

Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº4 • DEZEMBRO 2017

adictologia

Dependência da Internet e associação a sintomas psicopatológicos numa amostra portuguesa

Ana Carolina M. Arruda; Zélia de Macedo Teixeira

Programa Riscos & Desafios: eficácia na prevenção do consumo de álcool em estudantes do Ensino Superior

Carla Rocha; Elisardo Beçoia

Dependência de opiáceos e Qualidade de Vida: Um problema antigo e os determinantes atuais.

Paulo Seabra; José Amendoeira; Pilar Montesó-Curto; Luís Sá

SINAIS Reflexões sobre as convergências e divergências das políticas e práticas legislativas nacionais nos domínios do álcool e das drogas ilícitas face à infeção pelo VIH/SIDA

Margarida Soliz Fernandes; Zélia de Macedo Teixeira

Melhoria da qualidade e da segurança dos programas de manutenção opióide com metadona – a indução, os doseamentos plasmáticos de metadona e o ECG

Carlos Vasconcelos; João Mocho; Sara Carneiro

Funções executivas em indivíduos em programa de substituição em baixo limiar de exigência com consumos por via injetada vs. fumada

Trigo H ; Lopes P; Merendeiro C; Oliveira J; Pereira C

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

- 04** **Editorial**
Nuno Miguel
- 06** **Dependência da Internet e associação a sintomas psicopatológicos numa amostra portuguesa**
Ana Carolina M. Arruda; Zélia de Macedo Teixeira
- 16** **Programa Riscos & Desafios: eficácia na prevenção do consumo de álcool em estudantes do Ensino Superior**
Carla Rocha; Elisardo Becoña
- 32** **Dependência de opiáceos e Qualidade de Vida: Um problema antigo e os determinantes atuais.**
Paulo Seabra; José Amendoeira; Pilar Montesó-Curto; Luís Sá
- 42** ***SINAIS* Reflexões sobre as convergências e divergências das políticas e práticas legislativas nacionais nos domínios do álcool e das drogas ilícitas face à infeção pelo VIH/SIDA**
Margarida Soliz Fernandes; Zélia de Macedo Teixeira
- 48** **Melhoria da qualidade e da segurança dos programas de manutenção opióide com metadona – a indução, os doseamentos plasmáticos de metadona e o ECG**
Carlos Vasconcelos; João Mocho; Sara Carneiro
- 60** **Funções executivas em indivíduos em programa de substituição em baixo limiar de exigência com consumos por via injetada vs. fumada**
Trigo H ; Lopes P; Merendeiro C; Oliveira J; Pereira C

EDITORIAL

NUNO MIGUEL

Em 1987 a situação em relação às toxicodependências e consumos abusivos de substâncias psicoactivas era dramática. No início dos anos oitenta tinha-se difundido a técnica - até aí desconhecida em Portugal - de fumar heroína (fazer uma chinesa como se dizia) e essa nova forma de consumir, sem injectar, levou a que muitas pessoas se iniciassem no consumo de heroína, não imaginando que apenas “uns fumos” tivessem consequências tão profundas. Mas a verdade é que tinham, não apenas para os poucos que continuaram apenas a fumar mas também para os muitos que já dependentes passaram a injectar. E é nesses anos também que o problema da SIDA e das Hepatites B e C se impõe com toda a sua força. A criação do Centro das Taipas permitiu dar uma resposta adequada a esta situação, baseada num modelo integrado de tratamento de toxicodependentes que incluía uma consulta, um centro de dia, uma unidade de desabilitação e uma urgência, e que se articulava com comunidades terapêuticas.

A eficácia deste modelo levou à sua replicação de forma adaptada no Porto - O CAT de Cedofeita - e no Algarve - o SPAT Algarve. E em 1990 a Ministra Leonor Beleza criou um novo serviço nacional, no Ministério da Saúde - o Serviço de Prevenção e Tratamento das Toxicodependências que integra estes três novos centros de tratamento e os centros que dependiam até então do Ministério da Justiça - os CEPDs de Norte, Centro e Sul, tendo como finalidade organizar e coordenar a prevenção e tratamento da toxicodependência em todo o país. Foi esta medida de criação de um serviço vertical

no Ministério da Saúde para dar resposta ao problema da toxicodependência, de acordo com o novo modelo, que permitiu contra todas as expectativas transformar um problema que constituía um grave problema nacional (aproximadamente 100.000 dependentes de heroína e muitos outros de outras substâncias) e que era considerado nos inquéritos de opinião pública um dos problemas que mais preocupavam os portugueses, num problema ainda hoje real e que não se pode deixar de ter em conta, mas claramente diferente. Dizem-no todas as avaliações e apreciações nacionais e internacionais. Dizem-no os números não só dos consumos e dependências mas também das doenças infecciosas (SIDA, Hepatites, tuberculose) das overdoses ou da criminalidade relacionada com o consumo de droga. O problema do consumo e dependência de substâncias é um problema complicado, muito instável na sua realidade, em que novos consumos ou formas de consumir mudam, em que tratamentos adequados e eficazes numa altura se tornam inadequados em novas circunstâncias, em que a relação com outras doenças impõe a sua consideração, em que surgem novas necessidades nomeadamente na prevenção e redução de riscos, com relação com a área da justiça, da segurança social, com a educação. É um problema em constante mutação e exigindo mudanças em tempo útil.

Foi a existência do serviço vertical que permitiu criar inúmeras articulações com outros organismos públicos, com as farmácias, com as IPSS. E fazê-lo em tempo, com agilidade e de forma coordenada no

conjunto do país. Foi a existência deste serviço também que, pela constante comunicação entre os organismos de base de todo o país e o topo do serviço, tornou possível o desenvolvimento de um conhecimento compartilhado e de uma cultura diferente nesta área. E que tornou possível a descriminalização do consumo das drogas e a política de redução de riscos, com os programas de troca de seringas, os programas de substituição opiácea de baixo limiar, as equipas de rua, os centros de acolhimento etc. Este serviço vertical do Ministério da Saúde, SPTT, foi durante anos acompanhado na sua acção por um serviço dependente da Presidência do Conselho de Ministros, primeiro chamado Projecto Vida e mais tarde IDT, Instituto da Droga e da Toxicodependência e acabou por ser integrado neste último que passou a chamar-se Instituto Português da Droga e Toxicodependência. Obviamente esta fusão comportou problemas e dificuldades mas o essencial do modelo e da organização manteve-se permitindo continuar a dar uma resposta adequada à situação. Mas subitamente há seis anos um Governo decidiu extinguir o serviço, antes mesmo de conhecer a realidade e de ter qualquer programa alternativo verdadeiramente estruturado. Extinguiu porque sim! E fê-lo apesar do Secretário de Estado da Saúde, responsável pela medida se desfazer em elogios aos técnicos e estruturas do serviço e aos resultados do seu trabalho, como fez na Sessão de Abertura do Encontro das Taipas desse ano.

E nestes seis anos temos visto em funções um modelo organizacional estranho, com um serviço central

cortado da relação com os centros de tratamento e os seus técnicos e por isso com um conhecimento diminuído e uma capacidade de coordenação inexistentes; e o conjunto dos centros de tratamento existentes divididos por cinco ARS. Este modelo, apesar de muitas boas vontades existentes, não tem funcionado adequadamente e são muitas as vezes que alertam para perda de qualidade da intervenção nesta área claramente relacionada com este modelo que dificulta o diagnóstico das situações, a coordenação das intervenções, o desenvolvimento de uma cultura e até a atractividade para conseguir obter a colaboração de novos técnicos para trabalhar nesta área difícil.

O Governo actual vai ter que tomar uma decisão sobre esta questão, regressar ao modelo vertical, com as correcções necessárias, regressar ao modelo que tão bons resultados deu ou insistir em adaptações neste modelo fragmentado e decapitado que unanimemente não tem funcionado bem.

Inexplicavelmente há quem insista nisto, pessoas poderosas, que desconhecem a realidade, habituadas a tomar nos gabinetes decisões “teoricamente” correctas mas com consequências práticas pesadamente negativas. Não lhes chegam estes seis anos? É preciso continuar no erro até ver a toxicodependência com o seu cortejo de vidas destruídas, doenças, overdoses e crimes alastrar pelo país como o fogo alastrou?

DEPENDÊNCIA DA INTERNET E ASSOCIAÇÃO A SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS NUMA AMOSTRA PORTUGUESA

INTERNET ADDICTION
AND ITS ASSOCIATION
TO PSYCHOPATHOLOGICAL
SYMPTOMS IN A
PORTUGUESE SAMPLE

ANA CAROLINA M. ARRUDA (PSICÓLOGA)
ZÉLIA DE MACEDO TEIXEIRA
(PHD; PSICÓLOGA CLÍNICA NO HOSPITAL ESCOLA FERNANDO PESSOA;
DOCENTE NA UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA)

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:
ZÉLIA DE MACEDO TEIXEIRA.
UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA.
PRAÇA 9 DE ABRIL, 349 | 4249-004 PORTO;
ZELIA@UFP.EDU.PT

RESUMO

O presente artigo procura validar a existência de associações entre a dependência da internet e a sintomatologia psicopatológica, bem como avaliar as relações entre a dependência da internet e os dados sociodemográficos recolhidos. Participaram neste estudo 549 indivíduos portugueses (151 homens e 398 mulheres), com idades compreendidas entre os 18 e os 65 anos (\bar{X} = 27.0), para aplicação da versão portuguesa do *Internet Addiction Test* (Young, 1998) e do *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 1999), para além de um questionário sociodemográfico.

Os resultados revelaram que a dependência da internet encontra-se associada positivamente não só a sintomas psicopatológicos, mas também a fatores sociodemográficos como o sexo do participante, o estado civil, a idade e as habilitações literárias.

Palavras-chave: Dependência da internet; *Internet Addiction Test*; Sintomas Psicopatológicos.

ABSTRACT

This paper aims to validate the existence of associations between Internet addiction and psychopathological symptoms and to assess the relationship between Internet addiction and collected social and demographic data.

A total of 549 Portuguese individuals (151 men and 398 women) aged between 18 and 65 years old (\bar{X} = 27.0), participated in the study, fulfilling where the Portuguese version of Internet Addiction Test (Young, 1998) along with the Brief the Symptom Inventory (Canavarro, 1999) and a social and demographic questionnaire.

The results revealed that Internet addiction is positively associated not only with psychopathological symptoms, but also with socio-demographic factors such as the participant's sex, marital status, age and education.

Keywords: Internet addiction; Internet Addiction Test; Psychopathological symptoms.

1. INTRODUÇÃO

Segundo Barak e Sadovsky (2008)¹, as características da internet, tais como o anonimato, a invisibilidade, ou a possibilidade de comunicar sem ser visto, a possibilidade de comunicar de forma síncrona ou assíncrona, através de texto e/ou voz, a disponibilidade, a fácil acessibilidade, a possibilidade de aceder a múltiplos canais, tornam este tipo de comunicação uma experiência única. Desta forma, o utilizador da internet desfruta do seu mundo próprio em que a realidade se mistura com a fantasia e com a ficção. A dependência da internet tem vindo amplamente estudada internacionalmente, especialmente desde meados da década de noventa mas em Portugal, esta subdimensão da ciberpsicologia não tem ainda suficiente investimento da comunidade científica nacional.

O fenómeno da dependência da internet, também conhecido por *Internet Addiction Disorder* (Goldbergh, 1996)² constitui-se como um problema generalizado entre indivíduos de vários países nas mais variadas sociedades, requerendo por isso, uma maior atenção por parte dos clínicos (Liu e Potenza, 2007)³.

Segundo Young (2011)⁴, os utilizadores dependentes da internet são socialmente introspetivos, acedem à web como forma de obter gratificação, não se importando com o conseqüente isolamento social. O termo de *Internet Addiction Disorder* foi atribuído a Ivan Goldberg em 1996, para identificar as pessoas que estariam a ter problemas em função do uso excessivo da internet.

Griffiths (1995)⁵, descreve a dependência da internet como uma dependência comportamental e não química, que envolve interações entre o indivíduo e o computador.

Já Young (1996)⁶, caracteriza o fenómeno de modo análogo ao jogo patológico, como sendo uma perturbação de controlo dos impulsos sem a presença de uma substância.

Beard e Wolf (2001)⁷ centraram-se mais nos problemas criados ao nível psicológico, social, académico e ocupacional na vida do indivíduo decorrentes do uso excessivo da internet.

Griffiths (1995)⁵, defende ainda que a dependência da internet acarreta sintomas como dominância comportamental, alteração do humor, tolerância, abstinência e conflitos, enquanto Tonioni et al. (2012)⁸ afirmam que o uso excessivo da Internet, definido pelo número de horas despendidas online

e o evitamento das interações sociais com pessoas conhecidas e reais, formam um importante critério a ser avaliado na entrevista clínica que visa o diagnóstico da dependência da Internet. Além disso, a associação entre a perda do interesse em comunicar com pessoas reais e os sintomas psicológicos (e.g., ansiedade e depressão), são relevantes na detecção destes pacientes.

O uso intensivo da Internet pode resultar em comportamentos associados à angústia, sofrimento, incapacidade ou perda significativa da liberdade (3). O desenvolvimento da dependência da internet ocorre de forma silenciosa, pois o indivíduo começa a incorporar novos hábitos na sua rotina sem se aperceber. O isolamento social é uma das consequências do uso abusivo, ocorre gradualmente e naturalmente e a utilização problemática da Internet, foi descrita por Shapira (2003)⁹, como sendo a incapacidade do indivíduo de controlar o seu próprio uso, sendo que vivencia consequências negativas originadas por esta incapacidade, bem como, as suas atividades cotidianas são prejudicadas negativamente. Numa definição mais atualizada, sugerida por Beard (2005)¹⁰, o indivíduo é dependente quando certas áreas da sua vida estão a ser prejudicadas, tal como o seu estado psicológico mental e emocional, desempenho académico, ocupacional e as suas interações sociais.

De acordo com Young (2011)⁴, o utilizador dependente da internet tende a identificar a mesma como solução para os seus problemas.

Em relação à tipologia, vários autores afirmam ser importante fazer uma diferenciação entre dependência na internet e dependência da internet, ou seja, enquanto na primeira a internet é apenas um meio para chegar a uma dependência específica (e.g. pornografia), a segunda diz respeito a uma dependência da internet no geral, por simplesmente já ser agradável estar online.

É relevante, também, ter em conta que há indivíduos que usam excessivamente a internet, mas que não são dependentes desta (Pontes, Patrão & Griffiths, 2014)¹¹, reafirmando que as vantagens proporcionadas pela internet são também consideradas as grandes responsáveis pelo crescente número de utilizadores bem como pelo surgimento da dependência desta ferramenta.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A investigação tem o formato de um estudo descritivo do tipo correlacional. O objetivo geral deste estudo foi de avaliar as relações entre o uso excessivo da internet, medido através da versão adaptada por Patrão e Pontes (2013)¹² do IAT (*Internet Addiction Test*) de Young (1998)¹⁵, com sintomas psicopatológicos, medidos através do BSI (*Brief Symptom Inventory*) de Derogatis (1993)¹⁴, versão adaptada para Portugal por Canavarro (1995)¹⁵. Como objetivos específicos, pretendeu-se avaliar se existiria maior incidência de sintomatologia psicopatológica em indivíduos com maiores níveis de uso excessivo da internet, bem como analisar de forma geral e percentual os níveis de uso excessivo da internet e sintomatologia psicopatológica na amostra em estudo. Por último, pretendeu-se interpretar os aspetos sociodemográficos da amostra, de forma a compreender as características dos indivíduos que possam apresentar níveis estatísticos significativamente elevados de utilização excessiva da internet em simultaneidade quando tido em conta fatores sociodemográficos específicos.

2.1. HIPÓTESES DE ESTUDO

Foram elencadas 8 hipóteses de investigação, cinco relacionadas com características sociodemográficas e sua associação à dependência da internet e três relativas à associação entre níveis de dependência da internet (IAT) e sintomatologia avaliada pelo BSI.

H1: Existe uma associação entre a variável “sexo” e a pontuação obtida no IAT.

H2: Existe uma associação entre a variável “idade” e a pontuação obtida no IAT.

H3: Existe uma associação entre a variável “habilitações literárias” e a pontuação no IAT.

H4: Existe uma associação entre a variável “ocupação” e a pontuação obtida no IAT.

H5: Existe uma associação entre a variável “estado civil” e a pontuação obtida no IAT.

H6: A variável relativa à dimensão da Depressão no BSI está associada à pontuação no IAT.

H7: A variável relativa à dimensão da Ansiedade do

BSI está associada à pontuação no IAT.

H8: As variáveis relativas às restantes dimensões do BSI estão associadas às pontuações obtidas no IAT.

2.2. PARTICIPANTES

A amostra utilizada nesta investigação foi selecionada através do método de amostragem por conveniência, em que os dados foram recolhidos através da internet. Os questionários, previamente inseridos no *Google Docs*, foram partilhados *online*, nas redes sociais e enviados para várias universidades para a sua divulgação.

A amostra global contou com 549 indivíduos, sendo validados todos os questionários. O único critério de exclusão foi a idade mínima de participação, que foi de dezoito anos, devido às restrições legais. Destes 549 sujeitos, 72.5% eram do género feminino ($n = 398$) enquanto os sujeitos do género masculino se encontram representados pelos restantes 27.5% ($n = 151$). A média de idades foi de 27.0 anos ($DP=10,0$ anos), variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 65 anos. A maioria encontrava-se no escalão etário 21–30 anos (49.2%). Em termos de estado civil, 80.0% dos participantes eram solteiros. Seguiam-se depois os participantes casados (16.0%) e os participantes divorciados (3.0%). No que se refere à escolaridade, 37.3% tinham uma licenciatura e 39.2% o ensino secundário. Os restantes 42.5% têm a escolaridade básica, mas predominantemente o secundário (39.5%). Com mestrado e doutoramento encontramos respetivamente 11.5% e 6.4% da amostra. Por último, no que se refere à situação profissional um pouco mais de metade da amostra era constituída por estudantes (55.6%), valor que sobe para 68.4% quando se considera os participantes que trabalham e estudam. De ressaltar que 5.8% dos participantes se encontram desempregados.

2.3. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Na recolha dos dados foram considerados todos os procedimentos éticos, salvaguardados por parecer da Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa. Neste estudo foram utilizados três instrumentos, tendo sido pedida a respetiva autorização para a utilização de cada um. O Consentimento Informado, esteve disponível no início do formulário online, de modo a assegurar a confidencialidade e anonimato dos participantes, sendo que num

texto introdutório forneceu uma breve explicação do propósito da investigação. Os participantes só poderiam continuar o preenchimento dos instrumentos se assinalassem que aceitavam todas as características da investigação.

2.3.1. QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

O questionário sociodemográfico teve como propósito a recolha de alguns dados que permitiriam uma compreensão mais abrangente dos participantes, atendendo às suas características. Assim, as variáveis contidas neste questionário foram as seguintes: Sexo, idade, estado civil, área de residência, ano de escolaridade, área de estudos e profissão.

2.3.2. INVENTÁRIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS (BSI)

O BSI é um inventário de autorresposta constituído por 53 itens, sendo uma versão abreviada da Escala de Sintomas Revista SCL-90-R. Avalia os sintomas psicopatológicos e é constituído por nove dimensões e três índices globais: Somatização Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide, Psicoticismo Índice Geral de Sintomas, Índice de Sintomas Positivos e Total de Sintomas Positivos (Canavarro, 1999)¹⁸.

2.3.3. INTERNET ADDICTION TEST (IAT)

O uso deste instrumento teve como objetivo a recolha de informação sobre o uso da internet de cada participante. O IAT de Young⁶ foi um dos primeiros instrumentos de mensuração da dependência da internet validado psicometricamente (Widyanto & McMurrin, 2004)¹⁶. Vários estudos têm vindo a confirmar a validade e fiabilidade do instrumento (Law & Chang, 2008)¹⁷ tornando-o no mais utilizado e difundido a nível internacional em investigações desta área (Pezoa-Jares et al. 2012)¹⁸. O IAT procura avaliar o grau de envolvimento do indivíduo com a Internet e a forma como o uso excessivo desta ferramenta o afeta negativamente nas várias áreas da sua vida. O instrumento é constituído por um conjunto total de 20 itens de autopreenchimento do tipo Likert, numa escala de 5 pontos. Em termos de cotação do teste, quanto maior for a pontuação obtida pelo indivíduo na soma das respostas, maior é o nível de dependência da internet. O uso normal

varia entre os 0-30 pontos; uso suave entre os 31-49 pontos; uso moderado entre os 50-79 pontos e a utilização severa entre os 80-100 pontos. No presente estudo, utilizou-se a versão adaptada e traduzida do IAT à língua portuguesa elaborada por Patrão e Pontes (2013)¹².

A recolha dos dados decorreu entre os meses de Janeiro e Abril de 2016. Posteriormente, os dados foram analisados com recurso ao *IBM SPSS Statistics*, na versão 22, tendo sido efetuadas as estatísticas descritivas para a caracterização da amostra e procedimentos estatísticos para a análise da relação entre as variáveis em estudo através das pontuações globais de cada escala. O nível de significância para aceitar ou rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq 0,05$. Utilizou-se o teste t de Student, a Anova One-Way. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene. Aceitou-se a normalidade de distribuição para as amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central. Quando

os pressupostos da Anova One-Way não se encontravam satisfeitos utilizou-se o teste não-paramétrico alternativo, o teste de Kruskal-Wallis. Nesta situação, para facilidade de interpretação apresentaram-se nas estatísticas descritivas os valores das médias e não os valores das ordens médias.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Apresentamos abaixo os resultados obtidos iniciando a descrição dos dados facultados a partir do BSI e do IAT.

Na tabela 1 podemos analisar as estatísticas descritivas dos valores obtidos pelos indivíduos no BSI. As dimensões com valores mais elevados recaíram sobre as obsessões-compulsões, a depressão e a ideação paranóide. Esperavam-se pontuações superiores nas dimensões de ansiedade e sensibilidade interpessoal, devido à literatura revista. De ressaltar que o Índice de Sintomas Positivos total da amostra é de 1.48, pelo que está abaixo do valor que indica perturbação emocional (1.7).

Tabela 1: Estatísticas descritivas relativas aos resultados no BSI

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Total de Sintomas Positivos	0	53	24.12	13.26
Índice de Sintomas Positivos	.00	3.65	1.48	.479
Obsessões-compulsões	.00	3.17	1.01	.65
Ideação Paranóide	.00	3.60	.96	.79
Depressão	.00	4.00	.85	.76
Sensibilidade Interpessoal	.00	3.75	.83	.81
Hostilidade	.00	4.00	.76	.70
Índice Geral de Sintomas	.00	3.42	.74	.57
Ansiedade	.00	3.67	.71	.66
Psicoticismo	.00	3.20	.61	.65
Somatização	.00	3.71	.49	.59
Ansiedade Fóbica	.00	4.00	.38	.57

Tabela 2: Percentagens superiores aos valores médios para a população portuguesa encontrados na amostra

	n	%
Ideação Paranóide	134	24.6
Sensibilidade Interpessoal	82	15.0
Psicoticismo	77	14.1
Hostilidade	70	12.8
Depressão	63	11.6
Ansiedade Fóbica	56	10.3
Obsessões-compulsões	52	9.5
Ansiedade	44	8.1
Somatização	38	7.0

Se utilizarmos os pontos de corte obtidos por Canavarro (1999) na adaptação para português do BSI, podemos caracterizar os indivíduos com perturbação emocional de acordo com o apresentado na tabela 2. Assim, por exemplo 24.6% da amostra apresenta ideação paranoide, o que é um valor elevado. A depressão, que se pensava ser a dimensão que teria pontuação mais elevada, tem apenas 11.6% de indivíduos com pontuações que sugerem perturbação emocional nesta dimensão. Os inquiridos obtiveram uma média de 30.6 pontos no IAT (desvio padrão de 11.99). O valor máximo da pontuação do IAT foi de 74 pontos, sendo que os valores da pontuação vão de 0 a 100.

Tabela 3: Resultados obtidos nos diferentes níveis do IAT

	Frequência	Porcentagem
Uso Normal	50	9.1
Uso Suave	460	83.8
Utilização Moderada	39	7.1
Total	549	100.0

De acordo com os valores de corte, 83.8% ($n = 460$) podem ser considerados como utilizadores suaves, sendo que 7.1% ($n = 39$) podem ser considerados como utilizadores moderados, já com sinais de uso excessivo da internet¹². Nenhum dos participantes registou uma utilização severa (pontuação igual ou superior a 80). Segue-se a análise detalhada dos resultados tendo em conta as 8 hipóteses consideradas. De modo a estudarmos a H1 (existe uma associação entre a variável género e a pontuação obtida no IAT),

realizamos o teste t, em que se constatou que os homens obtêm valores ligeiramente mais elevados do que as mulheres no teste IAT (30.88 vs 30.49), embora a diferença não seja estatisticamente significativa, $t(547) = -0.341, p = .734$. Assim não se confirma a H1, pois na amostra não existe uma associação estatisticamente significativa que seja relevante entre a pontuação obtida no IAT e o género.

No que toca à H2 (existe uma associação entre a variável idade e a pontuação obtida no IAT), podemos constatar que as diferenças nos valores de IAT em função da idade são estatisticamente significativas, $F(3,545) = 4.917, p = .002$.

O teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os indivíduos mais novos e os mais velhos, sendo que os mais novos apresentam valores de dependência da internet significativamente mais elevados (33.03 vs 26.49). Existe, de fato, associação entre a idade e a dependência da internet, pelo que a H2 é aceite e confirmada.

Em relação à H3 (existe uma associação entre a variável escolaridade e a pontuação obtida no IAT), a análise detalhada dos resultados assinalou que os indivíduos com o terceiro ciclo apresentam valores de IAT mais elevados, sendo os indivíduos com o doutoramento os que apresentaram valores mais baixos (35.13 vs 26.06), embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas, $F(5, 60.135) = 1.662, p = .158$.

Deste modo aceita-se condicionalmente a H3, pois existe associação entre a escolaridade e os valores do teste de dependência da internet, mas sem significado estatístico de relevo. Estes resultados corroboram a H2, pois os adolescentes encontram-se, maioritariamente, no terceiro ciclo de escolaridade.

Ao testarmos a H4 (existe uma associação entre a variável ocupação e a pontuação obtida no IAT), verificamos que as diferenças nos valores de dependência da internet em função da ocupação são estatisticamente significativas, $\chi^2 KW (4) = 14.435, p = .002$. O teste de comparação múltipla a posteriori indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os desempregados e os trabalhadores por conta de outrem, apresentando os estudantes valores de IAT significativamente mais elevados (32.44 vs 27.40). Assim, aceita-se a H4, pois existe relação entre os desempregados na amostra e a pontuação do teste de dependência da internet.

No teste da H5 (Existe uma associação entre a variável

“estado civil” e a pontuação obtida no IAT), apuramos que as diferenças nos valores de IAT em função do estado civil são estatisticamente significativas, $F(2, 36.007) = 12.352, p = .001$.

	Casado		Divorciado		Solteiro		F
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
IAT	25.68	10.29	27.67	11.10	31.72	12.14	12.352**

*** $p \leq ,01$

O teste de comparação múltipla a posteriori de Tukey indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os casados e os solteiros, sendo que os solteiros apresentam valores de IAT significativamente mais elevados (31.72 vs 25.68).

Aceita-se a H5, pois existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a pontuação do teste de dependência da internet, sendo que os solteiros têm valores mais elevados de IAT. Ao executar os testes necessários para a H6 (a variável relativa à dimensão da Depressão no BSI está associada à pontuação obtida no IAT.), verificamos que o coeficiente de correlação encontrado entre a depressão e os valores de IAT é estatisticamente significativo, positivo mas fraco ($r = .334; p \leq ,01$). Como o coeficiente é positivo isso significa que quanto mais elevada é a pontuação da dimensão depressão no BSI, mais elevada é a pontuação obtida no IAT. Como resultados do estudo da H7 (A variável relativa à dimensão da Ansiedade do BSI está associada à pontuação obtida no IAT), apurou-se que o coeficiente de correlação entre a ansiedade e os valores de IAT é estatisticamente significativo, positivo e fraco ($r = .278; p \leq ,01$). Como o coeficiente é positivo isso significa que quanto mais elevada é a pontuação obtida na dimensão ansiedade mais elevada é a pontuação do IAT. Deste modo, aceita-se a H7, pois embora a correlação entre a ansiedade e a utilização excessiva da internet seja positiva e fraca, é estatisticamente significativa.

Já no que respeita à H8 (as variáveis relativas às restantes dimensões do BSI estão associadas às pontuações obtidas no IAT) esta é confirmada, pois os coeficientes de correlação entre os valores das restantes dimensões do BSI e os valores de IAT são todos estatisticamente significativos ($p \leq ,01$), positivos e fracos ou moderados.

Com uma correlação fraca com o IAT temos as dimensões do BSI: somatização, sensibilidade interpessoal, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Com uma correlação moderada entre as pontuações do IAT temos a dimensão do BSI de obsessões e compulsões.

Como os coeficientes são positivos isso significa que quanto mais elevadas são as pontuações das dimensões do BSI, mais elevada é a pontuação do teste de dependência da internet.

Tabela 5– Correlação entre valores do IAT e BSI

	r
Somatização	.212***
Obsessões-compulsões	.438***
Sensibilidade Interpessoal	.300***
Hostilidade	.316***
Ansiedade Fóbica	.234***
Ideação Paranóide	.306***
Psicoticismo	.373***

*** $p \leq ,01$

Por último, a H8 é aceite por haver correlação entre todas as restantes dimensões do BSI e a pontuação obtida no IAT.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como um dos objetivos deste estudo era de avaliar as pontuações obtidas quanto uso excessivo da internet e quanto à sintomatologia psicopatológica presente na amostra, verificou-se que, através dos resultados obtidos, relativamente ao uso excessivo da internet, quando se tem em conta o ponto de corte proposto (i.e., 30), 7.1% da amostra total apresentam níveis de utilização da internet que poderiam ser considerados problemáticos. Nenhum dos participantes exibiu níveis severos de uso da internet, o que de certa forma nos surpreendeu.

De um modo geral, ainda em relação ao uso da internet, verifica-se que 9.1% da amostra utiliza a internet de um modo que não lhes resulta em nenhum prejuízo para as suas vidas, sendo que os restantes 83.8% utilizadores, de uma forma ou de outra, de um modo mais

ou menos intenso, parecerem sofrer algum tipo de prejuízo ligeiro, mas com controlo sobre a sua utilização. Em relação à epidemiologia da dependência da internet ainda não existem indicadores consistentes acerca desta. Segundo a literatura, nos países asiáticos, a dependência da internet já constituiu um problema de ordem pública. Todavia, em outros países, os níveis de dependência da internet são muito reduzidos. Esta inconsistência de dados parece dever-se ao facto de que são utilizadas metodologias distintas na avaliação e determinação do diagnóstico de dependência de internet. Uma outra possível explicação para este facto prende-se com a essência do constructo “dependência da internet” que tem vindo a ser fragmentado e sobreposto a conceitos como os de dependência do smartphone, dependência de redes sociais, adicção ao jogo, entre outros, de acordo com as actividades ou dispositivos a que se acede através da internet¹¹.

Tendo em conta os objetivos estabelecidos de verificar a forma como a pontuação obtida no IAT se associaria com as variáveis sociodemográficas avaliadas ao longo do estudo, verificámos que em termos do sexo, as diferenças observadas não foram significativas, apesar de ter sido o sexo masculino o que apresentou níveis mais elevados de uso excessivo da internet comparativamente ao sexo feminino. Este resultado vai ao encontro do descrito na literatura (Ko et al., 2006¹⁹, Esen & Gundogdu, 2010²⁰; Rumpf et al, 2014²¹), mas segundo uma investigação de Patrão e Pontes¹², com inquiridos portugueses, a maioria dos dependentes são do sexo masculino.

No que toca ao estado civil, verificamos diferenças estatisticamente significativas entre estes três grupos. Os participantes que são casados e os participantes que são divorciados apresentam resultados de uso excessivo da internet inferiores aos que são solteiros. O estado civil parece exercer influência na utilização da internet dos participantes, pelo que se assume em função dos dados encontrados neste estudo, que as relações amorosas parecem funcionar como um fator de proteção ou de risco para a dependência da internet. São poucas as investigações que procuram compreender o peso das relações amorosas na utilização excessiva da internet, sendo que seria importante estudar este dado em profundidade em investigações futuras. Em relação à idade dos participantes, verificamos que quanto mais novos eram os inquiridos, maiores eram os níveis de uso excessivo da internet verificados. No que toca à associação encontrada entre a pontuação do IAT e a idade dos participantes no presente estudo, os

resultados encontrados são consistentes com uma parte da literatura existente sobre o tema que apontam idades inferiores associadas a maior uso da internet (Ni, Yan, Chen & Liu, 2009²²; Morrison & Gore, 2010²³; Smahel, Helsper, et al., 2012²⁴) e incongruente com outros estudos onde estas evidências não se verificaram (Simkova & Cincera, 2004²⁵). Num estudo de Viveiro, Marques & Moleiro (2014)²⁶, realizado com 638 adolescentes portugueses, 18% tinha um uso de internet *borderline*, e 1.2% de uso patológico. Segundo a autora, os adolescentes deste estudo apresentavam comportamentos de risco e padrões de uso de internet alarmantes. Sahin (2011)²⁷ encontrou evidências de que os estudantes do ensino secundário mostram ser mais dependentes da Internet do que qualquer outro grupo de escolaridade. Um estudo elaborado por Pontes, Patrão e Griffiths (2014)¹¹, indica que 1,2% dos estudantes dos ensinos secundário e superior são dependentes da internet. Apesar de ainda não haver um consenso em relação à variável idade e a sua relação direta com a utilização excessiva da internet, seria útil e essencial que todas as intervenções na área da dependência da internet sejam feitas o mais cedo possível.

Quando nos centramos na ocupação e no dependência da internet os resultados obtidos vão de encontro à investigação de Rumpf et al., (2014)²¹, que encontrou evidências de que os indivíduos que se encontram desempregados mostram níveis mais elevados de dependência da internet.

Para finalizar a associação entre a utilização excessiva da internet e os dados sociodemográficos dos participantes, constatamos que existem diferenças significativas entre os resultados de IAT e o ano académico em que os participantes se encontram. Deste modo, tentamos compreender em que anos de escolaridade é que os níveis de uso excessivo da internet eram mais elevados. As pontuações mais elevadas do IAT incidiram, essencialmente, nos alunos do terceiro ciclo do ensino básico, seguidos de alunos de mestrado do ensino superior.

Em termos de sintomas psicopatológicos, verificou-se na presente amostra que aproximadamente 26.8% (n=147) dos participantes deste estudo apresentavam níveis de perturbação emocional acima do ponto de corte sugerido pelo autor da escala (i.e., 1.7), revelando assim, uma grande incidência de sintomas psicopatológicos na presente amostra.

Ainda em relação aos resultados do BSI, é importante sublinhar que 24.6% dos participantes apresentam níveis elevados de ideação paranóide, 15% obtiveram

níveis elevados de sensibilidade interpessoal e 14.1% valores elevados de psicoticismo. A dimensão do BSI que teve menos frequência foi a somatização, que contou com 7% dos participantes.

Como descrito acima, 24.6% (n=134) dos participantes apresentam níveis de ideação paranóide preocupantes. Estes resultados não eram esperados, pelo que se esperava por valores elevados de depressão e ansiedade, e tal não aconteceu na amostra.

As correlações encontradas entre as pontuações do IAT e do BSI foram positivas mas maioritariamente fracas. A única correlação moderada entre as pontuações dos participantes foi na dimensão obsessões-compulsões do BSI com o IAT ($r=0.438$). A dimensão psicoticismo do BSI também obteve uma correlação significativa com os resultados do IAT, embora ainda seja considerada fraca ($r=0.373$).

Esperávamos que houvesse maior correlação entre os resultados do IAT e as dimensões depressão e ansiedade do BSI, devido aos estudos contemplados na revisão de literatura mencionarem maioritariamente estes sintomas psicopatológicos relacionados com a utilização excessiva da internet. Tal como Alavi et al., (2011)²⁸ referem, a depressão é o sintoma psicopatológico mais frequentemente relatado associado com o uso excessivo da internet. Todavia, tal não se registou na amostra deste estudo.

No que toca à dimensão da “Depressão” do BSI, os autores Ha, Yoo, Cho, Chin, Shin e Kim (2006)²⁹, numa investigação com uma amostra de 836 indivíduos, em que 170 dos mesmos apresentavam sintomas de utilização excessiva da internet, concluíram que além destes serem dependentes, apresentavam, também, sintomas depressivos. Estes resultados vão de encontro com o que é descrito na literatura, que suporta de um modo sistémico associações entre a dependência da internet e a depressão (Ha et al., 2007³⁰; Liberatore Marti & Martinez., 2011³¹).

Em relação à ansiedade os autores Lemos, Abreu e Sougey (2014)³², descrevem a existência de perturbação de ansiedade social e perturbação de ansiedade generalizada associadas à dependência da internet. Ballone e Moura (2008)³³, vão de encontro ao referido pelos autores anteriores, pois defendem que a fobia social, o medo de contato direto com o outro e os padrões socioculturais diminuem na relação virtual, garantindo interações mais satisfatórias. Deste modo, as pessoas evitam esta realidade e recorrem à internet, onde isso não acontece e se sentem seguras. Na sequência dos nossos resultados que assinalam

coeficientes de correlação entre as pontuações dos participantes no BSI e no IAT positivos, podemos afirmar que quanto mais elevada for a pontuação de um indivíduo nas dimensões do BSI, mais elevada irá ser a sua pontuação no IAT.

5. CONCLUSÕES

Tentamos no presente estudo abordar o uso excessivo da internet de um modo amplo e exploratório. Interessantemente, não obtivemos no total da amostra valores coincidentes com o uso severo da internet (de acordo com a tipologia de Young, 1998)¹¹. Como esta é uma nova área de investigação em crescimento em Portugal, são necessários mais estudos empíricos sobre o tema, de forma a aprofundar os conhecimentos numa área crescente e problemática

Em relação aos objetivos propostos no início deste estudo, verifica-se uma associação entre os resultados obtidos no BSI e os resultados obtidos no IAT. Por outras palavras a elevação dos resultados no IAT associa-se à maior elevação de sintomas psicopatológicos nos sujeitos da amostra.

Como os resultados de estudos internacionais indicam, os adolescentes são os mais afetados por este novo problema que reforça a necessidade de se estudar a utilização excessiva da internet neste grupo (Christakis, Moreno, Jelenchick, Myaing & Zhou, 2011)³⁶, face à crescente sobre-exposição a este recurso, e ao fato de exercerem menos controlo em todo o entusiasmo decorrente das atividades *online*³¹. Em termos de limitações a serem ultrapassadas no futuro, e no que respeita a este estudo, salientamos que o seu carácter correlacional exige muita precaução na interpretação e discussão dos resultados, visto que não podemos fazer inferências causais, apenas de associação de variáveis. Por outro lado, o facto da amostra ser predominantemente do género feminino pode ter tido algum impacto na expressão dos dados. No que concerne a estudos futuros, parece-nos ser de relevo salientar neste momento uma condição que nos pareceu interessante: tal como referimos na parte teórica, a internet pode ser um elemento aditivo per si, mas igualmente um veículo de acesso a outras dimensões do comportamento potencialmente aditivas (compras, pornografia, jogo online, etc.), pelo que a consideração desta possibilidade como fator de complexificação dos estudos pode ser relevante. Este estudo foi para os autores um ponto de partida para compreender o fenómeno da dependência da internet, tendo-se constituído uma base de trabalho conceptual a desenvolver no futuro.

REFERÊNCIAS

- 1 Barak, A., & Suler, J. (2008). Reflections on the Psychology and Social Science of Cyberspace. *Psychological Aspects of Cyberspace: Theory, Research, Applications* (pp. 1-12). New York: Cambridge University Press.
- 2 Goldberg, I. (1996). Internet Addiction Disorder. <http://www.psycom.net/iasg.html>
- 3 Liu, T., & Potenza, M. N. (2007). Problematic Internet Use: Clinical Implications. *CNS Spectrums*, 12(6), 453-466.
- 4 Young, K. (2011). CBT-IA: The first treatment model for internet addiction. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 304-312.
- 5 Griffiths, M. D. (1995a). Technological Addictions. *Clinical Psychology Forum*, 76, 14-19.
- 6 Young, K. S. (1996). Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. *CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237-244.
- 7 Beard, K. & Wolf, E. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for internet addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4(3), 377-383.
- 8 Tonioni, F., D'Alessandris, L., Lai, C., Martinelli, D., Corvino, S., Vasale, M., Fanella, F., Aceto, P., & Bria, P. (2012). Internet Addiction: Hours Spent Online, Behaviors and Psychological Symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 34, 80-87.
- 9 Shapira, N., Goldsmith, T., Keck, P., Khosla, U., & McElroy, S. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 57(1), 267-272.
- 10 Beard, K. W. (2005). Internet addiction: A review of current assessment techniques and potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior*, 8(1), 7-14.
- 11 Pontes, H., Patrão, I. & Griffiths, M. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114.
- 12 Patrão, I., Rita, J., & Pontes, H. (2013). Internet Addiction And Loneliness Among Portuguese Elementary School Students: An Exploratory Quantitative Study. *Atención Primaria*, 45, 160.
- 13 Young, K. S. (1998). *Caught in the Net: How to recognize the signs of Internet addiction and a winning strategy for recovery*. New York: John Wiley & Sons.
- 14 Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- 15 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.
- 16 Widyanto, L., & McMurrin, M. (2004). The Psychometric Properties of the Internet Addiction Test. *CyberPsychology & Behavior*, 7(4), 443-450.
- 17 Chang, M. K. & Law, S. P. M. (2008) Factor structure for Young's Internet Addiction Test: A confirmatory study. *Computers in Human Behavior* 24, 6, 2475-3064
- 18 Pezoa-Jares R. E., Espinoza-Luna J.L., Vasquez-Medina J.A. (2012) Internet Addiction: A Review. *J Addiction Research Therapy* 56:004.
- 19 Ko C. H., Yen J. Y., Chen C. C., Chen S. H., Wu K. Y., Yen C. F. (2006). Tridimensional personality of adolescents with Internet addiction and substance use experience. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(14), 887-894
- 20 Esen, B. K., & Gündoğdu, M. (2010). The Relationship Between Internet Addiction, Peer Pressure and Perceived Social Support Among Adolescents. *The International Journal of Educational Researchers*, 2(1), 29-36.
- 21 Rumpf H.-J., Vermulst A. A., Bischof A., Kastirke N., Güertler D., Bischof G., Meerkerk G. J., John U., Meyer C. (2014). Occurrence of Internet addiction in a general population sample: A latent class analysis. *European Addiction Research*, 20(4), 159-166
- 22 Ni, Yan, Chen & Liu, 2009; Ni, X., Yan, H., Chen, S., & Liu, Z. (2009). Factors influencing Internet addiction in a sample of freshmen university students in China. *CyberPsychology and Behavior*, 12(3), 327-330.
- 23 Morrison, C. M., & Gore, H. (2010). The Relationship Between Excessive Internet Use and Depression: A Questionnaire-Based Study of 1,519 Young People and Adults. *Psychopathology*, 43, 121-126.
- 24 Smahel, D., Helsper, E., Green, L., Kalmus, V., Blinka, L. & Ólafsson, K. (2012) Excessive internet use among European children. *EU Kids Online*, London School of Economics & Political Science, London,
- 25 Simkova, B., & Cincera, J. (2004). Internet Addiction Disorder and Chatting in the Czech Republic. *CyberPsychology & Behavior*, 7(5), 536-539.
- 26 Viveiro C, Marques M, Passadouro R, Moleiro P. Os adolescentes e a internet: padrões de (ab)uso. *Adolesc Saude*. 2014;11(2):7-18
- 27 Sahin, C. (2011) An analysis of internet addiction levels of individuals according to various variables. *Turkish Online Journal of Educational Technology* 10(4):60-66 · October 2011
- 28 Alavi S. S., Ferdosi M., Jannatifard F., Eslami M., Alaghemandan H., Setare M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International Journal of Preventive Medicine*, 3(4), 290-29
- 29 Ha, J., Yoo, H., Cho, I., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 821-826.
- 30 Ha, J., Yoo, H., Cho, I., Chin, B., Shin, D., & Kim, J. (2006). Psychiatric comorbidity assessed in Korean children and adolescents who screen positive for internet addiction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 821-826.
- 31 Ha, J. H., Kim, S. Y., Bae, S. C., Bae, S., Kim, H., Sim, M., Lyoo, I. K., & Cho, S. C. (2007). Depression and Internet Addiction in Adolescents. *Psychopathology*, 40(6), 424-430.
- 32 Liberatore, K., Rosario, K., Martí, L. & Martínez, K. (2011). Prevalence of internet addiction in Latino adolescents with psychiatric diagnosis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(6), 399-402.
- 33 Lemos, I. L.; Abreu, C. N. and Sougey, E. B. (2014) Internet and video game addictions: a cognitive behavioral approach. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2014, vol.41, n.3, pp.82-88.
- 34 Ballone, G. J. & Moura, E. C. (2003) - Compulsão à Internet, Mito ou Realidade, in. *PsiquWeb*. <http://gballone.sites.uol.com.br/temas/internet.htm>
- 35 Christakis, D. A., Moreno, M. M., Jelenchick, L., Myaing, M. T., & Zhou, C. (2011). Problematic internet usage in US college students: A pilot study. *BMC Medicine*, 9, 1-6.

PROGRAMA RISCOS & DESAFIOS: EFICÁCIA NA PREVENÇÃO DO CONSUMO DE ÁLCOOL EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR

RISKS & CHALLENGES PROGRAM: EFFICACY IN THE PREVENTION OF ALCOHOL USE AMONG COLLEGE STUDENTS

Carla Rocha¹
Elisardo Becoña²

1 Carla Rocha, PhD – Divisão para a Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD), ARS, Norte, IP, Porto, Portugal

2 Elisardo Becoña. Universidade de Santiago de Compostela. Facultade de Psicoloxía. Departamento de Psicoloxía Clínica e Psicobioloxía. Campus Vida, Santiago de Compostela, España.

RESUMO

O Ensino Superior é um local idóneo para o desenvolvimento de estratégias de prevenção do uso de substâncias psicoativas e danos associados. Diversos estudos epidemiológicos apontam para a necessidade de investir na prevenção do consumo de substâncias entre os 16 e os 18 anos, designadamente junto da população universitária, em particular em relação aos consumos intensivos de álcool. Embora algumas instituições invistam na intervenção preventiva, dada a magnitude do problema que representa o consumo de drogas entre universitários, as suas consequências e a necessidade de atuar precocemente, este investimento é insuficiente, sendo mesmo inexistente na maioria dos estabelecimentos de ensino superior em Portugal. O presente estudo examinou a eficácia, ao nível do comportamento de consumo de álcool de estudantes universitários, de um programa compreensivo de prevenção das dependências e comportamentos aditivos - Programa Riscos & Desafios. A amostra foi composta por 228 estudantes do primeiro ano da Universidade do Minho. Este estudo incluiu um desenho experimental, com grupo experimental e de controlo, com medições pré, pós-teste e seguimento. Para além da recolha de dados de caracterização sociodemográficos e relativos ao consumo de substâncias psicoativas, utilizou-se o “*The Alcohol Use Disorders Identification Test*” - AUDIT1. Os resultados comprovam a eficácia do Programa Riscos & Desafios na redução do consumo de álcool em estudantes do Ensino Superior.

Palavras-chave:

Riscos & Desafios, Prevenção das dependências e Comportamentos Aditivos, Consumo de Substâncias Psicoativas, Álcool, Programas de Prevenção, Avaliação, Ensino superior

SUMMARY

Higher Education is a suitable place for the development of strategies to prevent the use of psychoactive substances and associated damages. Several epidemiological studies point the need to invest in the prevention of substance use between 16 and 18 years, namely with university population, particularly in relation to the intensive use of alcohol. Although some institutions invest in preventive intervention, given the magnitude of the drug problem among university students, its consequences and the need to act early, this investment is insufficient and is even non-existent in most higher education institutions in Portugal. The present study examined the efficacy of a comprehensive program of addictions and addictive behaviors prevention - Risks & Challenges - in relation to alcohol use behavior of university students. The sample was composed by 228 students of the first year of the University of Minho. This study included an experimental design, with experimental and control groups, with pre, post-test and follow-up measurements. In addition to collecting sociodemographic and psychoactive substance use data, the “*Alcohol Use Disorders Identification Test*” (AUDIT) was used. The results demonstrate the effectiveness of the Risks & Challenges Program in reducing alcohol use among college students.

Key words:

Risks & Challenges, Addictions and Addictive Behaviors Prevention, Substances Use, Alcohol, Prevention Programs, Assessment, Higher Education

INTRODUÇÃO

Distintos estudos epidemiológicos indicam a necessidade de intervir na adolescência e juventude em relação ao consumo de Substâncias Psicoativas (SPA). Em Portugal, os estudos baseados em amostras nacionais representativas dos alunos do ensino secundário, revelam elevadas prevalências (ao Longo da Vida - PLV, nos Últimos 12 Meses - P12M e nos Últimos 30 Dias - P30D) e frequências (e.g., *binge-drinking* e embriaguez) de consumo de álcool em estudantes de 18 anos, com cerca 70% dos inquiridos a referir consumos nos últimos 30 dias^{2,3}. Quanto à evolução da dimensão e dos padrões de consumo de álcool, verificou-se, de 2007 para 2011, um acentuar dos consumos mais intensivos de álcool entre os alunos dos 16 aos 18 anos^{4,2}. De 2011 para 2015, salienta-se, por um lado, que as prevalências de consumo de álcool diminuíram para quase todos os grupos etários, com exceção dos 17 e 18 anos, em que há estabilidade quanto à experimentação (PLV de 87.1% aos 17 e 91.1% aos 18 anos) e quanto aos consumos recentes (P12M de 78.9% aos 17 e 85.5% aos 18 anos). Por outro lado, no que diz respeito à embriaguez, verifica-se também diminuição de todas as prevalências (LV-12M-30D) em todos os grupos etários, com exceção dos 18 anos em que há estabilidade (PLV de 53.3%, 42.8% de P12M e P30D de 21.5%)³. No que diz respeito às prevalências de *binge-drinking*, verifica-se, em 2015, um agravamento deste tipo de consumo nos alunos de 18 anos, que apresentam uma prevalência de consumo de 36.1% nos últimos 30 dias. Relativamente ao consumo de outras substâncias psicoativas, verificam-se também elevadas prevalências de consumo de tabaco nos alunos de 18 anos: 58.7% ao longo da vida; 45.7% nos últimos 12 meses e 32% nos últimos 30 dias. Salienta-se ainda o consumo de cannabis neste grupo etário: 34.1% de experimentação, 26.8% de consumos recentes e 14.1% de consumos atuais³. Os dados mostram que o álcool, o tabaco e a cannabis são as substâncias mais prevalentes ao nível do consumo nos jovens estudantes portugueses de 18 anos. É especialmente preocupante o agravamento dos consumos intensivos de álcool, tendo em conta

as consequências negativas do consumo excessivo, associadas a uma maior vulnerabilidade para a perda do controlo e ao envolvimento dos jovens em variadas situações de risco, como a condução perigosa, os comportamentos sexuais desprotegidos, a violência e a prática de crimes.

Dispomos de distintos dados, tanto a nível nacional como internacional, sobre a prevalência do consumo de drogas em diversas universidades. Por exemplo, em Portugal⁵, num estudo acerca de Consumos e Estilos de Vida dos Estudantes do Ensino Superior, encontraram em 2012, numa amostra de 3327 alunos da Universidade de Lisboa, uma prevalência de consumo de álcool nos últimos 30 dias de 72.6%. Destaca-se que 37% destes estudantes assumiram ter bebido 5/6 ou mais copos numa mesma ocasião (*binge drinking*) e que 9.4% indicaram ter-se embriagado pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Relativamente às prevalências de consumo ao longo da vida de substâncias ilícitas, 40% dos estudantes declararam já ter consumido alguma vez na vida cannabis, seguindo-se o consumo de *smart drugs* (5.4%) e anfetaminas/metanfetaminas (3.3%). Quanto ao consumo atual (últimos 30 dias), cerca de 11.3% declararam já ter consumido cannabis, sendo residual o consumo das restantes substâncias ilícitas (<1.0%). Finalmente, em relação às idades de início, as primeiras experiências ocorreram maioritariamente entre os 15 e os 19 anos⁵.

A avaliação do consumo de drogas em estudantes do Ensino Superior (ES) é um estudo frequente em diversos países⁶⁻¹¹. Bernett e Holloway¹² afirmam que se prestou pouca atenção ao consumo de drogas em estudantes universitários, designadamente no Reino Unido, e defendem que o consumo é relevante neste grupo, uma vez que se verificam situações de policonsumo, o que produz danos e consequências negativas. Com o objetivo de tomar medidas preventivas para reduzir o consumo de SPA's é também frequente encontrar estudos sobre o consumo de drogas nas universidades dos Estados Unidos¹³. O inquérito *Monitoring the Future* indica que 49.2% de estudantes já consumiram alguma droga ilícita alguma vez na vida e que 21.4% consome atualmente¹⁴. Cerca de 1000 estudantes universitários

por ano morrem de *overdose* por consumo de drogas nos Estados Unidos¹⁵. Tal como acontece no nosso meio, a cannabis é a substância ilegal mais consumida¹⁶, sobretudo pela baixa percepção de risco que encerra. Adicionalmente, associa-se o elevado consumo de álcool, sobretudo em forma de embriaguez e *binge-drinking*.

Na saúde, especificamente no campo da ciência da prevenção do uso e abuso de SPA, vários autores sublinham a necessidade de intervir junto de jovens estudantes do ES na medida em que estudos epidemiológicos mostram que a prevalência do uso e abuso de drogas aumenta com a idade durante a adolescência e alcança o seu pico na idade adulta precoce, particularmente neste grupo alvo quando da transição da escola secundária para o Ensino Superior¹⁷⁻²⁵. Também no campo da educação tem sido dada uma ampla atenção aos riscos e desafios com que os jovens se deparam no contexto do ES, particularmente no período de adaptação, e vários autores reclamam a necessidade de uma intervenção compreensiva junto deste grupo-alvo²⁶⁻³⁰.

Um número significativo de estudantes pode experimentar, muitas vezes pela primeira vez na sua vida, um largo espectro de pedidos ao nível individual, interpessoal e académico, tais como sair de casa, desenvolver autonomia, fazer novos amigos e sofrer a pressão dos pares, situação que os pode por em risco de se envolverem num uso negativo de drogas³¹⁻³³. A investigação sugere que os desafios deste novo contexto educativo estão na origem de várias dificuldades psicossociais, com reflexos negativos na adaptação, aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes, que podem levar ao abandono ainda no primeiro ano^{34,35,28,36-38}. Sabe-se hoje que a alteração dos contextos sociais nesta faixa etária, que implica maior liberdade e menor controlo social do que aquele que é experienciado na adolescência, se constitui como um fator de risco específico associado ao consumo de substâncias na idade adulta emergente, verificando-se uma associação entre a saída de casa dos pais para ir para a universidade e o aumento do uso de substâncias³³. Para além disso, determinados fatores ambientais, individuais e familiares, como pares utilizadores de drogas, fraco compromisso

com a escola, problemas mentais e abuso de substâncias por parte dos pais, continuam a exercer um papel fundamental como fatores de risco^{39,33}.

A população universitária é um alvo central para a prevenção do consumo de substâncias, por um lado, porque se verificam altas prevalências de consumo neste grupo o que acarreta riscos de saúde e sociais importantes (e.g., abuso e dependência, dificuldades académicas, problemas físicos e mentais, etc.), por outro, por ser um contexto de iniciação nos consumos por uma parte dos estudantes^{14,40}. Em algumas festas e eventos de ócio de diversão universitária, o consumo de drogas é elevado, sobretudo de álcool e cannabis, e a adaptação ao meio universitário, que em muitas situações envolve estar a viver fora do seu ambiente familiar e social, pode levar a um maior consumo. Os estudantes universitários apresentam um risco elevado de consumo excessivo de álcool, que acarreta riscos graves e imediatos para a saúde, tais como, acidentes de viação por conduzir sob a influência de álcool, manter relações sexuais de risco, condutas violentas e o uso de outras substâncias; e riscos a longo prazo, como desenvolver um transtorno por consumo de álcool⁴¹⁻⁴⁴.

Em suma, os resultados dos diversos estudos citados justificam a pertinência desta investigação na medida em que apontam para a necessidade de investir na prevenção do consumo de substâncias entre os 16 e os 18 anos, em particular dos consumos intensivos de álcool⁴¹, designadamente junto dos alunos no primeiro ano do Ensino Superior. Apesar de tudo o que foi referido, são poucos os programas preventivos que se desenvolveram e aplicaram no ES. O objetivo do presente estudo é avaliar um programa preventivo orientado para a redução do consumo de álcool e outras SPA e para a promoção de um estilo de vida saudável, junto de jovens a frequentar o primeiro ano do ensino superior. Assumimos, tal como indica a literatura científica, que a aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e sociais têm um papel vital no ajuste psicológico e no crescimento psicossocial do jovem estudante. Por isso, o programa tem com o objetivo a aquisição de distintas competências para fazer frente ao consumo de álcool e outras SPA e a promoção de um estilo de vida saudável.

MÉTODOS PARTICIPANTES

A população alvo desta investigação foram estudantes a frequentar o primeiro ano da Universidade do Minho que se inscreveram voluntariamente no Programa de Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais Riscos & Desafios nos anos letivos 2012/2013 e 2013/2014. O recrutamento dos participantes resultou de distintas modalidades de divulgação da intervenção (e.g., mensagem via correio eletrónico, cartazes, folhetos informativos, divulgação direta efetuada pelos pares na semana de acolhimento e por técnicas de saúde em contexto de sala de aula) dirigidas aos novos alunos da Universidade do Minho. A amostra foi constituída por 228 participantes, sendo 192 (85.7%) do sexo feminino e 32 (14.3%) do sexo masculino. A idade dos participantes situava-se entre os 17 e os 48 anos ($M=19.43$; $DP=3.75$; $med.=18$). Os estudantes inscritos foram distribuídos de forma aleatória pelo grupo experimental ($n=98$) e pelo grupo de controlo ($n=130$).

PROCEDIMENTO

Este estudo incluiu um desenho experimental, com medições pré e pós-teste e grupo de controlo. Após terem efetuado e validado voluntariamente a sua inscrição, todos os estudantes realizaram a avaliação pré-teste. O procedimento de administração do questionário respeitou as condições de consentimento informado, anonimato e confidencialidade. Todos os participantes assinaram o protocolo de consentimento informado para participar no estudo antes de começar a avaliação. Esta investigação foi autorizada pelo Comité de Bioética da Universidade de Santiago de Compostela. Posteriormente, os participantes foram distribuídos de forma aleatória pela condição experimental e controlo. Os sujeitos pertencentes à condição experimental, depois de divididos em grupos com uma constituição de cerca de 12 elementos, participaram na implementação das 8

sessões do *Programa Riscos & Desafios*. O programa foi dinamizado por psicólogas clínicas, técnicas de prevenção da Divisão de Intervenção dos Comportamentos Aditivos e Dependências da Administração Regional de Saúde do Norte, previamente formadas pela autora desta investigação e acompanhadas/supervisionadas ao longo de todo o processo de implementação do programa. O programa foi implementado em formato grupal, ao longo de 8 sessões com a duração de duas horas e com uma periodicidade semanal (salvo em condições excecionais). Os estudantes que pertenciam aos grupos de controlo não foram alvo desta intervenção preventiva durante este período de tempo.

Uma vez finalizada a intervenção, os sujeitos de ambos os grupos (experimentais e controlo) foram novamente avaliados. Seis meses depois efetuou-se uma avaliação de seguimento. O protocolo de avaliação nestes dois momentos seguiu as mesmas normas do protocolo utilizado no momento pré-teste.

INTERVENÇÃO: PROGRAMA RISCOS & DESAFIOS

O Programa Riscos & Desafios tem como objetivos (1) Facilitar a adaptação e o sucesso do estudante no contexto universitário; (2) Promover a construção de uma rede social de apoio entre os estudantes; (3) Desenvolver competências pessoais e interpessoais; (4) Promover comportamentos de proteção e prevenir comportamentos de risco para a saúde; (5) Promover a consolidação da identidade; (6) Diminuir as taxas de abandono no primeiro ano de frequência universitária; (7) Reduzir a prevalência do consumo de substâncias psicoativas entre os jovens e atrasar a idade do primeiro consumo; (8) Evitar a transição da experimentação de substâncias para o abuso e dependência; (9) Limitar o número e o tipo de substâncias utilizadas; (10) Aumentar o nível de informação/sensibilização sobre o álcool e os riscos associados ao seu consumo; (11) Diminuir as consequências negativas

do consumo nos indivíduos que consomem drogas ou têm problemas de abuso ou dependência das mesmas; (12) Educar os indivíduos para que sejam capazes de manter uma relação madura e responsável com as drogas (13) Potenciar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco em relação ao consumo de drogas e (14) Promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

O Riscos & Desafios é um programa compreensivo, multicomponente, transversal e co curricular de prevenção do consumo de SPA, de aplicação grupal, constituído por um conjunto de 8 sessões semanais de duas horas, dirigido a estudantes a frequentar o 1º ano do ensino superior.

Serviram de base concetual à elaboração deste programa, o Modelo de Saúde Pública, de Crenças de Saúde e de Competência; o Modelo da ação racional de Fishbein e Ajzen; a Teoria da Aprendizagem Social de Bandura; o Modelo do Desenvolvimento Social de Catalano e Hawkins; a Teoria para a Conduta de Risco dos Adolescentes de Jessor e Jessor; o Modelo das Competências de Vida de Botvin; o Modelo Compreensivo e Sequencial das fases do consumo de drogas de Becoña; a Teoria dos Sete Vetores de Chickering e Reisser e o Modelo Narrativo. As teorias e modelos explicativos do consumo de substâncias aqui consideradas, pela enorme quantidade de informação que contêm e pela sua adequada organização entre os componentes que cada uma inclui, permitem conhecer os fatores associados ao consumo e que medidas preventivas podem aplicar-se a partir dos mesmos. Para além disso, o modelo desenvolvimental proposto enquadra o aspetos fundamentais a considerar na intervenção junto de universitários. Finalmente, a teoria narrativa serve de pano de fundo unificador ao enfatizar os processos de significação da experiência humana numa narrativa complexa e coerente. Esta moldura teórica assegura, quer uma compreensão integradora da complexa constelação de fatores implicada no fenómeno de consumo de SPA em estudantes do ensino superior, quer a necessária robustez no desenho da intervenção. Visto que o conteúdo do programa transcende o conceptual e se centra de forma prioritária na promoção de competências específicas nos estudantes,

a metodologia a utilizar é ativa e participativa, não apenas naqueles aspetos práticos relacionados com o desenvolvimento de competências, mas também nos componentes de carácter mais informativo incorporados no programa. Aborda várias competências de vida, nomeadamente competências de resolução de problemas e de tomada de decisão, de regulação emocional, de comunicação eficaz, de desenvolvimento de relações pessoais positivas e de assertividade. Estas competências são treinadas usando uma combinação de técnicas interativas incluindo a discussão em grupo, os jogos dinâmicos, a demonstração, o brainstorming, a modelagem, o treino comportamental, o feedback, o reforço e a indicação de trabalho de casa.

ESTRUTURA GERAL: CONCEITOS E CONTEÚDOS DAS SESSÕES

Sessão 1
Introdução
R&D visão geral e regras
O Processo de Adaptação à Universidade
Momento de transição, instabilidade e adaptação
A influência dos contextos de vida no desenvolvimento psicossocial e no sucesso académico
Serviços de saúde da universidade
Serviços de apoio especializado
Desenvolver Competências
Definição de saúde da OMS
Competência intelectual, física e interpessoal
Sentido de competência
Sessão 2
A Competência Interpessoal
Assertividade
Capacidade de escuta
Comunicação eficaz e negociação

Sessão 3	Sessão 6
<p>Estados Emocionais</p> <p>Diferenciação, expressão e autorregulação emocional</p> <p>Consciência e integração emocional</p> <p>Atenção com a depressão e ansiedade</p> <p>Gestão do stresse e técnicas de relaxamento</p>	<p>Otimização do tempo</p> <p>Estabelecimento de prioridades, de objetivos e de planos de ação (planos vocacionais e aspirações, interesses pessoais e compromissos familiares e interpessoais)</p> <p>Administração do tempo</p> <p>Lazer e tempos livres</p> <p>Desenvolver sentido de vida</p>
Sessão 4	Sessão 7
<p>Autonomia e Interdependência</p> <p>A independência emocional</p> <p>Crenças normativas do uso de SPA: pressão de pares, aceitação e aprovação social, conformidade. Desmistificar o consumo de SPA pelos universitários.</p> <p>Atitudes e expectativas face ao consumo de álcool.</p> <p>Liberdade e poder pessoal: Como recusar o uso de drogas.</p> <p>A independência instrumental</p> <p>Tomada de decisão e resolução de problemas</p> <p style="padding-left: 40px;">Consequências dos consumos e comportamentos de risco (álcool e condução, álcool e agressividade, álcool e comportamentos sexuais, ...)</p> <p>A interdependência</p> <p>Igualdade e reciprocidade</p>	<p>Integridade e Valores</p> <p>Humanizar e personalizar valores</p> <p>Desenvolver congruência – integração e equilíbrio</p> <p>Desenvolver relações interpessoais positivas - Cooperação</p> <p>Tolerância, apreciação das diferenças e Intimidade</p> <p>Emparelhar os valores pessoais com o comportamento social responsável</p> <p>Compreender a importância do trabalho em equipa</p>
Sessão 5	Sessão 8
<p>Identidade e Autoestima</p> <p>Dimensões da Identidade:</p> <p>Conforto com o corpo e aparência</p> <p>Conforto com o género e orientação sexual</p> <p>Sentido de self num contexto familiar, social, histórico e cultural</p> <p>Clarificação do autoconceito através dos papéis e estilos de vida</p> <p>Sentido de self em resposta ao feedback de outros significativos</p> <p>Identidade e autoestima</p> <p style="padding-left: 40px;">Estabilidade e integração pessoais</p>	<p>Resumo</p> <p style="padding-left: 40px;">Visão Geral do programa e reflexão avaliativa</p> <p>Fecho</p> <p style="padding-left: 40px;">Entrega de Certificados</p>

O Programa Riscos & Desafios foi desenhado no sentido de abordar importantes variáveis cognitivas, atitudinais, emocionais, comportamentais e sociais relacionados com o consumo de álcool e de outras SPA, baseando-se numa extensa revisão da literatura, seguindo as recomendações nacionais e internacionais nesta matéria e inspirando-se em programas comprovadamente eficazes. Este programa enquadra-se dentro dos programas psicossociais de desenvolvimento de competências de vida, e combina o treino de competências pessoais e sociais gerais com o treino em competências de resistência, partindo do princípio de que ao promover nos jovens as suas competências pessoais e sociais se reduzirá a sua motivação para o consumo de SPA e para a implicação em atividades desviantes. Os materiais preventivos que utiliza incluem o manual para o dinamizador com detalhados planos para as sessões, textos de apoio, fichas de trabalho e guiões informativos para os estudantes.

MEDIDAS

O questionário utilizado comporta um conjunto de itens relativos à caracterização sociodemográfica e escolar, nomeadamente: sexo, idade, estado civil, situação profissional, residência, curso, média de secundário e média de acesso ao ensino superior. Abrange também um conjunto de itens sobre o consumo de substâncias psicoativas, adaptados do Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas em meio Escolar – ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and other Drugs⁴⁵. Mais especificamente, os itens referem-se à prevalência ao longo da vida, prevalência nos últimos 12 meses, prevalência nos últimos 30 dias, frequências de consumo e idade de iniciação do consumo de tabaco, álcool, haxixe e outras drogas. Em relação ao consumo de álcool, o questionário integra também itens relativos a embriaguez e ao *Binge Drinking*.

Finalmente, o questionário integra ainda “The Alcohol Use Disorders Identification Test” – AUDIT¹. Permite identificar quatro níveis de consumo: 1) normal, 2) de risco; 3) nocivo e 4)

dependência. Tem sido referenciado como um método simples, breve, flexível e mais adequado do que outros instrumentos, tais como o CAGE (Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) e o MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), para a identificação do consumo excessivo ou de risco. O AUDIT divide-se em 10 questões, que avaliam a quantidade e frequência do consumo regular e ocasional de álcool, a ocorrência de possíveis sintomas de dependência e a existência de problemas recentes e passados associados ao consumo de álcool. Resultados no AUDIT abaixo de 8 pontos, indicam um consumo de baixo risco, entre 8 e 15, indicam um consumo de risco, entre 16 e 19, um consumo nocivo e, resultados superiores a 20 indicam dependência¹.

ANÁLISE DE DADOS

As análises foram realizadas com recurso ao programa estatístico SPSS versão 20. Foi utilizada a estatística descritiva para a caracterização da amostra e das variáveis do estudo. Foi utilizado o Qui Quadrado para avaliar associações estatisticamente significativas ao nível das frequências de consumos em função da condição experimental e do momento de avaliação. Para avaliar as mudanças estatisticamente significativas nas variáveis contínuas, desde o pré teste, após a implementação do programa e follow-up, foi usado o teste t e o respetivo teste não paramétrico Mann-Whitney para confirmar o teste paramétrico. Para testar a homogeneidade entre o grupo experimental e de controlo, no momento pré teste, foi utilizado o teste t amostras independentes.

RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Dos 228 participantes, 192 (85.7%) pertenciam ao sexo feminino e 32 (14.3%) ao sexo masculino. A idade dos participantes situava-se entre os 17 e os 48 anos ($M=19.43$; $DP=3.75$; med.=18). Em termos de Estado Civil, 219 (97.3%) eram solteiros, 4 (1.8%)

eram casados, 1 (0.4%) encontrava-se em união de facto e 1 (0.4%) noutras uniões. A entrada no ensino superior implicou a saída de 111 (49.8%) participantes de casa. 104 estudantes viviam com os pais (48.1%), 77 (35.6%) viviam num apartamento com outros estudantes, 19 (8.8%) numa residência universitária e os restantes (7.5%) noutras situações. No que respeita à situação profissional, apenas 16 (7.1%) indivíduos eram trabalhadores estudantes. A média final do ensino secundário situava-se entre 10 e 19 ($M=15.35$; $DP=1.52$). A nota de candidatura de acesso ao ensino superior situava-se entre 11 e 19 ($M=14.80$; $DP=1.46$). Tal como indica a tabela 1, a maioria dos participantes pertencia aos Cursos de Educação Básica ($n=57$; 25%) e Psicologia ($n=76$; 33.3%).

Tabela 1:
Distribuição da amostra por variável curso

	N	%
Arqueologia	1	0.4
Arquitetura	1	0.4
Biologia aplicada	5	2.2
Biologia geologia	1	0.4
Bioquímica	5	2.2
Ciência política	2	0.8
Ciências da computação	1	0.4
Ciências da comunicação	16	7.0
Direito	3	1.3
Economia	3	1.3
Educação	12	5.3
Educação básica	57	25.0
Engenharia biomédica	1	0.4
Engenharia e gestão industrial	3	1.3
Engenharia informática	3	1.3
Estudos portugueses e lusófonos	7	3.0
Geografia e planeamento	5	2.2
Línguas aplicadas	4	1.7
Línguas e literaturas europeias	2	0.9
Marketing	6	2.6
Medicina	2	0.9
Optometria e ciências da visão	3	1.3
Psicologia	76	33.3
Sociologia	6	2.6
Total	228	100.0

A perda amostral no momento pós teste foi de 14 sujeitos no grupo experimental e de 46 sujeitos no grupo de controlo. No momento de follow-up verificou-se a perda de 1 participante no grupo experimental e de 21 participantes no grupo de controlo.

2. PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Na tabela 2 apresentam-se as prevalências de consumo das diferentes substâncias, ao nível da experimentação, do consumo recente e do consumo atual, na totalidade da amostra, no momento pré teste. Saliencia-se que as prevalências do consumo de substâncias lícitas, como é o caso das bebidas alcoólicas e do tabaco, são claramente mais elevadas que as verificadas para as restantes substâncias. Os consumos de álcool são os consumos com as maiores taxas de prevalência na amostra em análise.

Em relação às bebidas alcoólicas, verifica-se que as mais consumidas são a cerveja e as bebidas espirituosas. Constata-se nos consumos de cerveja a maior taxa prevalência (73.2%) ao nível da experimentação. Por sua vez, no que diz respeito aos consumos recentes e consumos atuais, é no consumo de bebidas espirituosas que emergem as taxas de prevalência mais elevadas, 55.7% e 35.5%, respetivamente. De realçar que no último ano mais de metade da amostra relatou consumos de bebidas espirituosas (55.7%) e de cerveja (50.9%). Finalmente, quanto à prevalência de embriaguez, verifica-se que mais de metade dos estudantes (58.3%) já se embriagou alguma vez na vida e cerca de 30% declara ter-se embriagado no último ano. A taxa de prevalência para os últimos 30 dias decresce para 12.7%.

Tabela 2: Distribuição da amostra por prevalência do consumo de Substâncias Psicoativas e de embriaguez

	Ao longo da vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 dias
	n (%)	n (%)	n (%)
Tabaco	110 (48.2%)	69 (26.3%)	50 (21.9%)
Cerveja	167 (73.2%)	116 (50.9%)	74 (32.4%)
Vinho	129 (56.6%)	79 (34.6%)	50 (21.9%)
Bebidas espirituosas	163 (71.5%)	127 (55.7%)	81 (35.5%)
Cannabis	47 (20.6%)	29 (12.7%)	12 (5.3%)
Ecstasy	3 (1.3%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)
Anfetaminas	3 (1.3%)	1 (0.4%)	0 (0.0%)
Cocaína	5 (2.2%)	2 (0.9%)	0 (0.0%)
Heroína	2 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
LSD	5 (2.2%)	2 (0.9%)	1 (0.4%)
Cogumelos Mágicos	2 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Outros	5 (2.2%)	2 (0.9%)	1 (0.4%)
Embriaguez	133 (58.3%)	66 (28.9%)	29 (12.7%)

3. IDADE DE INICIAÇÃO

Na tabela 3, apresentam-se as idades médias do primeiro consumo relatadas pela totalidade dos estudantes inquiridos, no momento pré teste, para as diferentes substâncias psicoativas. Verifica-se, de uma forma geral, que a média de idades de início é menor para as substâncias psicoativas lícitas comparativamente com as substâncias psicoativas ilícitas. Verifica-se, entre os estudantes que assumiram já ter consumido algum tipo de substância psicoativa, que as primeiras experiências ocorreram maioritariamente entre os 15 e os 18 anos de idade.

Tabela 3: Distribuição da amostra por idade do primeiro consumo

	Idade do 1º consumo			
	N	M (DP)	Mínimo	Máximo
Tabaco	110	15.25 (1.87)	8	21
Cerveja	167	15.57 (2.23)	2	20
Vinho	123	15.83 (2.34)	8	25
Bebidas espirituosas	162	15.95 (2.14)	3	27
Cannabis	47	18.23 (6.26)	12	47
Ecstasy	3	17.33 (2.52)	15	20
Anfetaminas	3	17.00 (1.00)	16	18
Cocaína	5	17.20 (1.64)	16	20
Heroína	2	18.50 (2.12)	17	20
LSD	4	17.25 (0.96)	16	18
Cogumelos Mágicos	3	15.00 (3.61)	11	18
Outros	5	17.40 (1.67)	16	20

4. FREQUÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

No que diz respeito à frequência de consumos de substâncias psicoativas no último mês, verifica-se que a maioria dos estudantes relatou que consumiu SPA em “menos de um dia por semana” e “pelo menos um dia por semana”: 97.8% (n=91) para os consumidores de bebidas espirituosas, 94.7% (n=88) para os consumidores de cerveja, 94.4% (n=17) para os consumidores de cannabis, 92.1% (n=58) para os consumidores de vinho e 62.3% (n=38) para os fumadores. Estes dados sugerem que os estudantes realizam maioritariamente consumos recreativos de SPA. Nenhum estudante respondeu de forma afirmativa à questão “Com que frequência consumiu no último mês?” em relação às restantes SPA. Na mesma linha, quanto à frequência de episódios de binge-drinking nos últimos 12 meses, verifica-se que 70.7% (n=159) dos estudantes afirma nunca ter realizado consumos de tipo *binge* no último ano, que 20.4% (n=46) refere ter consumido menos de uma vez por mês desta forma, que 6.7% (n=15) o fez uma vez por mês e que 2.2% (n=5) o fez semanalmente. Nenhum estudante afirmou realizar episódios de *binge drinking* diariamente ou quase. Estes dados sugerem que esta forma de consumo de álcool poderá estar associada às festividades académicas para a maioria destes estudantes.

5. AUDIT

Finalmente, no que diz respeito à caracterização da amostra no momento pré teste em relação ao consumo de substâncias psicoativas, constata-se, no que diz respeito aos resultados encontrados com a administração do AUDIT, que 91.1% (n=175) dos estudantes se encontra num nível de consumo de álcool considerado normal ou de baixo risco, 6.7% (n=15) expressam um consumo de risco, 0.5% (n=1) um consumo nocivo e 0.5% (n=1) dependência.

6. COMPARAÇÃO DO COMPORTAMENTO DE CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE GRUPOS

Apresentam-se, na tabela 4, os resultados relativos à comparação da prevalência do consumo de álcool ao nível da Experimentação, do Consumo Recente, do Consumo Atual e de embriaguez em função da Condição Experimental e Momento de Avaliação. Após ter sido verificada a existência de homogeneidade inter sujeitos no pré-teste, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os grupos e o Consumo Recente de Cerveja na avaliação de follow-up. Especificamente, no grupo de controlo a percentagem de jovens que declara ter consumido cerveja nos últimos 12 meses (77.8%) é significativamente superior à percentagem de jovens do grupo experimental que declara ter consumido cerveja nos últimos 12 meses (51.6%) [$\chi^2(1) = 7.74, p < .01$]. De forma semelhante, após ter sido verificada a existência de homogeneidade inter-sujeitos no pré-teste, foram encontradas associações estatisticamente significativas entre os grupos na avaliação de follow-up em relação ao Consumo Recente de Bebidas Espirituosas. Especificamente, no grupo de controlo a percentagem de jovens que declara ter consumido bebidas espirituosas nos últimos 12 meses (83.3%) é significativamente superior à percentagem de jovens do grupo experimental que declara ter consumido bebidas espirituosas nos últimos 12 meses (64.9%) [$\chi^2(1) = 4.14, p < .05$]. No que diz respeito à comparação das frequências de consumo de SPA e de Episódios de *Binge Drinking*, no último mês, nos distintos momentos de avaliação, não se encontraram associações estatisticamente significativas entre os grupos. Finalmente, após ter sido verificada a existência de homogeneidade inter-sujeitos no pré teste, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em relação aos resultados do AUDIT, nas avaliações de pós teste e de seguimento.

Tabela 4: Prevalência de Consumos de Substâncias Psicoativas e de embriaguez ao longo da vida, nos últimos 12 meses e no último mês em função da Condição Experimental e Momento de Avaliação

	Prevalência de consumos pré-teste			Prevalência de consumos pós-teste			Prevalência de consumos follow-up		
	Experimental n=80	Controlo n=59	χ^2	Experimental n=80	Controlo n=59	χ^2	Experimental n=80	Controlo n=59	χ^2
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
Cerveja									
Ao longo da vida	55 (68.8%)	41 (69.5%)	0.01	55 (68.8%)	42 (71.2%)	0.10	61 (77.2%)	42 (72.4%)	0.41
Últimos 12 meses	30 (49.2%)	29 (65.9%)	2.91	31 (54.4%)	30 (66.7%)	1.58	33 (51.6%)	35 (77.8%)	7.74**
Último mês	17 (29.8%)	21 (47.7%)	3.39	17 (30.4%)	19 (42.2%)	1.53	22 (37.3%)	23 (52.3%)	2.30
Vinho									
Ao longo da vida	40 (50.0%)	34 (57.6%)	0.79	46 (58.6%)	34 (57.6%)	0.01	47 (58.8%)	37 (63.8%)	0.36
Últimos 12 meses	24 (53.3%)	21 (56.8%)	0.10	30 (61.2%)	25 (64.1%)	0.08	25 (50.0%)	24 (60.0%)	0.90
Último mês	14 (33.3%)	12 (35.3%)	0.03	19 (42.2%)	14 (35.9%)	0.35	16 (34.0%)	13 (34.2%)	0.00
Bebidas espirituosas									
Ao longo da vida	50 (62.5%)	42 (71.2%)	1.15	57 (71.2%)	45 (76.6%)	0.44	54 (67.5%)	42 (73.7%)	0.61
Últimos 12 meses	41 (74.5%)	33 (76.7%)	0.06	45 (76.6%)	34 (70.8%)	0.41	37 (64.9%)	35 (83.3%)	4.14*
Último mês	24 (45.3%)	22 (52.4%)	0.47	24 (42.1%)	24 (53.3%)	1.27	20 (40.0%)	20 (48.8%)	0.71
Embriaguez									
Ao longo da vida	30 (62.5%)	18 (37.5%)	0.51	34 (56.7%)	26 (43.3%)	0.40	40 (58.8%)	28 (41.2%)	0.04
Últimos 12 meses	22 (59.5%)	15 (40.5%)	0.16	28 (53.8%)	24 (46.2%)	1.16	28 (54.9%)	23 (45.1%)	0.004
Último mês	11 (73.3%)	14 (26.7%)	1.80	15 (50.0%)	15 (50.0%)	0.03	13 (46.4%)	15 (53.6%)	1.71
Ao longo da vida	30 (62.5%)	18 (37.5%)	0.51	34 (56.7%)	26 (43.3%)	0.40	40 (58.8%)	28 (41.2%)	0.04

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Nota 1: % dos últimos 12 meses e último mês corresponde apenas ao grupo de estudantes que consumiram SPA ao longo da vida.

Nota 2: Consideraram-se apenas os sujeitos que permaneceram nos três momentos de avaliação, sendo o n do Grupo Experimental de 80 e o do Grupo de Controlo de 59, para contornar a limitação associada mortalidade experimental.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados sugerem que Programa Riscos & Desafios teve efeitos preventivos significativos no grupo experimental quando comparado com o grupo de controlo no comportamento de consumo de álcool dos estudantes. Especificamente, no grupo de controlo a percentagem de jovens que declara ter consumido cerveja e bebidas espirituosas, nos últimos 12 meses, é significativamente superior à percentagem de jovens do grupo experimental que as declara ter consumido, no mesmo período, seis meses após a intervenção.

Estes achados mostram o efeito preventivo que a intervenção preconizada conseguiu alcançar em relação aos consumos de álcool. Por um lado, ao analisar os consumos de substâncias psicoativas na amostra deste estudo, verifica-se que embora este grupo-alvo praticamente não apresente consumos de alto risco, é precisamente no consumo de

cerveja e de bebidas espirituosas que o consumo é mais relevante, designadamente em contextos festivos e especialmente ao nível do consumo recente, com cerca de metade da amostra a relatar consumos de cerveja e de bebidas espirituosas no último ano. Por outro lado, este era um dos principais objetivos da intervenção na medida em que esta contemplou uma ação direta sobre o consumo de álcool, quer a nível preventivo quer a nível de redução de riscos e minimização de danos associados ao consumo. Estes resultados são congruentes com aqueles encontrados em revisões de literatura sobre intervenções para reduzir o consumo de álcool em estudantes universitários^{46,47}. Verificou-se que intervenções motivacionais breves e intervenções comportamentais, que utilizam estratégias como o feedback personalizado, clarificação de normas, desafio às expectativas, identificação de situações de risco e estabelecimento de objetivos, estratégias de redução de risco e promoção da motivação,

são efetivas na redução do consumo de álcool junto de estudantes universitários, pelo menos a curto prazo^{48-51,44}. No entanto, convém sublinhar que um recente estudo questiona a eficácia e a magnitude dos efeitos das intervenções individuais motivacionais breves na prevenção do beber universitário, sugerindo que é necessário desenvolver estratégias de prevenção mais eficazes⁵². A investigação acerca das estratégias para reduzir os problemas relativos ao consumo de álcool junto de universitários mostra que intervenções individuais, intervenções dirigidas à alteração das normas sociais, mudanças nas políticas ambientais e programas compreensivos, podem reduzir o consumo universitário de álcool e a morbidade e mortalidade associadas⁴². É importante considerar outras revisões da literatura sobre programas preventivos em meio universitário^{53,54,32}. Por exemplo, Dennhart e Murphy⁵⁵, na revisão de programas de prevenção e tratamento para estudantes de College, verificaram a existência de estudos controlados e não controlados sobre a aplicação de programas preventivos junto desta população. Adicionalmente, constataram que, embora nem todos os programas consigam reduzir o consumo de SPA, a maioria dos programas preventivos consegue fazê-lo. Um aspeto a ter em conta é que os programas de prevenção de drogas devem dirigir-se a todos os estudantes universitários e não unicamente aos da área da saúde, tal como aconteceu em algumas universidades⁵⁵. Neste cenário, a evidência encontrada com a implementação do Programa Riscos & Desafios recobre-se de grande importância, quer pelo seu caráter inovador no contexto português, quer pelo desafio que vem colocar aos educadores e decisores das instituições de ensino superior. Considera-se que os administradores escolares e os professores se encontram perante a difícil tarefa de decidir como usar da melhor forma os recursos da sua instituição de ensino no sentido de alcançarem os objetivos académicos. Muitos estarão hesitantes em incluir nos currículos programas de prevenção que não se foquem diretamente no sucesso académico. No entanto, atualmente a evidência mostra-nos que a prevenção integrada nos currículos pode remover barreiras

à aprendizagem e, como tal, promover o sucesso académico. Efetivamente, a investigação revela que o uso de substâncias e os fatores de risco e de proteção associados, predizem de forma significativa a performance académica dos estudantes. Assim, a implementação de programas de prevenção que tem como alvo os fatores de risco e de proteção empiricamente comprovados tem o potencial de ter um efeito positivo no sucesso académico dos estudantes^{56,57}. Um compromisso que priorize a implementação de intervenções de prevenção do uso de drogas eficazes e cientificamente comprovadas, tais como o Programa Riscos & Desafios, promoverá maiores níveis de envolvimento dos estudantes com a vida académica e, conseqüentemente, melhorará as medidas institucionais de sucesso, tais como a retenção e as graduações⁵⁷. Acredita-se que a intervenção preventiva deve almejar alcançar todos os estudantes na medida em que, por um lado, estes podem capacitar-se ao nível de competências transversais, por outro, permite atingir a população que se encontra em maior risco para o consumo. Uma vez que os resultados alcançados mostram diferenças significativas ao nível dos consumos mais relevantes no grupo em análise, considera-se que estes resultados poderão ser ainda mais promissores junto de estudantes que apresentem padrões de consumo de alto-risco. Acredita-se que com estratégias de prevenção universal, que se traduzem em ganhos para os estudantes ao nível do desenvolvimento de competências de vida transversais, por um lado humaniza-se o ensino superior, por outro, consegue dirigir-se a intervenção para os estudantes em maior risco (particularmente consumidores problemáticos de álcool com problemas associados ao consumo, nomeadamente interferência na vida académica), que habitualmente têm uma baixa percepção de risco, associada a crenças normativas desajustadas, e são resistentes à intervenção. Considera-se que o programa Riscos & Desafios, ao ser um programa compreensivo e multicomponente e ao apresentar resultados positivos na redução do consumo de álcool junto de estudantes primeiranistas, responde a uma importante necessidade ao nível da intervenção preventiva

no contexto educativo do ensino superior português. Efetivamente, a magnitude do problema do consumo de substâncias, particularmente de álcool, neste grupo-alvo, e as suas implicações na vida social e académica dos estudantes, das suas famílias e da própria universidade, traduz a necessidade de intervenção. Desta forma, respondeu-se a uma das necessidades elencadas por vários autores ao sublinhar a importância de atender às necessidades dos estudantes, particularmente em relação aos primeiranistas, pelo processo de transição e adaptação ao ensino superior que estão a viver. Implementar programas de prevenção integradores, como este aqui descrito e validado, que ensinam aos jovens respostas de *coping* adaptativas e promovam competências de vida, para que possam eficazmente lidar com os problemas e dificuldades que tipicamente caracterizam a adolescência em geral, e esta fase de transição em particular, torna-se fundamental. Aliás, o sucesso em fases desenvolvimentais posteriores, como a permanência na instituição e a progressão para o ambiente laboral, é determinado por uma transição inicial positiva.

O meio universitário oferece uma oportunidade única de intervenção na medida em que se constitui como um local onde os estudantes passam muito tempo, a menos que o consumo os leve a abandonar. Para além disso, os dados que temos acerca da adultez precoce (Arnett, 2015), mostram-nos que este é um momento ideal para intervir no sentido de promover um desenvolvimento adulto adequado. Não esqueçamos que as universidades, como parte integrante da sociedade, devem considerar a promoção da saúde, coordenadas com o restante sistema de saúde, como um dos seus eixos vertebrais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a participação e colaboração das seguintes instituições no presente estudo: Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências da Administração Regional de Saúde Norte, IP (DICAD – ARS, Norte); Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT,IP) e a Universidade do Minho (Braga).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Babor, T. F., Fuente, J. R., Saunders, J. e Grant, M. (1992). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care. *PAHO*, 92 (4), 1-19.
- 2 Feijão, F. (2012). Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 – Secundário. Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoativas: Uma abordagem Integrada. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamento Aditivos e Dependências.
- 3 Feijão, F. (2016). Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2015 – Secundário. Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoativas: Uma abordagem Integrada. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamento Aditivos e Dependências.
- 4 Feijão, F. (2008). Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2007 – Secundário. Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoativas: Uma abordagem Integrada. Lisboa: I.D.T. – Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- 5 Ferreira, V. S., Rowland, J., Truninger, M., Silva, P. A., Borrego, R., Silvestre, S., Lavado, E., Melo, R. (2013). Consumos e Estilos de Vida dos estudantes do ensino superior. *Editorial do Ministério de Educação e Ciência*.
- 6 Bennett, T. H. y Holloway, K. R. (2015). Drug use among college and university students: Findings from a national survey. *Journal of Substance Use*, 20, 50-55.
- 7 Castaldelli-Maia, J. M., Martins, S. S., Garcia de Oliveira, L., van Laar, M., Guerra de Andrade, A. y Siscastri, S. (2014). Use transition between illegal drugs among Brazilian university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 385-394.
- 8 El Ansari, W., Sebena, R. y Labeeb, S. (2015). Multiple risk factors: Prevalence and correlates of alcohol, tobacco and other drug (ATOD) use among university students in Egypt. *Journal of Substance Use*, 20, 380-388.
- 9 Liakoni, E., Schaub, M. P., Maler, L. J., Glauser, G-V. y Liechti, M. E. (2015). The use of prescription drugs, recreational drugs, and “soft enhancers” for cognitive enhancement among Swiss secondary school students. *Plos One*, 10, e0141289.
- 10 Schelle, K. J., Olthof, B. M. J., Reintjes, W., Bundt, C., Gusman-Vermeer, J. y van Mil, A. C. C. M. (2015). A survey of substance use for cognitive enhancement by university students in the Netherlands. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 9, article 10.
- 11 Van Wel, J. H. P., Rosiers, J. F. y van Hal, G. (2016). Changes in drug use among Belgian higher education students: A comparison between 2005, 2009 and 2013. *Substance Use & Misuse*, 51, 1232-1238.
- 12 Bennett T.H. y Holloway, K. R. (2014). Drug misuse among university students in the UK: Implications for prevention. *Substance Use & Misuse*, 49, 448-455.
- 13 West, S. L. y Graham, C. W. (2005). A survey of substance abuse prevention efforts at Virginia’s Colleges and Universities. *Journal of American College Health*, 54, 185-191.
- 14 Johnston, L. D., O’Mlley, P. M., Bachman, J. G. y Schulenberg, J. E. (2012). Monitoring the future national survey results on drug use 1975-2011. Vol. II, College students and adults ages 19-50. Ann Arbor, MI: Institute on Social Research, University of Michigan.

- 15 Hingson, R. y White, A. (2010). Magnitude and prevention of college alcohol and drug misuse: US college students aged 18-24. V. Schwartz y J. Kay (ed.), *Mental health care in the college community* (pp. 183-198). Wiley-Blackwell.
- 16 Terry-McElrath, Y. M., O'Malley, P. M. y Johnston, L. D. (2013). Middle and high school drug testing and student illicit drug use: A national study 1998-2011. *Journal of Adolescent Health*, 52, 707-715.
- 17 Arnett, J.J. 2005. The developmental Context os Substance Use in Emerging Adulthood. *The Journal of Drug Issues: 235-254*.
- 18 Becoña, E. I. (1999). *Bases Teóricas que Sustentan los Programas de Prevención de Drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- 19 Becoña, E. I. (2002). *Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- 20 Becoña, E. (2010). Bases científicas de la prevención del consumo de drogas. En D. Martínez, M.S. Zuzulich, L. Contreras, V. Cantillano, K. Gysling y N. Pedrals (Eds.), *Hasta cuándo hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios* (pp. 31-52). Santiago de Chile, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- 21 Botvin G. J., Griffin K.W. (2007). School-based programmes to prevent alcohol, tobacco and other drug use. *International Review of Psychiatry*, 19 (6): 607-15.
- 22 Catalano, R. F., Fagan, A. A., Gavin, L. E., Greenberg, M. T., Irwin, C. E., Ross, D. A. y Shek, D. T. L. (2012). Worldwide application of the prevention science research base in adolescent health. *Lancet*, 379 (9826), 1653-1664.
- 23 Centre for Addictions Research of BC. (2008). *Alcohol on Campus: Programs and Policies. Review and Recommendations*.
- 24 Kirst M, Mecredy G, Borland T, Chaiton M. (2014). Predictors of substance use among young adults transitioning away from high school: a narrative review. *Subst Use Misuse*, 49(13):1795-807.
- 25 Turrisi, R., Mallett K.A., Mastroleo, N.R. e Larimer, M. E. (2006). Heavy drinking in college students: who is at risk and what is being done about it?. *J Gen Psychol*. 133 (4): 401-420.
- 26 Almeida S. L., & Ferreira C. J. A. (2002). Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-r): Avaliação do ajustamento dos estudantes universitário. *Avaliação Psicológica*, 2, 81-93.
- 27 Chickering, A. W., Reisser L. (1993). *Education and Identity* (2ª Edição ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- 28 Pascarella, E. T., & Terenzini, P. T. (2005). *How college affects students* (Vol. 2: a third decade of research). San Francisco: Jossey-Bass.
- 29 Reason, R. D., Terenzini P. T., Domingo, R. J. (2007). Developing Social and Personal Competence in the First Year of College. *The Review of Higher Education*, 30 (3): 271-299.
- 30 Soares, P. A., Almeida, S. L., Diniz, M. e Guisande, A.M. (2006). Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário (MMAU): Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas *Análise Psicológica*, 1 (XXIV), 15-27.
- 31 Larimer, M. E., Cnonce, J. M., Lee, C. M., Kilmer, J. R. (2005). Brief interventions in college settings. *Alcohol Research & Health*, 28:94-104.
- 32 Polymerou, A., 2007. Alcohol and Drug Prevention in Colleges and Universities. A Review of the Literature. *Mentor*.
- 33 Stone, A. L., Becker, L. G., Huber, A. M., Catalano, R. F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37: 747-775.
- 34 Almeida, L. S., Soares, A. P. C. & Ferreira, J. A. G. (1999). *Adaptação, rendimento e desenvolvimento dos estudantes no ensino superior: Construção/validação do Questionário de Vivências Acadêmicas*. Relatórios de Investigação. Braga: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
- 35 Diniz, A. M., Almeida, S. A. (2006). Adaptação à Universidade em estudantes do primeiro ano: Estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 1 (XXIV): 29-38.
- 36 Santos, L. e Almeida, L. (2001). Vivências académicas e rendimento escolar: Estudo com alunos universitários do 1.º ano *Análise Psicológica*, 2(XIX), 205-217.
- 37 Soares, A. P. & Almeida, L. S. (2001). Transição para a universidade: Apresentação e validação do Questionário de Expectativas Acadêmicas (QEA). In B. D. Silva & Almeida, L. S. (Orgs.), *Actas do VI Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho (pp. 899-909).
- 38 Tinto, V. (1993). *Leaving college: Rethinking the causes and cures of student attrition* 2nd ed. Chicago: University of Chicago Press.
- 39 Canning, U., Millward, L., Raj, T. and Warm, D. (2004). *Drug use prevention: a review of reviews*. London: Health Development Agency.
- 40 Lucena, V., Ruiz-Olivares, R., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2013). Consumo de alcohol, tabaco y psicofármacos en jóvenes universitarios y no universitarios. *Behavioral Psychology*, 21, 123-136.
- 41 Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- 42 Hingson, R. (2010). Magnitude and Prevention of College Drinking and Related Problems. *Alcohol Res. Health*, 33(1-2): 45-54.
- 43 Karam, E., Kypri K., Salamoun M. (2007). Alcohol use among college students: a international perspective. *Curr. Opin. Psychiatry*. 20 (3): 213-21.
- 44 Scott-Sheldon, L. A., Carey, K. B., Elliott, J. C., Garey, L., Carey, M.P. (2014). Efficacy of alcohol interventions

- for first-year college students: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *J Consult Clin Psychol.*,82(2):177-88.
- 45 Hibell, B. et al. (2009). The 2007 ESPAD Report Substance Use Among Students in 35 European Countries. http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf ISBN 978-91-7278-219-8.
- 46 Carey, K. B., Lori A. J., Scott-Sheldon, M. P., DeMartini C. K. S. (2007). Individual-level interventions to reduce college student drinking: A meta-analytic review. *Addictive Behaviors*, 32: 2469–2494.
- 47 Hingson R., Heeren T., Winter M., Wechsler H. (2005) Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. College Students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Rev. Public Health*, 26:259–79.
- 48 Larimer, M. E., Cronce, J. M. (2002). Identification, prevention and treatment: A review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14:148–163.
- 49 Larimer, M. E., Cronce, J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 1999–2006. *Addictive Behaviors*, 32(11):2439–2468.
- 50 Marlatt GA, Baer JS, Kivlahan DR, Dimeff LA, Larimer ME, et al. (1998). Screening and brief intervention for high-risk college student drinkers: results from a two-year follow-up assessment. *Journal Cons. Clin. Psychol.* 66:604–15.
- 51 Schaus, J. F., Sole, M. L., McCoy, T. P., Mullett, N. e O'Brien, M. C. (2009) Alcohol screening and Brief Intervention in a College Student Health Center: A randomized Controlled Trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 16.
- 52 Huh, D., Mun, E. Y., Larimer, M. E., White, H. R., Ray, A. E., Rhew, I. C., Kim, S. Y., Jiao, Y., Atkins, D. C. (2015). Brief motivational interventions for college student drinking may not be as powerful as we think: an individual participant-level data meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res.*,39(5):919-31.
- 53 Dennhardt, A. A. y Murphy, J. G. (2013). Prevention and treatment of college student drug use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 38, 2607-2618.
- 54 Martínez, D., Contreras, L., Zuzulich, M. S., Cantillano, V. y Vio, D. (2010). Estrategias de intervención en el marco de un programa de prevención para población universitaria. En D. Martínez, M. S. Zuzulich, L. Contreras, V. Cantillano, K. Gysling y N. Pedrals (Eds.), *Hasta cuando hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios* (pp. 125-164). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- 55 Cazenave, A., Farías, A. y Quintanilla, M. C. (2010). Experiencia de promoción en salud y prevención del consumo problemático de drogas en universitarios desde la Escuela de Enfermería de la UC. En D. Martínez, M. S. Zuzulich, L. Contreras, V. Cantillano, K. Gysling y N. Pedrals (Eds.), *Hasta cuando hablamos de drogas. Estrategias preventivas en contextos universitarios* (pp. 183-192). Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- 56 Arthur, M. W., Brown, E. C., Briney, J. S., Hawkins, J. D., Abbott, R.D., Catalano, R.F., Becker, L., Langer, M., Mueller, M.T. (2015). Examination of Substance Use, Risk Factors, and Protective Factors on Student Academic Test Score Performance. *Journal Sch Health*, 85(8):497-507.
- 57 Arria, A. M., Caldeira, K. M., Bugbee, B. A., Vincent, K. B., O'Grady, K. E. (2015). The Academic Consequences of Marijuana Use During College. *Psychology of Addictive Behaviors*.
- 58 Arnett, J. J. (2015). *Emerging adulthood. The winding road from the late teens through the twenties* (2nd. ed.). Nueva York, NY: Oxford University Press.

DEPENDÊNCIA DE OPIÁCEOS E QUALIDADE DE VIDA: UM PROBLEMA ANTIGO E OS DETERMINANTES ATUAIS.

DRUG ADDICTION AND QUALITY OF LIFE: OLD PROBLEM AND ACTUAL DETERMINANTS.

Paulo Seabra

Doutor em Enfermagem, Professor Auxiliar Convidado, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) – Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

José Amendoeira

Doutor em Sociologia, Professor Associado, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) – Instituto Politécnico de Santarém, Santarém, Portugal

Pilar Montesó-Curto

Doutora em Psicologia, Professora, Universidade de Rovira I Virgili, Tarragona, Espanha.

Luís Sá

Doutor em Saúde Mental, Professor Auxiliar, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) – Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Autor para correspondência:

Paulo Seabra
Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde
Palma de Cima
1649-023 Lisboa
Portugal
E-mail: pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores que contribuem para melhor percepção de Qualidade de Vida, em dependentes de opiáceos, num programa com metadona, na região de Lisboa.

Método: Estudo observacional, correlacional, transversal, realizado com 180 dependentes de opiáceos. Dados coletados com a “Escala de Avaliação da Qualidade de Vida nos Consumidores de Substâncias em Programa de Substituição com Metadona”, em 2013.

Resultados: Determinam melhor qualidade de vida: menos reentradas ($r=-,159;p<,05$), melhor saúde mental ($r=,382;p<,001$), ter uma relação de natureza conjugal ($t=2,187;p=,03$), ter emprego ($F=6,038;p=,001$), ter ordenado ($F=11,835;p<,001$), ausência de comorbilidades ($t=2,452;p>,05$). Determinam menor qualidade de vida: consumo de benzodiazepinas ($t=2,388;p<,05$), consumos intravenosos ($t=2,373;p<,05$), duplo diagnóstico psiquiátrico ($t=3,493;p=,001$).

Conclusões: Estar num programa de metadona melhora a qualidade de vida se associarmos os determinantes: Estar empregado, viver do ordenado, manter uma relação de natureza conjugal, ausência de comorbilidades físicas ou psíquicas, não consumir benzodiazepinas e abandono de consumos intravenosos. Estes determinantes são influenciados pela presença num programa de metadona.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Saúde mental; Determinantes em saúde; Dependência de drogas; Metadona.

ABSTRACT

Objective: Identify factors that contribute to better quality of life perception, on opiates dependents, in a methadone program, in Lisbon area.

Method: Observational, correlational, cross-sectional study, conducted with 180 opiate addicts. Data was collected with “Drug addict’s quality of life in a methadone program Scale”, in 2013.

Results: It is determinant for better quality of life: less re-entries ($r=-,159;p<,05$), better mental health ($r=,382;p<,001$), having a marital relationship ($t=2,187;p=,03$), having a job ($F=6,038;p=,001$), having a salary ($F=11,835;p<,001$), no co-morbidities ($t=2,452;p>,05$). It is determinant for less quality of life: benzodiazepines use ($t=2,388;p<,05$), intravenous injection ($t=2,373;p<,05$), dual psychiatric diagnosis ($t=3,493;p=,001$).

Conclusions: Being in a methadone program improves quality of life if some determinants are associated: Being employed, living with salary, maintain a marital relationship, absence of physical or mental comorbidities, no benzodiazepine consumption and stop of intravenous consumption. These determinants are influenced by the presence in a methadone program.

Key words: Quality of life; Mental health; Health determinants; Drug addiction; Methadone.

INTRODUÇÃO

Na população dependente de substâncias psicoativas, têm sido descritas, dificuldades na vivência social e familiar, sofrimento emocional e outros indicadores que se podem relacionar com uma menor percepção de qualidade de vida. As comorbilidades físicas e psíquicas são responsáveis pelo aumento das incapacidades associadas ao consumo de substâncias, conferindo uma importância acrescida às consequências da dependência de substâncias como foco dos cuidados dos técnicos de saúde¹.

Uma das respostas terapêuticas utilizadas para a dependência de opiáceos, têm sido os programas terapêuticos de manutenção medicamentosa com cloridrato de metadona (agonista opiáceo). Existem diferentes programas de manutenção com metadona, aos quais os utentes são propostos em função das características pessoais, dos objetivos e das estratégias de intervenção. São chamados programas de tratamento (para a promoção de mudanças internas e externas significativas para o indivíduo e, com abstinência de uso ilícito de psicotrópicos) ou programas de redução de riscos e minimização de danos (com o objetivo terapêutico imediato de aproximação do utente às estruturas de saúde, sem exigências imediatas de abstinência de uso ilícito de psicotrópicos e regularidade imediata na adesão medicamentosa). Estes últimos têm-se constituído uma prática de redução de riscos, de rastreio e tratamento de outras doenças e de maior inserção social^{2,3}.

Um dos indicadores que tem sido utilizado para monitorização da evolução dos utentes nestes programas, tem sido a qualidade de vida enquanto resultado em saúde, na perspetiva conceptual da forma como as pessoas percebem e vivem aspetos do seu dia-a-dia, o seu estado de saúde e a sua condição socioeconómica^{4,5}. Sobre estes mesmos programas, tem sido realizada uma prática de monitorização de resultados mas, poucos estudos se encontram acerca da avaliação da efetividade desses mesmos programas⁶.

Definir qualidade de vida não é tarefa simples. O conceito é ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de pessoa

para pessoa e até num mesmo indivíduo se modifica com o decorrer do tempo⁷. Varia com o humor e o estado de espírito do indivíduo. É subjetivo e multidimensional. É subjetivo na sua essência pois relaciona-se com a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre aspetos da sua vida não relacionados com as doenças. É a consideração individual sobre a vida. Em relação à sua dimensionalidade, é um conceito com vários domínios: físico, mental, social, espiritual. Associam-se dimensões objetivas como a cognitiva, mobilidade e autocuidado, e subjetivas como bem-estar emocional. Não existe ainda consenso sobre o constructo qualidade de vida, apesar de nos contextos mais relacionados com a saúde, haver concordância sobre a percepção do paciente sobre a doença, o tratamento e seus efeitos, podendo abranger significados variados, os quais refletem conhecimentos, experiências, valores individuais e coletivos⁷. Podemos ainda, definir qualidade de vida, como a percepção única e pessoal de vida, marcada por muitos fatores interrelacionados, como a situação socioeconómica, o clima político, os fatores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros. Os cuidados de saúde não podem alterar os fatores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes, inevitavelmente afetam a saúde e o estado de saúde³. Assim, percebe-se a necessidade de se avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa (satisfação e insatisfação com domínios subjetivos). Passou a valorizar-se mais a opinião dos próprios³. Este conceito tem sido estudado por diferentes áreas do conhecimento humano² e têm sido desenvolvidas escalas de avaliação de qualidade de vida, com o objetivo de mensurar um resultado em saúde muito difícil de restringir. A prática dos investigadores tem levado a uma agregação de indivíduos que apresentem o mesmo diagnóstico médico, como estratégia para a comparabilidade, para desenvolver recursos e avaliar programas. Têm-se juntado novos indicadores relacionados com a saúde, aos indicadores mais tradicionais^{4,8}.

A qualidade de vida tornou-se uma variável útil para determinar o impacto global das doenças e dos cuidados a elas inerentes, a partir da perspetiva do

indivíduo. É útil para a investigação e para a prática clínica. Pode ajudar a demonstrar o impacto das doenças através de indicadores objetivos ajudar no planeamento de condutas terapêuticas e monitorizar a efetividade de intervenções dos técnicos ao longo dos programas^{2,8}.

Quando temos particular atenção à qualidade de vida da população dependente de substâncias, importa não só ter em conta as medidas objetivas (ex. manutenção da abstinência, adesão terapêutica, redução da criminalidade, aumento da atividade laboral), mas incluir as opiniões relatadas pelos indivíduos e ter em consideração as suas particularidades e sentimentos idiossincráticos. Por outro lado, nem sempre a redução dos consumos corresponde a mais qualidade de vida. As melhorias podem ser significativas apenas depois de algum tempo e, para muitos, os consumos não interferem na sua qualidade de vida. Com esta população devemos incluir variáveis da vida familiar e da vida conjugal para aprofundarmos a sua perceção de qualidade de vida.

Há evidência na literatura que os dependentes de opiáceos integrados nos centros de tratamento em ambulatório e em programas medicamentosos, melhoram a sua qualidade de vida^{2-4,8,9}. Mas em quê e porquê a metadona e outros agonistas, ajudam as pessoas? Que outros fatores se relacionam? Por que razão quase todos os utentes dependentes de opiáceos quando em programa de metadona melhoram a sua qualidade de vida?

Ao longo deste estudo, o dependente é entendido como uma pessoa que está numa situação de dependência relativamente à heroína e/ou outras substâncias e, que estas, vão desencadear determinadas consequências (físicas, psicológicas, sociais, espirituais), que interferem com a sua qualidade de vida. Pode igualmente ser visto como alguém com dificuldade em gerir a sua doença⁵.

Num estudo³ realizado com uma população que recorre a um centro de abrigo e está integrada num programa de metadona, considerado de redução de riscos e minimização de danos, verificou-se que todos os participantes referem que a sua qualidade de vida aumentou por causa destas duas condições.

Centram essa referência em necessidades físicas (abrigo, sono, higiene, alimentação) e construção de projeto de vida (individualidade, regras, interação social, responsabilidade, emprego, ausência de drogas, saúde).

Assim, este estudo tem como objetivo: Identificar fatores que contribuem para melhor perceção de Qualidade de Vida, em dependentes de opiáceos, num programa com metadona, na região de Lisboa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para dar resposta aos objetivos deste trabalho, desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo, correlacional, com uma abordagem transversal. A amostra foi constituída por 180 dependentes de opiáceos integrados em programas de manutenção com metadona em três unidades de acompanhamento ambulatório. Utilizou-se uma amostragem probabilística aleatória sistemática, realizada durante o atendimento por parte de uma equipa de enfermagem nos programas medicamentosos. A abordagem era feita ao primeiro utente que surgia no atendimento, em presença do investigador e, após esse pedido de participação com o esclarecimento dos objetivos do estudo, só se abordava novamente um utente após dois atendimentos regulares pela equipa do serviço. Deste modo garantia-se a aleatoriedade. Os critérios de inclusão foram: Maioridade; Integrados em programa de manutenção opiácea com metadona há pelo menos 1 mês. Como critérios de exclusão considerávamos: Menoridade; Menos de 1 mês em programa de metadona; Alteração do estado de consciência. A coleta de dados decorreu em 2013, na região de Lisboa e Vale do Tejo.

O instrumento de colheita de dados foi composto por um questionário que permitiu a obtenção de dados sociodemográficos, dados clínicos e comportamentais relacionados com o consumo de drogas e, selecionamos, um instrumento para mensurar a qualidade de vida, validado para a população portuguesa. A opção tomada, não recaiu em instrumentos mais generalistas face ao conceito de qualidade de vida e eventualmente mais utilizados na investigação.

Optamos por um instrumento criado especificamente para a população dependente de opiáceos, que permitia a comparação de resultados em contextos semelhantes ao nosso estudo. Este instrumento necessita de mais utilização para elevar o seu nível de evidência. Utilizamos a “Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona”(4). É um instrumento que perspetiva a saúde envolvendo as dimensões afetivas e cognitivas. Relaciona-se com os aportes positivos da promoção da saúde e da prevenção da doença, englobando a saúde física, mental, social e a satisfação das necessidades humanas(4). A escala, neste estudo, foi sujeita a reavaliação da sua fidelidade, validade e sensibilidade. Realizou-se a adaptação da escala, para 20 itens (retiramos um item da escala original) apurando-se uma boa consistência interna (Alpha de Cronbach) $\alpha=0,895$. Através da análise fatorial exploratória e confirmatória a escala revelou-se em 3 subescalas: Subescala “Satisfação pessoal e autocuidado” (8 itens); subescala “Situação sociofamiliar” (8 itens) e subescala “Situação socio-profissional e económica” (4 itens). Todas as subescalas revelaram consistência interna acima de $\alpha=,717$ e correlação significativa ($p<,05$). Para apurarmos a sensibilidade da escala, consideramos a aproximação ao constructo de bem-estar avaliado pelo Mental Health Inventory 5 (MHI5)(10). Para a adaptação da escala e subescalas foram seguidas as recomendações dos autores, nomeadamente o constructo teórico e o ponto de corte. O intervalo de resposta na escala da qualidade de vida pode assumir valores entre 20 e 80, sendo que a valores mais elevados associa-se melhor percepção da qualidade de vida.

Os dados foram submetidos a tratamento estatístico como programa “Statistical Package for the Social Sciences” versão 19. Determinamos a utilização de estatística paramétrica pois os dados assumiram uma distribuição próxima à normalidade. Por se tratar de um estudo correlacional, calculamos as correlações pelo coeficiente de correlação de Pearson, a diferença entre amostras pelo teste ANOVA pós-hoc ou pelo teste t de student. O nível de significância utilizado neste estudo foi de 0,05 (5%).

Este estudo teve um parecer positivo da Comissão

de Ética, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa no dia 23 de Maio de 2012 e é um recorte de uma investigação de doutoramento em Enfermagem. O consentimento livre e esclarecido foi garantido, assim como a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

A amostra em estudo foi constituída por 180 participantes, essencialmente de género masculino ($n=132$; 73,3%). A média de idade fixou-se em 41,06 [24-69]; $dp=7,58$. Quanto à escolaridade 3 (1.7%) participantes tinham $\leq 4^{\circ}$ ano; 25 (13,95%) completaram o 4^o ano; 63 (35%) completaram 6^o ano; 58 (32,2%) completaram o 9^o ano; 26 (14.4%) completaram o 12^o ano e 5 (2.8%) completaram o ensino superior.

Quanto ao estado civil: 100 (55.6%) solteiros; 54 (30%) casados ou união de fato; 22 (12.2%) divorciados e 4 (2.2%) viúvos. Quanto à existência de filhos: 95 (52.8%) tinham filhos e 85 (47.2%) não.

Quanto a situação laboral: 55 (30.6%) estavam empregados; 87 (48.3%) desempregados; 17 (9.4%) estavam com trabalho esporádico; 17 (9.4%) reformados e 4 (2.2%) em formação subsidiada.

No que se refere aos consumos de substâncias (a pergunta permitia respostas múltiplas), verificamos que 25 (13,9%) referiu consumos de heroína, 46 (25,6%) consumos de estimulantes; 52 (28.9%) cannabis; 55 (30.6%) álcool; 33 (18.3%) benzodiazepinas. Verificamos que 52 utentes (28.9% do total da amostra) não tinham consumos de qualquer substância. Quanto as comorbilidades, 45 (25%) tinham o vírus da imunodeficiência humana (VIH) positivo, 106 (58.9%) tinham vírus da hepatite C (VHC) positivo; 43 (23.9%) tinham duplo diagnóstico psiquiátrico; 80 (44.4%) doenças físicas (exceto infeções víricas) e 27 (15%) não tinham comorbilidades:

A idade média para o início de consumos foi 18,2 anos ($dp=5,5$) e apresentam uma média de 16,7 anos ($dp=7,6$) de consumo de substâncias.

Estes utentes apresentaram um tempo médio de programa de 52,8 meses ($dp=43,3$) ou seja, ligeiramente mais que 4 anos e estavam a fazer a dose

de média de 74,1 mg de cloridrato de metadona solução oral (dp=41,1).

Quanto ao valor da qualidade de vida percebida pelos 180 participantes verificamos o valor médio de 63,03 [23-80] (dp=11,38) o que em termos percentuais (\bar{X} =78,79%) evidencia a prevalência de valores positivos na amostra. Refira-se que 95% dos participantes assinalaram uma percepção positiva da sua qualidade de vida (ponto de corte 40), o que deve ser contextualizado no estudo, pois esta escala monitoriza a alteração em múltiplos indicadores após a admissão num programa medicamentoso, com uma abordagem técnica multiprofissional.

Para uma melhor compreensão dos resultados, face ao instrumento utilizado para avaliar a percepção da qualidade de vida, fizemos a análise da relação entre algumas variáveis sociodemográficas dos utentes, história toxicológica dos utentes, comorbilidades dos utentes e acompanhamento por parte dos técnicos, com a qualidade de vida (Quadro 1). Procuramos apurar quais as variáveis que significativamente estavam associadas a melhor percepção da qualidade de vida ($p < ,05$).

A matriz de correlação encontrada (Quadro 1) permitiu observar que é significativamente menor a percepção da qualidade de vida quanto maior é o número de vezes que o utente é admitido, abandona (ou é excluído) e reentra num programa ($r = -,159; p = ,033$) e maior o número de comorbilidades ($r = -,208; p = ,001$). Verificamos que quanto melhor a percepção da qualidade de vida, melhor a saúde mental ($r = ,382; p < ,001$) mensurada neste estudo com o Mental Health Inventory 5 (MHI5) (7), com o valor médio de 18,48 (dp=5,66), o que equivale a uma percentagem de 53,9% entre os participantes. Os coeficientes de correlação encontrados são reduzidos, embora significativos, mas salienta-se que os dados apontam para uma maior relação entre a percepção da qualidade de vida e a percepção de saúde mental.

Através do teste de comparação entre amostras, verificamos as variáveis que significativamente se associam a melhor qualidade de vida: Ter uma relação de natureza conjugal ($t = -2,187; p = ,030$); Estar empregado, comparativamente a qualquer tipo de outra ocupação ($F = 6,038; p = ,001$); ter como fonte de

rendimento o ordenado, face a qualquer outro tipo de rendimento ($F = 11,835; p < ,001$). É significativo ainda, que percebem melhor qualidade de vida os participantes que não têm comorbilidades, face aos que referem pelo menos uma comorbilidade ($t = -2,452; p = ,018$).

As variáveis que significativamente foram associadas a uma menor percepção da qualidade de vida foram: O consumo de benzodiazepinas, face aos que não consomem ($t = 2,388; p = ,018$), a manutenção de consumos intra venosos ($t = -2,373; p = ,019$) e ter associado um duplo diagnóstico psiquiátrico ($t = 3,493; p = ,001$).

Quadro 1 – Fatores significativamente relacionados com a Qualidade de vida

Variáveis que contribuem para melhor qualidade de vida	Variáveis que contribuem para menor qualidade de vida
Menor nº de reentradas ($r = -,159; p < ,05$)	Consumo de benzodiazepinas ($t = 2,388; p < ,05$)
Melhor saúde mental ($r = ,382; p < ,001$)	Consumos intravenosos ($t = 2,373; p < ,05$)
Relação de natureza conjugal ($t = 2,187; p = ,03$)	Duplo diagnóstico ($t = 3,493; p = ,001$)
Emprego ($F = 6,038; p = ,001$)	
Ordenado ($F = 11,835; p < ,001$)	
Ausência de comorbilidades ($t = 2,452; p > ,05$)	

Apuramos ainda que não havia diferenças significativas em termos de valor atribuído à percepção da qualidade de vida consoante o tempo de programa (em cada ano completo) ($F = ,751; p > ,05$).

DISCUSSÃO

A complexidade dos conceitos “Qualidade de vida” e “Dependência de Drogas” requer uma visão alargada dos fenómenos e uma análise detalhada e rigorosa dos fatores que podem sustentar as considerações sobre a sua relação. O conceito de qualidade de vida é subjetivo, a sua percepção é influenciada por múltiplos fatores como o ambiente onde o utente se insere, as características dos cuidados que recebe nestes programas e é influenciado pela própria expectativa do utente face ao programa e os seus objetivos de vida. Importa clarificar que a investigação em contexto de cuidados de saúde em ambulatório, deve abarcar a multidimensionalidade das variáveis, a subjetividade dos constructos e utilizar instrumentos que permitam mensurar de forma fidedigna esses mesmos constructos.

Identificamos as variáveis que significativamente contribuem para melhor percepção da qualidade de vida: estabilidade no programa (no nosso estudo a instabilidade materializada por maior número de entradas e saídas foi o fator mais associado a menores resultados); Melhor saúde mental; Estar empregado; Viver do ordenado; Ter uma relação de natureza conjugal; Ausência de comorbilidades físicas ou psíquicas; Ausência de consumos de benzodiazepinas; Abandono de consumos intra venosos. Verificamos que as comorbilidades são determinantes para minimização da percepção da qualidade de vida⁽¹¹⁾.

Quanto aos dados que emergem das variáveis sobre consumos, verificamos que os 28,8% dos participantes que não consumiam apresentavam melhor percepção de qualidade de vida e melhores resultados clínicos. Não estar a consumir tem estado relacionado com melhor saúde mental, melhor exercício da parentalidade e mais adesão terapêutica, melhor qualidade de vida⁽⁹⁾, mais auto cuidado⁽¹²⁾ e menos consequências da dependência⁽¹⁾.

Os dados reforçam outros estudos em outros contextos (com os doentes em programas de metadona ou sem estar em qualquer tipo de assistência medicamentosa) onde se verificou que a manutenção de consumos se assumia como um fator para diminuir a qualidade de vida e a saúde mental⁽¹³⁾ embora o

impacto e as consequências do consumo de substâncias varia conforme a tipologia desta.

Alguns estudos assinalam que a qualidade de vida e a saúde mental melhoram significativamente nos primeiros meses do programa mas, depois, não se verificam alterações significativas⁽¹⁴⁾. Estes dados são corroborados pelo nosso estudo. Melhor percepção de qualidade de vida é assinalada logo no primeiro ano de programa e depois inalterada ao longo dos anos de programa. A estabilidade familiar e a inserção profissional assumiram-se como fatores determinante para o sucesso terapêutico pois relacionaram-se com melhor percepção da qualidade de vida e a saúde mental. O sucesso terapêutico está relacionado tal como noutros estudos, com uma maior estabilidade e satisfação nas relações familiares⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ e com melhores dinâmicas comunicacionais nos casais. O emprego surge associado com um fator protetor para melhor saúde mental e melhor percepção de qualidade de vida, mesmo quando os dependentes mantêm alguns consumos. Destaca-se ainda, a relação entre a existência de uma perturbação mental e menores resultados de qualidade de vida e saúde mental. Estes têm maior impacto que a doença física. Estes fatores encontrados na população dependentes de opiáceos, não estão distantes do que se encontra nas abordagens de base comunitária com diferentes populações não dependentes de substâncias, sobre os determinantes importantes para a qualidade de vida, nomeadamente, o acesso aos serviços de saúde, a inclusão social, emprego, a noção de saúde (que contribui para uma melhor saúde mental e melhor qualidade de vida), a pobreza, a habitação, o ambiente familiar e os acontecimentos de vida^(18,19). Estes estados subjetivos de bem-estar, como a qualidade de vida e a saúde mental, relacionados com os comportamentos e suas consequências pessoais, familiares, sociais e até espirituais, têm sido relacionados positivamente^(2,5,15).

Neste estudo, os participantes da nossa amostra, apresentaram um valor superior (+4%) em termos da percepção da qualidade de vida, do que a manifestada pelos participantes realizado na região

sul do país, no qual se utilizou a mesma escala⁽⁴⁾, justificável provavelmente por melhores indicadores relacionados com o emprego e apoio familiar. Os nossos participantes, no que se refere ao valor da percepção da qualidade de vida, assinalaram, tal como noutros estudos⁽⁸⁾ valor inferior que a população em geral.

Têm sido apontados ainda, como determinantes para menor percepção da qualidade de vida e menor saúde mental, outros indicadores: as questões de género (feminino), associadas as questões da parentalidade, da maternidade e a existência de uma relação de natureza conjugal, as habilitações, o tipo de profissões, a situação laboral e o rendimento^(2,4,20), o que reforça alguns dos resultados do nosso estudo. Estes dados, surgem na linha de outros onde estes fatores, relacionados com a idade dos participantes, são percecionados como fundamentais para a qualidade de vida^(8,14). Este estudo tem como limitações metodológicas o fato de ser um estudo transversal, que sendo uma avaliação num dado momento não permite o aprofundamento temporal do impacto das variáveis e numa pessoa específica. É igualmente uma limitação, o fato de se encontrar poucos estudos na literatura com a utilização da escala para avaliar a percepção da qualidade de vida, o que limita a comparação dos dados. Este estudo constitui um contributo para essa difusão e comparabilidade de dados.

Sobre os determinantes apurados, destacamos a sua relevância, apesar dos coeficientes de correlação reduzidos que limitam o destaque com um grau de evidência mais acentuado, mas desperta para novas investigações eventualmente longitudinais. No entanto, estudos têm destacado os ganhos em saúde para os utentes, quer em programas de tratamento, quer em programas de redução de riscos. No entanto, outras dimensões são igualmente valorizadas pelos utentes, como a vertente do respeito pelos seus direitos e sua participação nas decisões terapêuticas, embora na essência a ação destes programas visam sempre a ação sobre o individuo no sentido da adaptabilidade social e a abstinência⁽⁶⁾.

CONCLUSÃO

Este estudo aprofundou a problemática da percepção da qualidade de vida das pessoas dependentes de opiáceos, alguns eventualmente consumidores de outras substâncias, que estão a ser acompanhados em ambulatório em programas medicamentosos com metadona, por equipas de saúde especializadas. Dos dados que emergiram desta análise, destaca-se claramente, a percentagem de utentes que apresentaram bons níveis de percepção da sua qualidade de vida após a entrada nestes programas. Estar empregado, viver do ordenado e a manutenção de uma relação de natureza conjugal são os fatores de estabilidade social que são influenciados pela permanência num programa de metadona e se associam a melhor percepção de qualidade de vida. A minimização de problemas proporcionada pela ausência de comorbilidades físicas ou psíquicas, a ausência de consumos de benzodiazepinas e o abandono de consumos intravenosos, são os fatores complementares para a percepção de uma boa qualidade de vida, naturalmente influenciados pela presença num programa de metadona. As consequências da dependência de substâncias condicionam a qualidade de vida. Surpreende neste estudo, que os fatores determinantes para a percepção de melhor qualidade de vida, não diferem dos que se encontram na população em geral não consumidora de substâncias psicoativas ilegais. Os dados apontam ainda que mais tempo nestes programas está a associado a melhor qualidade de vida, menos comorbilidades, o que de alguma forma confirma a importâncias destes programas na qualidade de vida dos utentes e na satisfação das suas necessidades.

Os resultados desta pesquisa emergem de uma população consumidora de opiáceos e, embora muitos sejam policonsumidores, não podem ser extrapolados para outras populações consumidoras de outras substâncias pois, o impacto e as consequências do consumo varia conforme a tipologia da substância. Dos resultados desta investigação emergiu um conjunto de recomendações que as equipas de saúde devem considerar para melhorar a qualidade de vida dos dependentes e satisfazer as suas necessidades:

Promover a saúde mental e detecção precoce de sinais de sofrimento; Estabelecer rede de parcerias sociais; Suporte familiar; Controle e estabilização de comorbilidades; Estratégias de intervenção face ao policonsumo; Educação para o consumo de menor risco; Estratégias que minimizem todas as hipóteses dos utentes saírem dos programas sem estabilidade. O conceito de qualidade de vida é complexo e os seus determinantes são complexos. Os técnicos de saúde são apenas um dos interventores necessários. Por outro lado, a investigação em saúde mental deve ser multidisciplinar pois exige uma vasta compreensão dos diferentes determinantes sociais, psicológicos e físicos que regulam a vida cognitiva, afetiva e comportamental de cada indivíduo e o seu espaço numa comunidade. Emerge ainda com recomendação para o ensino de técnicos de saúde, serviço social e educação, o aprofundamento deste fenómeno complexo que é a qualidade de vida e a multiplicidade de fatores determinantes. Este estudo tem como limitação a sua visão racional e quantitativa pois a experiência vivida de cada sujeito não é avaliada na sua total complexidade pois analisamos principalmente as relações estatisticamente significativas.

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Seabra P, Sá L, Amendoeira J (2013), Consequences of substance addiction: a contribution to the validation of NOC outcomes: *Reme Rev Min Enferm.* 17(3):673–9. <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1415-2762.20130049>
2. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. (2014), Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use: *JAMA psychiatry.* 71(3):248–54. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24382686>
3. Carvalho M, Ferreira T, Borges E, (2011), O enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos. In: Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Porto. ESEL: 234–9.
4. Murcho N, Pereira P (2011), A qualidade de vida dos doentes toxicod dependentes em programas de substituição com metadona no Algarve: Um estudo comparativo da sua situação em 2003 e 2008. *Rev Investig em Enferm.* (23):57–64.
5. Xiao L, Wu Z, Luo W, Wei X (2010), Quality of life of outpatients in methadone maintenance treatment clinics. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 53(Sup 1):116–20.
6. Pinto M, Vilares J, Teles S, Carvalho H, Pires C, Lemos L (2016), A avaliação dos programas de substituição opiácea em Portugal. Apontamentos para (um)a reflexão. *Rev Adictologia.* 1(1):48–57.
7. Garcia S, Jacowskib M, Gisele C, Galdino C, Guimarães P, Kalinkef L (2015), Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária. *Rev Gauch Enfermagem.* 36(2):89–96.
8. Diniz A, Monteiro S (2015), Tratamentos de manutenção opiácea em indivíduos com 50 ou mais anos. *Rev Adictologia.* 1(1):17–26.
9. Torrens, M (2008), Quality of life as a means of assessing outcome in opioid dependence treatment. *Heroin Addict Relat Clin Probl.* 12(1):33–6.

10. Ribeiro JLP. (2011), Inventário de Saúde Mental (1ªed). Lisboa: Placebo
11. Morais, P. (2010), Avaliação da qualidade de vida e esperança em toxicodependentes infectados e não infectados com VIH. Porto, Portugal. Universidade Fernando Pessoa.
12. Oliveira S, Monteiro L, Freixo T, Venâncio A (2010), Interações medicamentosas entre a metadona e os anti-retrovirais. *Toxicodependências*. 16(3):59–66.
13. Go F, Dykeman M, Santos J, Muxlow J (2014), Supporting clients on methadone maintenance treatment: a systematic review of nurse's role. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 18(1):17–27. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21214680>
14. Seabra P, Sá L (2012), Um olhar para a percepção dos enfermeiros sobre as necessidades em saúde dos consumidores de drogas. *Nursing*. 286:16–21.
15. Roe B, Beynon C (2010), Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. *J Adv Nurs*. 66(9):1968–79.
16. Cruz O, Machado C (2013), Intervenção no fenómeno das drogas: Algumas reflexões e contributos para a definição de boas práticas. *Psicologia*. XXVII(1):13–31.
17. Cassol P, Terra M, Mostardeiro S, Gonçalves M, Pinheiro U (2012), Tratamento em um grupo operativo em saúde: percepção dos usuários de álcool e outras drogas. *Rev Gauch Enferm*. 33(1):132–8.
18. Czarnobay J, Ferreira L, Capistrano F, Borba L, Kalinke L, Maftum M (2015), Intrapersonal and interpersonal determinants perceived by the family. *Rev Min Enferm*. 19(2):100–6.
19. Gomes J, Loureiro M (2013), O lugar da investigação participada de base comunitária na promoção da saúde mental. *Rev Port Saúde Pública*. (Jan-Jun):32–48.
20. Marsden J, Eastwood B, Ali R, Burkinshaw P, Chohan G, Copello A, et al. (2014), Development of the Addiction Dimensions for Assessment and Personalised Treatment (ADAPT). *Drug Alcohol Depend*. 139:121–31. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871614007947>

**REFLEXÕES SOBRE AS CONVERGÊNCIAS
E DIVERGÊNCIAS DAS POLÍTICAS E
PRÁTICAS LEGISLATIVAS NACIONAIS NOS
DOMÍNIOS DO ÁLCOOL E DAS DROGAS
ILÍCITAS FACE À INFEÇÃO PELO VIH/SIDA**

REFLECTIONS ON THE CONVERGENCES
AND DIVERGENCES OF NATIONAL POLICIES
AND PRACTICES IN THE AREAS OF
ALCOHOL AND ILLICIT DRUGS RELATED TO
THE INFECTION BY HIV/AIDS

Margarida Soliz Fernandes (Phd)*
Zélia de Macedo Teixeira (Phd)**

ARSNorte - Unidade de Alcoologia do Porto -
Dr. José Barrias
Universidade Fernando Pessoa;
Hospital Escola Fernando Pessoa

Em Janeiro de 2017 o Jornal Expresso trazia a público que “No fim de setembro de 2016, os últimos dados disponíveis apontavam para a existência de 29.666 pessoas infetadas com VIH em Portugal. Mais 1.701 do que no mesmo período do ano anterior” reacendendo a preocupação com o aumento de casos de infecção, alargando as considerações aos custos que este problema causa no Serviço Nacional de Saúde, e dando conta das interrogações sobre a eficácia do combate à SIDA em Portugal¹.

E se é certo que o enquadramento social, político e económico dos últimos anos pode explicar a diminuição de um conjunto de respostas preventivas neste domínio, também o é que a produção de um enquadramento normativo que espelha as escolhas políticas no âmbito deste problema de saúde pública norteia o desenvolvimento de respostas subsequentes (preventivas, terapêuticas, sociais). Há 33 anos que estamos na era da SIDA, doença que protagonizou e potenciou, direta e indiretamente, múltiplas mudanças tanto a nível individual, como social, político e científico. Contudo, num tempo em que esta temática surge como prioritária tanto no domínio da saúde em geral, como em áreas específicas como a toxicod dependência, algumas dúvidas permanecem, por exemplo, no que concerne aos grupos que poderão estar mais vulneráveis à infecção. Se o conhecimento científico produzido até agora direcionou a intervenção política, social e de saúde para os grupos de risco, atualmente denominados de populações chave em maior risco de infecção pelo VIH/SIDA, este mesmo conhecimento não conseguiu, ainda, justificar empiricamente porque não estão os dependentes de álcool incluídos na definição de população chave em maior risco, talvez porque a questão não tenha sido colocada ou não tenha surgido como premente^{2,3,4}. O presente artigo resulta de um estudo mais alargado que se dedica ao estudo quantitativo da emergência de um grupo cujo risco de infecção apresenta um potencial comparável ao das populações mais vulneráveis e que fazem parte das populações

sentinela para a infecção do VIH/SIDA, como é o caso das pessoas com problemas ligados ao álcool, que inclui igualmente um processo prévio de análise das respostas políticas e legislativas mais recentes desenvolvidas quer para o álcool quer para as drogas ilícitas e sua associação com o VIH/SIDA, e sustenta-se nas seguintes premissas:

- 1 O álcool é uma substância de uso lícito, amplamente disseminada nos hábitos alimentares portugueses, e fortemente enraizada nos seus costumes, tradições e práticas diárias. O seu consumo excessivo é predominantemente assinalado quando assume a forma de “alcooolismo”, e apesar de formalmente reconhecido como a maior toxicod dependência dos portugueses, padece de alguma complacência por parte dos domínios sociais e da saúde, complacência esta possivelmente explicada, pelo menos em parte, pelos fatores contextuais acima referidos^{2,5}.
- 2 A mortalidade associada direta e indiretamente ao álcool é muito superior à atribuída ao consumo de substâncias ilícitas, o mesmo acontecendo com a morbilidade²
- 3 O desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas ligados ao álcool tem tido um efeito que fica aquém dos objetivos anteriormente propostos, nomeadamente pela OMS-Europa que preconizava uma redução de 20% nos consumos⁶, valores estes que, em Portugal, nunca foram atingidos;
- 4 O consumo de álcool *per capita* mantém-se elevado, situando o nosso país no sétimo lugar, entre os países da Europa, e tem refletido mudanças nos padrões de consumo (nomeadamente com uma maior atenção dada ao *binge drinking*) mais do que nos volumes consumidos⁷.
- 5 As respostas políticas têm vindo a considerar uma componente importante na redução da oferta, nomeadamente com a publicação de legislação limitativa dos consumos em jovens até aos 18 anos, bem como com a regulamentação dos consumos e condução rodoviária².
- 6 Comparativamente com as⁴ fases históricas postuladas para a evolução da aproximação política

e legislativa às drogas ilícitas⁸ podemos dizer que nos encontramos, para o álcool, na fase em que o modelo biopsicossocial é a referência dominante, não fazendo sentido a evolução para a descriminalização, uma vez que os consumos são despenalizados desde sempre.

- 7 Os padrões de consumos de substâncias ilícitas em Portugal registaram nos últimos anos um decréscimo nos consumos de heroína, acompanhado por usos mais significativos de cocaína e ecstasy. O mundo das drogas ditas legais abriu há relativamente pouco tempo as suas portas a um público que não precisava de se esconder para adquirir substâncias muito semelhantes aos canabinóides, opiáceos, alucinogénios, entre outras, público este, que esteve salvaguardado pelo vazio legal existente até maio de 2013 (Decreto-Lei n.º 54/2013).
- 8 As respostas terapêuticas às drogas ilícitas mantêm-se predominantemente orientadas para os dependentes de heroína, com premacia dos programas de substituição opiácea².
- 9 A descriminalização do consumo, enquanto prática de referência, inclusivamente em termos internacionais, encontra-se em avaliação, mas os indicadores recolhidos até ao momento permitem sustentar a aposta feita com a Lei n.º 30/2000.
- 10 A entidade reconhecida como responsável nacional para as drogas e toxicodependências integrou na sua orgânica as entidades regionais responsáveis pelas respostas aos problemas ligados ao álcool, em 2007, e foi extinta em 2011, com integração das suas competências e recursos nas Administrações Regionais de Saúde e no recém-criado SICAD.

Elencadas estas premissas que, em nossa opinião consubstanciam diferentes realidades, entendemos ter reunidas as condições essenciais para refletirmos sobre a associação álcool, substâncias ilícitas e infeção pelo VIH/SIDA, patente nos principais documentos norteadores das estratégias nacionais. Quer para o álcool, quer para as drogas ilícitas, os anos de 1999/2000 foram anos de produção de documentos estratégicos que delineavam o saber e o fazer nestes domínios.

O Plano de Ação contra o Alcoolismo¹ não faz qual-

quer referência à temática do VIH/SIDA, mesmo quando salienta as patologias associadas ao consumo de álcool nos moldes que se seguem:

“Outras repercussões, diretas e indiretas, ao nível da mortalidade e da morbilidade, em particular: Por ação lesional, em geral insidiosa, em vários órgãos e sistemas, nomeadamente do aparelho digestivo (em particular, fígado, estômago e pâncreas); Relação com a indução de tumores malignos (em especial do aparelho digestivo, fígado e laringe e eventualmente da mama na mulher jovem) e de várias patologias do sistema nervoso central e do aparelho cardiovascular (em particular, hipertensão arterial e acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos)”⁹

Já na Estratégia nacional contra as drogas de 1999², em que o Governo entende que, mais de 20 anos depois de terem sido criadas em Portugal as primeiras estruturas institucionais vocacionadas para o problema da droga e da toxicodependência, é tempo de adotar uma verdadeira estratégia nacional de luta contra a droga, na linha do que já sucede em diversos outros países, a atenção atribuída à infeção pelo VIH/SIDA está centrada no domínio das políticas de redução de danos, e exclusivamente vocacionada para os consumidores de drogas por via injetada tal como transparece no excerto que se segue:

“Importa, antes do mais, aperfeiçoar a informação, tornando-a mais rigorosa e específica e salientando a possibilidade de contaminação através da utilização comum não apenas das seringas mas também da própria água, dos recipientes (colheres e caricas), de filtros e algodões. Por outro lado, é importante a construção de barreiras psicológicas que dificultem a passagem à forma injetável ou que promovam a passagem do consumo endovenoso ao consumo fumado. A divulgação dos resultados de análises às drogas apreendidas, com especial relevo para as drogas de síntese, pode contribuir, também, para prevenir situações de risco acrescido em função da respetiva composição. Finalmente, devem acautelar-se os riscos de más interpretações da informação, como por exemplo o erro de deduzir da fragilidade do VIH que as seringas voltam a ser seguras algum tempo depois de utilizadas

1 Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 Novembro.

2 Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99

por, pretensamente, o VIH ter sido destruído pela exposição ao ar. (...) Por outro lado, importa prosseguir o programa de troca de seringas, assegurando a cobertura de todo o território nacional. (...) São de estudar, também, processos alternativos de troca, seja através de distribuidores automáticos, seja pela atribuição, em certas localidades, de responsabilidades nesta área a outras entidades, a começar pelas estruturas de saúde”¹⁰

Cerca de oito anos depois, e estando a integração dos Centros Regionais de Alcoologia concluída no IDT. IP., o Plano nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool (IDT, 2004), deixa bem claro que a mortalidade por doença hepática na infeção VIH parece ser cada vez mais relevante, sendo em alguns centros europeus a segunda causa de morte a seguir à SIDA propriamente dita. A grande maioria talvez pela associação VIH/VHC e álcool, já que a população infetada pelo VIH recorre frequentemente aos chamados policonsumos. Regista ainda a morte por SIDA de 876 indivíduos em 2005, mas cerca de 25% por cirrose hepática no contexto de coinfeção VIH com o vírus da hepatite C. O consumo de álcool é nestes casos também um fator agravante da evolução da cirrose¹¹. É ainda sublinhado no documento que *“O uso nocivo de álcool associado ao comportamento sexual é um fator de risco para a transmissão das DST/VIH, visto que, quando ingerido antes ou no ambiente em que ocorre o ato sexual, favorece a prática sem preservativo. O local, o momento em que se consome a bebida e a quantidade ingerida, parecem ser fatores preponderantes na manutenção dessa associação”¹².*

Também no prefácio do Plano nacional contra a droga e a toxicodependência 2004-2012³ encontramos a seguinte descrição:

“Quanto às doenças infecciosas, segundo os dados do CVEDT a 31/03/05, cerca de 48% do total acumulado de notificações de infeção pelo VIH eram casos associados à toxicodependência, percentagem que tem vindo a decrescer nos últimos anos. Uma vez mais foi reforçada a tendência decrescente da percentagem de toxicodependentes no conjunto de casos com diagnóstico de SIDA: 62%, 58%, 56%, 54%, 48%, 42% e de 39%

dos casos diagnosticados respectivamente em 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004. Entre os grupos de utentes que recorreram em 2004 às diferentes estruturas de tratamento da toxicodependência, as percentagens de positividade para o VIH variaram entre os 12% e os 28%. (...) Para além das oscilações anuais registadas, verifica-se nos últimos anos uma estabilidade a nível das percentagens de positividade para o VIH nestas populações. Deve contudo referir-se a baixa percentagem de rastreados, bem como a incapacidade do serviço para apresentar um único valor para todos os utentes em tratamento, independentemente dos valores em cada uma das estruturas, uma vez que estes podem significar apenas um critério terapêutico. Em 2004, as percentagens de toxicodependentes seropositivos que se encontravam com terapêutica anti-retrovírica variaram entre os 19% e os 68% nestas populações, sendo de um modo geral inferiores às registadas nos últimos anos”¹³.

Fez pois algum sentido, que no âmbito da cooperação entre o IDT, I.P. e a Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA surgiu o Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infeção VIH/ SIDA Direcionado a Utilizadores de Drogas (Programa Klotho), sustentado na constatação de que *“A epidemia de infeção pelo vírus VIH entre usuários de drogas injetáveis e sua propagação desta população a seus parceiros sexuais, parceiros de consumo e à comunidade em geral é um aspeto importante, mas muitas vezes negligenciado da epidemia global de SIDA”¹⁴.* O programa centrou-se nos utilizadores de drogas e foi adaptado à especificidade da sua relação com as estruturas de saúde. Para tal, assumiu estrategicamente a tecnologia de testes rápidos de deteção da infeção VIH e maximizou as relações de referenciação entre diferentes prestadores de cuidados de saúde⁴. Atualmente, o progra-

⁴ Os objetivos do programa são obter melhor informação epidemiológica em relação à incidência da infeção em utilizadores de drogas e encaminhar mais precocemente utentes VIH positivos para estruturas de saúde, permitindo-lhes um tratamento adequado e dirigido mais cedo, com melhor qualidade e esperança de vida, desenvolvendo, assim, uma rede de identificação precoce da infeção pelo VIH e a prevenção entre os utilizadores de drogas (Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, 2007).

³ Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2006

ma *Klotho*, por ser um projecto-piloto, deu lugar ao programa de Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação (ADR).

O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, que se encontra actualmente em vigor, refere que *“em relação a doenças infecciosas, e no âmbito das notificações da infecção VIH/SIDA, mantém-se a tendência decrescente da proporção de casos associados a toxicod dependência nos vários estadios da infecção (38% do total acumulado de notificações de infecção pelo VIH a 31/12/2012), bem como a diminuição continua ao longo da última década do número de novos casos diagnosticados com VIH associados a toxicod dependência. [...]”*

Nas estruturas de tratamento da dependência das redes pública e privada licenciada, de um modo geral, verifica-se uma tendência de decréscimo nos últimos anos dos valores de positividade nos rastreios de diversas doenças infecciosas, em particular do VIH (entre 2% e 10% em 2011) e Hepatite C (VHC+) (entre 20% e 47% em 2011), sendo estes valores bastante mais elevados em subgrupos com consumos endovenosos.” (SICAD, 2013, p.33) Contudo, os dados relativos à taxa de incidência de infecções relacionadas com o consumo de substâncias psicoactivas não injectáveis, nomeadamente o álcool, que poderiam ser recolhidos nas Unidades de Alcoologia, ainda estão por apurar. Para finalizar este ponto parece-nos importante salientar que em termos legislativos e essencialmente políticos a situação de Portugal no que respeita às substâncias psicoativas se pode definir como em processo de integração do álcool e das drogas ilícitas numa única política, actualmente baseada em documentos reguladores distintos, emanados por uma estrutura de coordenação única, o que de acordo com Muscat, Van de Mheen e Barendregt (2010)¹⁵ reflete um alinhamento com a mudança de paradigma que considera o uso de substâncias uma preocupação de saúde, mais do que uma questão legal.

A preocupação com o VIH/SIDA embora alargada aos consumidores de álcool na letra do legislador, mantém-se focalizada nas estratégias de redução de danos, que terão surgido exatadamente como resultado da necessidade de enfrentar emergentes problemas de saúde, principalmente aqueles relacionados com

a propagação do VIH¹⁵, e predominantemente dirigidas para utilizadores de drogas ilícitas.

As reflexões que os dados previamente apresentados suscitam, obrigam-nos a pedir emprestado o título que Michel Sidibé, Peter Piot e Mark Dybul (2012)¹⁶ deram ao artigo publicado no *The Lancet* e que é – a SIDA não acabou (*“AIDS is not over”*). Os exercícios de entusiasmo sobre uma geração livre da SIDA, que os dados sobre a situação da epidemia, tanto a nível mundial como nacional possam provocar, assim como a visão inspirada da ONUSIDA de *“chegar a zero”*, fazem-nos pensar se estaremos a caminhar na direcção certa quando desvalorizarmos a morbidade e mortalidade provocada pelo VIH/SIDA. O significado atribuído à cronicidade e controlabilidade atual da doença, proporcionada pelo acesso a terapêuticas farmacológicas altamente eficazes nos países desenvolvidos, poderá estar na base da perspectiva despreocupada das pessoas relativamente ao risco de infeção. Um bom exemplo disso é a reemergência da infeção em homens que têm sexo com homens. Não nos podemos esquecer que a mortalidade e morbidade relacionada com o VIH/SIDA poderiam ser evitáveis se a mudança comportamental acontecesse.

No entanto, não podemos deixar de valorizar todos os avanços já alcançados, tanto a nível internacional como nacional. Ao mesmo tempo temos consciência de que o caminho ainda é longo e que é necessário ultrapassar alguns obstáculos. O primeiro é ao nível epidemiológico. Os dados para a realidade portuguesa em relação ao VIH/SIDA parecem-nos insuficientes para que se consiga desenhar uma estratégia nacional mais abrangente, de forma a alcançar as tão desejadas zero infeções. Se cruzarmos as duas realidades abordadas neste trabalho (o VIH/SIDA e o consumo de substâncias) percebemos que as interceções só acontecem num sentido, o da ligação entre VIH/SIDA e consumo de substâncias pela via injectada. Contudo, a relação entre o risco de infeção e o consumo de substâncias pela via não injectada, nomeadamente o álcool, é real^{2,3,4} mas os dados epidemiológicos não a conseguem confirmar, nem infirmar, pois simplesmente não existem.

Isto leva-nos para o segundo obstáculo, as políticas, que nos parecem apenas ser uma tentativa superficial de ação, na medida em que definem um plano estratégico de luta contra o VIH/SIDA, com inúmeros objetivos e indicadores mas que não são aplicados na prática, como por exemplo o objetivo 3 do PNLCs que pretendia assegurar o acesso universal ao conhecimento do estado serológico, reduzindo as barreiras à realização do teste voluntário e à efetivação de uma referência adequada. Este objetivo foi cumprido parcialmente com a introdução do Programa Klotho, no entanto, este mesmo programa ou o método ADR que o seguiu foram apenas direcionados à população consumidora de substâncias ilícitas, discriminando, mais uma vez, as pessoas com problemas ligados ao álcool.

O terceiro obstáculo, prende-se com a complexidade do fenómeno e com a falta de um modelo de compreensão global dos comportamentos humanos. Compreender o que determina os comportamentos de risco não é um exercício fácil, pois estes são influenciados por vários fatores, desde os individuais e contextuais, aos sociais, dificultando a integração do saber num modelo teórico válido. Contudo, a produção científica em Portugal nesta área é dispersa e pequena em quantidade, não permitindo a investigação meta-analítica de forma a se definir uma linha orientadora de aprofundamento do conhecimento da nossa realidade. A prevenção é sem dúvida a maior arma que temos para o controlo e contenção do VIH/SIDA. À falta de uma vacina, não nos resta mais que trabalhar no sentido de educar, informar e promover a mudança de comportamentos tanto na população geral, como especificamente nas populações com comportamentos de alto risco para a infeção. Esta é, para nós, a área mais pertinente de ação e a que comprovadamente acarreta maiores benefícios, tanto em termos de saúde como em termos económicos, políticos e sociais. Contudo, como já referimos, é necessário que o corpo de conhecimento nesta área seja alargado, e isso só será possível com o aumento da produção científica e da consciencialização política.

REFERÊNCIAS:

1. Martins, C. (2017, 01 11). *Combate à sida em Portugal questionado após ano com aumento de infetados*. Retrieved 06 16, 2017, from expresso: <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2017-01-11-Combate-a-sida-em-Portugal-questionado-apos-ano-com-aumento-de-infetados>
2. Fernandes, M. M. S. M. (2014). *Trinta anos de pontes e cruzamentos entre álcool, drogas ilícitas e comportamentos de risco na era do VIH/SIDA (Tese de Doutoramento não publicada)*. Universidade Fernando Pessoa, Portugal.
3. Fernandes, M. M. S. M., & Teixeira, Z. (2015). *Perceção de Risco para a Infeção pelo VIH/SIDA e Consumo de Substâncias: Análise do discurso de um grupo de dependentes de álcool*. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*, 3, 290-295.
4. Fernandes, M. M. S. M., & Teixeira, Z. A. T. M. T. (2017). *Consumo de álcool e comportamentos de risco para a infeção pelo VIH/SIDA: emergência de um novo grupo de vulnerabilidade acrescida? Psique*, 13, 75-98.
5. Mello, Barrias & Breda (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa, Direção Geral de Saúde.
6. World Health Organization. *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.
7. World Health Organization.. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
8. Dias, L. (2007). *As Drogas em Portugal — O Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004*. Pé de Página Editores.
9. RCM n.º 166/2000 de 29 Novembro, capítulo II, p. 6840
10. RCM n.º 46/99, capítulo VII, p. 3011
11. Marinho, R. (2008). O álcool e os jovens. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, p. 293-300.
12. Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P. (2010). *Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
13. Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P. (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012*. Lisboa: Instituto da droga e da Toxicodependência.
14. Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA. (2007). *o programa Nacional de prevenção e controlo da infeção pelo ViH/ sida – 2007/2010*. Lisboa: coordenação Nacional para a infeção VIH/SIDA.
15. Muscat, R., van de Mheen, D., & Barendregt, C. (2010). *Towards an integrated policy on psychoactive substances: a theoretical and empirical analysis*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
16. Sidibé, M., Piot, P. & Dybul, M. (2012). AIDS is not over. *Lancet*, p. 2058-2060.

MELHORIA DA QUALIDADE E DA SEGURANÇA DOS PROGRAMAS DE MANUTENÇÃO OPIÓIDE COM METADONA

A INDUÇÃO, OS DOSEAMENTOS PLASMÁTICOS DE METADONA E O ECG

CARLOS VASCONCELOS
(Assistente Graduado Sênior de Psiquiatria)
ET de Gondomar, CRI Oriental do Porto

JOÃO MOCHO
(Assistente Graduado Sênior de Medicina Geral e Familiar)
ET de Vila Real, CRI de Vila Real

SARA CARNEIRO
(Interna de Psiquiatria)
Departamento de Saúde Mental do Hospital de Santarém

UM POUCO DE HISTÓRIA

O primeiro programa português de manutenção opioide com metadona (PMM) nasceu no Porto em 1977, há já 40 anos.⁽¹⁾

Obedecia às regras dos PMM americanos: a dose inicial entre 25 a 30mg; duas tentativas de desintoxicação antes de iniciar a manutenção com metadona; um teto de 120mg mas nenhum limite de tempo pré-estabelecido; sem doses para casa.

40 ANOS DEPOIS...

Há uma rede nacional de dispensação de metadona em que colabora um número significativo em Centros de Saúde. Há unidades móveis para os programas de redução de riscos. Há metadona nos estabelecimentos prisionais, nos Institutos de Oncologia, nas Farmácias e em alguns Hospitais Gerais.

As regras dos programas mudaram: são mais acessíveis, não há listas de espera, não há dose máxima, são permitidas em determinadas condições doses para casa. Acabou o preconceito contra a metadona como “outra droga” ou “narcótico substituto”. A metadona ganhou carta de alforria como analgésico opioide e é usada nos IPO’s para o controlo da dor oncológica. Há condições para uma melhoria qualitativa dos programas integrando os conhecimentos científicos adquiridos nos últimos 20 anos, mas os recursos médicos diminuiram na rede...

Ao longo deste trabalho iremos tratar de alguns aspetos biomédicos da gestão dos programas de manutenção opioide com metadona

A FASE DE INDUÇÃO DA METADONA

DICAS DE SEGURANÇA

O consumo de opiáceos deve ser sempre confirmado com um teste rápido. A dependência física também deve ser documentada através da pesquisa dos sinais e sintomas característicos da abstinência de opioides. Por rotina, devem ser observadas áreas como as pregas dos cotovelos para despiste de consumo

por via injetável. Ter em conta que alguns utentes irão dar-nos informações inflacionadas sobre os seus consumos. Não há forma de conhecer previamente ao início do programa o nível de tolerância opioide de cada utente.

A INDUÇÃO DE METADONA ^{(2) (3) (4)}

A fase de indução (as duas primeiras semanas) do programa de metadona é o período de maior risco de mortalidade nos PMM. Pode ocorrer uma overdose num indivíduo não tolerante ou com perda de tolerância com doses iniciais de metadona superiores a 30 mg. Protocolos de indução “agressivos” de metadona poderão originar uma toxicidade acumulada. Quando a metadona é prescrita em simultâneo com outro fármaco há a possibilidade de uma intoxicação por interação medicamentosa de tipo farmacocinético (p.e. fluoxetina, amitriptilina, quetiapina) ou por efeito cumulativo depressor sobre o centro respiratório (caso das BZD’s, associadas ou não, ao álcool).

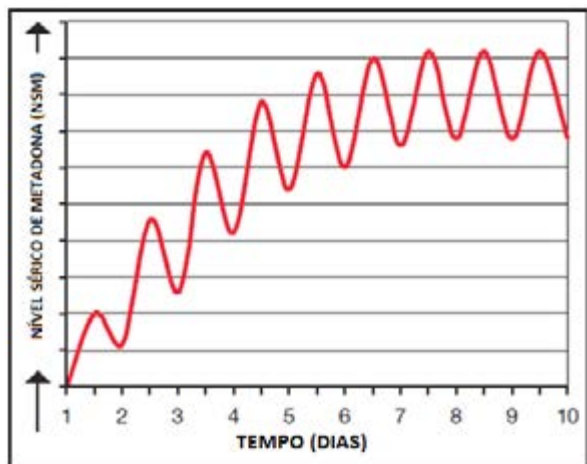
Têm sido publicados artigos sobre o tema das mortes por overdose de metadona na Austrália, Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, e a conclusão é esta: os médicos prescritores receberam muito pouca formação relativa aos programas de manutenção com metadona; as doses iniciais eram muito elevadas; os ajustamentos de dose de metadona foram elevados e demasiado frequentes na primeira semana.

A primeira dose de metadona

Em geral, num indivíduo tolerante à heroína, deve ser administrada uma primeira dose de 30mg (dose de segurança).

Algumas circunstâncias aconselham uma dose inferior: um indivíduo na terceira idade não metaboliza com tanta facilidade a metadona; tratamento psiquiátrico com BZD’s, antipsicóticos ou antidepressivos; consumo excessivo de álcool; problemas respiratórios ou cardíacos; tratamento com medicamento inibidor enzimático do 3A4, 2D6 ou 2B6.

A metadona necessita de 5 dias para alcançar o estado estacionário. Os níveis sanguíneos do pico da metadona aumentam diariamente, com a mesma dose, até que o estado estacionário seja alcançado. O utente pode precisar de mais tempo e não de mais metadona. ⁽⁵⁾



COMO AJUSTAR A DOSE NA PRIMEIRA SEMANA

O ajuste da dose de metadona durante a indução na primeira semana é baseado primariamente na resposta às 3-8 horas depois de cada dose e não no final do período das 24 horas depois da última dose.



Os acréscimos são de 5mg-10mg e não devem ultrapassar os 10mg, nem ser realizados mais de duas vezes na primeira semana.

Em resumo:

- Para promover os ajustamentos na primeira semana devemos olhar para a fase de pico da metadona e após esta semana devemos olhar para a fase do vale.
- Comece por baixo e vá devagar.

UM POUCO DE FARMACOGENÓMICA E DE FARMACOCINÉTICA

Várias enzimas do P450 estão envolvidas significativamente no metabolismo da metadona – as 3A4, 2B6, 2C19 e 2C9 e 2D6. Existem polimorfismos dos genes 3A4, 2B6 e 2D6. ⁽⁶⁾

Os fármacos, que induzem a atividade destas enzimas, aceleram o metabolismo da metadona; os fármacos que inibem estas enzimas lentificam o metabolismo da metadona.

Os utentes dos programas de manutenção com metadona apresentam em número significativo patologia psiquiátrica, infecciosa, orgânica (cardíaca, pneumológica, digestiva, neurológica, músculo-esquelética, etc.), em que há necessidade de prescrever diversos fármacos.

Alguns destes são indutores ou inibidores das enzimas P450.

FÁRMACOS QUE INDUZEM AS ENZIMAS P450 E AUMENTAM A METABOLIZAÇÃO DA MTD ⁽⁷⁾

Uso crónico de álcool

Heroína

Tabaco

Rifampicina, rifabutina

Carbamazepina, fenitoína, fenobarbital

Espironolactona

Erva de S. João

Antiretrovíricos: ⁽⁸⁾

Amprenavir

Efavirenz

Lopinavir+ritonavir

Nelfinavir

Nevirapina

Acidificadores urinários

FÁRMACOS QUE AUMENTAM O NSM E/OU AUMENTAM OS EFEITOS DA METADONA

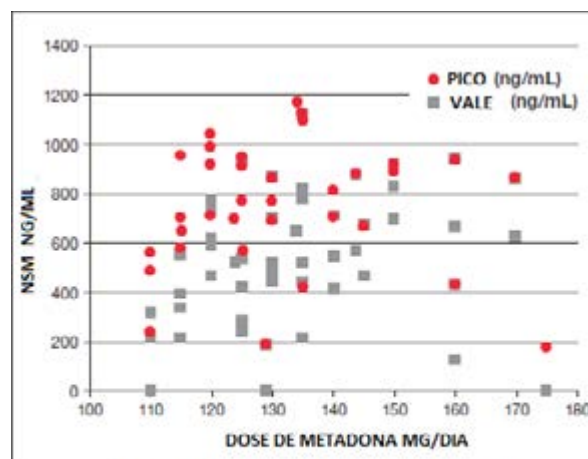
- Amiodarona, quinidina, verapamil
- Cimetadina, omeprazol
- Ciprofloxacina
- Delavirdine, indinavir, ritonavir, saquinavir
- Zolpidem
- Dissulfiram
- Uso agudo de etanol
- Fluconazol
- Sumo de toranja
- Alcalinizadores urinários (bicarbonato de sódio)
- Ácido valpróico**
- Hidroxizina
- Ketonazol, itraconazol, variconazol
- Antibióticos macrólidos
- Moclobemide
- Alguns suplementos “naturais”
- ISRS – fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, sertralina
- Tricíclicos
- Clozapina, haloperidol, quetiapina, risperidona

A IMPORTÂNCIA DO DOSEAMENTO PLASMÁTICO DA MTD ⁽⁹⁾

A semivida da metadona no plasma é de 15-55 horas. Usando as 24 horas como tempo de semivida, podemos estimar o valor normal do pico (4 horas depois) como sendo duas vezes o valor de base. Em geral a concentração plasmática de 150 a 600ng/ml é alcançada com doses entre 80 a 120mg de metadona.

Vale	Pico	Dif	%Var.
370	634	264	42
286	586	300	51
339	535	196	37
45	240	195	81
640	693	53	8
107	154	47	31

O caso que está documentado a vermelho é o dum metabolizador rápido, em que se justifica a administração de metadona duas vezes por dia. Ao contrário, o caso a azul, é o dum metabolizador lento em que a administração diária poderá levar a nível sérico de metadona excessivo e potencialmente fatal – neste caso pode admitir-se uma administração de metadona em dias alternados.



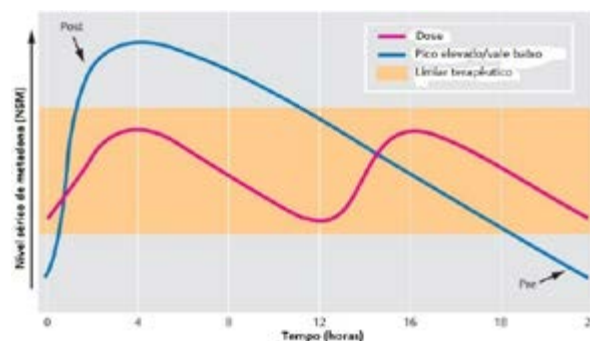
Falta de correlação entre a dose de metadona e os valores do PICO e VALE do NSM em utentes mantidos com metadona (Dorsey 2003)

A IMPORTÂNCIA DE OBTER O NSM

Os metabolizadores rápidos devem ser confirmados objetivamente para poder assim justificar as doses divididas.

Do ponto de vista prático a dose diária de metadona pode ser dividida em duas sempre que a relação pico: vale da metadona for superior a 2:1.

A realização dos NSM é possível nos laboratórios de análises em Portugal.



AS DOSES DIVIDIDAS

O CASO ESPECIAL DA GRÁVIDA

A mesma dose de metadona produz níveis sanguíneos de metadona mais baixos, devido ao volume de distribuição aumentado e ao metabolismo mais elevado quer da placenta quer do feto.

As mulheres experimentam com frequência sintomas de privação na fase tardia de gravidez e requerem aumento de dose. A dose diária pode ser aumentada e administrada numa dose única ou dividida em duas.

ECG - SIM OU NÃO?

METADONA VS INTERVALO QT

A metadona representa o *gold standard* de eficácia no tratamento farmacológico da dependência opiácea. Porém, o seu uso seguro tem sido posto em causa devido ao aumento de mortes por overdose associada a metadona, paralelamente ao grande aumento do seu uso na dor crónica (tempo de analgesia entre 4 e 8 horas). O aumento da mortalidade foi substancialmente maior para a metadona do que para outros opiáceos.

Os efeitos secundários relacionados com a potencial não segurança da metadona são a depressão respiratória e o prolongamento do intervalo QT, o que aumenta o risco de *Torsade de Pointes (TdP)*.

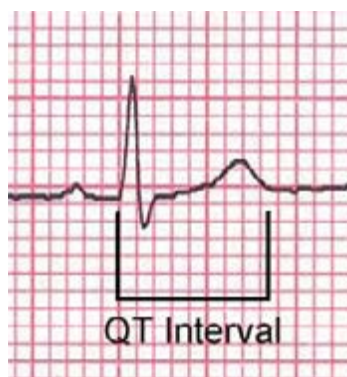
A Síndrome da Morte Súbita é uma das causas mais comuns de morte por patologia cardiovascular com uma incidência é de 5,26/100 000 habitantes em indivíduos com menos de 35 anos.⁽¹⁰⁾

A morte por anomalias elétricas associadas a arritmias fatais em corações estruturalmente normais ocorre em cerca de 5-10% das situações. A relação entre alterações do intervalo QT no ECG e o risco de *Torsades de Pointes (TdP)* vs morte súbita cardíaca (MSC) tem sido estudada em múltiplos estudos (alterações dos canais iónicos mediadas geneticamente). Assim, é importante saber reconhecer as diversas variáveis que podem alterar este intervalo de tempo. O intervalo QT expressa o tempo de despolarização e repolarização dos ventrículos e deve ser medido nas derivações onde é mais longo.⁽¹¹⁾

DEFINIÇÕES

O intervalo QT é definido como a medida do início do complexo QRS até o final da onda T. Este intervalo representa a duração total da atividade elétrica ventricular.

O prolongamento do intervalo QT, aumenta o risco de arritmias ventriculares. É caracterizado pelo aumento de > 60 ms do QT do ECG de base e/ou por >450 ms para homens e >470 ms para mulheres;



A *Torsade de pointes (TdP)* é uma arritmia ventricular polimórfica que normalmente se apresenta como uma taquiarritmia transitória (palpitações) ou sustentada (tonturas, síncope, convulsões), podendo por vezes evoluir para uma fibrilação ventricular e morte súbita.

QTc > 450ms aumenta o risco de TdP.

Cada aumento de 10ms aumenta o risco em 5-7% de TdP.

QTc > 500 ms o risco de TdP é muito elevado.

Metadona e intervalo QT

A medida do intervalo QT varia com a frequência cardíaca, havendo várias fórmulas e tabelas de correção, sendo mais conhecida a fórmula de Bazett, representada a seguir:

$$QTc = \frac{QT_i}{\sqrt{RR}}$$

QTc= Intervalo QT corrigido pela frequência cardíaca,

QT_i= Intervalo QT medido,

RR= Intervalo RR medido

A medição do intervalo QT por Holter não é a forma mais adequada para o diagnóstico de 8 alterações deste intervalo, pois as normas para esta medição não estão estabelecidas e existem variações significativas relativamente às medições pelo ECG de 12 derivações. Segundo *Rautaharju PM, Zhou SH, Wong S, et al.* o intervalo QT também varia com o sexo e a idade, sendo maior nas mulheres adultas do que nos homens adultos.⁽¹²⁾

A Síndrome do QT Longo (SQTL) adquirida é mais frequente que a SQTL congênita, sendo a causa adquirida mais comum de prolongamento do intervalo QTc o uso de fármacos, os fármacos que produzem esta síndrome bloqueiam o componente rapidamente ativado da corrente de K⁺, sendo este bloqueio dependente da concentração extracelular de K⁺.⁽¹³⁾ A grande maioria dos doentes com SQTL não apresenta sintomas. Estes podem ser palpitações, tonturas, síncope e convulsões e são manifestações de TdP, normalmente de curta duração e terminam espontaneamente. No entanto, podem ocorrer em rápida sucessão e progredir para fibrilhação ventricular, causando MSC.⁽¹⁴⁾

A correlação entre TdP e alterações na fisiologia molecular é imperfeita. Alguns antidarrítmicos, como o verapamil e a amiodarona, podem eventualmente causar TdP, embora seja interessante notar que a amiodarona prolonga o intervalo QT por mais de 500 ms e ainda assim seja rara a ocorrência de TdP. Por outro lado, fármacos, como o antihistamínico terfenadina, não causam prolongamento do intervalo, mas podem causar TdP.^{(15) (16) (17) (18)}

Alguns autores consideram que se um fármaco prolonga o QT por mais que 500 ms, deve-se considerar o uso de outro agente farmacológico, sobretudo quando estão presentes outros fatores de risco.⁽¹⁹⁾ *Justo e colaboradores* realizaram uma meta-análise de 14 relatos de casos (totalizando 40 doentes opiáceos dependentes) de TdP associado à metadona para identificar fatores associados ao prolongamento do intervalo Q-T relacionado à metadona e TdP. Apenas foram incluídos doentes tratados com metadona para dependência de opiáceos. A média \pm DP o intervalo Q-Tc durante ou imediatamente após a TdP foi de 598 ± 75

mseg. A média da dose diária de metadona era de 231 ± 201 mg (intervalo, 60-1000 mg diários). O fator de risco mais comum foi a alta dose (> 60 mg diários) de metadona ($n = 39, 98\%$).⁽²⁰⁾

A primeira investigação formal de TdP associada à metadona foi publicada em 2002. *Krantz e colaboradores* pesquisaram os casos de 17 doentes tratados com metadona que experimentaram TdP. A média da dose diária de metadona foi de 397 ± 283 mg, e a média do intervalo Q-Tc foi de 615 ± 77 mseg. Nenhum dos doentes morreu, mas foi colocado um pace-maker ou desfibrilador em 14 doentes. Os investigadores concluíram que doses muito elevadas de metadona (> 60 mg por dia) podem levar a TdP. No entanto, devido ao pequeno tamanho da amostra, à falta de um grupo controle e à ausência de testes para LQTS congénito, eles advertiram que o seu estudo não estabeleceu uma relação causal entre o uso de metadona e TdP. Numa publicação posterior, *Krantz et al.* analisaram ainda os mesmos dados e determinaram que o uso de metadona foi a única variável preditiva do intervalo Q-Tc aumenta e que os aumentos foram dependentes da dose.⁽²¹⁾

Kornicke e colaboradores realizaram um estudo comparando os intervalos Q-Tc de 47 doentes que receberam metadona i.v. para tratamento de dor neoplásica. Os intervalos Q-T foram medidos enquanto os doentes estavam e não estavam a fazer a sua infusão com metadona. Os autores encontraram uma média de um aumento de $41,7 \pm 7,8$ mseg no intervalo Q-Tc (usando a fórmula de Bazett) entre os doentes enquanto estava com metadona ($p = 0,0001$). Eles compararam esse aumento com a média do aumento do intervalo Q-Tc dos doentes que receberam morfina i.v. ($9 \pm 6,1$ mseg, $p = 0,15$). Também foi encontrada uma tendência significativa de aumento do intervalo Q-Tc com o aumento da log-dose de metadona ($p < 0,0001$). Por outro lado, não foi encontrada uma dose mínima “segura” de metadona, uma vez que foi observado um prolongamento significativo do intervalo Q-Tc em doentes que receberam uma dose de metadona de $0,4$ mg/h. O prolongamento do intervalo Q-Tc foi significativamente correlacionado com níveis de bilirrubina totais acima do normal.

Nenhum caso de TdP foi relatado no estudo. ⁽²²⁾

Martell e colegas realizaram um estudo prospetivo de 132 doentes (66% homens, 68% hispânicos) em tratamento de manutenção com metadona para dependência de heroína. Os ECG basais foram realizados antes da indução com metadona. Os doentes foram estabilizados com uma dosagem de metadona de 30-150 mg por dia, e os ECGs foram realizados ao fim de dois meses. O aumento médio do intervalo Q-Tc desde a linha de base até ao seguimento foi de 10,8 ms ($p < 0,001$), com uma média intervalo Q-Tc de 428 ± 21 ms. Nenhum doente teve um aumento de mais de 40 ms. Os doentes que receberam doses de metadona superiores a 110 mg diários tiveram os maiores prolongamentos. Nenhum episódio de TdP foi observado ou relatado, embora 61 doentes (32%) se mantivessem em tratamento no follow-up de dois meses. ⁽²³⁾

Fano e colegas relataram sobre os efeitos da metadona e da buprenorfina no intervalo Q-Tc em 450 doentes dependentes de heroína. Os autores obtiveram ECGs aproximadamente 24 horas após a última dose de metadona e encontraram uma associação significativa entre o intervalo Q-Tc e a dose de metadona em ambos os sexos. A associação existia independentemente da fórmula de correção utilizada ($p < 0,001$). Não houve associação entre o intervalo Q-Tc e a dose de buprenorfina. Globalmente, 32% dos doentes tratados com metadona apresentaram um intervalo Q-Tc superior a 440 mseg. Não houve associação significativa entre o intervalo Q-Tc e a idade ou duração do tratamento.

Os investigadores também perguntaram aos doentes sobre histórias de síncope no ano anterior e descobriram que uma maior percentagem de doentes que receberam doses mais altas de metadona relatara mais episódios de síncope. Verificou-se também que a síncope estava relacionada com intervalos Q-Tc mais longos. As limitações do estudo incluíram a falta de ECG basais e informações sobre outros medicamentos que eventualmente estivessem a tomar. ⁽²⁴⁾

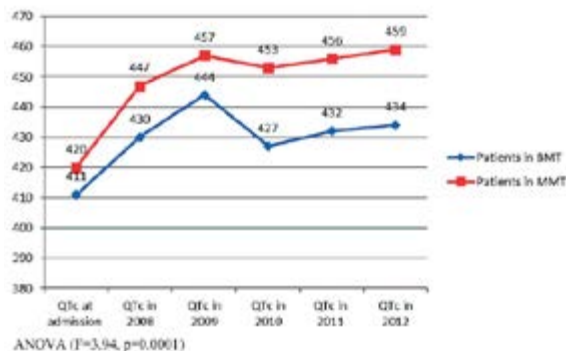


Fig. 1. Comparison of QTc over 5 years between the buprenorphine and methadone maintained patients. (Color figure available online)

Chugh e colaboradores realizaram uma avaliação prospetiva de todos os doentes que tiveram morte súbita cardíaca e foram avaliados por um médico. Os casos incluíram aqueles com concentrações terapêuticas de metadona no sangue (< 1 mg/L) na avaliação toxicológica pós-morte e os controlos incluíram indivíduos que não tomaram metadona. Os casos em que os níveis mais elevados de metadona estavam presentes foram presumidos como overdoses e excluídos, assim como os casos em que o uso recreativo de drogas foi determinado como sendo a causa da morte. Um total de 22 doentes com morte súbita cardíaca e níveis terapêuticos de metadona foram identificados e comparados com 106 doentes no grupo controle. Após autópsia, determinou-se que apenas 23% dos doentes apresentavam uma anomalia cardíaca estrutural que poderia ter causado morte súbita cardíaca (doença arterial coronária, hipertrofia ventricular esquerda, cardiomiopatia hipertrófica), em comparação com 60% dos doentes no grupo controle ($p=0,002$). O uso de outros medicamentos (benzodiazepínicos, antidepressivos, anticonvulsivantes, anti-histamínicos, relaxantes musculares) foi semelhante em ambos os grupos. Embora não tenha sido possível determinar o número de indivíduos que morreram por depressão respiratória não relacionada a um evento cardíaco, os autores concluíram que os resultados do estudo apoiaram a presença de um risco cardíaco associado com níveis terapêuticos de metadona. ⁽²⁵⁾

FATORES DE RISCO PARA PROLONGAMENTO DO INTERVALO QT

Distúrbios hidroeletrólíticos (hipocaliémia; hipomagnesemia)
Disfunção hepática
Doença cardíaca estrutural (defeitos congénitos, história de endocardite, insuficiência cardíaca)
Síndrome do QT prolongado (congénito; história familiar)
Fármacos que aumentam o QT
Sexo feminino
Idosos

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Há muitas interações conhecidas, que podem cursar com:
Alteração da absorção, metabolismo e/ou excreção (alteração dos níveis sanguíneos)
Efeito aditivo ou sinérgico
Sedação
Depressão respiratória
Prolongamento do QT.

MEDICAMENTOS QUE PROLONGAM O INTERVALO QT

Amiodarona
Bepridil
Citalopram
Cloroquina
Claritromicina
Clorpromazina
Cocaína
Domperidona

Droperidol
Difenidramina
Eritromicina
Haloperidol
Hidroxizina
Itraconazol
Pimozide
Quetiapina
Quinidina
Risperidona
Sotalol
Verapamil
Ziprazidona

GUIDELINES

Nenhum estudo avaliou os *outcomes* clínicos do efeito da avaliação e seguimento/monitorização com ECG. A opinião clínica em relação a esta temática varia muito, uma vez que a execução do ECG atrasa o início do tratamento, mas é a única forma de detetar prolongamentos de QT assintomáticos.

RECOMENDAÇÕES FORTES

ECG base antes de iniciar a terapêutica com metadona em doentes com:

Fatores de risco para prolongamento do QT
ECG anterior com QTc >450 ms

História prévia sugestiva de arritmia ventricular.

ECG <3 meses com QTc <450 ms em doentes sem novos fatores de risco para prolongamento do QT.

Follow-up ECG baseados nos achados do ECG base, mudança de dose de metadona e fatores de risco para prolongamento do QT:

FATORES DE RISCO PARA PROLONGAMENTO DO QT

ECG anterior com QTc >450 ms;

História prévia sugestiva de arritmia ventricular;

Todos os doentes em tratamento com MTD com dose superior a 100 mg/dia.

Novos fatores de risco para prolongamento de QT

Sinais e sintomas sugestivos de arritmia devem fazer novamente ECG.

Se QTc > 500ms:

troca para um opióide alternativo (buprenorfina);

reduzir de imediato à dose de metadona;

avaliar possíveis causas reversíveis de prolongamento do QT;

repetir ECG depois da dose de metadona ter sido diminuída.

Se 450 < QTc < 500ms:

ponderar troca para um opióide alternativo;

ponderar reduzir a metadona;

avaliar possíveis causas reversíveis de prolongamento do QT;

repetir ECG depois da dose de metadona ter sido diminuída.

Usar metadona com cautela quando há outra medicação concomitante com potenciais efeitos secundários aditivos e/ou com interações farmacocinética/farmacodinâmicas com a metadona.

RECOMENDAÇÕES

Dado os efeitos sinérgicos aparentes da metadona parentérica e clorobutanol, a metadona oral deve ser usada sempre que possível. Uma vez iniciado o tratamento com metadona, aos doentes deve ser solicitado relatar imediatamente quaisquer sintomas de palpitações, síncope ou quase-síncope. Os doentes

também devem ser informados de que certas condições (por exemplo, vômitos, diarreia, desidratação) ou medicamentos (por exemplo, diuréticos) podem levar a hipocalcemia e aumentar o risco de desenvolverem um intervalo Q-T prolongado. Deve-lhes ser solicitado relatar a adição de quaisquer novos medicamentos e ser avaliados quanto a interações medicamentosas potenciais que podem levar a prolongamento do intervalo Q-T. ⁽²⁶⁾

Para os doentes que desenvolvem intervalos Q-T prolongados enquanto estiverem com metadona, as estratégias de tratamento diferem dependendo da indicação. Para doentes que recebem metadona para tratamento da dor, deve ser utilizado um opióide alternativo (isto é, morfina, codeína ou oxicodona). Para aqueles que recebem metadona para a dependência de opióides, um agente alternativo, como buprenorfina-naloxona ou buprenorfina, deve ser usado. Foi descrito um caso de troca bem sucedida de metadona para buprenorfina com resolução de TdP. ⁽²⁷⁾

CONCLUSÃO

O prolongamento do intervalo Q-T e o TdP associados ao uso de metadona são efeitos adversos potencialmente fatais. Uma história cuidada do doente e monitorização de ECG são essenciais para doentes tratados com metadona, e alterações nas opções de tratamento podem ser necessárias.

Os argumentos a favor da realização de testes de ECG em doentes com metadona são os seguintes:

- 1 - Cinco estudos prospetivos, sete estudos transversais e quatro estudos retrospectivos sugerem que cerca de 30% (intervalo 9% - 88%) dos doentes tratados com metadona podem sofrer prolongamento QTc;
- 2 - Dois estudos retrospectivos, várias séries de casos e outros relatos descrevem TdP em doentes que recebem metadona;
- 3 - Dois estudos prospetivos e um estudo

retrospectivo descrevem uma correlação entre a duração do QTc e a dose de metadona;

4 - Um estudo mostra que, nos doentes com QTc prolongado, o QTc pode retornar à linha de base quando a metadona é descontinuada;

5 - Dados in vitro mostram que a metadona pode bloquear as correntes do canal HERG semelhantes ao levo-a-acetil-metadol (um derivado de longa duração de metadona que foi descontinuado devido a vários casos de TdP) e a outros fármacos que podem causar prolongamento QTc/TdP e

6 - Risco potencial não pode ser negligenciável dado o grande número (aproximadamente 490.000) de doentes que estão sendo tratados com metadona. ⁽²⁸⁾

Os argumentos que questionam o significado da toxicidade cardíaca da metadona são os seguintes:

1 - Não há grandes ensaios controlados;

2 - A maioria dos estudos prospetivos, cruzados e retrospectivos não mostrou prolongamento QTc acima de 500 ms;

3 - A maioria dos estudos prospetivos, transversais e retrospectivos não relataram TdP;

4 - O prolongamento do intervalo QTc mostrado pela maioria dos estudos foi inferior a 40 ms acima da linha de base e, por essa razão, considerado de significância clínica questionável;

5 - Não foi observada dependência de doses em quatro dos estudos; e

6 - Com base no número de doentes tratados com metadona ao longo dos anos, uma toxicidade cardíaca clinicamente significativa já deveria ter sido detetada.

Até que grandes estudos controlados fiquem disponíveis, a precaução deve prevalecer. O ECG deve ser recomendado aos doentes que recebem metadona, que também são tratados, ou serão iniciados, em

fármacos que são substratos do CYP3A4/CYP2D26; doentes tratados com fármacos que têm potencial para bloquear as correntes do canal hERG; e doentes que são clinicamente frágeis ou têm outros fatores de risco para prolongamento QTc/TdP (por exemplo, hipocalcemia, anorexia nervosa).

Aos doentes que iniciaram o tratamento com metadona deve ser pedido um ECG basal, que deve ser repetido após o aumento da dose e quando são adicionados fármacos que podem aumentar o risco de TdP. Embora a Agência Europeia de Medicamentos considere 100 mg/dia o ponto de corte, a dose mais baixa de metadona em que recomende a realização de um ECG não foi claramente estabelecida. ⁽²⁹⁾

ANEXO 1

ESTUDO NAS ETE DE GONDOMAR E VILA REAL

Os autores promoveram a realização de ECG a doentes em tratamento nas ETE de Gondomar e Vila Real durante os meses de março e abril de 2016, tendo sido analisados 70 ECG, que incluíram 44 em PSAO com Metadona (MTD), 16 com Buprenorfina (BUP), 8 em tratamento por Problemas ligados ao álcool e 2 por uso de canabinoides. A realização de ECG continua a ser proposta aos doentes com doses de metadona superiores a 100 mg.

DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Doentes em PSAO com Metadona:

Destes, 6 eram do sexo feminino e 38 do sexo masculino, com média de idades de 40,8 anos e a tomarem dose média de 54,2 mg/dia (mx 300; mn 4) Estavam com tratamento com Antipsicóticos 19 doentes e Antidepressivos 4 doentes. Apresentaram valores de QTc <450ms 34 casos, QTc >450ms e < 500 ms 9 casos e QTc >500 ms 1 caso.

Doentes em PSAO com Buprenorfina:

Destes, 1 eram do sexo feminino e 15 do sexo masculino, com média de idades de 39,7 anos e a tomarem dose média de 7,9 mg/dia (mx 8; mn 10)

Dois doentes estavam com tratamento com Antipsicóticos e nenhum doente com Antidepressivos. Todos os casos estudados apresentaram valores de QTc <450 ms.

Doentes em tratamento por PLA:

Os 8 casos estudados eram do sexo masculino, com média de idades de 50 anos.

Estavam com tratamento com Antipsicóticos 2 doentes e Antidepressivos 1 doente.

Apresentaram valores de QTc <450ms 2 casos, QTc >450ms e < 500 ms 5 casos e QTc >500 ms 1 caso.

Doentes em tratamento por uso de canabinoides:

Os 2 casos estudados eram do sexo masculino, com média de idades de 35 anos.

Nenhum dos casos estava com tratamento com Antipsicóticos ou Antidepressivos.

Apresentaram valores de QTc <450ms 1 caso, QTc >450ms e < 500 ms 1 caso.

COMENTÁRIO

O estudo realizado nas ETE de Gondomar e Vila Real revela dois utentes com valores de QTc >500ms e quinze utentes com valores de QTc >450 e < 500ms, o que corrobora as conclusões do trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. Carlos Vasconcelos “Breve história das terapêuticas de substituição em Portugal”. Revista Toxicodependências, 2/2000, 67-79.
2. Dole VP and Nyswander M. “A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. A clinical trial with methadone hydrochloride”. JAMA, 1965, 193: 646-650
3. Dole VP, Nyswander ME, and Kreek MJ. “Narcotic blockade: A medical technique for stopping heroin use by addicts”. Trans Assoc Am Phys, 1966, 79: 122-136
4. Dole VP, Nyswander ME, and Kreek MJ. “Narcotic blockade”. Arch Intern Med, 1966, 118: 304-309
5. Kreek MJ. *Methadone-related opioid agonist pharmacotherapy for heroin addiction: History, recent molecular and neurochemical research and the future in mainstream medicine*. Ann NY Acad Sci, 2000, 909: 186-216
6. Crettol S., Eap C.B. “Pharmacokinetic and Pharmacogenetic factors influencing Methadone Plasma Levels”. Heroin Addict. Relat. Clin Probl. 2007; 9 (2):39-46
7. Stewart B. Leavitt, “Methadone Dosing & Safety in the Treatment of Opioid Addiction”, AT Forum September 2003
8. Sara Oliveira, Lima Monteiro, Torres Freixo, Ângela Venância (2010) “Interações medicamentosas entre a metadona e os anti-retrovirais”. Revista Toxicodependências, 16, 59-66.
9. Stewart B. Leavitt, Marc Shinderman, Sarz Maxwell, Chin B. Eap, Philip Paris, “When enough is not enough: new perspectives on Optimal Methadone Maintenance Dose”, The Mount Sinai Journal of Medicine: Vol 67 Nos. 5 & 6 October/November 2000
10. Lim Z, Gibbs K, Potts JE, et al. A review of sudden unexpected death in the young in British Columbia. Can J Cardiol. 2010;26(1):22-6.
11. Bednar MM, Harrigan EP, Anziano RJ, et al. The QT interval. Prog Cardiovasc Dis. 2001;43(5B):1-45
12. Rautaharju PM, Zhou SH, Wong S, et al. Sex differences in the evolution of the electrocardiographic QT interval with age. Can J Cardiol. 1992;8(7):690-5.

13. Yang T, Roden DM. Extracellular potassium modulation of drug block of I_{Kr}. Implications for torsade de pointes and reverse use-dependence. *Circulation*. 1996;93(3):407-11
14. Khan I a. Clinical and therapeutic aspects of congenital and acquired long QT syndrome. *Am J Med*. 2002;112(1):58-66
15. Yang T, Snyders D, Roden DM — Drug block of I (K_r): model systems and relevance of arrhythmias. *J Cardiovasc Pharmacol*, 2001;38:737-744.
16. Nattel S, Quantz MA — Pharmacological response of quinidine induced early after depolarisations in canine cardiac Purkinje fibers: insights into underlying ionic mechanisms. *Cardiovasc Res*, 1988;22:808-817
17. Lazzara R — Amiodarone and torsades de pointes. *Ann Intern Med* 1989; 111:549-551.
18. Gintant GA, Limberis JT, McDermott JS et al. — The canine Purkinje fiber: an in vitro model system for acquired long QT syndrome and drug-induced arrhythmogenesis. *J Cardiovasc Pharmacol*, 2001;37:607-618.
19. Roden DM — Drug-induced prolongation of the QT interval. *N Engl J Med*, 2004;350:1013-1022
20. Justo D, Gal-Oz A, Paran Y et al. Methadone-associated torsades de pointes (polymorphic ventricular tachycardia) in opioiddependent patients. *Addiction*. 2006; 101:1333-8.
21. Krantz MJ, Lewkowicz L, Hays H et al. Torsade de pointes associated with very-high-dose methadone. *Ann Intern Med*. 2002; 137:501-4.
22. Kornick CA, Kilborn MJ, Santiago-Palma J et al. QTc interval prolongation associated with intravenous methadone. *Pain* 2003; 105:499-506.
23. Martell BA, Arnsten JH, Ray B et al. The impact of methadone induction on cardiac conduction in opiate users. *Ann Intern Med*. 2003; 139:154-5. Letter
24. Fanoe S, Hvidt C, Ege P et al. Syncope and QT prolongation among patients treated with methadone for heroin dependence in the city of Copenhagen. *Heart*. 2007; 93:1051-5
25. Chugh S, Socoteanu C, Reinier K. A community-based evaluation of sudden death associated with therapeutic levels of methadone. *Am J Med*. 2008; 121:66-71
26. Martell BA, Arnsten JH, Ray B et al. The impact of methadone induction on cardiac conduction in opiate users. *Ann Intern Med*. 2003; 139:154-5. Letter
27. Krantz M, Garcia J, Mehler P. Effects of buprenorphine on cardiac repolarization in a patient with methadone-related torsade de pointes. *Pharmacotherapy*. 2005; 25:611-4
28. American Association for the Treatment of Opioid Dependence. Public policy statement on office--based opioid agonist treatment. AATOD'S Policies. Accessed August 31, 2005. Available at http://www.aatod.org/pdfs/ASAM_Policy_Comm_March_05_2.pdf 2005.
29. Ehret BG, Desmeules JA, Broers B. Methadone-associated long QT syndrome: improving pharmacotherapy for dependence on illegal opioids and lessons learned for pharmacology. *Expert Opin Drug Saf* 2007;6(3):289e303

FUNÇÕES EXECUTIVAS EM INDIVÍDUOS EM PROGRAMA DE SUBSTITUIÇÃO EM BAIXO LIMÍAR DE EXIGÊNCIA COM CONSUMOS POR VIA INJETADA VS. FUMADA

TRIGO H ^{1,2},
LOPES P ^{1,5},
MERENDEIRO C ¹
OLIVEIRA J ^{1,5},
PEREIRA C ¹

¹ARES DO PINHAL
²CRI RIBATEJO
³UNIVERSIDADE LUSÓFONA

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA:
HÉLDER TRIGO
HELDER.TRIGO@GMAIL.COM

RESUMO

Este estudo foi realizado para avaliar se distintos padrões de consumo de substâncias psicoativas ilícitas (via injetada vs. fumada) poderão estar associados a diferentes níveis de comprometimento das competências cognitivas e especificamente, do funcionamento executivo.

Com esse objetivo foram recrutados 40 participantes e constituídos três grupos: dois grupos clínicos (consumidores por via injetada vs. consumidores por via fumada) e um grupo normativo, com indivíduos sem história de consumo de substâncias. Recorreu-se a uma bateria de testes neuropsicológicos para avaliar a capacidade cognitiva geral e o funcionamento executivo. Os resultados não revelaram diferenças significativas entre os grupos clínicos. Contudo, foi observado um menor desempenho neuropsicológico nos indivíduos consumidores por via injetada quando comparados com o grupo normativo, ao nível da capacidade cognitiva geral, memória verbal e funcionamento executivo. Estes resultados apontam para o interesse em continuar o estudo do perfil neuropsicológico de sujeitos consumidores, com o intuito de trazer novos *insights* no que concerne à relação entre o comportamento aditivo e as competências cognitivas.

Palavras-Chave: Adição; Vias de consumo; Desempenho cognitivo, Funções executivas.

INTRODUÇÃO

A análise do impacto do abuso de substâncias psicoativas na vida dos indivíduos consumidores sugere efeitos negativos a diferentes níveis (Darke, McDonald, Kaye & Torok, 2012), nomeadamente ao nível do processamento emocional (Schmidt et al., 2014), da atenção e da memória (Ersche, Clark, London, Robbins & Sahakian, 2006; Fishbein et al., 2007), com impacto no funcionamento executivo (Brand, Roth-Bauer, Driessen & Markowitsch, 2008).

O córtex pré-frontal, especificamente o circuito dorsolateral, é responsável por funções cognitivas de ordem superior que estão envolvidas na produção, supervisão e controlo de comportamentos direcionados a objetivos (Verdejo et al., 2005). Embora esses processos tenham sido consistentemente associados às áreas pré-frontais, a sobreposição com circuitos subcorticais do sistema de recompensa (circuito ventromedial) pode ajudar a explicar os efeitos das substâncias psicoativas ilícitas no funcionamento executivo (Bechara, 2005). Estes efeitos adversos foram relatados para diferentes substâncias, como opioides, cocaína, cannabis e anfetaminas, e traduzem-se por respostas emocionais exageradas às propriedades de reforço das substâncias e tomadas de decisão impulsivas, considerados fatores críticos para o ajustamento individual (Verdejo-García et al., 2002).

Verdejo, Gimenez, Jofre, Arcos e Garcia (2004) sugeriram um conjunto de testes neuropsicológicos que podem ser usados para avaliar o papel dos circuitos dorsolateral e ventromedial. De acordo com estes autores, a atividade dorsolateral está associada ao desempenho em tarefas de funcionamento executivo (e.g., testes de fluência verbal, Teste de Stroop, Torre de Hanoi, Teste Wisconsin de Classificação de Cartas, etc.); enquanto a impulsividade, relacionada com o circuito ventromedial, pode ser avaliada nos processos de tomada de decisão, por exemplo, através do Teste de Iowa (IGT).

Miyake, Emerson, Witzky e Howert (2000) sugeriram um modelo de funcionamento executivo que compreende um conjunto de capacidades integradas, nomeadamente a capacidade de *shifting*, *updating* e inibição. O conceito de *shifting* refere-se à capacidade de alternar entre diferentes tarefas ou *sets* mentais, estando relacionado com a flexibilidade mental. O *updating* relaciona-se com a capacidade de monitorizar as representações na memória de trabalho. Por fim, a inibição representa a capacidade de inibir a produção de respostas automáticas ou dominantes.

Apesar das substâncias psicoativas poderem apresentar mecanismos comuns de ação no sistema nervoso, os seus efeitos no cérebro podem depender de especificidades inerentes a cada indivíduo (Neaigus et al., 2001), substância e/ou via habitual de consumo (Highfield, Schwartz, Jaffe & O'Grady, 2007). Encontram-se poucos estudos na literatura que relacionem a via de consumo, dimensão central no discurso da redução de riscos, com o funcionamento cognitivo e executivo. Contudo, um ponto de acordo na literatura é que o consumo por via injetável está associado a uma série de riscos e danos para a saúde (e.g., risco de sobredosagem mortal e de contaminação com doenças infecciosas, nomeadamente VIH e VHC), bem como para o funcionamento psicológico e social (Day, Ross, Dietze & Dolan, 2005; Wills, 2005; McNelly, Arnsten & Gourevitchj, 2006). Na comparação entre consumidores por via injetada e indivíduos que nunca consumiram por esta via, verifica-se que os primeiros apresentam um padrão de consumo mais severo, uma taxa de mortalidade após a iniciação de consumos consideravelmente mais elevada, bem como outras vulnerabilidades a nível familiar e profissional que podem favorecer um consumo de maior risco (Neaigus et al., 2001). Um estudo com base em dados do *National Survey on Drug Use and Health*, de 2005 a 2007, que foram usados para comparar indivíduos que consumiam as três drogas mais usadas nos E.U.A. (i.e., heroína, metanfetaminas e cocaína), sugere que consumidores por via injetada apresentam maior grau

de dependência, maior perceção de necessidade de tratamento, mais comorbilidade física e psicológica (e.g., depressão major) e ainda pior perceção de saúde (Novak & Kral, 2011). Por outro lado, um estudo com consumidores de metanfetaminas por via fumada vs. injetada, não mostrou diferenças nas dimensões psicológica e física ou ao nível dos comportamentos de risco. Neste, foi apenas verificado que indivíduos que consumiam por via injetada apresentavam uma maior severidade da dependência comparativamente com os que consumiam por via fumada (McKetin et al., 2008). Os resultados disponíveis sugerem que os consumidores de substâncias psicoativas por via injetada podem apresentar consequências mais graves que os consumidores por via fumada. Estas diferenças refletem-se num padrão de consumo mais severo e uma maior severidade da dependência mas também em vulnerabilidades individuais que afetam a saúde física e psicológica. Assim, este estudo tem como objetivo verificar se consumidores de substâncias psicoativas por via injetada, caracterizados por apresentarem uma maior severidade da sua dependência, apresentam pior rendimento cognitivo e funcionamento executivo, quando comparados com consumidores de substâncias por via fumada. A constatação de alterações das funções executivas, ou de outras funções neuropsicológicas, em função da via de consumo, poderá reforçar o discurso da redução de riscos, trazendo novos dados para a intervenção.

MÉTODO

PARTICIPANTES

A recolha da amostra clínica foi realizada nas instalações fixas do Programa de Substituição em Baixo Limiar de Exigência (PSBLE), gerido tecnicamente pela Associação Ares do Pinhal.

Os critérios de inclusão foram: 1) estar incluído no PSBLE por um período entre 12 e 18 meses; e 2) ter entre 18 e 65 anos. Os utentes foram excluídos se 1) tivessem um diagnóstico prévio de

doença neurológica ou psiquiátrica; 2) tomassem medicamentos psicotrópicos ou ingerissem álcool de forma regular; e/ou 3) tivessem teste de urina positivo para metabolitos de heroína, cocaína, benzodiazepinas ou cannabis.

O grupo de consumidores por via injetada foi constituído por indivíduos que consumiram substâncias psicoativas ilícitas por via injetada na maioria do seu tempo total de consumo. Por sua vez, o grupo de consumidores por via fumada foi constituído por indivíduos que consumiram substâncias psicoativas ilícitas por via fumada na maioria do seu tempo total de consumo. Esta divisão foi feita com base nos relatos dos participantes. Os indivíduos de ambos os grupos eram consumidores de múltiplas substâncias, sendo a heroína a substância principal.

A amostra normativa compreendeu indivíduos não consumidores, recrutados da população em geral e, dentro do possível, equiparados em idade e anos de escolaridade às amostras clínicas consideradas.

Dos 52 participantes recrutados para o estudo, 12 indivíduos foram excluídos por diferentes motivos: 7 participantes faltaram à segunda sessão de avaliação, 2 foram excluídos por terem apresentado uma análise de urina positiva para cannabis, 1 para cocaína e 2 por estarem visivelmente sedados durante as sessões de avaliação. A amostra foi constituída por 40 indivíduos, 14 no grupo normativo sem historial de consumo de substâncias, com uma idade média de 33,64 anos ($DP = 5,34$), 13 no grupo de consumo por via fumada, com uma idade média de 35,54 anos ($DP = 7,81$) e 13 no grupo de consumo por via injetada, com uma idade média de 33,15 anos ($DP = 4,22$). Quanto ao género, verificou-se uma maior proporção de homens em qualquer um dos grupos (9 homens e 4 mulheres em cada um dos dois grupos clínicos e 10 homens e 4 mulheres no grupo normativo).

Todos os participantes eram portugueses, predominantemente da área de Lisboa (57,5%), de etnia branca (90%) e solteiros (50%). Não fo-

ram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre grupos para estas variáveis sociodemográficas, de acordo com teste de associação Qui-quadrado ($p > 0,05$). No entanto, de acordo com a mesma estatística, verificaram-se diferenças para o estado profissional, estando a maioria dos indivíduos com consumo por via injetada desempregados ($\chi^2(6) = 32,42$; $p \leq 0,001$). Verificaram-se igualmente diferenças ($U = 10,75$, $p \leq 0,01$) entre grupos na escolaridade, que foi inferior nos consumidores por via injetada ($M = 8,77$ anos, $DP = 1,79$), quando comparados com os consumidores por via fumada ($M = 10,46$, $DP = 2,44$) e normativos ($M = 11,71$, $SD = 2,05$), através da estatística de Mann-Whitney. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre grupos no tempo de consumo.

MEDIDAS

Para este estudo foi construído um questionário que permitiu avaliar as características sociodemográficas da população, os seus padrões de consumo e aferir os critérios de inclusão/exclusão. Foram igualmente utilizados testes neuropsicológicos globais e específicos. No que concerne aos testes globais, utilizou-se o *Short-Test of Mental Status* (STMS; Kokmen, Naessens & Offord, 1987) como prova de rastreio cognitivo e as Matrizes Progressivas de Raven (RPM; Raven, 1988) como prova de raciocínio abstrato e fator G.

Os testes neuropsicológicos específicos foram utilizados para avaliar capacidades cognitivas específicas tais como aprendizagem e memória verbal, percepção e memória visual, bem como atenção e funções executivas. Deste modo, para avaliar aprendizagem e memória verbal recorreu-se ao Teste Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT; Rey, 1958), enquanto a percepção e a memória visual foram avaliadas com recurso à Figura Complexa de Rey (RCF; Osterrieth, 1944). As funções executivas foram avaliadas pelas seguintes provas: Bateria de Avaliação Frontal (FAB; Dubois, Slachevsky, Lit-

van & Pillon, 2000); Color Trail Test (CTT; D'Elia, Satz, Uchiyama & White, 1996), que avalia atenção, pesquisa visual e capacidades de sequenciamento e flexibilidade mental; Teste de Stroop (Trenerry, Crosson, Deboe & Leber, 1988), que avalia a atenção seletiva e o controle inibitório; e Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST; Heaton, Chelune, Talley, Kay & Curtiss, 1993), que permite avaliar a flexibilidade mental em vários domínios executivos, nomeadamente a capacidade para desenvolver e manter estratégias adequadas para a resolução de problemas e planeamento, bem como a capacidade de usar *feedback* ambiental para modificar uma resposta cognitiva.

PROCEDIMENTO

A recolha da amostra foi realizada após autorização formal das instituições envolvidas. Cada indivíduo foi avaliado após o consentimento informado assinado, conforme as diretrizes éticas da *American Psychological Association*. Dois examinadores (psicólogos) foram treinados para realizar a avaliação neuropsicológica e a cotação das medidas neuropsicológicas. Os indivíduos foram avaliados, individualmente, em duas sessões diferentes, na mesma semana.

As sessões de avaliação foram realizadas nas instalações do Gabinete de Apoio Fixo do PSBLE. Os dados sociodemográficos e os testes gerais de avaliação cognitiva, STMS e RPM, foram recolhidos na primeira sessão de avaliação. Os dados referentes aos testes neuropsicológicos específicos foram recolhidos na segunda sessão de avaliação. Cada sessão de avaliação durou aproximadamente 1 hora. Foi realizada pesquisa de metabólitos na urina em ambas as sessões.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis dependentes em análise resultaram dos testes neuropsicológicos globais e específicos utilizados neste estudo. A apresentação dos resultados foi dividida de acordo com o domínio cognitivo subjacente. Deste modo, a função cognitiva geral foi avaliada com recurso às pontuações totais do STMS e das RPM. As funções de aprendizagem, memória verbal e visual foram avaliadas com o RAVLT e FCR. Por outro lado, o funcionamento executivo foi avaliado com a FAB, que constitui uma medida global de avaliação das funções associadas ao lobo frontal, com o Teste de Stroop, CTT e WCST, estes últimos para avaliar dimensões de funcionamento executivo, como o controle inibitório e a flexibilidade mental. Cada resultado destes testes foi considerado como uma variável dependente na análise estatística, ao passo que a variável independente em todas as análises foi a variável que descrevia o grupo por via de consumo, com três níveis (consumidores via injetada vs. consumidores via fumada vs. normativos). Os procedimentos estatísticos foram baseados em estatísticas bivariadas não-paramétricas, dado o tamanho da amostra. A comparação entre os níveis das variáveis independentes foi realizada mediante o teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes. As comparações múltiplas para os testes significativos foram baseadas na one-way ANOVA de Kruskal-Wallis. A significância estatística teve em consideração um nível de significância 0,05.

RESULTADOS

COMPARAÇÕES ENTRE GRUPOS PARA A FUNÇÃO COGNITIVA GERAL

Estas comparações mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($\chi^2_{Kw} = 13,19$; $p = 0,001$). As comparações múltiplas sugerem uma diferença significativa entre consumidores por via injetada e grupo normativo ($p < 0,01$),

com pontuações inferiores para o grupo clínico. Não se registaram diferenças entre os grupos de consumidores por via injetada e por via fumada, nem entre o grupo de consumidores por via fumada e o grupo normativo ($p > 0,05$).

No que diz respeito ao teste de rastreio cognitivo STMS, os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos ($\chi^2_{Kw} = 8,41$; $p = 0,015$). As comparações múltiplas sugerem um nível inferior na função cognitiva geral em indivíduos consumidores por via injetada quando comparados com o grupo normativo ($p < 0,05$), que é consonante com os resultados encontrados para o raciocínio abstrato pelas RPM (Figura 1). Não se registaram diferenças entre o grupo de consumidores por via injetada e por via fumada, nem entre o grupo de consumidores por via fumada e o grupo normativo ($p > 0,05$) (Figura 1).

A comparação entre grupos para a capacidade de aprendizagem verbal revelou diferenças estatisticamente significativas na pontuação total do RAVLT ($\chi^2_{Kw} = 6,16$; $p = 0,05$). As comparações múltiplas revelaram apenas uma tendência para significância estatística ($p = 0,05$) na comparação entre indivíduos consumidores por via injetada e indivíduos sem historial de consumos, com um rendimento superior para os últimos. Não se registaram diferenças entre grupo de consumidores por via injetada e por via fumada, nem entre o grupo de consumidores por via fumada com o grupo normativo ($p > 0,05$).

Quanto à memória visual avaliada através da RCF, os resultados não mostraram diferenças entre os grupos para a pontuação total e tempo de execução da prova ($p > 0,05$). Relativamente à capacidade visuoespacial, o desempenho na cópia da RCF pelos grupos não revelou diferenças significativas, tanto na pontuação total como no tempo de execução ($p > 0,05$) (Figura 2).

Figura 1.

Comparações entre grupos para a função cognitiva geral

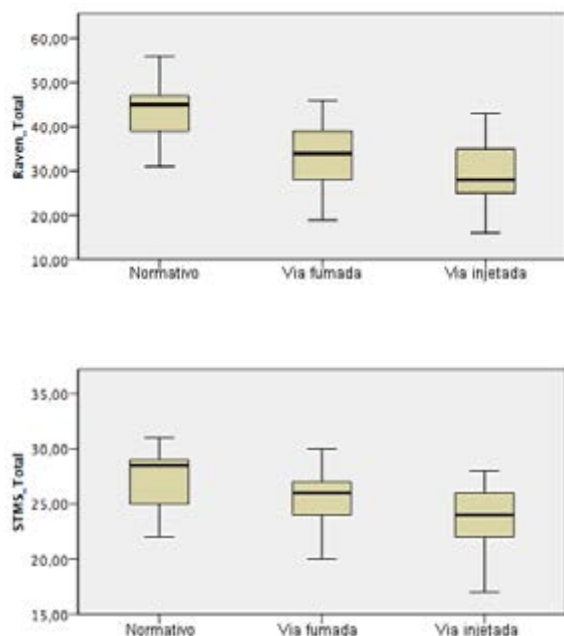
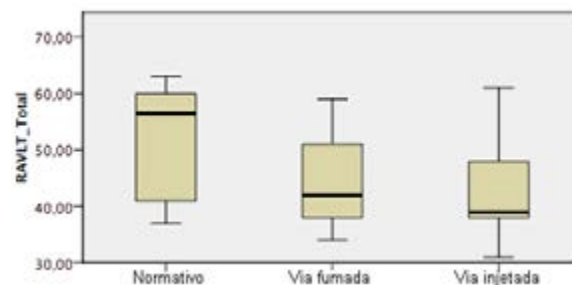


Figura 2.

Comparações entre grupos para a aprendizagem e memória verbal



COMPARAÇÕES ENTRE GRUPOS PARA O FUNCIONAMENTO EXECUTIVO

As funções executivas foram avaliadas pela pontuação total da FAB, erros e tempo de reação no Teste de Stroop, índice de interferência no CTT e pelos índices do WCST (respostas corretas, número de categorias completadas, erros perseverativos, e número de ensaios concluídos).

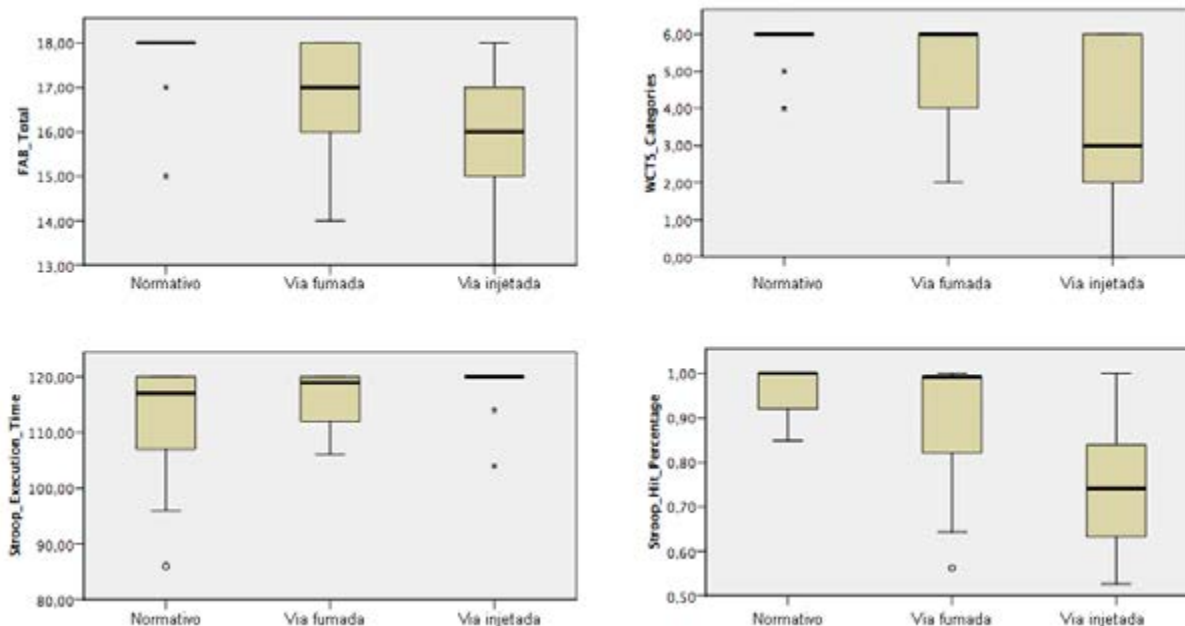
No que diz respeito à pontuação total da FAB, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas na pontuação total ($\chi^2_{Kw} = 6,16$; $p = 0,05$), que foram testadas através das comparações múltiplas e revelaram um rendimento inferior no grupo de indivíduos consumidores por via injetada quando comparado com o grupo normativo ($p < 0,001$). Não se registaram diferenças entre o grupo de consumidores por via injetada e por via fumada, nem entre o grupo de consumidores por via fumada e o grupo normativo ($p > 0,05$).

A mesma análise foi realizada com o índice de interferência do CTT, não tendo revelado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($p > 0,05$).

Relativamente ao WCST, a análise estatística demonstrou diferenças entre grupos no número de categorias completadas ($\chi^2_{Kw} = 7,02$; $p = 0,03$), indicando um menor desempenho no grupo de indivíduos consumidores por via injetada quando comparados com os indivíduos sem historial de consumos ($p < 0,05$). Não se observaram outras diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Em relação ao Teste de Stroop, a mesma análise foi realizada para os dados relacionados com o tempo de execução e proporção de acertos, que demonstrou diferenças estatisticamente significativas, respetivamente, para o tempo de execução e proporção de acertos ($\chi^2_{Kw} = 6,36$; $p = 0,04$ e $\chi^2_{Kw} = 15,20$; $p < 0,001$), sugerindo um desempenho inferior no grupo de indivíduos consumidores por via injetada quando comparados com o grupo normativo ($p < 0,05$). Não foram registadas outras diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (Figura 3).

Figura 3.
 Comparações entre grupos para o funcionamento executivo



DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo verificar se distintos padrões de consumo de substâncias psicoativas ilícitas estão associados a diferenças cognitivas e especificamente, de funcionamento executivo. Contudo, na avaliação neuropsicológica realizada, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínicos.

Embora os resultados encontrados não sustentem diferenças com base na via de consumo, foram encontradas diferenças significativas entre o grupo com consumo por via injetada e o grupo normativo. Os resultados sugerem um maior comprometimento cognitivo geral e executivo dos consumidores por via injetada quando comparados com indivíduos sem historial de consumo de substâncias psicoativas. No que concerne à capacidade cognitiva geral, foram encontradas diferenças quer na prova de rastreio cognitivo (STMS), quer na prova de inteligência geral (RPM). Relativamente às funções associadas ao lobo frontal, foram encontradas diferenças nas provas de rastreio do funcionamento executivo (FAB), de controlo inibitório (Teste de Stroop) e de flexibilidade mental (WCST).

As diferenças encontradas entre consumidores por via injetada e não consumidores devem ser analisadas tendo em consideração o impacto destas no comportamento do grupo clínico. Dificuldades na inibição de respostas automáticas podem refletir-se em tomadas de decisão desadequadas (Dalley, Everitt & Robbins, 2011). Por sua vez, défices de flexibilidade mental pressupõe uma maior tendência à manutenção de condutas de ação, ou seja, uma tendência para perseverar em determinadas respostas mesmo que estas se revelem inadequadas (Daigoneault, Braun, C & Whitaker, 1992; Johnco, Wuthrich & Rapee, 2013). Os resultados vão ao encontro da literatura ao sugerirem uma associação entre o consumo de substâncias e défices ao nível do funcionamento executivo, em indivíduos integrados, ou não, em programas de substituição (Mintzer & Stitzer, 2002; Ornstein et al., 2000; Verdejo et al., 2002; Verdejo et al., 2005a; Verdejo et al., 2005b).

As dificuldades encontradas nas tarefas que requerem um adequado recurso à capacidade de inibição comportamental e flexibilidade mental podem afetar significativamente a capacidade de raciocínio e interpretação da realidade (Bari & Robbins, 2013; Diamond, 2013). Neste pressuposto, a expressão comportamental dos défices observados na amostra do nosso estudo, pode significar o aparecimento de condutas inapropriadas e o aumento da vulnerabilidade ao risco em qualquer contexto de vida da pessoa, inclusive no contexto do consumo de substâncias (Morein-Zamir & Robbins, 2015).

Na prática e por razões essencialmente associadas a estas alterações, os consumidores de substâncias poderão não ser capazes de interpretar e utilizar corretamente toda a informação a que têm acesso, ocorrendo com isso graves erros na gestão do seu quotidiano. Consequentemente, tal pode levar à manutenção de respostas impulsivas e à persistência em comportamentos de risco, ineficazes e prejudiciais (Verdejo-García, Lawrence & Clark, 2008).

Uma limitação deste estudo está relacionada com a reduzida dimensão da amostra. Nos resultados obtidos, os consumidores por via injetada apresentaram um pior rendimento cognitivo e executivo (e.g., fluidez verbal, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva, controlo inibitório) quando comparados com indivíduos que fazem consumos por via fumada, embora estes resultados não sejam estatisticamente significativos. A falta de significância estatística impede-nos de fazer uma análise destes resultados, contudo questionamos se a dimensão da amostra não poderá ter contribuído para a ausência de diferenças entre os grupos clínicos.

Uma outra limitação prende-se com as diferenças entre os grupos em estudo relativamente às características sociodemográficas, especificamente empregabilidade e escolaridade. Estas características determinam um maior desajustamento dos indivíduos com consumos por via injetada, o que pode ter influenciado o rendimento nas pro-

vas cognitivas, estando os efeitos da escolaridade bem reportados na literatura em Neuropsicologia.

A inclusão de pacientes com VIH, que é um fator que pode ter impacto no rendimento de provas cognitivas, apresenta-se igualmente como uma limitação. Contudo, é importante notar que apenas os pacientes assintomáticos foram incluídos no nosso estudo, o que, sendo um critério menos conservador, torna aceitável a sua inclusão na amostra. A literatura científica sugere que pacientes VIH positivos, sob terapêutica anti-retroviral e assintomáticos, apresentam perfis cognitivos semelhantes a indivíduos seronegativos para o VIH.

Por último, assinalamos a não inclusão de uma medida para avaliar a tomada de decisão, que é um fator crítico em indivíduos com perturbação do uso de substâncias.

Acreditamos que estes resultados podem contribuir para uma melhor compreensão dos efeitos do abuso de substâncias ao nível neuropsicológico, nomeadamente no funcionamento executivo. Por outro lado, reforçam a importância da adoção de um discurso de redução de riscos e minimização de danos na prática clínica com os consumidores de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS

Bari, A., & Robbins, T. W. (2013). Inhibition and impulsivity: behavioral and neural basis of response control. *Progress in Neurobiology*, 108:44-79. doi:10.1016/j.pneurobio.2013.06.005.

Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*, 8(11), 1458-1463. doi:10.1038/nn1584.

Brand, M., Roth-Bauer, M., Driessen, M., & Markowitsch, H. J. (2008). Executive functions and risky decision-making in patients with opiate dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1-2), 64-72. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.03.017.

Day, C., Ross, J., Dietze, P., & Dolan, K. (2005). Initiation to heroin injecting among heroin users in Sydney, Australia: cross sectional survey. *Harm Reduction Journal*, 2(2), 1-7. doi:10.1186/1477-7517-2-2.

D'Elia, L. F., Satz, P., Uchiyama, C. L., & White, T. (1996). *Color Trails Test*. Professional Manual. USA: PAR.

Dalley, J.W., Everitt, B.J., & Robbins, T.W. (2011). Impulsivity, compulsivity, and top-down cognitive control. *Neuron*, 69: 680-694. doi:10.1016/j.neuron.2011.01.020.

Darke, S., McDonald, S., Kaye, S., & Torok, M. (2012). Comparative patterns of cognitive performance amongst opioid maintenance patients, abstinent opioid users and non-opioid users. *Drug and Alcohol Dependence*, 126(3), 309-315. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.05.032.

Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750.

Dubois, B., Slachevsky, A., Litvan, I., & Pillon, B. (2000). The FAB. A frontal assessment battery at bedside. *Neurology*, 55, 1621-1626.

Daigneault, S., Braun, C. M., & Whitaker, H. A. (1992). Early effects of normal aging on perseverative and non-perseverative prefrontal measures. *Developmental Neuropsychology*, 8, 99-114.

Ersche, K. D., Clark, L., London, M., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2006). Profile of executive and memory function associated with amphetamine and opiate dependence. *Neuropsychopharmacology*, 31(5), 1036-1047. doi:10.1038/sj.npp.1300889.

Fishbein, D. H., Krupitsky, E., Flannery, B. A., Langevin, D. J., Bobashev, G., Verbitskaya, E., et al. (2007). Neurocognitive characterizations of Russian heroin addicts without a significant history of other drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(1), 25-38. doi:10.1016/j.drugalcdep.2007.02.015.

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G., & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin Card Sorting Test Manual*. Revised and Expanded. USA: PAR.

Highfield, D. A., Schwartz, R. P., Jaffe, J. H., & O'Grady, K. E. (2007). Intravenous and intranasal heroin-dependent treatment-seekers: characteristics and treatment outcome. *Addiction*, 102(11), 1816-23. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.01998.x

Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 576-584. doi:10.1016/j.janxdis.2012.10.004.

- Kokmen, E., Naessens, J. M., & Offord, K. P. (1987). A Short Test of Mental Status: Descriptions and preliminary results. *Mayo Clinical Procedures*, 62, 281-288.
- McKetin, R., Ross, J., Kelly, E., Baker, A., Lee, N., Lubman, D. I., et al. (2008). Characteristics and harms associated with injecting versus smoking methamphetamine among methamphetamine treatment entrants. *Drug and Alcohol Review*, 27(3): 277-85. doi:10.1080/09595230801919486.
- McNeely, J., Arnsten, J., & Gourevitch, M. (2006). Improving access to sterile syringes and safe syringe disposal for injection drug users in methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(1), 51-57.
- Mintzer, M. Z., & Stitzer, M. L. (2002). Cognitive impairment in methadone maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 41-51. doi:10.1016/S0376-8716(02)00013-3
- Miyake, A., Emerson, M. J., Witzky, A. H., & Howert, A. (2000). The unity and diversity of executive function and their contribution to complex frontal lobe tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100.
- Neaigus, A., Miller, M., Friedman, S. R., Hagen, D. L., Sifaneck, S. J., Ildefonso, G., et al. (2001). Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: a comparison of former injectors and never injectors. *Addiction*, 96(6), 847-60. doi:10.1046/j.1360-0443.2001.9668476.x
- Morein-Zamir, S., & Robbins, T. W. (2015). Frontostriatal circuits in response-inhibition: Relevance to addiction. *Brain Research*, 1628(Pt A):117-29. doi:10.1016/j.brainres.2014.09.012.
- Novak, S. P., & Kral, A. H. (2011). Comparing injection and non-injection routes of administration for heroin, methamphetamine, and cocaine users in the United States. *Journal of Addictive Diseases*, 30(3): 248-57. doi:10.1080/10550887.2011.581989.
- Ornstein, T. J., Iddon, J. L., Baldacchino, A. M., Sahakian, B. J., Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2000). Profiles of cognitive dysfunction in chronic amphetamine and heroin abusers. *Neuropsychopharmacology*, 23(2), 114-126. doi:10.1016/S0893-133X(00)00097-X
- Raven, J. C. (1998). *The Coloured Progressive Matrices*. Oxford: Oxford Psychologist Press.
- Rey, A. (1958). *L'examen clinique en psychologie* [The psychological examination]. Paris: Presses Universitaires de France.
- Osterrieth, P.A. 1944. Filetest de copie d'une figure complex: Contribution a l'etude de la perception et de la memoire [The test of copying a complex figure: A contribution to the study of perception and memory]. *Archives de Psychologie*, 30, 286-356.
- Schmidt, A., Borgwardt, S., Gerber, H., Wiesbeck, G. A., Schmid, O., Riecher-Rössler, A., et al. (2014). Acute effects of heroin on negative emotional processing: relation of amygdala activity and stress-related responses. *Biological Psychiatry*, 76(4), 289-96. doi:10.1016/j.biopsych.2013.10.019
- Trener, M. R., Crosson, B., DeBoe, J., & Leber, W. R. (1988). *Stroop Neuropsychological Screening Test Manual*. USA: PAR
- Verdejo García, A., Torrecilas, F. L., Arcos F. A., & García, M. P. (2005a). Differential effects of MDMA, cocaine, and cannabis use severity on distinctive components of the executive functions in polysubstance users: A multiple regression analysis. *Addictive Behaviors*, 30, 89-101. doi:10.1016/j.addbeh.2004.04.015
- Verdejo García, A., Torrecilas, F. L., Giménez, C. O., & García, M. P. (2002). Impacto de los deterioros neuropsicológicos asociados al consumo de sustancias sobre la práctica clínica con drogodependientes [Impact of neuropsychological deficits associated with substance use on clinical practice with drug users]. *Adicciones*, 14(3), 345-370.
- Verdejo, A., Toribio, I., Orozco, C., Puente, K., & Perez-García, M. (2005b). Neuropsychological functioning in methadone maintenance patients versus abstinent heroin abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 78(3), 283-288. doi:10.1016/j.drugalcdep.2004.11.006.
- Verdejo, A.G., Giménez, C. O., Jofré, M. M. S., Arcos, F. A., & García, M. P. (2004). Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva [Impact of drug use severity on different components of executive functioning]. *Revista de Neurología*, 38(12), 1109-1116.
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J., & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4):777-810. doi:10.1016/j.neubiorev.2007.11.003.
- Wills, S. (2005). *Drugs of Abuse*. London: Pharmaceutical Press.



adictologia

Associação Portuguesa para o Estudo
das Drogas e das Dependências