torna-se uma forma de fácil identificação, por isso, ao serem detidos, uma das suas preocupações é modificar as tatuagens que trazem do exterior, sobrepondo outras tatuagens por cima, como refere Júlio.

“(...) Quando a judiciária nos apanha tira fotografias às tatuagens. Sempre que a judiciária tirava fotografias eu fazia por cima”.

(Júlio, 42 anos, tempo de reclusão 12 anos e meio)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos que a prática da tatuagem em contexto prisional está associada a múltiplos significados e razões. Apesar de ser percecionada como uma prática de risco, ela encontra no corpo dos reclusos inúmeras telas que refletem vivências distintas. A ausência da família e do mundo social ativo, a carreira delinquente, a ocultação de outras tatuagens, a obtenção de recursos financeiros e de outros bens e benefícios por parte dos tatuadores, por exemplo, fazem com que a tatuagem, apesar de proibida, represente um nicho de liberdade em contexto prisional, mas também uma forma de expiação de histórias passadas e de experiências presentes.

Mas, do ponto de vista da saúde pública, o fenómeno da tatuagem em meio prisional exige, no nosso entender, uma estratégia eficaz de prevenção, assim como a definição de um plano de intervenção e de educação para a saúde nas prisões portuguesas.

O sistema de proibições e penalizações para quem se tatua no sistema prisional, contribui para aumentar o risco de práticas de tatuagem não seguras entre os reclusos, aumentando também o risco de acidente por picada acidental para todo o pessoal técnico e auxiliar. Entre os fatores que contribuem para este risco acrescido devem ser nomeados os seguintes:

A negação ao acesso a equipamentos de tatuagem estéril faz com que seja utilizado (e muitas vezes reutilizado) equipamento improvisado. Esta situação cria um risco aumentado de transmissão do VHC/VIH através da reutilização de equipamentos de tatuagem e um aumento do risco de outras infeções cutâneas resultantes da utilização de utensílios e tintas não apropriadas.

A inexistência de ambiente com condições de higiene para a prática de tatuagem, que permita esterilizar adequadamente superfícies e materiais.

A penalização da prática da tatuagem nas prisões conduz à premência de efetuar a tatuagem o mais rapidamente possível no sentido de minimizar o risco de deteção. Este facto pode contribuir para a falta de limpeza no procedimento e desatenção com risco aumentado de picada acidental para o tatuador.

A política proibicionista atual torna menos provável que os reclusos recorram aos serviços de saúde por receio de serem punidos.

A penalização da prática da tatuagem pode contribuir para um acréscimo de risco de acidente de serviço para os guardas prisionais. Os tatuadores não dispõem de meios seguros para eliminação dos resíduos contaminados, acabando por ser eliminados nos recipientes de lixo diário, aumentando assim o risco de picada acidental para o pessoal e para os outros reclusos. Além disso, como os reclusos são obrigados a esconder as máquinas artesanais, há um risco real de picada acidental durante as revistas às celas.

Considera-se, portanto, fundamental formular recomendações que reduzam o risco de transmissão de infeções, nomeadamente o VHC e/ou VIH através da tatuagem. As propostas apresentadas estão de acordo com a boa prática internacional, sendo que algumas destas medidas já foram implementadas noutros países, designadamente:

1. Descriminalização da realização de tatuagem em meio prisional, retirando as sanções institucionais para quem tatua ou para quem recebe uma tatuagem.
2. Criação no Estabelecimento Prisional de um espaço físico, com boas condições de higiene e segurança, que possa servir de gabinete de tatuagem.
3. Constituição de uma comissão de acompanhamento que integre reclusos tatuadores. Tal poderá ser importante para a definição das regras de acesso ao espaço, assim como para a gestão e manutenção dos materiais necessários à realização das tatuagens. De acordo com os nossos entrevistados seria importante ser pago um valor simbólico, permitindo, desta forma, que esta medida fosse sustentada financeiramente pelos reclusos-clientes ao pagarem as tatuagens através das suas poupanças pessoais.
4. Implementação de um programa de formação dos reclusos/tatuadores com informação sobre controlo de infeção, prática segura de tatuagem, precauções universais, bem como a utilização adequada dos equipamentos de tatuagem profissional. As ações de formação deverão ser realizadas por profissionais.

A implementação destas medidas poderá ter um impacto positivo a nível individual e institucional. Acreditámos ser uma forma de proporcionar uma prática saudável de realizar uma tatuagem em meio prisional, possibilitando também o seu controlo e regulação num ambiente seguro. Pode, ainda, ajudar a cumprir um papel importante na reabilitação do indivíduo, no sentido de preparar profissionalmente alguns reclusos que deixariam o sistema prisional com uma competência profissional.

Por fim, considera-se que a realização deste estudo além da procura de conhecimento, poderá chamar a atenção para a prática deste fenómeno no sistema prisional. Pensámos ser um dever ético agir para que os indivíduos que se encontram a cumprir medidas privativas de liberdade, possam ver garantido o acesso às medidas de redução de riscos tal como existem em meio livre. Esta obrigação inclui medidas preventivas e programas de apoio e acompanhamento. Agir não só, no melhor interesse dos reclusos, mas também do pessoal penitenciário e do público em geral.

AGRADECIMENTOS

À Direção Geral dos Serviços Prisionais e a todos os elementos do Estabelecimento Prisional onde foi realizado este estudo, desde a Direção, ao Corpo da Guarda e ao Serviço Clínico, mas principalmente a todos os reclusos que tornaram possível aceder a esta informação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRÉ, M. (1999). *Representações e Práticas Preventivas da AIDS em Colectores de Lixo no Município de São Paulo*. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- AYRES, J. et al (1999). *A Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS*. São Paulo: Editora 34. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- BARTH, F. (1960). "Los grupos étnicos y sus fronteras". *La organización social de las diferencias culturales*. Introducción. FEC, México D.F. pp. 9-49.
- BERGER, M. (2006). *Corpo e Identidade Feminina*. Tese de Doutorado Antropologia Social. Universidade de Letras de São Paulo.
- BOURDIEU, P. (1998) *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.
- CASTIEL, D. (2001). "Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do Risco". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.3, n.2, p.237-264.
- Correctional Service of Canada (1996) *1995 National Inmate Survey: Final Report*. Correctional Service of Canada Research and Development Branch, Ottawa.
- DE CERTEAU, M. (2002). *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, v. 1.
- DOLAN, K. (1999). *The epidemiology of hepatitis C infection in prison populations*. National Drug and Alcohol Research Centre, UNSW.
- FERREIRA, V. (2006). *Marcas que Demarcam: Corpo, Tatuagem e Body Piercing em Contexto Juvenis*. ISCTEC.
- GOFFMAN, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Doubleday Anchor, New York.
- GORE, S.; BIRD, A.; BURNS, S. et al. (1995). "Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison". *BMJ*;310:293-6.
- MENDÈS-LEITE, R. (1995). *Identité et altérité – Protections imaginaires et symboliques face au sida*. *Gradhiva*, 18:93-103.
- PAICHELER, G. (1999). "General populations and HIV prevention strategies: From risk to action". *Cadernos de Saúde Pública*, 15(Sup. 2):93-105.
- SANDERS, C. (1989). *Customizing the Body: the art and culture of tattooing*. Philadelphia: Temple University Press.
- SCHÖPKE, R. (2004). *Por uma filosofia da diferença*. Gilles Deleuze: o pensador nómada. São Paulo: Contraponto.
- Tattoo Pilot Project. (1997). Joyceville Institution Proposal
- WEBER, R. (1990). "Basic Content Analysis". *Quantitative Applications in the Social Sciences* Second ed. Series: Sage University Papers. vol. 49. Sage Publications Ltd., London.

A PARTICIPAÇÃO, A INCLUSÃO, A COESÃO E A REABILITAÇÃO DO (SER) URBANO

PARTICIPATION, INCLUSION, COHESION AND REHABILITATION OF THE (BEING) URBAN

MARGARIDA RELVÃO CALMEIRO

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Arquitetura da FCTUC
Colégio das Artes, Largo D. Dinis
3000-143 Coimbra, Portugal

ADELINO GONÇALVES

Professor Auxiliar do Departamento de Arquitetura da FCTUC
Colégio das Artes, Largo D. Dinis
3000-143 Coimbra, Portugal
Investigador Associado do Centro de Estudos Sociais
Colégio de S. Jerónimo, Largo D. Dinis
Apartado 3087
3000-995 Coimbra, Portugal

Endereço para correspondência

Adelino Gonçalves
Departamento de Arquitetura da FCTUC
Colégio das Artes, Largo D. Dinis
3000-143 Coimbra, Portugal
amsg@uc.pt

RESUMO

Os territórios urbanos que — mais por conveniência, do que rigor — continuamos a chamar cidade, têm um gene de desenvolvimento inscrito no seu ADN. A sua transformação é uma condição natural da sua existência. Enquanto palco e suporte da vida urbana, a cidade evolui. Se não o fizer, agoniza e perece. Mas não deixa de ser intrigante e, ao mesmo tempo estimulante, que as cidades tenham ganho nas últimas décadas um protagonismo sem precedentes nas agendas internacionais sobre o desenvolvimento mundial quando, na verdade, deixámos de saber o que é a cidade. Passámos para o domínio do urbano e vivemos num “mundo urbanizado sem cidades”. Além disso, a reabilitação ganhou, também nas últimas décadas, igual protagonismo nos programas de política de ordenamento do território e urbanismo. Assim, cabe pensar qual é o objeto da reabilitação quando a sua dimensão é urbana. Ora, a questão da reabilitação não é tanto o objeto, mas antes os objetivos que a orientam enquanto política pública que visa reforçar a coesão urbana, ou seja, corrigir desequilíbrios que têm uma influência estrutural nas dinâmicas desenvolvimento, para que este seja integrado e sustentável. Entendida assim, as suas metodologias aproximam-se das que são defendidas pela OMS na definição de reabilitação enquanto “...um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente...” Mais: os grandes objetivos da reabilitação (dita) urbana podem (e devem) incluir a reabilitação de comunidades desfavorecidas e/ou com comportamentos desviantes, sobretudo quando estas têm uma expressão espacial bem definida no meio urbano. Nestes casos, as perspetivas de desenvolvimento assentam em palavras-chave comuns.

Palavras Chave: Reabilitação urbana integrada, coesão, participação, envolvimento

SUMMARY

The urban territories that - more for convenience than accuracy - we still call city, have a developmental gene into its own DNA. Its transformation is a natural condition of its existence. While stage and support of urban life, the city evolves. Otherwise, agonizes and perishes. But it is nonetheless intriguing and at the same time stimulating, that cities have gained in recent decades an unprecedented role in international agendas on global development when, in fact, we no longer know what is the city. We passed to the urban domain and we live in an “urban world without cities.” Also in recent decades, the rehabilitation gained equal role in policy territory management and urbanism programs. Thus, it is timely to think about what is the object of rehabilitation when its size is urban. In fact, the issue of rehabilitation is not so much the object but rather the goals which guides it as a public policy designed to strengthen urban cohesion, i.e. to correct imbalances that have a structural influence on the dynamic development, for it to be integrated and sustainable. Thus conceived, their methodologies are close to those that are advocated by WHO in the definition of rehabilitation as “...a set of measures that assist individuals who experience, or are likely to experience, disability to achieve and maintain optimal functioning in interaction with their environments”. More: the main objectives of (deemed) urban rehabilitation can (and should) include the rehabilitation of disadvantaged communities and/or with deviant behaviour, especially when they have a well-defined spatial expression in the urban environment. In such cases, development perspectives are based on common keywords.

Keywords: Integrated urban rehabilitation, cohesion, participation, community involvement.

INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta um conjunto de reflexões sobre a presença dos comportamentos aditivos no meio urbano e as influências mútuas que se exercem entre ambos, ou seja, sobre as formas como os contextos urbanos determinam o surgimento de toda a diversidade de comportamentos aditivos e práticas conexas — como o tráfego, a violência ou a criminalidade — e sobre a forma como a instalação destes comportamentos influencia a organização e o funcionamento da vida urbana. Contudo, não pretendemos problematizar estas influências por si só. Não temos a intenção de discutir as razões e os fatores que ajudam a compreender a espacialização dos comportamentos aditivos e práticas conexas, assim como não temos a intenção de identificar e enumerar as tipologias de algumas dessas influências.

De acordo com as nossas áreas de formação, arquitetura e urbanismo, procuramos ler o meio urbano como uma realidade que — tendo um gene de desenvolvimento no seu ADN — tem de ser pensada de uma forma prospetiva, para definir intervenções que contribuam para a sua melhoria a todos os níveis, assim como para identificar ações e metodologias que impeçam a debilitação dos seus aspetos positivos e equilibrados. Ou seja, a avaliação crítica do tecido físico e dos tecidos socioeconómicos e culturais das cidades, interessa-nos acima de tudo enquanto veículo para tornar mais robusto o conhecimento necessário para planear e programar, de um modo informado, a implementação de forças motrizes que contribuam para reforçar a coesão urbana através de um desenvolvimento integrado, sustentável e participado.

Assim, o nosso objetivo não é problematizar as influências mútuas que se exercem entre os comportamentos aditivos e o meio urbano, mas antes discutir a formulação e a implementação de políticas que incluam esta problemática e se traduzam numa melhoria generalizada dos ambientes urbanos. As cidades são uma das construções mais complexas da sociedade, se não mesmo a mais complexa de todas, porém, não deixa de ser estranho que se julgue que esta melhoria decorre sobretudo da **correção de aspetos negativos** desse ambiente, ou seja: **reagindo, mais do que agindo**.

“REABILITAÇÃO URBANA” O NOVO PARADIGMA

Não deixa de ser intrigante, mas ao mesmo tempo estimulante, que as cidades tenham vindo a ganhar um protagonismo sem precedentes nas agendas internacionais do desenvolvimento, precisamente quando deixámos de viver em cidades. Como clarificou Manuel Castells (2012) passámos para o domínio do urbano e vivemos num “mundo urbanizado sem cidades”.

Segundo dados da ONU, mais de 50% da população mundial atualmente é urbana e até 2050, espera-se que chegue próximo dos 70%. Mas os limites do tecido físico dos territórios urbanizados que — mais por comodidade do que por

rigor — continuamos a chamar cidade, podem significar muito pouco para a formulação de políticas urbanas e o mesmo se pode dizer em relação aos limites administrativos dos concelhos. Na economia de uma cidade, por exemplo, devem ser muito poucas as atividades cujas dinâmicas de funcionamento — desde a produção até ao consumo — se circunscrevem ao seu perímetro urbano. Ora, por maioria de razão, este raciocínio pode ser aplicado ao seu quadro social ou ao seu quadro cultural.

Pois bem, no âmbito das políticas públicas de ordenamento do território — no contexto da União Europeia, assim como no contexto nacional — o grosso dos quadros de investimento público ao longo das últimas décadas, tem vindo a ser direcionado para o desenvolvimento (dito) inteligente, sustentável e inclusivo. A nível global, no dia 1 de janeiro deste ano, a ONU aprovou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, com uma resolução constituída por 17 objetivos, entre os quais se conta um que visa “tornar as cidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis”.

No contexto nacional, também nas últimas décadas, este enfoque das políticas públicas de ordenamento do território e urbanismo, tem-se traduzido no direcionamento do investimento público nas cidades para a reabilitação urbana, ao contrário das décadas anteriores. De facto, com maior expressão desde os anos 80, o investimento público foi maioritariamente direcionado para a infraestruturação do país e dos concelhos, fomentando a expansão urbana.

Assim, o atual direcionamento do investimento público para a reabilitação urbana corresponde a uma mudança de paradigma do desenvolvimento territorial, pois a sua orientação já não assenta na expansão da cidade existente, mas antes na sua requalificação e na sua densificação e cerzadura, onde a sua incompletude constitui um fator de desqualificação. Assenta, também, numa diversidade de intervenções no seu quadro funcional para corrigir toda a diversidade de desequilíbrios e melhorar a sua performance enquanto suporte físico da vida urbana.

No fundo, este novo paradigma de desenvolvimento visa a qualificação da cidade existente e o reforço da coesão urbana, o que é algo que constitui um processo geracional e coloca grandes e novos desafios aos cidadãos e, em particular, à governação local, que deve ser cada vez mais marcada por práticas e hábitos que respondam à complexidade crescente da vida urbana, assegurando a participação e o envolvimento comunitário. De facto, sendo o desenvolvimento urbano marcado doravante pela transformação da cidade existente e não pelo seu crescimento indefinido, serão mais sentidas as alterações resultantes de cada intervenção e, mais importante, as suas implicações nos hábitos de vida das comunidades. Por isso, será natural que os cidadãos se sintam mais estimulados a intervir e a querer participar na formulação de planos de gestão da “coisa urbana”, ou seja, a fazer um exercício ativo da cidadania.



Figura 1 - Cidadãos por Coimbra quer levar Via Central a referendo local. Notícia Pública, 13/05/2016.

Embora estejamos a colocar esta questão em termos teóricos e em perspetiva, ela pode ser ilustrada com exemplos que vão surgindo um pouco por todo o país, nomeadamente em Coimbra e em Lisboa, embora com abordagens distintas.

O primeiro caso refere-se a um processo que infelizmente não corresponde a um processo de planeamento participado. Corresponde antes a uma reação a uma iniciativa recente da Câmara Municipal, organizada por um movimento de cidadãos, no sentido de programar – ouvindo a população – uma alternativa para a abertura de uma via no corredor demolido na Baixa de Coimbra para a passagem de um metro ligeiro de superfície que, em boa verdade, ninguém sabe se algum dia vai existir.

No segundo caso, trata-se da criação de uma Carta de Princípios do Orçamento Participativo em 2008, levada a cabo no âmbito de uma iniciativa da Câmara Municipal de Lisboa. Desde então, é aberto todos os anos um período para a apresentação de propostas para a cidade, podendo participar todos os cidadãos com idade igual ou superior a 18 anos e se relacionem com o Município de Lisboa, sejam residentes, estudantes, trabalhadores, ou representantes do movimento associativo, do mundo empresarial e restantes organizações da sociedade civil.

As propostas que são apresentadas todos os anos devem enquadrar-se numa de 13 áreas temáticas pré-definidas pela Câmara Municipal e incluem a Cultura, os Direitos Sociais, a Aprendizagem ao longo da vida, a Reabilitação Urbana, a Segurança e a Proteção Civil. Depois de uma avaliação técnica feita pelos serviços municipais, as propostas são votadas pelos cidadãos, ou seja, são os cidadãos que decidem

quais são os projetos vencedores. Há cinco anos venceu a proposta “Há vida na Mouraria”, apresentada com o objetivo de contribuir para a valorização do bairro e para a coesão social na área de intervenção através de um conjunto de ações destinadas à promoção da identidade cultural da Mouraria, à qualificação e emprego dos moradores, e à capacitação das instituições da sociedade civil locais.

Estes dois casos comprovam como hoje os cidadãos estão conscientes da importância de exercerem os seus direitos e como terminou o tempo de as decisões que influenciam a sua vida nas cidades, serem tomadas de forma individual e impositiva pelos autarcas ou, de um modo geral, pelo poder local. Se esse tempo ainda não terminou, caminhamos nesse sentido.

Porém, não deixa de ser verdade o seguinte par de circunstâncias no relacionamento dos cidadãos com o destino das cidades:

Por um lado, não sentem a necessidade de ter uma visão global para o seu desenvolvimento e confiam o seu planeamento aos seus representantes nas autarquias;

Por outro lado — e embora nem sempre saibam o que desejam para o futuro das cidades —, os cidadãos sabem o que não querem.

Por isso, o planeamento urbano deve ser feito para os cidadãos e com os cidadãos, em vez de simplesmente os confrontar com ideias ou planos — como na situação de Coimbra referida antes —, relativamente aos quais apenas podem dizer se concordam ou não concordam.

A REABILITAÇÃO COMO POLÍTICA PÚBLICA INTEGRADA

Para suportar o planeamento de processos de reabilitação urbana, temos um quadro jurídico específico. Nos últimos anos, têm sido lançados programas de política que direcionam o investimento dos municípios para esse fim — muito mais do que para a expansão urbana —, ou seja, para a realização de todo o tipo de operações e processos de transformação que têm o prefixo “re” no seu nome, como a requalificação, a revitalização, a regeneração e muitos outros. Atualmente, muitas cidades estão a implementar planos e estratégias de reabilitação urbana e muitas outras estão a prepará-los. Contudo, a forma como tem ocorrido a preparação e a discussão destes instrumentos em fóruns públicos, tem sido parca e incide nos resultados esperados, mais do que nos processos e nos meios necessários para os alcançar. Por sua vez, esses resultados caracterizam-se, acima de tudo, pela reabilitação de edifícios dos centros históricos e pela revitalização do comércio de rua dessas áreas urbanas antigas.

Porém, a nossa perceção da reabilitação urbana distancia-se deste entendimento exclusivamente centrado nas

intervenções diretas no quadro físico das áreas abrangidas por estes planos. No nosso entendimento, a reabilitação urbana é uma política pública que além de incluir a qualificação ambiental das cidades através da requalificação de espaços públicos e da reabilitação do parque edificado existente, visa fazer face a desequilíbrios que têm uma influência estrutural no funcionamento do seu quadro socioeconómico. Contudo, importa sublinhar que inclui aquelas intervenções diretas, mas não se esgota nelas.

Muito dificilmente a requalificação de espaços públicos ou a reabilitação de edifícios degradados consegue contribuir, por si só, para regenerar socialmente uma área urbana, para a repovoar ou, se for esse o caso, para revitalizar a sua economia.

Usando palavras que o arquiteto Nuno Portas (1986:8) publicou há 30 anos, a reabilitação urbana é "...o conjunto de programas e projetos públicos ou de iniciativas autónomas que incidem sobre os tecidos urbanizados [...] tendo em vista:

- a sua reestruturação ou revitalização funcional [o que diz respeito às atividades económicas e às redes de serviços];
- a sua recuperação ou reabilitação arquitetónica [que diz respeito à edificação e aos espaços públicos];
- finalmente, a sua reapropriação social e cultural [o que diz respeito aos grupos sociais que habitam ou trabalham em tais estruturas urbanas, às relações de propriedade, às atuações no âmbito da segurança social, educação e tempos livres)].

ALGUMAS NOTAS PARA A POLÍTICA DE REABILITAÇÃO

Ora, considerado o que expusemos em relação às políticas de desenvolvimento territorial e, particularmente, às políticas urbanas, parece que o movimento *top-down* da sua formulação e implementação, está a ter os resultados pretendidos, isto é, está a generalizar-se uma mudança de paradigma do desenvolvimento urbano. No entanto, como referimos, parecem existir ainda fraquezas na interpretação das políticas centrais, por parte do poder local. Salvo algumas exceções, como Lisboa, a reabilitação urbana não está a ser implementada como a política pública que definimos e implica a formulação de visões urbanas holísticas e uma implementação integrada de políticas multisectoriais.

Entendida assim, e apesar de os objetos serem muito distintos, as metodologias da reabilitação urbana aproximam-se muito das que são defendidas pela Organização Mundial de Saúde na definição de reabilitação, como sendo "um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente".

Pois bem, para o sucesso da reabilitação nos domínios do urbano, é fundamental que ganhe mais expressão o movimento oposto da formulação e implementação desta política urbana, ou seja, que o movimento *bottom-up* se traduza numa integração efetiva da cidadania ativa, para reforçar a coesão social e reabilitar às áreas débeis e desqualificadas das cidades.

A nível local, é desta forma bifocal e transversal que a reabilitação urbana se pode tornar mais robusta e as intervenções na cidade existente podem ser conseqüentes para alcançar os objetivos de desenvolvimento territorial consagrados internacionalmente e subscritos por Portugal, ou seja, para reforçar a coesão urbana e tornar as "cidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis". No entanto, isto não significa que todas as fases do planeamento das intervenções de reabilitação urbana, devem resultar de uma negociação entre os agentes do poder local e os cidadãos. Embora a participação dos cidadãos seja muito importante, nunca deixará de ser necessária uma liderança e a apresentação de iniciativas políticas para orientar, de forma coerente, a reabilitação de uma cidade.

Assim, um dos maiores desafios que se coloca às autarquias é, precisamente, o de mobilizar os cidadãos e contrariar a chamada "participação negativa", isto é, as motivações que os levam a participar, no sentido de bloquear tomadas de decisão que afetam os seus interesses mais diretos.

Para o conseguir, defendemos duas opções essenciais a adotar na governança local:

- a) Em primeiro lugar, uma divulgação transparente dos grandes objetivos de desenvolvimento, com a identificação de atores e parceiros necessários para os concretizar;
- b) Em segundo lugar, a criação e implementação efetiva de uma carta de princípios do orçamento participativo.

Ora, é precisamente neste passo da governança que podem ser lançados alguns dados importantes – quicá os dados mais importantes – para definir opções de política relativas à expressão urbana dos comportamentos aditivos e um aspeto relevante a ter em conta desde logo, é o facto de esta expressão não ser difusa, mas antes se confinar a áreas ou setores urbanos delimitados.

Em muitos casos, as razões que explicam que tenha esta expressão localizada são históricas e alguns setores urbanos congregam comunidades com comportamentos aditivos como algo que parece fazer parte do seu ADN. São assim desde a sua origem. De certa maneira, foi esse o caso do Raval, em Barcelona, que é um bairro que nasceu no séc. XVIII, fora do perímetro muralhado da cidade, e no qual se instalaram congregações religiosas e casas de misericórdia cujos fins de acolhimento e prestação de auxílio aos mais desfavorecidos, acabaram por contribuir para uma estigmatização desse sector urbano que se prolongou até muito recentemente.



Figura 2 – Bairro Raval, Barcelona, 2010

Outras vezes, esta situação resulta da ação conjunta de diversos fatores que contribuíram para que o parque edificado dessas áreas se fosse degradando ao longo do tempo, entrando num processo de progressiva debilitação ambiental e socioeconómica. Estes fatores são de ordens diferentes e podem dizer respeito a questões como:

- O congelamento de rendas e a falta de manutenção dos edifícios;
- A abertura de centros comerciais nas periferias e o contributo que deram para a debilitação das áreas onde estava tradicionalmente instalado o comércio de rua;
- A expansão urbana, em termos gerais, com a criação de bairros modernos e a facilidade de acesso ao crédito bancário a partir da década de 90 que, em conjunto, contribuíram para que deixasse de haver uma renovação de moradores das áreas urbanas mais antigas.

Independentemente das razões concretas que explicam a debilitação de certos setores urbanos, importa relevar que a sua estigmatização é o resultado de um processo, isto é, não surge de uma forma imediata, mas antes como resultado da influência exercida por aqueles fatores e outros, interrelacionados com as características negativas que se foram instalando nesses lugares, designadamente as práticas relacionadas com os comportamentos aditivos que a sociedade deprecia de um modo geral.

No entanto, nessas mesmas áreas urbanas, além das atividades desviantes e das comunidades que as praticam, existe tudo o resto que compõe um cenário urbano: existem famílias, crianças, expressões culturais próprias, relações de vizinhança, pais, filhos, estudantes, trabalhadores, artistas...

No fundo, o que importa ter presente é que essas áreas são pedaços de cidade que não se caracterizam apenas pelos motivos que levaram à sua estigmatização, mas também por tudo o resto que faz com que uma cidade, seja uma cidade.

Por isso, defendemos que as opções de política na elaboração de planos de investimento e de planos de gestão de um Município, não devem ser dominadas pela ideia de “correção” e pela imposição de um modelo de cidade, mas antes pela ideia de integração ou, melhor, de **reintegração**, com o grande objetivo de superar a estigmatização dessas áreas. Mas este princípio orientador do desenvolvimento urbano apenas emerge de forma robusta e consequente, quando a elaboração desses planos é discutida com a “cidade”. Por isso, é fundamental que os termos de referência dos planos de investimento e dos planos de gestão de um município sejam discutidos, desde logo, com os moradores e cidadãos que tenham alguma relação com essas áreas, assim como com organizações da sociedade civil, do sector social, do sector empresarial ou, ainda, com entidades públicas que possam desempenhar um papel importante na reabilitação integrada desses setores urbanos. Nomeadamente as Equipas Técnicas Especializadas nas áreas do tratamento, da redução da procura e da redução da oferta de estupefacientes.

Se as opções de investimento que envolvam o tema em apreço forem definidas de uma forma transparente e participada, será mais fácil identificar e mobilizar os atores e os agentes de um processo de reabilitação urbana integrada. Além disso, este processo será tanto mais bem sucedido quanto mais se articular com aspetos ou dinâmicas de desenvolvimento que se considerem positivas e em sintonia com o futuro desejado para a cidade.

Concluindo, é essencial ter sempre presente que a cidade é um organismo vivo e, por isso, a implementação de um plano de reabilitação deve ser monitorizada e tem de poder dar resposta às novas exigências que surgem com o tempo. Assim, a participação não se deverá restringir à elaboração do plano, mas deve acompanhar a sua implementação. Por sua vez, este acompanhamento, com a reavaliação dos objetivos e da estratégia traçada, reforça a mobilização e a integração de todos os intervenientes na criação da “cidade inclusiva, segura, resiliente e sustentável” com que nos comprometemos e todos desejamos.

REFERÊNCIAS

CASTELLS, Manuel (2004) — “Un mundo urbanizado sin ciudades?” *La Vanguardia*, pp. 28-29.

FERNÁNDEZ, Miquel (2014) — *Matar al Chino. Entre la revolución urbanística y el asedio urbano en el barrio del Raval de Barcelona*. Barcelona: Virus Editorial.

PORTAS, Nuno (1986) — “Notas sobre a intervenção na cidade existente.” *Sociedade e Território*, (4), Porto: Edições Afrontamento, pp. 8-13.

SALGADO, Manuel (2015) — “Call this democracy? Education and empowerment through participatory city budgeting.” *Journal of Urban Regeneration and Renewal*, 8, (2), pp. 199-209.

World Health Organization (2011) — *World report on disability*. [Available on the WHO web site (www.who.int)]

PATOLOGIA DUAL: “HOJE TUDO OU NUNCA MAIS”

DUAL PATHOLOGY: “ALL TODAY OR NEVER AGAIN”

CARLA ARAÚJO*
PAULA CARRIÇO**
VÍTOR LEITE*
MANUELA FRAGA**

*Interna(o) de Pedopsiquiatria
no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Assistente Graduada de Psiquiatria
do Instituto da Droga e Toxicod dependência, Coimbra

RESUMO

Introdução: A evidência trazida pelas neurociências e epidemiologia clínica mostram que perturbações psiquiátricas e adições estão interligadas, tendo sido definidas como patologia dual ou co-morbilidade, que é reconhecida pela OMS desde 1995. Contudo, é muitas vezes subestimada e sub-diagnosticada, estimando-se uma prevalência de cerca de 44% nos indivíduos com doença psiquiátrica. Este duplo diagnóstico acarreta um curso mais crónico da patologia psiquiátrica, com exacerbações mais frequentes e pior resposta ao tratamento.

Objetivos: Avaliar a existência de patologia dual na população em estudo.

Métodos: Através de uma ficha sociodemográfica e do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), avaliámos as dimensões psicopatológicas de 40 indivíduos em tratamento ambulatorio na Equipa de Tratamento de Coimbra e a sua relação com idade de início do consumo, género, duração da dependência e substância consumida.

Resultados: Analisando o Índice Geral de Sintomas e o Índice de Sintomas Positivos constatamos que estes são superiores aos da população geral, situando-se o perfil psicopatológico compreendido entre esta população e a população com perturbação emocional, com exceção das sub-dimensões ansiedade e obsessões-compulsões que apresentaram valores ligeiramente inferiores aos da população geral.

Conclusão: Concluímos existir co-morbilidade entre toxicod dependência e a amostra estudada.

Palavras-chave: Patologia dual, toxicod dependência, BSI

ABSTRACT

Introduction: Evidence suggests that psychiatric disease and addictions have a straight connection, being defined by WHO since 1995 as dual pathology. However, there is a high occurrence of non characterized psychopathological problems, estimating a prevalence of 44% on psychiatric patients. Moreover, this double diagnose causes more frequent exacerbations and worse treatment response

Aims: To evaluate dual pathology's prevalence on the studied population.

Methods: Using the Brief Symptom Inventory (BSI) with Portuguese adaptation and a sociodemographic questionnaire, we studied the psychopathological dimensions of 40 drug addicted patients on ambulatory treatment at ET of Coimbra and their relationship to age, gender, age of drug onset, type of drug and duration of dependence.

Results: The psychopathological profile of the sample stands between that of the general population and of people with emotional disturbance, exception being made for sub-dimensions anxiety and obsessions-compulsions which presented slightly lower than general population values.

Conclusions: The authors conclude that there is comorbidity between drug abuse and psychopathology, supporting the hypothesis that mood disorders, anxiety and impulse-control dysregulation are the core of addiction pathology.

Key-words: Dual Pathology, drug addiction, BSI

INTRODUÇÃO

A evidência trazida pelas neurociências e epidemiologia clínica mostram que perturbações psiquiátricas e adições estão interligadas¹, tendo sido definidas como patologia dual ou comorbidade, que é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1995². Contudo, esta patologia é muitas vezes subestimada e subdiagnosticada³, estimando-se uma prevalência de cerca de 44% nos indivíduos com doença psiquiátrica⁴, embora esta percentagem seja bastante variável, podendo ir de 18 a 70%⁵ conforme as variáveis a que está sujeita, tais como as características da população, tamanho da amostra ou os critérios de diagnóstico aplicados⁶. Alguns estudos demonstraram que esta patologia tem assumido uma importância preponderante no diagnóstico psiquiátrico, já que de acordo com o National Epidemiologic Survey, 60% dos indivíduos que procuraram tratamento para algum tipo de dependência apresentavam perturbação do humor e 43% apresentavam perturbação da ansiedade⁷, podendo apresentar uma relação tão intrincada a ponto da comorbidade agravar a severidade do consumo de substâncias⁸.

Embora não haja evidências na literatura de determinados transtornos emocionais e de personalidade como sendo causas do comportamento aditivo, a presença de *Perturbação da Conduta* na infância, de *Doença Afetiva Bipolar* na adolescência e *Perturbação de Personalidade Anti-social* ou *Borderline* seriam fortes fatores de risco para o abuso de substâncias no futuro⁹. Os transtornos relacionados com o consumo de estupefacientes frequentemente coexistem com outras doenças psiquiátricas e sua incidência parece estar a aumentar nas últimas décadas. Estudos demonstram que pacientes com comorbidade, principalmente aqueles com transtornos psiquiátricos graves, apresentam maiores taxas de suicídio, recaídas, gastos com tratamento, desemprego e residência. Para além disso, este duplo diagnóstico acarreta um curso mais crónico da patologia psiquiátrica, com exacerbações mais frequentes e pior resposta ao tratamento⁵, surgindo a necessidade de abordar coordenada e multidisciplinarmente estes indivíduos, de forma a otimizar os resultados a nível de tratamento, reabilitação e capacidades sociais⁴, quer seja em contexto de ambulatório, internamento, comunidades terapêuticas ou mesmo estabelecimentos prisionais². O objetivo da investigação foi avaliar a existência de patologia dual na população em estudo.

METODOLOGIA

A amostra deste estudo é constituída por 40 participantes da Equipa de Tratamento Especializado de Coimbra (E.T.) que acederam participar voluntariamente nesta investigação.

O presente estudo é natureza quantitativa tendo sido utilizados como instrumentos de recolha de dados o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e um questionário sócio-demográfico. Os critérios de inclusão para a participação deste estudo contemplavam a dependência de heroína

e/ou cocaína, canábis e ecstasy em tratamento ambulatório na ET de Coimbra. A recolha da amostra decorreu entre 15 de Outubro de 2012 e 17 de Dezembro de 2012. Após o preenchimento dos questionários, os dados foram inseridos numa base de dados, criada especificamente para esta investigação.

INVENTÁRIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS (BSI)¹⁰

O inventário de sintomas psicopatológicos, versão portuguesa do Brief Symptom Inventory, traduzida e adaptada por Canavarro (1999), avalia nove dimensões de psicopatologia e três índices globais. O Índice de Sintomas Positivos (ISP) oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados. O Total de Sintomas Positivos (TSP) é o resultado da soma de todos os itens assinalados com resposta positiva. O Índice Geral de Sintoma (IGS), representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade dos sintomas experienciados com o número de sintomas assinalados. O BSI é constituído por 53 itens, com uma escala que varia de “nunca” a “muitíssimas vezes”, onde o indivíduo descreve o grau em que cada problema o afetou durante a última semana.¹¹

As dimensões que são avaliadas referem-se à somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo:

- Somatização é constituída por sete itens (2, 7, 23, 30, 33 e 37) e reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático;
- Obsessões-compulsões é constituída por 6 itens (5, 15, 26, 27, 32 e 36) e inclui sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome;
- Sensibilidade interpessoal é constituída por 4 itens (20, 21, 22 e 42) e centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas;
- Depressão é constituída por 6 itens (9, 16, 17, 18, 35 e 50) e reflete o grande número de indicadores de depressão clínica;
- Ansiedade é constituída por 6 itens (1, 12, 19, 38, 45 e 49). Nesta sub-dimensão foram incluídos indicadores gerais, sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico;
- Hostilidade é constituída por 5 itens (6, 13, 40, 41 e 46) e inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera;
- Ansiedade fóbica é constituída por cinco itens (8, 28, 31, 43 e 47) que se centram nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas;
- Ideação paranóide é constituída por 5 itens (4, 10, 24, 48 e 51) que representam o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo;

- Psicoticismo é constituída por 5 itens (3, 14, 34, 44 e 53) e foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana.

Os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma sub-escala, mas são considerados nos três índices. As características psicométricas da BSI revelam valores de alfa de Cronbach aceites, situando-se no intervalo 0.7 e 0.8, exceto as escalas de ansiedade fóbica e psicoticismo, que apresentam valores ligeiramente inferiores¹¹.

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO

O questionário sócio demográfico foi elaborado especificamente para este estudo, de forma a recolher informação mais detalhada do participante. Deste questionário constam informações acerca da idade, género, habilitações literárias, estado civil, coabitação, estatuto ocupacional, idade de início de consumos e duração dos consumos.

PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Para a análise estatística dos resultados utilizou-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) na versão 20.0 para o Windows. Para a comparação das médias da duração de consumo, idade de início dos mesmos e idade dos indivíduos foi usado o teste ANOVA e para as variáveis nominais o teste do Qui-quadrado.

RESULTADOS

A amostra total ficou assim constituída por 40 indivíduos, com uma idade média de $39,25 \pm 8,32$ anos, com uma amplitude entre 21 e 53 anos. As características gerais da amostra encontram-se descritas na *Tabela 1*. Como se pode verificar, 87,5% da amostra é do sexo masculino. A separação por idade e género não se revelou estatisticamente significativa.

No conjunto da amostra regista-se que grande parte dos inquiridos são solteiros (57,5%), vivem com os pais (30,0%), em acomodação estável (87,5%) e encontram-se desempregados (55,0%). Dos 32,5% inquiridos que têm ocupação profissional, 38,46% são trabalhadores não qualificados.

	Total (n = 40)	
	n	%
Sexo		
Masculino	35	87,5
Feminino	5	12,5
Habilitações literárias		
Sem escolaridade	0	0
1º ciclo do Ensino Básico	4	10
2º ciclo do Ensino Básico	17	42,5
3º ciclo do Ensino Básico	11	27,5
Ensino Secundário	6	15,0
Estudos Superiores	2	5,0
Estado civil		
Solteiro(a)	23	57,5
Casado(a)	10	25,0
União de facto	1	2,5
Divorciado(a)	5	12,5
Viúvo(a)	0	0
Separado(a)	1	2,5
Coabitação		
Sozinho(a)	8	20,0
Amigo(a)(s)	6	15,0
Companheiro(a)	10	25,0
Filho(a)(s)	1	2,5
Irmã(o)(s)	1	2,5
Pais	12	30,0
Outros familiares	2	5,0
Tipo alojamento		
Acomodação estável	35	87,5
Acomodação não estável	2	5,0

	Total (n = 40)	
	n	%
Centro de abrigo	0	0
Rua	0	0
Estatuto Ocupacional		
Desempregado(a)	22	55,0
Empregado(a)	13	32,5
Reformado(a)	3	7,5
Estudante	2	5,0
Tipo Ocupação profissional		
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, directores e gestores executivos	0	0
Especialistas das actividades intelectuais e científicas	1	7,69
Técnicos e profissões de nível intermédio	0	0
Pessoal administrativo	1	7,69
Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança e vendedores	1	7,69
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	0	0
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	3	23,08
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	3	23,08
Trabalhadores não qualificados	5	38,46

Tabela 1 - Características gerais da amostra

Abordando a história de consumos, verificamos que a média de idade de início de consumos era de $19,79 \pm 5,67$ anos, com uma amplitude que variava entre 12 e 37 anos. A duração média dos consumos era de $10,68 \pm 6,59$ anos e a droga principal (definida como a que na percepção do inquirido lhe causou mais problemas na vida) que a maioria dos utentes refere é a heroína, referida por 90% dos inquiridos, de forma fumada (63,38%), ainda que 29,58% dos indivíduos da amostra tenham reportado consumo intravenoso. É de ressaltar que grande parte dos inquiridos refere ter consumido ao longo da vida mais do que um tipo de droga e de variadas formas de consumo, sendo a canábica referida por 87,5% dos inquiridos, seguida da cocaína com uma taxa de resposta de 82,5%.

Atendendo à história médica, verificamos que grande parte dos inquiridos foi seguido por uma equipa multidisciplinar em tratamentos anteriores, uma vez que 85,0% dos inquiridos tiveram acompanhamento médico, 75,0% acompanhamento psicológico e 35,0% já tinham frequentado comunidades terapêuticas. Dos indivíduos estudados, 15% já tinha realizado tratamento com antagonista dos opióides e 70,0% tratamento farmacológico de substituição com agonista dos opióides. À data do questionário, 92,50% dos inquiridos tinham seguimento médico, 62,50% acompanhamento por psicólogos da ET de Coimbra e 75% encontravam-se a realizar tratamento farmacológico (50% programa de substituição com agonista dos opióides e 5% a realizar tratamento com antagonista dos opióides).

Verificámos que 55% dos inquiridos já tiveram problemas judiciais relacionados com o consumo de estupefacientes, sendo uma parte significativa destes (41,67%) cumpriu pena efetiva, que variava de serviço comunitário a pena de prisão.

Analisando os resultados obtidos no BSI (*gráfico 1*) constatamos que o perfil da amostra estudada, se situava, globalmente, entre os perfis da população geral e da população com perturbação emocional da aferição portuguesa. As dimensões Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo e os índices IGS e ISP (*tabela 2*) apresentam valores médios superiores aos da população geral mas inferiores aos da população com perturbação emocional. As dimensões Obsessões-Compulsões e Ansiedade registam valores médios inferiores aos da população geral.

GRÁFICO 1 COMPARAÇÃO DE RESULTADOS SEGUNDO BSI

Constatámos existir significância estatística entre idade dos indivíduos, idade de início dos consumos e as dimensões somatização ($p < 0,001$), sensibilidade interpessoal ($p = 0,037$ e $p = 0,032$, respetivamente) e ansiedade fóbica ($p < 0,001$). Quanto ao género, substância consumida e duração do consumo, apenas foi possível apurar relação com a somatização ($p < 0,001$) e no caso da duração do consumo também com a sensibilidade interpessoal ($p = 0,019$).

BSI (valores médios)	População Geral	Perturbação Emocional	Amostra
Índice Geral de Sintomas	0,835	1,43	1,012
Índice de Sintomas Positivos	1,561	2,111	2,032
Total de Sintomas Positivos	26,993	37,349	25,750

Tabela 2 - Comparação de resultados dos Índices segundo BSI

O Índice de Sintomas Positivos (ISP) da amostra situa-se acima do "ponto de corte" ($ISP \geq 1,7$)¹¹ pelo que poderemos concluir que existe co-morbilidade com psicopatologia nos utentes da E.T. de Coimbra.

DISCUSSÃO

Analisando as variáveis socio-demográficas em estudo, percebemos que efetivamente indivíduos mais jovens e com início mais precoce do consumo de drogas apresentavam maiores alterações em algumas das dimensões avaliadas, como sejam somatização, sensibilidade interpessoal e ansiedade fóbica. Estas variáveis já demonstravam relação com toxicod dependência em vários estudos anteriores, mostrando uma linha condutora neste tipo de patologia¹².

Assim sendo, os valores encontrados para a dimensão somatização relacionam-se frequentemente com a descontinuação do consumo, estando também patente uma componente ansiosa nesta fase que, contudo, não se refletiu nos indivíduos da nossa amostra. Verificámos que os consumidores de heroína do sexo masculino e com maior duração de consumo pontuaram mais na dimensão da somatização, o que nos remete novamente para a possibilidade da influência dos sintomas de abstinência nesta categoria¹³.

Apesar da dimensão da ansiedade ter registado valores inferiores aos da população geral, a ansiedade fóbica registou valores assinaláveis na amostra estudada que poderá apresentar também associação com os sintomas de abstinência, uma vez que o circuito noradrenérgico envolve o *nucleus ceruleus* em ambas as situações e grande parte dos toxicod dependentes não faz distinção entre as duas situações¹³.

Uma outra dimensão bem patente nestes doentes, é a depressão que pode ser justificada pela condição psiquiátrica que precedeu a toxicod dependência. A impulsividade, desinibição, humor hipertímico ou ciclotímico podem ser enquadrados nos distúrbios do humor, nomeadamente a doença

afetiva bipolar, que se encontra descrita como preditiva de comportamentos aditivos. O abuso e dependência de substâncias pode desencadear as alterações de humor encontradas nestes pacientes que frequentemente apresentam uma síndrome de déficit na recompensa, com anedonia e dificuldade em obter satisfação com estímulos que não provém das drogas¹⁴. Contudo, esta análise está longe de ser linear, pois a sintomatologia apresentada por estes indivíduos tem uma origem frequentemente multifatorial, que mesmo considerando a interação neurobiológica entre os fatores predisponentes, processos e consequências da adição é frequentemente inconclusiva¹⁵.

Analisando a sub-dimensão do psicoticismo, constatamos haver uma associação largamente descrita na literatura entre esta sintomatologia psicótica e dependência de substâncias, frequentemente produzindo um quadro semelhante à esquizofrenia nos consumidores crónicos. Estes sintomas são reportados em estudos anteriores por cerca de metade dos consumidores de cocaína¹⁶ mas também em consumidores de canabinóides. Contudo, segundo alguns estudos, a prevalência destes sintomas em consumidores de opióides é baixa e embora não haja uma clara explicação, especula-se que se pode dever ao efeito anti-disfórico dos opióides e à terapêutica de substituição com metadona que pode mascarar a predisposição para psicose nestes indivíduos. Na nossa amostra verificamos um valor intermédio entre a população geral e a população com perturbação emocional, mas não foi possível analisar separadamente esta categoria porque a quase totalidade dos inquiridos referia consumir mais de um tipo de droga.

Alguns estudos referem que sintomas psicopatológicos como Ideação Paranóide e Sensibilidade interpessoal podem resultar do isolamento, falta de suporte social, dos comportamentos para obtenção da droga e, mais comumente, dos sintomas de abstinência e/ou dos efeitos da própria droga após o consumo da mesma. Esta teoria é apoiada pelo fato de alguns destes sintomas desaparecerem após a remoção de alguns dos fatores precipitantes, com a consequente melhoria psicopatológica¹⁷. Na nossa amostra percebemos também a influência destes fatores, pois indivíduos com maior duração de consumo pontuaram mais na categoria da sensibilidade interpessoal.

Outra dimensão avaliada foi a hostilidade que está habitualmente relacionada com a impulsividade e no caso das adições relaciona-se com os estímulos provenientes destas, embora se possa identificar redução do controlo inibitório da impulsividade em áreas não relacionadas com o abuso de substâncias. Este fato suporta assim a teoria de que perturbações da personalidade que condicionam maior impulsividade poderão estar na génese do comportamento aditivo⁹. Apesar dos fatores expostos poderem atuar como predisponente dos comportamentos aditivos, o estabelecimento de uma relação temporal entre os mesmos é frequentemente indestrutível.

LIMITAÇÕES

Para este estudo foram estudados apenas indivíduos em tratamento ambulatorial na E.T de Coimbra, o que poderá limitar a representatividade da amostra. O tamanho da amostra é também uma limitação, uma vez que não é suficientemente amplo para permitir conclusões epidemiológicas consistentes. O fato deste estudo ter sido desenhado como transversal e não longitudinal não permite o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis estudadas, nem a obtenção de relação com diagnósticos psiquiátricos prévios.

Outra limitação do estudo prende-se com o instrumento de avaliação utilizado que não fornece informação na área das perturbações de personalidade.

CONCLUSÕES

A amostra estudada apresenta psicopatologia (ISP \geq 1,7), tendo um perfil sintomatológico intermédio entre os perfis da população geral e da população com perturbação emocional, dados que suportam outros estudos já efetuados com o mesmo instrumento¹² e a hipótese de que perturbações do humor, ansiedade e controlo do impulso estão no cerne da patologia aditiva¹⁵.

A Ideação Paranóide é a dimensão em que a amostra se aproxima mais da população com perturbação emocional. Na dimensão Ansiedade Fóbica a amostra estudada aproxima-se da população geral. Os indivíduos da amostra que referem os opiáceos como droga principal, apresentaram valores elevados na dimensão da somatização, que ainda assim se aproximavam mais da população geral.

Este estudo demonstra que é necessária mais investigação neste campo de forma a clarificar os resultados obtidos e estabelecer relações de causalidade. Globalmente leva-nos à necessidade de reflexão sobre os resultados obtidos e à possibilidade de aplicar a escala de sintomas psicopatológicos como preditiva de recaídas, de forma a melhorar a assistência prestada a estes doentes.

REFERÊNCIAS

- Chambers, R. A., Connor, M. C., Boggs, C. J., & Parker, G. F. (February de 2010). The dual diagnosis physician-infrastructure assessment tool: examining physician and dual diagnosis capacity. *Psychiatr Serv*, 184-188.
- Toxicodependência, O. E. (2004). Co-morbilidade — O consumo de drogas e as perturbações mentais. (S. d. Europeias, Ed.) *Drogas em destaque*.
- Wüsthoff, L. E., Waal, H., Ruud, T., & Grawe, R. W. (2011). A cross-sectional study of patients with and without substance use disorders in Community Mental Health Centres. *BMC Psychiatry*.
- Palijan, T. Z., Muzinic, L., & Radelj, S. (2009). Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. (M. naklada, Ed.) *Psychiatria Danubiana*, 21, 429-436.
- Boden, M. T., & Moos, R. (2009). Dually diagnosed patients' responses to substance use disorder treatment. *J Subst Abuse Treat*, 335-345.
- Weich, L., & Pienaar, W. (August de 2009). Occurrence of comorbid substance use disorder among acute psychiatric inpatients at Stikland Hospital in the Western Cape, South Africa. *African Journal of Psychiatry*, 213-217.
- Kertesz, S. S., Madan, A., Wallace, D., Schumacher, J. E., & Milby, J. B. (2006). Substance abuse treatment and psychiatric comorbidity: do benefits spill over? analysis on data from a prospective trial among cocaine-dependent homeless persons. *BioMed Central*, 1:27.
- Ford, J. D., Gelernter, J., DeVoe, J. S., Zhang, W., Weiss, D. R., Brady, K., Kranzler, H. R. (2009). Association of psychiatric and substance use disorder comorbidity with cocaine dependence severity and treatment utilization in cocaine-dependent individuals. *Drug Alcohol Depend.*, 193-203.
- Glantz MD, Leshner AI (2000). *Drug Abuse and Developmental Psychopathology*. Development and Psychopathology; 12: 795-814.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Santos, A., Calado, Á., Coxo, D., Trindade, M. M., & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicod dependente do Alentejo. *Toxicod dependências*, 17, pp. 33-41.
- Maremmani, I., Pani, P. P., Pacini, M., Bizzarri, J. V., Trogu, E., Maremmani, A. G., ... Dell'Osso, L. (2010). Subtyping patients with heroin addiction at treatment entry: factor derived from Self-Report Symptom Inventory (SCL-90). *Annals of General Psychiatry*, pp. 9-15.
- Blum K, Braverman ER, Holder JM, Lubar JF, Monastra VJ, Miller D, Lubar JO, Chen TJ, Comings DE: Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive, and compulsive behaviors. *J Psychoactive Drugs* 2000, 32:1-112.
- Pani PP, Maremmani I, Trogu E, Gessa GL, Ruiz P, Akiskal HS: Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: Should it include anxiety, mood and impulse-control dysregulation? *J Affect Disord* 2010, 122:185-197.
- Satel SL, Edell WS: Cocaine-induced paranoia and psychosis proneness. *Am J Psychiatry* 1991, 148:1708-1711.
- Montoya, I. D., & Haertzen, C. (10 de December de 2008). Reduction of Psychopathology Among Individuals Participating in Non-Treatment Drug Abuse Residential Studies. *J Addict Dis.*, 13(2), pp. 89-97.



adictologia

Associação Portuguesa para o Estudo
das Drogas e das Dependências