

A UTILIZAÇÃO DE ESCALAS DE AVALIAÇÃO COMO RECURSO TERAPÊUTICO EM PACIENTES ATENDIDOS EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA DEPENDENTES QUÍMICOS EM FORTALEZA-CE

THE USE OF EVALUATION SCALES AS THERAPEUTIC TOOLS IN PATIENTS SEEN AT A SERVICE FOR DRUG REHABILITATION IN FORTALEZA-CE

EL USO DE ESCALAS DE EVALUACIÓN COMO RECURSO TERAPEÚTICO EN PACIENTES ATENDIDOS EN UN CENTRO DE CONVIVENCIA PARA DEPENDIENTES QUÍMICOS EN FORTALEZA-CE

MARIA TERESA SOARES MATOS¹

EVELYNE NUNES ERVEDOSA BASTOS²

EDNA COLANGELO MATOS³

SILVÂNIA MARIA MENDES VASCONCELOS⁴

Este trabalho teve como objetivo avaliar os resultados obtidos com a aplicação das escalas Inventário de Situações de Beber- ISB-42 e Inventário de Situações do Uso de Drogas- ISUD-42, em pacientes atendidos em um Centro de Convivência para dependentes químicos de um hospital psiquiátrico público em Fortaleza-CE. Participaram do estudo os que estavam em tratamento (n=21). Responderam ao ISB-42, 09 alcoolistas e ao ISUD-42, 12 usuários de outras drogas. Os resultados demonstraram abuso de álcool e droga: 53% dos alcoolistas e 89% dos drogadictos apresentaram dificuldades em situações relacionadas ao hábito de usar álcool ou droga, seguida das dificuldades dos alcoolistas (52%) e drogadictos (78%) em situações de diversão e prazer. O estudo demonstra que existem similaridades nos dois comportamentos e que as situações de risco estão associadas com recaídas não importando a substância psicoativa. Apoiar-se a hipótese de que existe um mecanismo comum subjacente à recaída nos dois grupos estudados.

PALAVRAS-CHAVE: Inventário de Personalidade; Recidiva; Psicometria; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Escalas de Avaliação.

The aim of the present study was to assess the use of the "Inventory of Drinking Situations" and the "Inventory of Drug Taking Situations" in patients seen at the drug rehabilitation center in a psychiatric public hospital in Fortaleza-CE. Patients attending the service were included in the study (n=21). A total of 9 alcohol dependents and 12 drug dependents completed the survey. The results showed an elevated rate of drug and alcohol use when patients are facing risk situations. In both groups the most difficult situations were related to alcohol (53.3 %) and drug (89%) use itself, followed by situations involving entertainment and pleasure, (52%) in alcohol dependents, and (78%) in drug dependents. The study shows similarities in the dependent behavior of both alcohol and drug users. The findings support the hypothesis of a shared mechanism for alcohol and drug related behaviors, as far as addiction is concerned.

KEYWORDS: Personality Inventory; Recurrence; Psychometrics; Substance-Related Disorders; Scales Evaluation.

Este trabajo tuvo por objetivo evaluar los resultados obtenidos después de aplicar las escalas Inventario de Situaciones de Beber- ISB-42 e Inventario de Situaciones del Uso de Drogas- ISUD-42, en pacientes atendidos en un centro de convivencia para dependientes químicos de un hospital psiquiátrico público en Fortaleza-CE. Participaron del estudio los que estaban en tratamiento (n=21). Respondieron al ISB-42, 09 alcohólicos y al ISUD-42, 12 dependientes de otras drogas. Los resultados demostraron un índice elevado del uso de alcohol y narcóticos: el 53% de los alcohólicos y el 89% de los drogadictos presentaron dificultades en situaciones relacionadas al hábito de usar alcohol o narcóticos, seguida de las dificultades de los dependientes del alcohol (52%) y drogadictos (78%) en situaciones de diversión y placer. El estudio demuestra que existen similitudes en los dos comportamientos y que las situaciones de riesgo están asociadas a recaídas sin importar la sustancia psicoativa. Se apoya la hipótesis de que existe un mecanismo común subyacente a la recaída en los dos grupos estudiados.

PALABRAS CLAVES: Situación de Riesgo; Recaída. Prevenir la Recaída; Dependencia Química; Escalas de Evaluación.

¹ Terapeuta Ocupacional, Coordenadora do Centro de Convivência Elo de Vida do Hospital de Saúde Mental de Messejana. Mestranda em Saúde Mental da Universidade Estadual do Ceará. E-mail: mariateresamatos@yahoo.com.br; mtmatoes@superig.com.br.

² Psicóloga, Mestranda em Saúde Mental da Universidade Estadual do Ceará

³ Assistente Social, Mestranda em Saúde Mental da Universidade Estadual do Ceará

⁴ Enfermeira, Coordenadora do Laboratório de Neurofarmacologia da UECE e Professora do Mestrado Profissional em Saúde Mental-UECE, Pesquisadora do CNPq.

INTRODUÇÃO

Os temas alcoolismo e drogadição têm cada vez mais despertado o interesse da população em geral e de profissionais da área de saúde, visto que o uso dessas substâncias acompanha o homem desde a Antiguidade, variando com o tempo e com a cultura. Nas últimas décadas, tem-se observado o crescimento vertiginoso de quadros de abuso e dependência química, o que constitui hoje problema mundial de Saúde Pública¹.

Até recentemente, o uso excessivo de qualquer substância poderia ser visto como um problema de “controle do impulso”, no qual falta ao indivíduo força de vontade. De acordo com esta perspectiva, é alguém a quem falta “fibra moral” ou força de vontade, incapaz para resistir à tentação².

Após o fracasso da abordagem moral, uma abordagem menos rigorosa à dependência química começou a aparecer, na forma de modelo de doença. De acordo com essa abordagem, os comportamentos desses indivíduos estão baseados em uma dependência física subjacente com atenção focalizada sobre fatores fisiológicos predisponentes, que se presume serem geneticamente transmitidos.

Nos últimos anos, uma terceira abordagem emergiu como uma alternativa aos modelos moral e de doença. A partir de uma perspectiva de aprendizado social, os comportamentos dependentes representam uma categoria de “maus hábitos”, incluindo comportamentos como beber-problema, tabagismo, abuso de substâncias psicoativas, ingestão excessiva de alimentos, jogo compulsivo e assim por diante⁽¹⁾. São vistos portanto, como hábitos hiperaprendidos que podem ser analisados e modificados do mesmo modo que outros hábitos.

No estudo realizado com 170 pacientes em tratamento no biênio 2000/2001, em um Centro de Convivência para dependentes químicos de um hospital psiquiátrico público em Fortaleza-CE, obteve-se, dentre outros, os seguintes resultados: população predominantemente masculina (91%); maior prevalência de idade em tratamento, entre 15 e 25 anos (54%); 137 (80%) não freqüentam escola e 76% não estavam trabalhando por ocasião da entrevista inicial. Em 35% dos casos, havia utilização concomitante de quatro ou mais tipos de substâncias psicoativas, seguido do álcool com 29%. A substância de início de uso foi o álcool (41%), seguido da maconha (28%), sendo que 49% iniciaram o uso entre 10 e 14 anos. Dos pacientes que procuraram o serviço, boa parte (67%) foi por demanda espontânea e 40% tiveram alta com melhora.

Entendendo-se tal critério como o cumprimento do programa terapêutico por no mínimo três meses sem recaídas, quando então passaram a ter acompanhamento ambulatorial, dos quais 36% abandonaram o tratamento antes do tempo previsto³.

O tratamento da dependência do álcool e outras drogas tem recebido atenção da Psiquiatria desde que a dependência foi conceituada como doença. Entende-se como dependência química uma patologia multicausal que abrange aspectos biopsicosociais e espirituais, com múltiplas conseqüências para o indivíduo dependente⁴. Com isso, surgiu a necessidade de se avaliar o fenômeno e as intervenções nele realizadas de acordo com a metodologia científica. A necessidade do estabelecimento de uma linguagem comum entre os pesquisadores que trabalham na área e de obter medidas reprodutíveis contribuiu para o desenvolvimento de instrumentos padronizados, entre eles as Escalas de Avaliação. Uma avaliação adequada e abrangente é fundamental tanto para o estabelecimento de um tratamento apropriado, como na pesquisa de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e da efetividade das intervenções⁵.

A pesquisa clínica sobre o comportamento de dependentes químicos inicialmente priorizava a entrevista como principal método de investigação. No entanto, a diversidade dos padrões de comportamentos desses indivíduos exigiu o desenvolvimento de instrumentos sistematizados.

A escolha dos instrumentos a serem utilizados deve levar em conta, ainda, a existência de tradução e a validação em nosso meio. É importante lembrar que a tradução feita pelo pesquisador, ainda que com bons conhecimentos da língua original na qual foi concebida a escala, deve ser complementada por revisão cuidadosa e tradução reversa (*back translation*).

A validação em nosso meio é um procedimento complexo e deve levar em consideração as variáveis culturais envolvidas. Cabe lembrar que a área de distúrbios por uso de substâncias psicoativas é bastante susceptível a essas variáveis⁶.

Dos instrumentos disponíveis para Avaliação dos Comportamentos Associados ao Consumo de Alcool e Drogas, há os especialmente destinados à análise das situações de uso, ou risco, como o Inventário de Situações de Beber – ISB-42 e o Inventário de Situações do Uso de Drogas – ISUD-42^{7,8,9,10}.

O objetivo do presente trabalho foi utilizar as escalas ISB-42 e ISUD-42, para identificar as situações de risco pelas quais passa o paciente dependente químico e favorecer a aquisição de habilidades necessárias para enfrentá-las do jeito mais eficaz e adequado, reduzindo, assim, o risco de recaída.

MÉTODO

Participantes

Trata-se de um estudo transversal não controlado, com amostragem de conveniência (n=21) realizada com pacientes do sexo masculino usuários de álcool e outras drogas de abuso que estavam em tratamento em um Centro de Convivência para dependentes químicos de um hospital psiquiátrico público em Fortaleza-CE, em Agosto/2004. O tempo de tratamento variou entre 01 e 06 meses, e a idade média entre 35 e 50 anos para alcoolistas e 20 e 35 anos para usuários de outras substâncias. Participaram do estudo todos os que estavam em tratamento à época, não havendo critérios de exclusão. Os instrumentos utilizados foram as escalas ISB-42 para 9 usuários de álcool (Grupo A) e ISUD-42 para 12 usuários de outras drogas de abuso (Grupo B).

Local de Estudo

O estudo foi realizado em um Centro de Convivência para dependentes químicos de um hospital psiquiátrico público em Fortaleza-CE. O serviço é um dos que compõe o Núcleo de Atenção ao Dependente Químico do hospital, juntamente com uma unidade de desintoxicação e um ambulatório especializado. Criado em Junho de 1995, funciona de 08:00 hs às 17:00 hs de segunda a sexta-feira. Tem capacidade instalada para 35 pacientes/dia, enfoque na prevenção de recaídas e referencial teórico e prático da terapia comportamental. Utiliza, ainda, a capacitação profissional como recurso terapêutico na manutenção da abstinência. O serviço propõe uma terapia breve, com tempo de tratamento de 03 a 08 meses, quando então o paciente passa a ser acompanhado em ambulatório especializado.

Instrumentos de Avaliação

Foi utilizada a versão preliminar da tradução do “Inventory of drinking situations” Annis, H.M., 1982 e do

“Inventory of drug-taking situations” Annis, H.M. e Martin, G., 1985. A versão definitiva e autorizada está em elaboração final.

O ISB-42 e o ISUD-42 são de estrutura similar e incluem 42 perguntas objetivas sobre situações de risco específicas aferidas através de “coping skills”. Os itens são organizados em escala Likert de quatro graus:

- nunca (0)
- raramente (1)
- freqüentemente (2)
- quase sempre (3)

Foram agrupados em 6 blocos de perguntas de acordo com as seguintes situações:

- Bloco I – Lidar Com Emoções Negativas (7 perguntas)

Bebi ou usei droga:

1. Quando me senti desapontado comigo mesmo?
2. Quando as outras pessoas deram a impressão de não gostarem de mim?
3. Quando as outras pessoas me trataram mal?
4. Quando senti um aperto no estômago?
5. Quando me senti confuso sobre o que deveria fazer em determinada situação?
6. Quando alguém me criticou?
7. Quando me senti mais próximo de alguém de quem eu gostava?

- Bloco II – Lidar Com Situações Difíceis (11 perguntas)

Bebi ou usei droga:

1. Quando a pressão no trabalho aumentou devido às exigências do meu chefe?
2. Quando as pessoas ao meu redor me deixaram tenso?
3. Quando outras pessoas interferiram nos meus planos?
4. Quando não estava me dando bem com as pessoas no trabalho?
5. Quando tive uma discussão com uma pessoa amiga?
6. Quando fiquei irritado com a maneira como as coisas tinham sucedido?
7. Quando não me senti confortável na presença de alguém?
8. Quando tive brigas em casa?

9. Quando tive problemas com as pessoas do meu local de trabalho?
10. Quando me senti sob forte pressão familiar?
11. Quando tive medo de que as coisas não fossem dar certo?

- Bloco III – Lidar Com a Diversão e o Prazer (11 perguntas)

Bebi ou usei droga:

1. Quando me senti bem e descontraído?
2. Quando saí com amigos e eles pararam para tomar um drinque ou usar só um pouco de droga?
3. Quando estava bem com um grande amigo e quis me divertir?
4. Quando tudo estava indo bem?
5. Quando estava em uma festa na qual outras pessoas bebiam ou usavam droga?
6. Quando andei pela cidade com pessoas amigas e quis aumentar meu divertimento?
7. Quando me senti satisfeito com alguma coisa que tinha feito?
8. Quando estava em um restaurante e as pessoas que estavam comigo pediram bebidas alcoólicas?
9. Quando quis comemorar com amigos?
10. Quando uma coisa boa ocorreu e quis comemorar?
11. Quando estava me divertindo muito em uma festa e quis me sentir melhor ainda?

- Bloco IV – Lidar com Problemas Físicos ou Psicológicos (4 perguntas)

Bebi ou usei droga:

1. Quando tive dificuldade para dormir?
2. Quando senti sonolência e quis ficar mais alerta?
3. Quando senti náusea?
4. Quando quis aumentar meu prazer sexual?

- Bloco V – Lidar Com o Hábito de Usar Álcool ou Drogas (5 perguntas)

Bebi ou usei droga:

1. Quando me lembrei como o gosto da droga ou da bebida era agradável?
2. Quando passei perto de um local que vendia bebida ou droga?
3. Quando inesperadamente encontrei uma “presença” da droga ou uma garrafa da minha bebida preferida?

4. Quando repentinamente senti vontade de beber ou usar droga?
5. Quando encontrei com uma pessoa amiga e ela me sugeriu que bebêssemos ou usássemos droga?

- Bloco VI – Lidar Com o Tratamento (4 perguntas)

Bebi ou usei droga:

1. Quando me convenci que era uma nova pessoa e que poderia tomar alguns drinques ou usar droga em pequena quantidade?
2. Quando me perguntei sobre o meu autocontrole para beber ou usar droga e me senti tentado a fazê-lo para testar?
3. Quando pensei que só um drinque ou um pouco de droga não me faria mal?
4. Quando quis provar para mim mesmo que eu poderia beber algumas doses ou usar droga em pequena quantidade e não ficar embriagado ou drogado?

Todas as perguntas foram transcritas tais quais o original das escalas. O agrupamento foi utilizado para auxiliar no preenchimento e compreensão dos que responderam as perguntas e também para facilitar a análise dos dados.

Apesar de sua reconhecida validade em ambientes clínicos e de pesquisa como auxiliar na obtenção de informações sobre uso de substâncias psicoativas e exposição a situações de risco, é aconselhável sua utilização com uma entrevista clínica associada¹¹.

Procedimento

Os sujeitos foram entrevistados uma única vez no período de 01 hora. A entrevistadora foi a terapeuta ocupacional, autora principal deste estudo. Inicialmente, foram lidas as instruções sobre as alternativas possíveis de respostas e em seguida cada um dos itens das escalas. Em todas as perguntas os entrevistados deveriam responder “nunca”, “raramente”, “freqüentemente” ou “quase sempre”, diante de situações ou acontecimentos em que bebiam ou abusavam da droga durante o último ano, às quais eram atribuídos escores de 0 a 3. As respostas eram anotadas pelo próprio respondente no questionário.

As respostas foram somadas por blocos de situações. Os valores acumulados em cada bloco foram transportados para uma tabela. As tabelas resultantes forneceram uma

visão panorâmica, facilitando a visualização final e comparação das exposições a situações de risco dos dois grupos estudados.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Saúde Mental de Messejana e os aspectos éticos foram rigorosamente seguidos, de acordo com a Resolução 196/96 que estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos¹², preservando a não identificação e o anonimato do paciente nas informações colhidas.

RESULTADOS

Na análise estatística dos dados, obteve-se 378 respostas dos 9 usuários de álcool participantes do Grupo A e 504 dos 12 usuários de outras drogas de abuso do Grupo B. Os resultados dos dois grupos (A e B) são apresentados na Tabela 1.

Nas situações do Bloco I, constatou-se que no Grupo A, 27% dos usuários bebiam “freqüentemente” (F) e 16% “quase sempre” (Q.S) ao *lidarem com emoções negativas*. No Grupo B, 29% e 27% abusavam da droga

“freqüentemente” ou “quase sempre” respectivamente, diante das mesmas situações.

No Bloco II, os resultados do Grupo A evidenciaram que 22% bebiam “freqüentemente” e 15% “quase sempre” e no Grupo B, 31% abusavam da droga “freqüentemente” e 27% “quase sempre” diante de *situações difíceis*.

No Bloco III, 30% dos alcoolistas do Grupo A bebiam “freqüentemente” e 22% “quase sempre” para lidarem com *situações relacionadas com a diversão e o prazer*, o mesmo acontecendo com os usuários de outras drogas do Grupo B, onde 17% abusavam da droga “freqüentemente” e 61% “quase sempre”.

No Bloco IV, os percentuais do Grupo A indicaram que 19% bebiam “freqüentemente” e 22% “quase sempre”, seguidos dos usuários do Grupo B em que 31% abusavam da droga “freqüentemente” e 25% “quase sempre” para lidarem com *problemas físicos ou psicológicos*.

Observou-se que, no Bloco V, 38% dos pacientes do Grupo A bebiam “freqüentemente” e 15% “quase sempre” e no Grupo B, 29% abusavam da droga “freqüentemente” e 60% “quase sempre” para lidarem com *situações que envolvem o hábito de usar álcool ou droga*.

Tabela 1 – RESPOSTAS DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL (GRUPO A; N=9) E USUÁRIOS DE OUTRAS DROGAS DE ABUSO (GRUPO B; N=12) FRENTE A SITUAÇÕES DE RISCO

Blocos de Perguntas	Grupos estudados	N		R		F		Q.S		N.R		Total (%)	Total N
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Lidar com: I Emoções Negativas	(A)	18	29	17	27	17	27	10	16	01	01	100	65
	(B)	14	17	25	27	24	29	25	27	-	-	100	84
II Situações Difíceis	(A)	21	21	41	42	22	22	15	15	-	-	100	99
	(B)	25	19	31	23	41	31	35	27	-	-	100	132
III Diversão e o Prazer	(A)	14	14	34	34	30	30	21	22	-	-	100	99
	(B)	06	05	18	15	20	17	75	61	03	02	100	120
IV Problemas Físicos ou Psicológicos	(A)	10	28	11	31	07	19	08	22	-	-	100	36
	(B)	10	21	10	21	15	31	12	25	01	02	100	48
V Hábito de Usar Álcool ou Droga	(A)	09	20	12	27	17	38	07	15	-	-	100	45
	(B)	01	01	05	07	21	29	43	60	02	03	100	72
VI O Tratamento	(A)	15	42	12	33	03	08	06	17	-	-	100	36
	(B)	09	19	14	29	14	29	10	21	01	02	100	48
Total (n)	(A+ B)	152	-	228	-	231	-	263	-	08	-	-	882

Legenda: N- Nunca; R- Raramente; F- Frequentemente; Q.S- Quase Sempre; N.R- Não Respondeu.

Nas situações do Bloco VI, os resultados mostraram que 8% dos alcoolistas “freqüentemente” bebiam e 17% “quase sempre” ao lidarem com *situações relacionadas ao tratamento*. No Grupo B, 29% dos usuários também “freqüentemente” abusavam da droga e 21% “quase sempre” diante dessas situações.

DISCUSSÃO

Os resultados indicaram que os usuários de outras drogas de abuso recorreram mais às drogas na tentativa de lidar melhor com *emoções negativas* do que os usuários de álcool. Provavelmente isso acontece, entre outros motivos, devido à faixa de idade dos usuários do Grupo B que participaram do estudo, em sua maioria muito jovens, não demonstrando maturidade, experiência e habilidade para lidar com estas questões. Quanto mais cedo se inicia o consumo de substâncias, maior será a dependência de fatores externos e menor auto-estima terá o jovem¹³.

As recaídas com freqüência ocorrem quando o indivíduo está emocionalmente deprimido. O convívio e a educação familiar que já estão prejudicados ou mesmo rompidos em decorrência do uso, fazem com que esses sentimentos sejam sentidos ainda mais fortemente, favorecendo o uso¹⁴.

Os resultados indicaram também, que 42% dos usuários de álcool “raramente” (R) bebem para lidar com *situações difíceis*, comparados com 31% dos usuários de droga que “freqüentemente” recorrem à droga diante de discussões e confrontações interpessoais incluídas nesta categoria. São situações envolvendo pressões no trabalho e na família, discussões com amigos, brigas em casa e no local de trabalho, tensão gerada por pessoas do convívio social, mudanças de planos e outras situações geradoras de estresse. Talvez estas dificuldades gerem um grande abismo de frustração quando as expectativas não são correspondidas, daí a incidência de uso no grupo B ter sido mais alta que no grupo A.

Hore¹⁵ acompanhou um grupo de 22 pacientes alcoólicos e tentou relacionar as recaídas deste grupo a eventos significativos de vida relatados pelos pacientes no mesmo período de tempo. Após análise, os eventos de vida foram distribuídos nas seguintes categorias: interação pessoal, ou perturbações em um relacionamento emocional (33%); eventos envolvendo mudança na vida profissional do paciente (33%); eventos envolvendo mudança na saúde do pa-

ciente ou em membros de sua família (20%) e eventos envolvendo mudança de residência (13%).

O estudo revelou que no grupo B, a busca pela droga para lidar com situações que envolvem *diversão e prazer*, foi muito maior que a busca pelo álcool nos indivíduos do grupo A. Estas situações são mais difíceis para os jovens que não tiveram oportunidade de construir relações saudáveis em ambientes também saudáveis sem a presença do uso de droga. A turma de amigos preenche o espaço deixado pelo desprendimento da tutela dos pais, e estes são tratados pelos jovens como se fossem os primeiros em importância na sua vida, aumentando a possibilidade de se associarem a pares desviantes e aumentando a chance do uso de drogas¹⁶.

Os lapsos ou recaídas ocorridos, nestas situações, acontecem em conjunção com um evento especial (feriado, aniversário ou boas notícias) ou em férias ou em viagens longas. É muito tentador, neste tipo de situação, fazer uma “exceção especial” e dar a si mesmo permissão para tomar “uns goles”¹⁷.

Algumas recaídas ocorrem quando o indivíduo precisa lidar com *problemas físicos ou psicológicos*, como doença, solidão, fadiga, morte na família e transtornos específicos (dor de cabeça, insônia, medo etc.), estando ou não associados com sintomas de abstinência. Neste bloco de situações, as perguntas eram relacionadas às dificuldades encontradas para enfrentar problemas físicos e psicológicos e podem ter sido interpretadas pelos que participaram do estudo como sintomas decorrentes da abstinência, uma vez que todos estavam em tratamento. O resultado apresentou-se de forma interessante, pois houve semelhança nas respostas dos dois grupos pesquisados. Talvez então sugira que por estarem em tratamento, com medicação e psicoterapia de apoio, estivessem mais seguros e tranquilos para lidar com tais situações sem precisar recorrer ao uso.

Em estudo sobre análise de 311 situações de recaída com alcoólicos, fumantes adictos em heroína, jogadores compulsivos e indivíduos em dieta, os dados apresentados mostraram que muito poucas recaídas (3%) foram incluídas na categoria de estados físicos negativos, e a maioria desses dados foram fornecidos por sujeitos no grupo de usuários de heroína responsável por 9% de todas as recaídas neste grupo¹⁸.

Nos dois grupos estudados, a maior prevalência de uso concentra-se na dificuldade que os indivíduos têm de

lidar com situações relacionadas ao *hábito de usar álcool ou droga*. Os sintomas de abstinência e fissura acarretam mal-estar físico e psicológico e aumentam a ansiedade que chega a níveis insuportáveis, não restando alternativa senão o uso, lenitivo para dores tão profundas, tão subjetivas e tão amargas.

Os alcoolistas parecem suportar mais a fissura ocasionada pela abstinência, que os usuários de outras drogas de abuso, justificando em parte os resultados obtidos no Grupo V, onde 89% recorrem a droga para lidar com este ou outros sintomas de abstinência (Tabela 1).

Na verdade o que é essa fissura? Por que acontece independente da vontade do indivíduo, que sabe que o uso da substância não se dá mais por prazer e sim por dependência? Se tivermos em mente que a relação de dependência com a droga é a única alternativa que restou para o dependente, torna-se compreensível que o comportamento de se drogar efetive-se através de um ato impulsivo, não se tratando, portanto, do desejo de consumir drogas, mas da impossibilidade de não as consumir¹⁹.

Nas dificuldades apresentadas para lidar com *situações relacionadas ao tratamento*, embora os resultados tenham demonstrado que no Grupo B 29% “freqüentemente” e 21% (Tabela 1) “quase sempre” recorrem à droga para testarem o seu autocontrole, encontramos também grande percentual de respostas que sugerem que quando os pacientes estão motivados a tratar-se, o tratamento pode ser eficaz na manutenção da abstinência. Visto que, no Bloco VI, 42% dos alcoolistas “nunca” (N) bebiam e 33% “raramente” (R) ao lidarem com *situações relacionadas ao tratamento* e 19% “nunca” e 29% “raramente” dos usuários do Grupo B abusavam da droga diante dessas situações (Tabela 1). A recaída é uma condição crônica para estes indivíduos; portanto, o fato de saberem que a recaída também faz parte do processo de recuperação talvez os deixe mais seguros e confiantes de que podem parar de beber ou usar droga se persistirem no tratamento.

Em estudo realizado com 170 pacientes, em tratamento no biênio 2000/2001, no Centro de Convivência referido nesse estudo, os resultados mostraram que 36% não concluíram o tratamento no tempo previsto, seja por abandono ou alta a pedido. O uso do padrão anterior de consumo instala-se rápida e novamente, e não o oposto, que seria a aderência ao tratamento e a outro hábito, o de se tratar e viver adequadamente em seu meio sócio-familiar³. Essa

característica pode estar relacionada com a personalidade desses pacientes, falta de motivação para mudar de hábitos, defesas extremamente rígidas e forte sentimento de ambivalência em relação ao consumo de substância.

Após a análise dos resultados, pôde-se constatar que os indivíduos “freqüentemente” ou “quase sempre” bebem ou utilizam outra substância psicoativa quando submetidos a situações de risco. Nos dois grupos estudados, a maior prevalência de uso concentra-se na dificuldade que os indivíduos têm de lidar com situações relacionadas com o hábito de usar álcool ou droga, seguida da dificuldade de lidar com situações que envolvem a diversão e o prazer.

Até o momento, esse instrumento foi testado em vinte e um pacientes do Centro de Convivência local de realização deste estudo. Sua validade, confiabilidade e sensibilidade estão em fase de avaliação.

CONCLUSÃO

O estudo mostra que existem mais similaridades do que diferenças nas categorias de recaídas entre os dois grupos. Observou-se que as situações de maior risco relatadas estão freqüentemente associadas com a recaída, não importando a substância psicoativa utilizada. Esse padrão de achados apóia a hipótese de que existe um mecanismo comum subjacente ao processo de recaída entre os diferentes comportamentos estudados.

Os instrumentos Inventário de Situações de Beber (ISB-42) e Inventário de Situações de Uso de Drogas (ISUD-42) utilizados neste estudo são úteis e necessários tanto para os profissionais que trabalham com dependência química, como para os que apresentam problemas com álcool ou drogas. Os pacientes podem utilizá-los fazendo parte de um programa de autocontrole e manutenção da abstinência, através da aquisição de habilidades para lidar com situações de risco e modificações no estilo de vida. Os profissionais que trabalham com prevenção de recaídas podem conhecer, através das escalas, os determinantes de recaídas e elaborar plano terapêutico adequado, visando aquisição de habilidades sociais dessa clientela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Focchi GRA, Andrade AG, Leite, MC, Laranjeira R. Dependência química: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001. p.01-48.

2. Marlatt GA & Gordon RJ. Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Trad.: Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993. 501 p
3. Matos MT. O paciente dependente químico: características de pacientes atendidos no Centro de Convivência Elo de Vida. In: II Jornada Baiana de Psiquiatria; 2003; Salvador (BA).
4. Moraes LMP, Braga VAB. O adolescente e as drogas psicoativas: uma abordagem conceitual. In: Rev. RENE. Fortaleza (CE) 2003 jul./dez.; 4(2): 67-74.
5. Allen JP, Fertig JB. Assessment in alcoholism treatment: an overview. In: Assessing Alcohol Problems. A Guide for Clinicians and Researchers. NIAAA Treatment Handbook Series 4, NIH. Bethesda, 1995.
6. Room R, Janca A, Bennett LA, Schmidt L, Sartorius N. Who Cross-Cultural Applicability Research on Diagnosis and Assessment of Substance Use Disorders: An Overview of Methods and Selected Results. *Addiction*, 1996. 91: 199-220.
7. Annis H. Inventory of drinking situations-addiction research foundation, Toronto, 1982.
8. Annis H, Martin G. Inventory of Drug Taking Situations (IDTS) – Addiction Research Foundation, Toronto, 1985.
9. Silva EA, Pinsky I, Marques AC, Formigoni MLOS. Situações de risco do uso de álcool e outras drogas: detecção por um instrumento padronizado. In: XI Congresso Brasileiro de Alcoolismo e outras Dependências, Belo Horizonte (MG), 1995.
10. Silva, EA, Formigoni MLOS. Brazilian adaptation of the Inventory of Drinking Situations (IDS) for analysis of risk situations in alcohol and drug dependent patients. *Rev. Psiq. Clínica*, 1999; 26 (1).
11. Skinner HA, Steinhauer PD & Santa BJ. Family assesment measure. In: *Canadian Journal of Community Mental Health* 1983; 2 (2): 91-105.
12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.333 de Janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl.): 15-25.
13. Morihisa SR, Scivoletto S. Conceitos básicos no tratamento de adolescentes usuários de drogas. In: Aspectos básicos do tratamento das dependências químicas. Brasília: SENAD. 2002. 2, cap. 30. p. 57-62.
14. Hoffmann J & Carboneb FG. Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug abuse: an event history analysis. In: *Drug and Alcohol Dependence*, 2002; 66(3):255-264.
15. Hore BD. Life events and alcoholic relapse. *British Journal of Addiction*, 1971.
16. Oetting ER, Donnermeyer JE. Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. In: *Substance Use and Misuse*, 1998; 33(4), 995-1026.
17. Marlatt, GA. Craving for alcohol, loss of control, and relapse: a cognitive-behavioral analysis. In: Nathan PE, Marlatt GA & Loberg T. (Eds.), *Alcoholism: new directions behavioral research and treatment*. New York: Plenum, 1978.
18. Cummings C, Gordon, JR, & Marlatt, GA. Relapse: strategies of prevention and prediction. In: Miller WR. (Ed.), *The addictive behaviors: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Oxford, U. K: Pergamon Press, 1980.
19. Xavier Da Silveira D. Dependências: De que estamos falando afinal? In: Secretaria Nacional Antidrogas(BR). *Aspectos Básicos do tratamento das dependências químicas*. Brasília, 2002.1 cap.5, p.47-54.

RECEBIDO: 13/07/05

ACEITO: 09/03/06