



UC/FPCE-2008

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Padrões de Consumo de Álcool em Programas de Substituição de Opiáceos

Ana Leonor Batista Henriques (e-mail: anita_ruiva@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de sub-especialização: Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas) sob a orientação do Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão

Padrões de Consumo de Álcool em Programas de Substituição de Opiáceos

Resumo: Dado o impacto do consumo de álcool nos Programas de Substituição de Opiáceos, o presente estudo centra-se na avaliação dos Padrões de Consumo de Álcool (PCA) nos utentes em Programas de Substituição com Metadona (PSM) e Subutex (PSS). Pretende-se, também, medir a influência das variáveis sócio-demográficas e psicopatológicas nesses mesmos padrões de consumo.

Este estudo desenvolveu-se numa amostra de 79 heroínod dependentes, da Equipa de Tratamento de Coimbra, 39 em programa de metadona e 40 em programa de subutex. Utilizou-se o “*The Alcohol Use Disorders Identification Test*” (AUDIT) e o Inventário de Sintomas Breves (BSI). Os resultados indicam que o PCA está relacionado com o Programa de Substituição, destacando-se uma percentagem significativa de consumo problemático nos doentes em PSM. Nesta amostra o PCA é uma função de doses diárias mais elevadas e mais tempo de permanência em tratamento e, associa-se com o género masculino, idades de início de consumo de álcool mais precoces, consumo concomitante de cocaína e presença de perturbação mental. Nos utentes em PSS o consumo de álcool é menos significativo e parece ser modelado pela situação profissional e pelo consumo concomitante de heroína e outros mais do que pelo programa de substituição.

Palavras chave: padrões de consumo de álcool, metadona, subutex, perturbação mental, policonsumos.

Patterns of Alcohol Use on the Opioid Substitution Treatment

Abstract: In order the impact of alcohol consumption on the Opioid Substitution Treatment, the present study focus the avaluation of Alcohol Use Patterns (PCA) in users included on the Substitution Treatment with Methadone (PSM) and Subutex (PSS). The investigation also want to determine the influence of the sócio-demographic and pscopathologies factors on the same use patterns.

This study was developed with a sample of 79 heroine addicts followed in the Treatment Unity of Coimbra, 39 users in PSM and 40 in PSS. It was used “*The Alcohol Use Disorders Identification Test*” (AUDIT) and the “*Brief Symptom Inventory*” (BSI). The results shown that PCA is related with the Substitution Treatment, standing out a significative percentage of a problematic alcohol use on PSM users. In this sample, PCA is related with higher daily doses and higher time at the treatment, and can also be associated with manhood, premature beginning of the alcohol use, concomitant use of cocaine and mental disorder presence. On PSS users, alcohol use is less significative and appears to be model by the professional situation, the concomitant heroine use and others more than for the substitution treatment.

Key Words: patterns of alcohol use, methadone, subutex, mental disorder, polyabuse.

Agradecimentos

Aos meus Pais, por me ajudarem a chegar até aqui, pela confiança e estímulo incondicionais.

À minha Avó, por tudo aquilo que as palavras não conseguem exprimir. Sem ela nada disto seria possível.

Ao meu Amor, pela presença e apoio constantes nos momentos mais difíceis. Sem o seu carinho, dedicação e muita paciência tudo teria sido muito mais complicado.

Às minhas Amigas, não querendo pronunciar nomes porque elas sabem quem são, agradeço o facto de serem minhas amigas e de partilharem comigo os momentos mais difíceis desta caminhada. Agradeço-vos por terem estado presentes sempre que precisei e por acreditarem sempre em mim mesmo nos meus momentos de maior desânimo.

Aos meus colegas Estagiários, pela ajuda que sempre disponibilizaram e pela partilha de conhecimentos e experiência.

A todas as pessoas fantásticas da Equipa de Tratamento de Coimbra, pela sua preocupação, apoio e carinho demonstrados. E sem dúvida, pela experiência clínica que me proporcionaram.

Ao Professor Doutor Rui Paixão, pela orientação e ensinamentos.

A todos aqueles que me ajudaram a tornar possível este trabalho, em particular a todos os que se disponibilizaram para responder ao protocolo.

A todos aqueles de que me esqueci, os meus mais sinceros agradecimentos e pedido de desculpa.

Índice

Introdução.....	1
I – Enquadramento Conceptual.....	2
1. Programas de Substituição com Metadona.....	2
2. Álcool e a Interacção Álcool/Metadona.....	4
3. Consumo de Álcool em PSM.....	5
4. O Impacto do Consumo de Álcool nos resultados do Programa de Metadona.....	7
5. O Consumo de Álcool e outras drogas: a problemática dos Policonsumos.....	8
6. Psicopatologia em utentes em PSM consumidores de Álcool.....	9
7. Metadona, Álcool e Comorbilidade Psiquiátrica.....	11
8. Buprenorfina: Os Programas de Substituição com Subutex	13
9. Buprenorfina, Metadona e Álcool.....	14
II – Objectivos.....	16
III – Metodologia.....	19
1. Amostra.....	19
2. Instrumentos de Avaliação.....	21
2.1. AUDIT.....	22
2.2. BSI.....	24
3. Procedimentos e Tratamento Estatístico dos dados.....	25
IV – Resultados.....	26
1. Estudo da influência das Variáveis Sócio-demográficas no Padrão de Consumo de Álcool.....	26
1.1. Padrão de Consumo de Álcool e Género.....	27
1.2. Padrão de Consumo de Álcool e Situação Profissional.....	27
1.3. Padrão de Consumo de Álcool e Habilitações Literárias.....	28
1.4. Padrão de Consumo de Álcool e Idade de Início de Consumo de Álcool.....	29
2. Estudo da influência das Variáveis Clínicas e Psicopatológicas, associadas à toxicodependência, no Padrão de Consumo de Álcool.....	30
2.1. Padrão de Consumo de Álcool e Idade de Início de Consumo de Heroína.....	30
2.2. Padrão de Consumo de Álcool e Consumo Concomitante de Outras Drogas.....	32
2.3. Padrão de Consumo de Álcool e Presença de Perturbação Mental.....	35
2.4. Presença de Perturbação Mental e Dose de Manutenção de Metadona e de Subutex.....	39
3. Padrão de Consumo de Álcool e Programa de Substituição	40

3.1. Padrão de Consumo de Álcool e Dose de Manutenção de Metadona e Subutex.....	41
3.2. Padrão de Consumo de Álcool e admissão/readmissão em Programa de Metadona.....	42
3.3. Padrão de Consumo de Álcool e Tempo de Permanência em PSM e PSS.....	43
V – Discussão.....	44
VI – Conclusões.....	49
Bibliografia.....	51
Anexos.....	58

Introdução

A degradação da população toxicodependente, visível na apatia da expressão visual e corporal, na indiferença perante o outro, somada ao concreto do pedido de ajuda, evidenciam a pobreza do imaginário e a ambivalência do ser toxicodependente: o indivíduo que pede com uma mão para se tratar e se droga com a outra.

Torna-se, assim, fundamental responder de modo claro com intervenções terapêuticas transdisciplinares, integradas em planos de tratamento desenvolvidos em rede e/ou interinstitucionalmente. Contudo, apesar da consciência desta necessidade, o tratamento da dependência de substâncias particulares como o álcool, por exemplo, continua a ser efectuado em estruturas institucionais específicas e, muitas vezes, diferenciadas. Como referem Morel, Favre e Rigaud (2001), também por esta razão, “a revisão das fronteiras conceptuais, aproximação e recomposição dos dispositivos institucionais” torna-se cada vez mais urgente. Os mesmos autores realçam, ainda, a pertinência de uma base comum de intervenção. Especialmente, pela presença de factores individuais e significações ao nível do sofrimento psíquico e pelo paralelismo entre a história da adição e o plano de tratamento individual.

Sabendo da importância de proceder a uma avaliação global do impacto do consumo de álcool na dependência de outras substâncias e da sua provável implicação no delineamento, desenvolvimento e resultados dos programas de tratamento disponíveis, o estudo a que nos propomos tem como objectivos:

- a) Avaliar os padrões de consumo de álcool dos utentes em Programa de Substituição com Metadona (PSM), comparativamente com os utentes em Programa de Substituição com Buprenorfina (Subutex);
- b) Relacionar os Padrões de Consumo de Álcool (PCA) com outras variáveis, tais como, variáveis sócio-demográficas e variáveis associadas com o historial clínico dos toxicodependentes;
- c) Verificar a importância da variável perturbação mental na manutenção dos pacientes em programas de substituição com metadona ou subutex;
- d) Avaliar a existência de relação entre a ocorrência de perturbação mental e os padrões de consumo de álcool.

Em termos de estrutura, o trabalho apresenta-se organizado em duas partes: a primeira inclui a fundamentação teórica, nomeadamente os principais paradigmas conceptuais e os resultados da investigação na área e a segunda o estudo empírico sobre a importância dos padrões de consumo de álcool nos toxicodependentes de opiáceos em programas de substituição com metadona e subutex.

I – Enquadramento conceptual

1. Programas de Substituição com Metadona

Os Programas de Substituição com Metadona (PSM), também identificados como Programas de Manutenção com Metadona (PMM), são uma forma de substituição opiácea amplamente utilizada no tratamento deste tipo de toxicodependentes. São considerados intervenções eficazes no tratamento da dependência de heroína, pois retêm os utentes em tratamento, diminuindo o uso de heroína e problemas relacionados com a saúde e criminalidade (Bertschy, 1995; Mattick, Breen, Kimber, & Davoli, 2003).

O uso de metadona para tratar heroínodedependentes, segundo Fromberg (1997), teve o seu início na década de 60 por Dole e Nyswander. Fundamenta-se nas teorias médico-somáticas que concebem a heroína como um produto capaz de gerar um distúrbio metabólico que se revê numa dependência química e numa cascata de efeitos secundários. A metadona, aplicada neste contexto, rectifica as perturbações metabólicas provocadas pelo uso de heroína e bloqueia o seu efeito de euforia, permitindo aos doentes funcionar normalmente. São principalmente os efeitos fisiológicos, a tolerância e a farmacodependência da heroína que determinam a utilização de metadona no tratamento: “A utilização de produtos de substituição com efeitos retardados e prolongados representa uma ferramenta terapêutica para a estabilização geral dos heroínómanos” (Lowenstein, 1998, p. 19).

Actualmente, os tratamentos com metadona estão integralmente assumidos como medida terapêutica de grande eficácia, tanto mais quanto visam a redução de danos e se integram numa política de rede de cuidados de saúde integrados:

A metadona demonstrou, com êxito, poder reter as pessoas em tratamento, eliminando ou diminuindo muito o consumo de heroína durante o tratamento e, reduzindo o risco de infecção por VIH. Provoca, ainda, uma melhoria no estado de saúde mental e físico dos utentes, ao mesmo tempo que aumenta a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias e conduz a uma redução da criminalidade (Verster & Buning, 2000, p. 1).

A literatura revela que o objectivo primordial dos PSM é, antes de mais, a estabilização, encarada como fundamental na abordagem psicoterapêutica do toxicodependente, no sentido da mudança e saída dos consumos: “ (...) o objectivo é, numa primeira fase, a estabilização do heroínómano ou do politoxicómano e, seguidamente, a longo prazo, a saída da toxicomania, (...) seja por meio de um agonista opiáceo, a metadona, seja por meio de um agonista-antagonista, a buprenorfina, seja ainda mais recentemente por meio de um antagonista, a naltrexona.” (Lowenstein, Gourarier, Coppel, Lebeau, & Hefez, 1998, p. 143).

De acordo com Verster e Buning (2000), uma condição específica para que o PSM tenha êxito é dar ao paciente a informação relevante

necessária, que deve incluir, entre outros, os seguintes aspectos: 1) os efeitos máximos da metadona são obtidos após 2 a 3 horas da toma; 2) o efeito máximo da metadona é atingido sensivelmente ao 5º dia; 3) alertar para o risco do consumo de diversas drogas durante o tratamento com metadona, particularmente outros opiáceos, cocaína, benzodiazepinas e álcool; 4) o efeito de outros medicamentos que incrementam ou inibem a actividade com consequentes mudanças na concentração de metadona.

A metadona é um potente opiáceo agonista sintético, utilizado no tratamento da dependência de heroína, similar à morfina e heroína, actuando directamente nos receptores μ talâmicos e hipotalâmicos, que se encontram particularmente envolvidos na analgesia, euforia e depressão respiratória. A manutenção da estimulação dos receptores μ pode obviar os sintomas de abstinência e tolerância. A metadona é, pois, largamente usada no tratamento da dependência de narcóticos, devido à sua eficácia para eliminar o “craving” e providenciar um bloqueio contra a heroína (Caputo *et al.*, 2002).

Tem uma vida média de 24 a 36 horas e pode ser administrada por via oral em doses diárias. Permite uma estabilidade dos níveis plasmáticos entre as tomas diárias, evitando sintomas de abstinência durante um dia (Laíns, 2006).

O tratamento com metadona é uma forma largamente utilizada e efectiva no tratamento da dependência de heroína que impõe o acompanhamento médico regular e o apoio psicoterapêutico e/ou psicossocial: a qualidade da relação será sempre central e primordial, sem a qual nenhuma mudança será possível ou duradoura. O terapeuta terá que estar atento ao desejo latente do toxicodependente de conseguir estabelecer uma relação de harmonização que não foi vivida nas suas relações precoces, procurando na relação terapêutica retomar a relação primária suspensa (Câmara, 1998).

De acordo com Lowenstein e colaboradores (1998) existe uma grande evidência empírica no que se refere à pertinência da metadona nos casos em que o consumo de drogas evolui para um contexto de comorbilidade psiquiátrica. O consumo de drogas pode revelar perturbações de personalidade e, deste modo, um tratamento de substituição pode conduzir a uma eclosão sintomática: “podem encontrar-se três tipos de problemas: a emergência de sintomas psicóticos delirantes ou deficitários, a ocorrência de acessos depressivos major e a explosão de perturbações do comportamento, que tornam problemático o prosseguimento do tratamento” (Lowenstein *et al.*, 1998, p. 92).

Espera-se, como já foi referido, que através do PSM se promova uma redução ou eliminação do consumo de opiáceos ilícitos. Contudo, muitos utentes, apesar da toma diária de metadona, continuam a consumir drogas ilícitas e lícitas. É nesta categoria que destacamos o álcool, pois embora este seja uma substância lícita acarreta consequências negativas para o utente e para o processo de tratamento.

2. Álcool e a Interação Álcool/Metadona

O primeiro contacto do Homem com o álcool deverá situar-se, em termos históricos, na transição do período Paleolítico para o Neolítico. Através do estudo das diversas civilizações e dos vários países e culturas destaca-se a universalidade das bebidas alcoólicas, encaradas como necessidade fundamental (Pereira, Ângelo, & Mota, 2003). A cultura dominante na nossa sociedade encara o efeito da embriaguez como uma força sobrenatural, positiva ou negativa (CRAC, 2003).

De acordo com os objectivos do trabalho aqui apresentado, o álcool inclui-se no âmbito das perturbações relacionadas com as substâncias, tal como apontado pela DSM-IV-TR (2002). A característica essencial da Dependência de Substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta. Existe um padrão de auto-administração repetida que resulta geralmente em tolerância¹, abstinência^{2,3} e comportamento compulsivo quanto ao consumo de drogas (DSM-IV-TR, 2002).

Ainda de acordo com a DSM-IV-TR (2002), as perturbações de consumo de substâncias incluem perturbações relacionadas com o consumo de uma droga de abuso (incluindo álcool)⁴ com os efeitos secundários de um medicamento ou com exposição a tóxico (DSM-IV-TR, 2002).

Deste modo, devemos considerar o tratamento da dependência ou abuso de álcool quando este coexiste com dependências de outras

¹ “A tolerância consiste na necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade de substância” (DSM-IV-TR, 2002, p. 193).

² “A abstinência é uma alteração comportamental desadaptativa, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações tecidulares ou sanguíneas de uma substância diminuem num sujeito que manteve uma utilização prolongada e maciça de uma substância” (DSM-IV-TR, 2002, p. 194).

³ “Nem a tolerância nem a abstinência são necessárias ou suficientes para um diagnóstico de Dependência de Substâncias. Todavia, na maioria de classes de substâncias, a história anterior de tolerância ou abstinência está associada a uma evolução clínica mais grave” (DSM-IV-TR, 2002, p. 194).

⁴ O abuso pode ser definido como “um padrão desadaptativo de utilização da substância, manifestado por consequências adversas, recorrentes e significativas, relacionadas com a utilização repetida das substâncias. Para que o critério de Abuso seja preenchido, o problema relacionado com substâncias deve ter ocorrido de forma repetida ou ter-se mostrado persistente durante o mesmo período de 12 meses” (DSM-IV-TR, 2002, p. 198).

substâncias, em especial com dependência de heroína ou no decurso do tratamento com metadona.

No mesmo sentido, nos PSM a interacção do álcool com a metadona deve ser considerada, pois ambos são depressores do Sistema Nervoso Central, isto é, ambos podem conduzir a uma tolerância cruzada parcial entre os opiáceos e o álcool, sobretudo no que diz respeito aos efeitos analgésicos do etanol. De acordo com Schukit (1998) a tolerância refere-se a uma diminuição da eficácia de uma das substâncias quando administrada a alguém que já desenvolveu tolerância à segunda categoria. “ (...) tanto os opiáceos como os depressores exercem efeito depressor no SNC, de tal forma que cada um deles potencia as acções do outro numa *overdose*, aumentando a probabilidade de morte” (Schukit, 1998, p. 317). Outros estudos reforçam esta ideia e a preocupação de que o uso simultâneo de depressores do SNC está directamente associado a casos de *overdose* por opiáceos (Strang *et al.*, 1999). De qualquer modo, o uso de bebidas alcoólicas, durante um programa de tratamento com metadona, deve ser sempre objecto de análise com o doente, dado que este pode utilizar a bebida como meio de potenciar os efeitos da metadona (Maremmani & Shinderman, 2000).

3. Consumo de Álcool em PSM

Os dependentes têm grandes dificuldades em respeitar a abstinência de heroína e de outras substâncias, nomeadamente o álcool. Este tipo de consumos alternativos pode traduzir, por um lado, a manutenção do consumo de drogas e expor, por outro, o utente a riscos acrescidos (Patrício, 2002).

A dependência de álcool afecta aproximadamente 10% da população geral (Laíns, 2006). Nos doentes em PSM, a investigação tem demonstrado a existência de consumo excessivo e de, conseqüentemente, problemas relacionados com esse consumo. Segundo Rittmannsberger, Silberbauer, Lehner e Ruschak (2000) aproximadamente 52% dos indivíduos em PSM apresentam indicadores de consumo de álcool, e 32% apresentam critérios severos para o abuso de bebidas alcoólicas. Os indivíduos sem indicadores de consumo de álcool apresentam, também, uma melhoria nos parâmetros de vida ao longo do tempo (Rittmannsberger *et al.*, 2000). De acordo com estes dados, a dependência de álcool em doentes em PSM é um problema de grande importância e que deve ser levado em conta no processo terapêutico.

Kreek (1978), por exemplo, numa amostra de 214 doentes, relata que 20% eram consumidores graves de álcool, antes da sua entrada no PSM. Outros autores, do mesmo modo, apontam para o uso em excesso de álcool existir de forma continuada antes da entrada no PSM (Joseph & Appel, 1985; El-Bassel, Schilling, Turnbull, & Su, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000).

Contudo, outros estudos assinalam uma relação inversa entre o uso de

heroína e álcool muito antes da entrada no tratamento de substituição com metadona (Anglin, Almog, Fisher, & Peters, 1989; El-Bassel, 2001). Estes estudos chamam a atenção para o facto de, quanto maiores os consumos de heroína menor a probabilidade de consumo de álcool, o que significaria um aumento do consumo de álcool durante os programas de substituição com metadona. Este aumento do consumo de álcool funcionaria como uma compensação às doses de metadona estabelecidas no PSM. Neste sentido, alguns estudos sugerem efectivamente que o consumo de álcool aumenta após a entrada no PSM, embora outros refiram uma estabilização deste consumo (Ball & Ross, 1991; Fairbank, Dunteman, & Condelli, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000). No entanto, tem também sido assinalado que o uso de álcool, antes da entrada em PSM, é preditivo do consumo e quantidade de álcool usado após a entrada no programa (Kaufman, 1982; Hunt *et al.*, 1986; Fairbank, Dunteman, & Condelli, 1993).

Dependendo do modo como é definido o conceito de dependência de álcool, as taxas de “alcoolismo” podem variar entre os 5% e 49% (Brown, 1973; Liebson, Bigelow, & Flamer, 1973) ou entre os 20% e 40% (Baden, 1973) nos doentes em PSM.

Em relação ao período durante os programas de metadona, a médio e longo prazo, Caputo e colaboradores (2002) defendem que o consumo de álcool tem tendência a aumentar. O mesmo foi comprovado por outras investigações, onde se verifica que esse aumento pode ser de 100% após a entrada no tratamento (Liebson *et al.*, 1973; Bihari, 1974; Stimmel, Cohen, & Sturiano, 1983). Os resultados destes estudos não são confirmados por grande parte dos toxicodependentes que afirmam ter iniciado o consumo de álcool muito precocemente (12/13 anos) ou mesmo antes ou durante o tempo em que consumiam heroína e outras drogas (Bihari, 1974; Simpson, 1973; Barr & Cohen, 1980; Barr, 1987). Para Schuckit (1998) a idade média da primeira utilização de qualquer droga, na população heroínoindependentes, ronda os 14 anos e, esta população geralmente inicia esses consumos com álcool e/ou haxixe/marijuana.

Neste contexto, Barr e Cohen (1980) estudaram numa amostra de 586 doentes a ocorrência de abuso de álcool entre dependentes de heroína e se existia um aumento deste consumo em 10 grupos de tratamento de metadona. Concluíram que a entrada no programa de metadona não levava necessariamente ao aumento do consumo de álcool, mas que metade dos toxicodependentes da amostra estudada tinham consumido quantidades excessivas de álcool em algum momento das suas vidas e que 25% referiam ter experimentado problemas significativos relacionados com o álcool.

No mesmo sentido, Caputo e colaboradores (2002) avaliaram as mudanças dos padrões de consumo de álcool numa população de dependentes de heroína, durante as primeiras 4 semanas de um programa de tratamento. Este programa de tratamento incluía indivíduos em PSM e noutros programas de tratamento, com a duração mínima de 1 ano. A amostra era constituída por 359 dependentes de heroína, seguidos em ambulatório; todos os doentes cumpriam os critérios de diagnóstico da

DSM-IV e foram estudados durante 4 meses. Após as primeiras 4 semanas do programa de tratamento, observou-se uma redução significativa no consumo diário de álcool no grupo em PSM, mas não no grupo não incluído no programa de substituição. Os resultados deste estudo sugerem um possível efeito a curto prazo da administração de metadona na redução do consumo de álcool numa população de dependentes de heroína, não alcoólicos. Os autores concluem, ainda, que a curto prazo o PSM pode diminuir o consumo de álcool, enquanto que a longo prazo o PSM pode aumentar esse mesmo consumo. Neste último caso, o aumento do consumo de álcool funcionaria como uma compensação à abstinência continuada de heroína, isto é, estaria na base do aumento do consumo de álcool durante os programas de metadona observado por outros autores (Rittmannsberger *et al.*, 2000; Anglin *et al.*, 1989; El-Bassel, 2001).

Outros estudos têm verificado comportamentos instáveis por parte destes sujeitos heroínómanos em programas de manutenção em metadona, com períodos de consumos elevados alternados por breves períodos de abstinência (Bickel & Rizzuto, 1991).

Todos estes dados parecem sugerir que os utentes em metadona apresentam elevados níveis de dependência de álcool ou padrões de consumo considerados abusivos que afectam negativamente a adesão ao programa, assim como o seu estado de saúde físico e mental (El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999).

4. O Impacto do Consumo de Álcool nos resultados do Programa de Metadona

El-Bassel e colaboradores (1993) examinaram os preditores do alcoolismo, utilizando o *Michigan Alcohol Screening Test* (MAST), numa amostra de 201 doentes em PSM. Concluíram que um quinto da amostra apresentava critérios de dependência de álcool e que, quaisquer que fossem as taxas de prevalência e o momento do início do consumo de álcool, os doentes em metadona apresentavam elevados índices de dependência de álcool, o que afectava adversamente a sua adesão ao programa de tratamento e a sua saúde física e mental. No mesmo sentido, Stastny e Potter (1991) constataram, numa amostra de utentes em PSM, que aqueles que eram considerados alcoólicos antes de entrarem no programa continuavam os consumos de forma exagerada. Defenderam, também, que este consumo de álcool, juntamente com o consumo de cocaína, era responsável pela falência dos resultados dos PSM. Contudo, permanecem por investigar outros factores, quer sociais quer individuais, que expliquem o consumo de álcool entre os utentes de metadona.

O abandono do tratamento de substituição por parte de alguns utentes é explicado pelo abuso de álcool, isto é, segundo Joseph e Appel (1985), cerca de 11% a 26% dos *drop-out* do programa parecem estar relacionados com esta variável.

Contrariamente, investigações clínicas realizadas nos EUA mostraram que 1 em cada 10 clientes apresentava critérios de dependência de álcool e que estes clientes permaneciam mais tempo no tratamento e podiam ser concomitantemente consumidores de cocaína.

Deste modo, o consumo de álcool e cocaína caracterizam, em muitos casos, os utentes em metadona. Para além do abuso de álcool, as complicações médicas associadas com o uso de cocaína e infecção por VIH, constituem o mais sério problema encontrado entre os doentes em PSM (Caputo *et al.*, 2002).

Roszell e colaboradores (1986) utilizaram como instrumentos de avaliação, numa amostra de 166 sujeitos, o MMPI, o Brief MAST e calcularam, ainda, o índice de severidade da adicção (ASI). Concluíram que o ASI estava negativamente relacionado com o estatuto e com o facto dos sujeitos não trabalharem, ou seja, quanto maior o índice menor a probabilidade dos indivíduos desempenharem uma actividade profissional. Mostrava-se, também, positivamente relacionado com o consumo de outras drogas ilícitas e a actividade criminal. Contudo, há estudos que revelam que o alcoolismo é um problema de todos os estratos sociais e económicos, de todas as idades, religiões, países e de ambos os sexos (Schuckit, 1998).

Concluindo, o uso de álcool poderá estar associado ao aumento da actividade criminal (Roszell, Calsyn, & Chaney, 1986), a maior número de sintomas/problemas psiquiátricos e psicológicos (El-Bassel *et al.*, 1993) e a maior probabilidade de consumo de drogas ilícitas e risco de *overdose* (Joseph & Appel, 1985; Chatman, Rowan-Szal, Joe, & Dwayne, 1995; Best, Gossop, Lehmann, Harris, & Strang, 1999). Do mesmo modo, a população em PSM parece sofrer não só de uma dupla adicção, mas também de sintomas psiquiátricos adicionais que podem ser independentes ou induzidos pelo álcool (Regier *et al.*, 1991 *cit. in* Bihari 1974; Hermann & Appel, 1985 *cit. in* El-Bassel, Schilling, Turnbull, & Su, 1993).

5. O Consumo de Álcool e outras drogas: a problemática dos policonsumos

O consumo combinado de álcool e outras drogas é uma problemática bastante importante no domínio da toxicodependência, desde logo pela sua extraordinária frequência (Caetano & Weisner, 1995; Gossop, Manning, & Ridge, 2006).

De acordo com Miller e Bennett (1996) os consumidores de álcool abusam frequentemente de outras drogas como tabaco, marijuana, cocaína, metanfetaminas e opiáceos. Nos utentes em metadona o consumo destas substâncias juntamente com o uso e abuso de álcool é frequente (Ward, Mattick, & Hall, 1998; Wasserman, Weintein, Havassy, & Hall, 1998).

Num estudo sobre os padrões de abuso de heroína, cocaína e álcool durante um programa de tratamento com metadona a longo termo, numa amostra de 103 indivíduos dependentes de heroína em tratamento durante

dois anos, os investigadores concluíram que antes de iniciarem o PSM, os indivíduos que participaram no estudo não só abusavam de heroína como de cocaína e de álcool; durante o tratamento uma parte dos doentes absteve-se do uso de drogas, outra alternou entre períodos de abuso e não abuso; os utilizadores crónicos continuaram o seu uso, incluindo períodos de abuso diário durante o PSM. Assim, Dobler-Mikola e colaboradores (2005) apontam para a existência de uma relação entre os padrões temporais de consumo adicional de cada uma das drogas durante o PSM, nomeadamente um paralelismo entre o abuso de heroína e o de cocaína. Cerca de 50% dos abstinentes de heroína eram, também, abstinentes de cocaína. Os utilizadores crónicos de heroína eram, também, utilizadores crónicos de cocaína. Mais de 50% dos utilizadores de cocaína eram utilizadores crónicos de álcool (Dobler-Mikola, Hattenschwiler, Meili, Beck, Boni, & Modestin, 2005)

Dobler-Mikola e colaboradores (2005) realizaram uma previsão ao longo do tempo dos padrões de abuso de álcool e concluíram que a probabilidade de um doente com uma longa história de abuso de heroína se tornar um abusador crónico de álcool é de 95%. Os autores estudaram também a intensidade do uso prévio de substâncias ao PSM, como preditor do padrão longitudinal do abuso adicional de drogas e da pré-abstinência de álcool ao PSM. Os resultados evidenciaram que a abstinência de álcool, antes de entrar no programa, diminuiu significativamente a probabilidade do uso crónico de álcool durante o programa.

Uma longa história de abuso de heroína e um consumo diário de álcool na pré-admissão no PSM permitem, assim, prever o consumo de álcool durante o PSM. Também a intensidade e o tipo de consumo de cocaína e álcool na pré-admissão ao PSM têm tendência a manter-se durante o programa: são os abusadores de cocaína que apresentam maior probabilidade de se tornarem abusadores crónicos de álcool (Dobler-Mikola *et al.*, 2005).

Segundo Miller e Bennett (1996) o sucesso do tratamento só será possível se se tiver em conta as questões relacionadas com o consumo de drogas e álcool, colocando uma ênfase particular no acesso, motivação, *design* do tratamento e resultados da avaliação.

6. Psicopatologia em utentes em PSM consumidores de Álcool

O consumo de substâncias psicoactivas encontra-se frequentemente associado à existência de perturbação mental. Regier e colaboradores (1996, *cit. in* Oken, Blaine, Genser, & Horton, 1997) demonstraram que mais de metade dos sujeitos (53%) com história de consumo de substâncias psicoactivas, possui outros diagnósticos de perturbação mental. Cerca de dois terços dos sujeitos com diagnóstico de dependência de substâncias têm, ou já tiveram em algum momento, diagnóstico de perturbação mental. Do mesmo modo, alguns indivíduos com diagnóstico “crónico” de perturbação já tiveram contacto com substâncias ilícitas. Isso mesmo constataram

Graham e colaboradores (2001), ao verificarem, numa amostra de 3079 indivíduos, que 1369 podiam ser diagnosticados com uma perturbação mental severa e que destes, 24% consumiu álcool e/ou outras drogas de forma problemática num qualquer período das suas vidas (Graham, Maslin, Copello, Birchwood, Mueser, *et al.*, 2001).

Em 1997, Brooner e colaboradores levaram a cabo uma investigação onde a comorbilidade psiquiátrica foi encontrada em 47% de uma amostra de heroínomanos (47% do sexo feminino e 48% do sexo masculino), não havendo diferenças relativamente ao género. Estes doentes, indicados para PSM, tinham consumos concomitantes de pelo menos duas substâncias, a maior parte de cocaína e heroína. A comorbilidade foi associada com uma maior severidade do consumo das substâncias. Os diagnósticos mais comuns foram as perturbações de personalidade anti-social (21,5%) e de depressão major (15,8%), comuns nos homens e nas mulheres e, as associações positivas entre a comorbilidade psiquiátrica e a severidade dos consumos e outros problemas psicossociais (Brooner, King, Kidorf, Schmidt, & Bigalow, 1997).

As associações entre o consumo de drogas e/ou álcool e as perturbações de ansiedade e de humor consideradas em separado, são positivas e significativas (Grant, Stinson, Dawson, Chou, Dufour *et al.*, 2004). Também MacManus e Fitzpatrick (2007) avaliaram a dependência de álcool e a sintomatologia ansiosa e depressiva numa amostra de utentes em PSM. Os autores encontraram 56% (n=31) de indivíduos dependentes de álcool, percentagem igual para os que apresentaram sintomatologia ansiosa e 42% (n=23) de utentes com sintomatologia depressiva.

Nos utentes em metadona, o alcoolismo, para além de surgir como uma função dos anos de consumo de bebidas alcoólicas, surge associado à história anterior de desintoxicação de drogas, pequeno aumento proporcional da dose de metadona, sintomatologia psiquiátrica e número de anos de partilha de seringas (El-Bassel *et al.*, 1993). Estes autores (El-Bassel *et al.*, 1993) assinalam, ainda, que os utentes alcoólicos apresentam mais queixas psicopatológicas, sobretudo do tipo obsessivo-compulsivo, depressivo, fóbico e psicótico. Outros estudos confirmaram estes diagnósticos psicopatológicos, como Mehrabian (2001) que encontrou uma correlação positiva entre o consumo de álcool e/ou drogas e traços de ansiedade, pânico, depressão e somatização.

As desordens de personalidade anti-social podem, ainda, estar relacionadas com o uso precoce de álcool e com uma fraca adesão e/ou resposta ao tratamento (Gerstlcy, Alterman, McLellan, & Woody, 1990; Ross *et al.*, 1988).

Apesar da consistência dos estudos antes referidos, na verdade, alguns autores dizem ser muito difícil fazer afirmações definitivas relativamente à presença de comorbilidade psiquiátrica em alcoólicos dependentes de metadona. Efectivamente, esta comorbilidade pode estar relacionada com o consumo de álcool como fenómeno secundário à dependência (El-Bassel *et al.*, 1993). De qualquer modo, os doentes em PSM, com ou sem dependência

de álcool, apresentam mais psicopatologia psiquiátrica do que a população normal (Derogatis, 1975; Kosten, Rounsaville, & Kleber, 1986; Corty, Ball, & Myers, 1988).

Em síntese, ao que tudo indica, o consumo de álcool está associado ao consumo de outras substâncias e a perturbações do tipo psiquiátrico. Do mesmo modo, os utentes em metadona apresentam maiores índices de perturbação psiquiátrica comparativamente com a população normal, quer sejam ou não dependentes de álcool.

7. Metadona, Álcool e Comorbilidade Psiquiátrica

Os estudos têm chamado, também, a atenção para a relação entre a dose de metadona administrada e o consumo de álcool, assim como de outras drogas, e a presença de psicopatologia nos doentes em PSM (Maxwell & Shinderman, 1999; El- Bassel *et al.*, 1993; Maremmani & Shinderman, 1999)

A determinação da dose adequada de metadona pressupõe a avaliação do historial de consumos, de problemas de saúde, de sintomatologia psiquiátrica apresentada pelo doente, entre outras condições internas e externas ao doente (Laíns, 2006).

De acordo com Bertschy e colaboradores (1993), a maioria dos pacientes sente-se bem com uma dose diária de, pelo menos, 60mg/dia enquanto outros se podem contentar com uma dose mais baixa. Os autores sugerem, para aqueles que não permanecem abstinentes com a dose determinada, que não se deve hesitar em aumentar a dose para 80 ou 100 mg/dia. Logo, a dose necessária para um efectivo tratamento farmacológico da dependência de opiáceos pode ter uma variabilidade interindividual bastante abrangente.

Bell, Seres, Bowron, Lewis e Batey (1988) concluíram, através de um estudo que media a concentração de metadona no soro numa amostra de 43 indivíduos em PSM, que uma concentração de 100 mg/ml é adequada para conseguir a manutenção no programa. Ou seja, doses maiores de metadona conduzem a melhores resultados e a maior percentagem de taxa de retenção no tratamento.

Maxwell e Shinderman (1999) estudaram 164 utentes em PSM com doses superiores a 100mg/dia, com um intervalo entre 110 e 780mg/dia. Concluíram que as doses superiores a 100mg/dia são não apenas suficientes mas necessárias para prevenir o uso de drogas ilícitas, estabilizar os sintomas psiquiátricos e diminuir o abuso de álcool e benzodiazepinas. Assim, ao que tudo indica, doses inadequadas de metadona levam ao consumo de drogas ilícitas, consumo de álcool e benzodiazepinas pois estes doentes procuram complementar a sua “dose” com opiáceos ilícitos, benzodiazepinas e/ou álcool. Ainda de acordo com Maxwell e Shinderman (1999), a resposta do tratamento pode ser maximizada através do aumento da dose de metadona, como resposta ao uso de drogas ilícitas e angústia subjectiva relatada pelos

doentes. Também Hartel e colaboradores (1995) concluíram que uma dose elevada de metadona reduz e controla o consumo de opiáceos ilícitos, nomeadamente heroína (Hartel *et al.*, 1995). Contudo, chamam ainda a atenção para a grande relação de independência entre o uso de cocaína e o contínuo uso de heroína, associação que requer, segundo os autores, mais investigação.

El-Bassel e colaboradores (1993) numa amostra de 201 sujeitos em três programas de manutenção com metadona, destacaram que os alcoólicos começam a consumir álcool numa idade muito anterior à entrada no PSM e muitos admitem abusar de álcool antes da entrada no programa. Os alcoólicos, comparativamente com os não alcoólicos, reportam mais sintomas de somatização, comportamentos obsessivo-compulsivos, depressão, ansiedade fóbica e psicose. Os alcoólicos estão ainda associados a muitos anos de consumo de álcool, desintoxicação de abuso de drogas mas não de álcool, e poucos aumentos na dose de metadona ao longo do tempo. Assim, se conclui que os não alcoólicos relativamente aos alcoólicos, tendem a aumentar as doses de metadona ao longo do processo de tratamento.

Há, no entanto, evidência empírica de que os alcoólicos tendem a receber, no início do tratamento, doses mais elevadas de metadona do que os não alcoólicos, como forma de suprimir os consumos de álcool e daí, também, a justificação para os menores aumentos da dose ao longo do processo de tratamento (Ottomanelli, 1999; El-Bassel *et al.*, 1993). Os doentes alcoólicos em programas de metadona são uma população psicologicamente perturbada, e que, na melhor das hipóteses, recebe acompanhamento apenas para uma parte dos seus problemas. No trabalho de Ross, Glaser e Germanson (1988), com uma amostra de 501 sujeitos recebendo assistência para o consumo de álcool e abuso de outras drogas, 78% apresenta uma desordem psiquiátrica juntamente com o diagnóstico de abuso de substâncias (sobretudo drogas ilícitas). Do conjunto da amostra, ainda, 65% é abusadora de barbitúricos, hipnóticos, anfetaminas e álcool, e é diagnosticada como tendo perturbação psiquiátrica. As perturbações mais comuns são: perturbação de personalidade anti-social, fobias, disfunções psicosexuais, depressão major e distímia. Os sujeitos com psicopatologia apresentam problemas severos de consumo concomitante de álcool e drogas.

Maremmani e Maxwell (2000) constataram a existência de uma correlação entre a psicopatologia do eixo I e a necessidade de estabilização das doses de metadona. Os autores estudaram 90 heroínodependentes, entre os quais 38 diagnosticados com uma ou mais perturbações do Eixo I e 52 sem comorbilidade psiquiátrica. Para a estabilização clínica os sujeitos com comorbilidade psiquiátrica (psicótica, depressiva, bipolar e abuso de álcool) necessitaram de uma dose de 84mg/dia, enquanto que os apenas dependentes de heroína necessitaram de uma dose de 49mg/dia. Não se verificaram diferenças entre os dois grupos no que diz respeito à taxa de retenção no tratamento. Isto é, parece ser necessária uma dose média de metadona mais significativa nos utentes com comorbilidade psiquiátrica e com abuso de

álcool.

Em síntese, os doentes alcoólicos em programas de metadona são, ao que tudo indica, uma população psiquiatricamente muito perturbada (Ross *et al.*, 1988; Kosten, Rounsaville, & Kleber, 1986; Corty, Ball, & Myers, 1988), independentemente do facto dos doentes em PSM, com ou sem dependência de álcool, apresentarem, também, sistematicamente perturbações desse tipo (Derogatis, 1975; MacManus & Fitzpatrick 2007).

8. Buprenorfina: Os Programas de Substituição com Subutex

A Buprenorfina tem vindo a ser investigada desde os anos 70 como uma alternativa no tratamento da dependência de opiáceos. É um derivado da thebaina, um opiáceo categorizado até 2002 na categoria V dos analgésicos. Em 2002, baseado na necessidade de avaliação do seu potencial recreativo, de abuso e de dependência, o Drug Enforcement Administration (DEA) reclassificou a buprenorfina na categoria III dos narcóticos. Em Outubro de 2002 o Food and Drug Administration (FDA) aprovou a buprenorfina sob a forma de subutex sublingual.

A buprenorfina é um agonista parcial para o receptor μ e um antagonista parcial para o receptor kappa. Estes receptores, como já foi referido, encontram-se envolvidos na analgesia, euforia, sedação e depressão respiratória. Deste modo, como agonista e antagonista parcial e não total, a buprenorfina provoca um efeito sedativo mais suave, assim como parece possuir propriedades anti-depressivas. Causa, ainda, menos dependência física que os agonistas totais e menor risco de depressão respiratória e sobredosagem. O efeito da buprenorfina atinge o seu pico após 1 a 4 horas depois de tomada a dose inicial, e tem um tempo de semi-vida de 24 a 60 horas (Srivastava & Kahan, 2006).

A literatura evidencia que a buprenorfina é tão efectiva na diminuição do consumo de heroína como a metadona, desde que seja prescrita de forma flexível e em regime de doses elevadas (8-32 mg/dia de buprenorfina é equivalente a 54-150 mg/dia de metadona). Destaca-se, também, que a buprenorfina pode precipitar os efeitos de abstinência e, por essa razão, deve ser administrada pela primeira vez 4 horas após o consumo de heroína em utentes com uma história curta de dependência, e após 24 horas em consumidores de longo curso. Os estudos demonstram que a dose pode aumentar 2- 4 mg/dia até se alcançar a dose de estabilização, e que a dose média oscila entre 8-24 mg/dia (a dose máxima diária é de 32 mg/dia devido ao efeito tecto da substância) (Srivastava & Kahan, 2006).

Uma das consequências do efeito de tecto consiste no facto da sobredosagem de buprenorfina representar uma menor probabilidade de provocar uma depressão respiratória fatal em comparação com um agonista total. Este aspecto de segurança pode ser comprometido pelo abuso concomitante de depressores do S.N.C. (benzodiazepinas, álcool e outros opiáceos) ou pela utilização da buprenorfina fora das orientações da

prescrição. Em relação ao álcool é de evitar o uso concomitante pois este potencia o efeito sedativo da buprenorfina.

A maioria dos estudos revelam que a buprenorfina pode ser uma nova alternativa para o tratamento da dependência de opiáceos, mas que não consegue ocupar o lugar desempenhado pela metadona. É viável no contexto de cuidados primários e como escolha inicial em utentes com grande risco de depressão respiratória, tais como sujeitos mais velhos ou com história de uso de benzodiazepinas. A escolha deste tipo de tratamento depende também das preferências, expectativas e experiências de tratamento passadas dos utentes (Srivastava & Kahan, 2006).

Kakko, Svanborg, Kreek e Heilig (2003) levaram a cabo uma investigação, durante um ano, com 40 indivíduos que preenchem os critérios da DSM-IV para a dependência de substâncias. A metade da amostra fixaram uma dose sublingual de 16 mg/dia, durante o período da investigação, à outra metade aplicaram o tratamento com buprenorfina nos primeiros 6 dias, sendo o resto do tempo seguido de placebo. Todos os utentes foram sujeitos a terapia cognitivo-comportamental, a sessões de aconselhamento uma vez por semana e a análises à urina três vezes por semana. Os resultados apontaram para uma retenção no tratamento, durante um ano, de 75% e 0%, para o grupo com buprenorfina e o grupo placebo respectivamente. Paralelamente, 75% dos indivíduos em buprenorfina apresentaram resultados negativos nas análises. Os autores concluíram, então, que a combinação do tratamento com buprenorfina e intervenção psicossocial é eficaz e segura para os dependentes de opiáceos.

9. Buprenorfina, Metadona e Álcool

Um dos primeiros aspectos a ter em conta, quando se procura comparar o tratamento de substituição com metadona com o tratamento de substituição com buprenorfina, é a questão das indicações/orientações terapêuticas adoptadas pelos psiquiatras para colocarem um indivíduo num ou noutro programa. Para que um utente seja inserido em programa de subutex tem de preencher alguns requisitos, nomeadamente ter mais de 18 anos; ser dependente de opiáceos há pelo menos 2 anos; ter tido insucesso no tratamento livre de opiáceos; aceitar tomar a medicação no serviço ou por intermédio de uma terceira pessoa conhecedora do processo terapêutico (familiares, amigos, por exemplo); aceitar fazer despiste urinário de metabolitos de psicotrópicos e assinar uma declaração de consentimento. Os critérios de exclusão são, também, bastante claros e abordam especialmente os seguintes aspectos: hipersensibilidade à buprenorfina e/ou qualquer componente do medicamento; insuficiência respiratória grave; insuficiência hepática grave; insuficiência renal grave; toma de metadona superior a 30 mg/dia; alcoolismo agudo ou *delirium tremens* (Patrício, Vicente, & Costa, 2000). Estes critérios de exclusão comparativamente com os critérios de exclusão do programa de metadona permitem, desde já, ressaltar alguns

aspectos importantes, nomeadamente o programa de substituição com subutex apresenta-se como mais exigente e o consumo excessivo de álcool tende a ser em menor proporção pois os alcoólicos são imediatamente excluídos e o abuso de bebidas alcoólicas pode levar à suspensão da medicação. Nos utentes em metadona, embora a interação álcool/metadona tenha de ser tida em consideração por ambas as drogas serem depressoras do S.N.C., não existe nenhum critério de exclusão que exclua os alcoólicos ou que impeça o consumo de álcool excessivo durante o PSM.

Outra questão relevante, embora não se constitua como um critério de avaliação, por si mesmo, relaciona-se com a presença de perturbação mental como factor determinante na escolha de um ou outro programa. Fortes, Viana e Costa (2003) avaliaram a eficácia do programa com subutex, estudando as características sócio-demográficas, a história toxicológica, os marcadores serológicos das hepatites B, C e VIH, as dosagens do medicamento e as taxas de permanência em tratamento dos utentes inseridos neste programa, e concluíram que o PSS é exigente e que em indivíduos menos estruturados deve-se recorrer a outras opções terapêuticas.

No mesmo sentido, outros estudos apontam para uma maior taxa de retenção no tratamento com metadona comparativamente com o programa de buprenorfina, indicando, também, que a buprenorfina pode ser uma boa alternativa no tratamento da dependência de opiáceos em grupos específicos (Fischer, Gombas, Eder, Jagsch, Peterzell *et al.*, 1999). Referem, ainda, que a buprenorfina é eficaz na dependência de álcool em cerca de 30% dos casos (Fischer *et al.*, 1999).

Num estudo com 140 dependentes de opiáceos divididos em tratamento de substituição com metadona (44-50 mg) e tratamento com buprenorfina (9-12 mg), os resultados indicaram uma taxa média de retenção de cerca 52,1% sem se verificarem diferenças significativas nos dois grupos. O abuso de opiáceos decresceu significativamente em ambos os grupos, no entanto, o uso contínuo de opiáceos e a idade de início de consumo dos mesmos são melhores preditores dos resultados, mas apenas no grupo em tratamento com buprenorfina (Soyka, Zingg, Koller, & Kuefner, 2008).

Uma dose diária de 8 mg/dia de buprenorfina é comparável a uma dose de 60 mg/dia de metadona no que se refere à taxa de retenção e aos resultados negativos nas análises à urina (Johnson, Jaffe, & Fudala, 1992).

Num estudo com 164 heroínod dependentes compararam-se 4 grupos (n=41), onde um recebia 1 mg/dia de buprenorfina, outro 3 mg/dia de buprenorfina, outro 8 mg/dia de buprenorfina e por fim outro 30 mg/dia de metadona. Os resultados indicaram que a dose mais alta de buprenorfina é a melhor comparativamente com as outras duas e que a dose de metadona é superior à dose de 1 mg de buprenorfina mas que não se verificam diferenças significativas entre esta dose de metadona e a de 3mg e 8mg de buprenorfina (Ahmadi, 2003).

No mesmo sentido, Maremmani (2006) concluiu que o tratamento a longo prazo com metadona e o tratamento com buprenorfina são ambos eficazes na redução do consumo de opiáceos e na melhoria da qualidade de

vida. Contudo, ao contrário do que acontece no programa de substituição com metadona, o tratamento a longo prazo com buprenorfina pode, também, ser eficaz na redução do consumo de álcool (Maremmanni, 2006).

Na clínica verifica-se, cada vez mais, o grande potencial de abuso da buprenorfina que, em muitos casos, é usada por via intravenosa. Mesmo assim, parece ser maior a probabilidade de casos de *overdose* em utentes em metadona, comparativamente com aquilo que acontece nos utentes em subutex. Contudo, o risco de *overdose* é de igual modo elevado quando se consome concomitantemente metadona e álcool ou buprenorfina e álcool, pois ambos são depressores do S.N.C.

Outros estudos demonstram que o Programa de Substituição com Subutex (PSS) reduz o abuso de opiáceos e de cocaína, em utentes com mais de 10 anos de consumos de ambas as substâncias. Contudo, os mecanismos envolvidos na interacção buprenorfina-cocaína continuam a ser investigados (Mello, Mendelson, Lukas, Gastfriend, Teoh *et al.*, 1993).

Ao contrário do que se acabou de dizer, Schottenfeld e colaboradores (2005) ao comparar a eficácia do tratamento com metadona e buprenorfina na dependência de heroína e cocaína, concluíram que a metadona é superior na manutenção do tratamento em utentes com co-ocorrência de dependência de cocaína e heroína.

Tal como já foi referido, a buprenorfina parece ter propriedades antidepressivas nos dependentes de heroína, esperando-se por isso que os sintomas depressivos sejam menos notórios neste tipo de tratamento. Contudo, há estudos que demonstram que os sintomas depressivos aumentam nos sujeitos em metadona e em subutex, sem se verificarem diferenças significativas nestes dois grupos (Dean, Bell, Christie, & Mattick, 2004).

Pelo que tem vindo a ser dito até aqui, e embora muitos dos estudos sejam contraditórios, conclui-se que existe menor número de estudos no âmbito da buprenorfina do que da metadona, apontando estes para menores níveis de perturbação mental grave e de consumo concomitante de álcool e outras substâncias nos utentes em programa de substituição com buprenorfina. Para além de que, referem ser mais grave o consumo de álcool em utentes em subutex, embora não haja, ainda, uma explicação válida.

II - Objectivos

O principal objectivo deste estudo centra-se na avaliação dos padrões de consumo de álcool, medidos pelo AUDIT, nos utentes em programas de substituição de opiáceos com metadona e subutex. Efectivamente, o aumento do consumo de álcool nestes pacientes tem sido descrito na literatura, sendo este considerado como significativamente problemático nos programas de substituição, especialmente quando estes são feitos com metadona (Rittmannsberger *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Liebson *et al.*, 1973; Bihari, 1974; Stimmel, Cohen, & Sturiano, 1983; Bickel & Rizzuto, 1991;

El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999). Já com a buprenorfina o problema do aumento do consumo de álcool parece ser não tão significativo e/ou problemático, desde logo porque os alcoólicos não são indicados para tratamento com subutex e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas conduz à expulsão do programa (Fischer *et al.*, 1999; Maremmani, 2006; Patrício, Vicente, & Costa, 2000). Ainda neste sentido, o presente trabalho tem também como objectivo avaliar a relação entre as dosagens diárias do medicamento de substituição e o padrão de consumo de álcool, uma vez que doses baixas e inadequadas (inferiores a 80 mg/dia), em especial de metadona, parecem levar ao consumo excessivo de outras drogas e de álcool (Maxwell & Shinderman, 1999; Hartel *et al.*, 1995; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999).

Contudo, e porque o consumo de álcool se constitui, em si, como um fenómeno complexo e com múltiplas implicações, nomeadamente ao nível cultural, social, demográfico e clínico/psicopatológico, os objectivos antes enunciados serão estudados depois destas variáveis terem sido analisadas em termos da sua importância relativa para esses mesmos padrões de consumo. Assim, e de acordo com Roszell e colaboradores (1986), Stastny e Potter, (1991), Joseph e Appel (1985), El-Bassel e colaboradores (1993), e Rittmannsberger e colaboradores (2000) procura-se avaliar, primeiro, a influência no padrão de consumo de álcool de variáveis sócio-demográficas como o sexo, a situação profissional, as habilitações literárias e a idade de início de consumo de álcool, pois estas variáveis podem explicar o consumo de álcool por parte destes utentes. Pretende-se, também, avaliar a relação do padrão de consumo de álcool com variáveis clínicas associadas à toxicoddependência e variáveis psicopatológicas, como a idade de início de consumo de heroína. O objectivo desta avaliação é, como os estudos revelam, encontrar uma relação inversa entre as duas variáveis, ou seja, um início de consumo de heroína mais precoce associa-se com consumos de álcool menos problemáticos (Anglin, Almog, Fisher, & Peters, 1989; El-Bassel, 2001). Também o consumo concomitante de outras drogas (Ward, Mattick, & Hall, 1998; Wasserman, Weintin, Havassy, & Hall, 1998), o estado de saúde mental dos doentes em programas de substituição e a existência de perturbação mental nos consumidores de álcool são variáveis que afectam de forma significativa os utentes alcoólicos em programas de substituição, sobretudo, com metadona. Como tem sido descrito na literatura, os utentes em PSM são uma população psiquiatricamente muito perturbada (Derogatis, 1975; Regier *et al.*, 1996, *cit. in* Oken *et al.*, 1997; Graham *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004; MacManus & Fitzpatrick, 2007; El-Bassel *et al.*, 1993; Mehrabian, 2001; Gerstlcy *et al.*, 1990; Ross, Glaser & Germanson, 1988;) e, os doentes alcoólicos em PSM apresentam, ainda mais, perturbações deste tipo (Ross *et al.*, 1988; Derogatis, 1975; Kosten, Rounsaville, & Kleber, 1986; Corty, Ball, & Myers, 1988).

De um outro modo, os objectivos antes enunciados operacionalizam-se nas seguintes hipóteses:

1. Objectivo principal:

H₁: O padrão de consumo de álcool relaciona-se com o programa de substituição (metadona ou subutex). Neste caso, é expectável verificar-se um padrão de consumo de álcool mais grave (igual ou superior ao risco médio⁵ do AUDIT) nos utentes em programa de substituição com metadona;

H₂: Os padrões de consumo de álcool estão relacionados com a dose de metadona administrada aos toxicod dependentes ou com a dose diária de subutex. É expectável verificar-se que com doses maiores, especialmente de metadona, o consumo de álcool seja menor, como se doses mais elevadas suprimissem a necessidade deste consumo;

H₃: Os padrões de consumo de álcool estão relacionados com a admissão/readmissão em programa de metadona. Neste caso, é de esperar que os utentes que são reincidentes em PSM apresentem um padrão de consumo de álcool mais grave, pois o consumo excessivo de álcool é um dos factores responsáveis pelas desistências no programa;

H₄: O padrão de consumo de álcool relaciona-se com o tempo de permanência no tratamento de substituição. Deste modo, é expectável encontrar-se um padrão de consumo de álcool mais problemático nos indivíduos que estão há mais tempo em PSM. Nos utentes em PSS espera-se encontrar uma relação inversa entre o tempo de permanência no tratamento e o padrão de consumo de álcool, ou seja, quanto mais tempo está em tratamento de substituição menores os consumos de álcool.

2. Outros Objectivos:

H₅: O padrão de consumo de álcool apresenta uma dimensão cultural sendo por isso mais grave (igual ou superior ao consumo de risco) nos utentes do sexo masculino;

H₆: O padrão de consumo de álcool é modelado por variáveis socioeconómicas, nomeadamente pela variável emprego. Neste caso, é expectável que os indivíduos desempregados apresentem um maior consumo de álcool comparativamente com os que estão a trabalhar;

H₇: O padrão de consumo de álcool é mais grave nos utentes com um nível de escolaridade mais baixo, funcionando esta variável como uma outra dimensão do fenómeno cultural.

H₈: O padrão de consumo de álcool relaciona-se com a idade de início de consumo de álcool, esperando-se um padrão de consumo mais problemático nos indivíduos que começaram a consumir álcool em idades mais precoces;

H₉: O padrão de consumo de álcool, na população toxicod dependente, é influenciado por variáveis clínicas, nomeadamente pela idade de início de consumo de heroína. Neste caso espera-se que os indivíduos que se iniciaram mais cedo no consumo de drogas pesadas apresentem um menor consumo de álcool;

H₁₀: O padrão de consumo de álcool está associado com o consumo

⁵ Com *scores* (pontuações) iguais ou superiores a 8, valor de corte para o consumo de risco, no AUDIT.

concomitante de outras drogas, sobretudo com o consumo de cocaína. Neste caso, é expectável verificar-se que os indivíduos com padrões de consumo mais graves sejam também consumidores crónicos de cocaína;

H₁₁: Os padrões de consumo de álcool são afectados de forma significativa por variáveis psicopatológicas. Deste modo, espera-se que os indivíduos com padrões de consumo de álcool mais problemáticos se apresentem, também, como mais perturbados mentalmente;

H₁₂: A dose diária de metadona ou de subutex relaciona-se com a presença de perturbação mental. Neste sentido, espera-se corroborar a hipótese de que os indivíduos com doses mais elevadas, em especial de metadona, se apresentem como menos perturbados emocionalmente, como se doses mais elevadas estabilizassem os doentes em termos de perturbação mental.

III - Metodologia

1. Amostra

A amostra em estudo foi obtida por conveniência a partir da população acessível dos utentes em PSM e em PSS seguidos na Equipa de Tratamento de Coimbra (E.T.C.). O protocolo foi passado antes ou após as consultas médicas ou de psicologia e obedeceu aos três seguintes critérios de inclusão: a) utentes diagnosticados como indivíduos com perturbação relacionada com dependência de opiáceos; b) utentes inseridos, no momento do estudo, em programa de tratamento de substituição opiácea com metadona ou com subutex; c) utentes que cumprindo as condições anteriores, e depois de devidamente informados dos objectivos do estudo, aceitaram participar na investigação.

A amostra total incluía originalmente 80 indivíduos. Contudo, com base nas análises preliminares verificou-se que um desses indivíduos se constituía como um *outlier* extremo, razão pela qual foi eliminado. A amostra ficou, deste modo, reduzida a 79 indivíduos, 40 em programa de substituição com subutex (n_s) e 39 em programa de substituição com metadona (n_m).

O quadro 1 apresenta as características sócio-demográficas do grupo n_m ($n_m=39$). Nesta subamostra destaca-se que a maior parte é do sexo masculino ($n=26$, 66.7%) e que a média de idades é de 38.74 (DP=8.481) com uma oscilação entre os 24 (mínimo) e os 55 anos (máximo). No que diz respeito ao estado civil mais de metade dos indivíduos são solteiros ($n=24$, 61.5%). Em relação às habilitações literárias, 3 indivíduos têm apenas o 1º ciclo (7.7%), 15 têm o 2º ciclo (38.5%), 6 concluíram o 3º ciclo (15.4%) e os últimos 15 distribuem-se pelo ensino secundário e ensino superior. Destes, 14 apresentam o 12º ano completo (35.9%) e apenas um o grau de licenciatura (2.6%). Para concluir, destaca-se, ainda, que 69.2% ($n=27$) dos utentes em metadona se encontram desempregados e que a idade de início

dos sujeitos relativamente ao consumo de álcool varia entre os 12 e os 19 anos ($M=15.03$, $DP=2.109$).

As características sócio-demográficas dos indivíduos em subutex ($n_s=40$) apresentam-se no quadro 2. Deste grupo destaca-se que 30 são do sexo masculino (75%) e 10 do sexo feminino (25%), com uma média de idades de 33.30 anos ($DP=5.832$). Em relação ao estado civil, 22 dos sujeitos são solteiros (55%), 15 estão casados/união de facto (37.5%) e os restantes 3 encontram-se divorciados/separados (7.5%). No que concerne à escolaridade 16 têm o 3º ciclo (40%), 11 têm o 2º ciclo (27.5%), 9 concluíram o 12º ano (22.5%), 2 possuem o grau de bacharelato/licenciatura (5%) e, 1 nunca foi à escola (2.5%) e outro possui apenas o 1º ciclo (2.5%). Dos 40 indivíduos em PSS, 28 estão empregados (70%) e 12 desempregados (30%) e a sua idade de início de consumo de álcool varia entre os 10 e os 20 anos ($M=14.68$, $DP=1.745$).

Quadro 1. Características Sócio-demográficas dos utentes em Metadona ($n_m=39$)

		n	%	
Género:	Masculino/ Feminino	26/13	66.7/33.3	
Idade:	24-28	5	12.9	
	29-33	7	17.9	
	34-38	6	15.4	
	39-43	10	25.6	
	44-48	6	15.4	
	49-55	5	12.8	
Estado Civil:	Solteiro	24	61.5	
	Casado/união de facto	8	20.5	
	Viúvo	2	5.1	
	Divorciado/Separado	5	12.8	
Habilitações Literárias:	1ºciclo	3	7.7	
	2ºciclo	15	38.5	
	3ºciclo	6	15.4	
	Secundário	14	35.9	
	Bacharelato/Licenciatura	1	2.6	
Situação Laboral actual:	Empregado	8	20.5	
	Desempregado	27	69.2	
	Formação Profissional	Remunerada		
		Reformado	1	2.6
		Outro	1	2.6
Caracterização da Residência:	Casa própria	37	94.9	
	Quarto arrendado	1	2.6	
	Centro de Abrigo	1	2.6	
Com quem vive:	Familiares	32	82.1	
	Sozinho(a)	5	12.8	
	Amigos	1	2.6	
	Outros	1	2.6	
Idade de início de	12-15	21	53.8	

consumo de álcool:	16-19	18	46.2
--------------------	-------	----	------

Quadro 2. Características Sócio-demográficas dos utentes em subutex (n_s=40)

		n	%
Género:	Masculino/Feminino	30/10	75.0/25.0
Idade:	23-27	8	20.0
	28-32	10	25.0
	33-37	14	35.0
	38-42	5	12.5
	43-47	3	7.5
Estado Civil:	Solteiro	22	55.0
	Casado/união de facto	15	37.5
	Viúvo	3	7.5
	Divorciado/Separado	0	0
Habilitações	Nunca foi à escola	1	2.5
Literárias:	1ºciclo	1	2.5
	2ºciclo	11	27.5
	3ºciclo	16	40.0
	Secundário	9	22.5
	Bacharelato/Licenciatura	2	5.0
Situação Laboral actual:	Empregado	28	70.0
	Desempregado	12	30.0
	Outro	0	0.0
Caracterização da Residência:	Casa própria	35	87.5
	Centro de Abrigo	5	12.5
Com quem vive:	Familiares	34	85.0
	Sozinho(a)	1	2.5
	Outros	5	12.5
Idade de início de consumo de álcool:	10-14	14	35.0
	15-20	26	65.0

2. Instrumentos de avaliação

Os dados em estudo foram obtidos recorrendo a um questionário sócio-demográfico construído para o efeito. Este questionário, dividido em duas partes, centrou-se nas seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, coabitação e residência. Na segunda parte foram avaliadas as variáveis idade de início dos consumos, frequência do consumo mais intenso, data do último consumo de drogas lícitas e ilícitas, frequência de programas de tratamento, data da entrada no programa de substituição (metadona ou subutex), dosagem actual de metadona ou subutex e perfil de consumo de substâncias psicoactivas concomitantes. Para além deste questionário aplicaram-se, ainda, as escalas “*The Alcohol Use Disorders Identification Test*” (AUDIT) e o “*Inventário de Sintomas Breves*” (BSI). Estes instrumentos padronizados são a versão

portuguesa do AUDIT (versão de auto-administração), para avaliação do consumo de álcool e o BSI para avaliação da saúde mental (Canavarro, 1999).

2.1. AUDIT

O AUDIT foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1989, como um método simples e breve de rastreio do consumo excessivo de álcool. É consistente com as definições de consumo e dependência de álcool da ICD-10. Consiste em 10 itens sobre o uso recente de álcool, sintomas de dependência e problemas relacionados com o álcool. As questões referem-se aos últimos doze meses, sendo que as três primeiras medem a quantidade (as perguntas 2 e 3 assumem que uma bebida estandardizada equivale a 10 gramas de álcool) e frequência do uso regular ou ocasional de álcool, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência e as quatro últimas dizem respeito a problemas recentes relacionados com o consumo de álcool (*cf.* Quadro3).

Quadro 3.
Domínios e Conteúdos dos Itens do AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001, p. 11)

Domínios	Número da Questão	Conteúdo de Item
Uso perigoso de álcool	1	- Frequência do consumo
	2	- Quantidade diária típica
	3	- Frequência de consumo excessivo
Sintomas de dependência	4	- Perda de controlo durante o consumo
	5	- Incumprimento de tarefas por beber
	6	- Consumo matinal
	7	- Culpa após o consumo
Problemas por uso de álcool	8	- Esquecimentos
	9	- Acidentes relacionados com álcool
	10	- Preocupação dos outros sobre o consumo

O primeiro Manual do AUDIT foi publicado em 1989, e a partir daí o teste foi traduzido para diversas línguas, inclusive para português (Babor *et al.*, 2001), tendo sido recentemente validado para a população portuguesa por Roque da Cunha (Gomes, 2004). É considerado um dos melhores instrumentos de rastreio para todo o tipo de problemas de álcool em cuidados primários, quando comparado com outros questionários, como o CAGE (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener*) e o MAST (*Michigan Alcoholism Sreening Test*) (Babor *et al.*, 2001).

Comparativamente com os últimos, o AUDIT tem um nível de precisão igual ou superior, correlacionando-se positiva e fortemente com o MAST ($r=.88$) e com o CAGE ($r=.78$) (Babor *et al.*, 2001). A fidelidade e validade foram avaliadas em numerosos estudos, incluindo amostras clínicas e comunitárias de diferentes países do mundo, nomeadamente com populações toxicodependentes (Skipsey, Burlson, & Kranzler, 1997). O AUDIT é, ainda, recomendado para a identificação do uso nocivo e perigoso

do álcool em indivíduos com perturbações devidas ao uso de drogas (Babor *et al.*, 2001).

Na escolha deste instrumento de avaliação, para análise dos padrões de consumo de álcool, foi, também, determinante o facto de os resultados obtidos no AUDIT permitirem avaliar o nível de risco e, em função deste, perspectivar uma intervenção adequada às necessidades de cada indivíduo (Babor & Higgins-Biddle, 2001). No quadro 4 apresentam-se os níveis de risco e respectiva intervenção de acordo com a pontuação alcançada no AUDIT.

Quadro 4.
Níveis de risco e intervenção e respectivo score (pontuação) do AUDIT (Babor *et al.*, 2001, p. 22)

Nível de risco ⁶	Intervenção	Scores
Abstinência		
Consumo de baixo risco (zona I)	Educação	0-7
Consumo de risco/médio (zona II)	Aconselhamento	8-15
Uso nocivo ou consumo de alto risco (zona III)	Aconselhamento; Intervenção Breve; Monitorização	16-19
Provável Dependência (zona IV)	Referenciamento para diagnóstico, avaliação e tratamento	20-40

No presente estudo, o *Alpha* de Cronbach para o total da escala foi de .908, valor considerado muito bom⁷. Também as correlações dos itens com o total do teste mostraram-se todas iguais ou superiores a .486 (*cf.* Quadro 5).

Quadro 5. Consistência interna da escala no estudo presente

Itens do AUDIT	Correlação do item corrigido com o Total da Escala	<i>Alpha</i> de Cronbach se eliminado o item
AUDIT 1	.712	.896
AUDIT 2	.744	.893

⁶ Refere-se a qualquer quantidade de ingestão de álcool. “... O termo de consumo de álcool de baixo risco indica que o consumo está dentro das normas legais e médicas e que é pouco provável que dê lugar a problemas relacionados com álcool. Abuso de álcool: termo geral para qualquer nível de risco, desde o consumo de risco à dependência de álcool. Síndrome de dependência: conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Um diagnóstico de dependência implica a presença em algum momento dos últimos 12 meses de três ou mais dos sintomas presentes na definição Síndrome de Dependência do Álcool da CID-10” (Babor *et al.*, 2001, p. 5).

⁷ *Alphas* de Cronbach inferiores a .60 são considerados consistências internas inaceitáveis; fraca entre .60 e .70; razoável entre .70 e .80; boa entre .80 e .90; e muito boa superior a .90 (Pestana & Gageiro, 2000).

AUDIT 3	.756	.892
AUDIT 4	.709	.896
AUDIT 5	.714	.896
AUDIT 6	.779	.892
AUDIT 7	.589	.903
AUDIT 8	.614	.903
AUDIT 9	.486	.911
AUDIT 10	.675	.898

α de Cronbach Total = .908

Procedeu-se, ainda, à Análise de Componentes Principais (ACP), realizando-se, primeiro, os estudos necessários para comprovar a adequação dos dados. A análise da matriz de correlações revelou a presença de muitos coeficientes iguais ou superiores a .30. O valor do índice Kaiser-Meyer-Olkin, igual a .861, excedeu o valor mínimo recomendado de .60 (Pestana & Gageiro, 2000) e o teste da esfericidade de Bartlett revelou significância estatística [$\chi^2_{(45)} = 535.889$, $p = .000$]. A ACP revelou a presença de dois componentes com *eigenvalues* superiores a 1 e que explicam, respectivamente, 56.3% e 12.9% da variância. Para ajudar a interpretar estes dois componentes calculou-se uma rotação *Varimax*. A solução bifatorial explicou um total de 69.3% da variância explicada, com um contributo de 35.8% do componente 1 e de 33.5% do componente 2⁸.

2.2. BSI

O BSI (Brief Symptom Inventory) é um inventário de sintomas breves que avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas; Total de Sintomas Positivos; Índice de Sintomas Positivos), sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação mental. As nove dimensões primárias foram identificadas por Derogatis em 1982 e são as seguintes: Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. Quatro dos itens do BSI (itens 11, 25, 39 e 52) embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas não pertencem univocamente a nenhuma delas, sendo apenas considerados nas pontuações dos três índices.

O BSI é composto por 53 itens e constitui-se como um questionário simples de autoavaliação da psicopatologia. Os valores obtidos nas nove dimensões e nos três índices são comparados com os resultados estandardizados (média e desvio padrão) para a população geral ou para a população perturbada emocionalmente, consoante os casos (Simões, Gonçalves, & Almeida, 1999).

⁸ Os quadros referentes à ACP do AUDIT são apresentados no Anexo 1.

O BSI (Derogatis, 1982) foi desenvolvido numa tentativa de resposta às desvantagens apontadas ao SCL-90-R. Os estudos de adaptação à população portuguesa decorreram entre 1994 e 1996 em amostras da população geral e da população clínica. Assim, os estudos de estabilidade indicaram valores de *Alpha*, quer dos diversos itens, quer dos valores globais da escala, na maioria situados entre .7 e .8, e apontam para uma boa estabilidade temporal (Índice Geral de Sintomas = .787; Total de Sintomas Positivos = .836; Índice de sintomas Positivos = .448). As correlações entre as notas das nove dimensões e as três notas globais apresentaram todos valores estatisticamente significativos ($p < .0001$). No que se refere ao poder discriminativo do teste, os estudos demonstraram que este apresenta uma boa capacidade para classificar os indivíduos nos grupos (Simões, Gonçalves, & Almeida, 1999).

Concluindo, o BSI permite avaliar uma vasta gama de dimensões de sintomas psicopatológicos num curto espaço de tempo. As características psicométricas oferecem segurança para a sua utilização, funcionando como um bom indicador de sintomas do foro psicopatológico e um discriminador de saúde mental.

O estudo da consistência interna no presente trabalho revelou que o BSI apresenta um valor de *Alpha* de *Cronbach* de .958 e que a maioria das dimensões da escala apresentam valores entre .7 e .8, tal como acontece no estudo original (*cf.* Quadro 6).

Quadro 6. Consistência interna do BSI no presente estudo

Dimensões do BSI	Número de Itens	<i>Alpha</i> de <i>Cronbach</i> no presente estudo
Somatização	7	.757
Obsessões-Compulsões	6	.725
Sensibilidade Interpessoal	4	.733
Depressão	6	.832
Ansiedade	6	.671
Hostilidade	5	.790
Ansiedade Fóbica	5	.538
Ideacção Paranóide	5	.822
Psicoticismo	5	.722

α de Cronbach Total= .958

3. Procedimentos e Tratamento Estatístico dos dados

A passagem dos questionários realizou-se nas instalações da E.T.C., de forma individual e em contexto de gabinete. A administração das provas obedeceu a um protocolo previamente estabelecido, envolvendo sempre a presença de uma mesma entrevistadora preparada para o efeito. O protocolo obedeceu às seguintes fases: explicitação dos objectivos e procedimentos do estudo; obtenção do consentimento informado dos utentes; administração individual dos instrumentos, nomeadamente do Questionário Sócio-

Demográfico, do BSI e do AUDIT. Na maioria dos casos a aplicação obedeceu a um regime de entrevista, sendo a duração média de cada sessão de 15 a 20 minutos, chegando aos 30 minutos nos casos em que os sujeitos demonstraram maiores dificuldades em compreender as questões.

Para a realização do tratamento estatístico recorreu-se ao SPSS para Windows 15.0.

Ao nível da estatística descritiva foram calculadas as medidas resumo adequadas (essencialmente, médias e desvios-padrão) e as frequências relativas e absolutas. Para o estudo das hipóteses utilizaram-se testes paramétricos (teste t-Student para grupos independentes e a One-Way ANOVA com comparações múltiplas posteriores pelo teste de *Scheffe*) e não paramétricos (Qui-Quadrado de diferença de proporções; teste U de Mann-Whitney; teste de Kruskal-Wallis) e, relativamente aos pressupostos dos testes procedeu-se à verificação da normalidade, através do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), com a correção de Lilliefors e do teste de Shapiro-Wilk (S-W) para confirmar os resultados do K-S, e da homogeneidade da variância com a juda do teste F de Levene.

Realizou-se, ainda, o cálculo do coeficiente de consistência interna (*Alpha* de *Cronbach*), para o BSI e o AUDIT, e a Análise Factorial em Componentes Principais para o AUDIT.

IV – Resultados

1. Estudo da influência das Variáveis Sócio-demográficas no Padrão de Consumo de Álcool

Antes de passarmos à avaliação das variáveis sócio-demográficas, no sentido de tentar perceber de que modo é que elas influenciam o padrão de consumo de álcool dos utentes em programas de substituição de opiáceos, procedeu-se à análise dos pressupostos de normalidade e homogeneidade⁹ da variância dos grupos em estudo (n_m vs. n_m) para as variáveis sócio-demográficas. Este estudo revelou que estas subamostras apresentam uma distribuição não normal e variâncias homogêneas. Apenas a variável idade e caracterização da residência não cumprem o pressuposto da homogeneidade, tornando aconselhável a escolha de testes não paramétricos para a comparação de médias entre os grupos. A aplicação deste tipo de testes verificar-se-á sempre que os pressupostos antes enunciados não sejam cumpridos.

Assim, compararam-se os dois grupos em termos de variáveis sócio-demográficas (género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral actual, caracterização da residência e com quem vive), encontrando-se diferenças estatisticamente significativas no que se refere à idade dos respondentes [$U=475.000$, $z=-2.995$, $p=.003$] e à situação laboral actual

⁹ Os testes de normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias, para todos os estudos efectuados, são apresentados no Anexo 2.

$[t_{(77)}=4.347, p=.000]$. Os utentes em metadona ($n_m=39$) apresentam uma média de idades superior aos dos doentes em subutex ($M=38.74, DP=8.481$ vs. $M=33.30, DP=5.832$) e estão na sua grande maioria desempregados ao contrário do que acontece com o outro grupo ($n_s=40$).

1. 1. Padrão de Consumo de Álcool e Género

Para verificar a relação entre o padrão de consumo de álcool (PCA) e o género dos respondentes foi conduzido um teste do Qui-Quadrado¹⁰ para confirmar ou infirmar diferenças estatisticamente significativas. Para a amostra total ($n=79$) o teste revelou existirem diferenças com relevância estatística [$\chi^2_{(3)}=11.869, p=.008$], com o sexo masculino ($n=56$) a apresentar um padrão de consumo de álcool mais problemático (12 indivíduos na zona de dependência e 4 no risco alto) comparativamente com o sexo feminino ($n=23$) onde apenas uma mulher se situa no risco alto.

Dividindo a amostra nos dois grupos (n_m vs. n_s) o teste revelou diferenças estatisticamente significativas para o padrão de consumo de álcool em função do género dos sujeitos no grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=16.105, p=.001$] mas não para o grupo n_s [$\chi^2_{(3)}=1.442, p=.696$].

As diferenças estatisticamente significativas para o total da amostra serão assim influenciadas pelo grupo n_m onde a diferença no padrão de consumo de álcool entre os sexos revela que os homens apresentam um consumo mais preocupante do que as mulheres ($M=1.65, DP=1.294$ vs. $M=0.15, DP=0.555$).

1. 2. Padrão de Consumo de Álcool e Situação Profissional

No que se refere à relação entre o PCA e a situação profissional dos utentes em programas de substituição de opiáceos o teste¹¹ revelou diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(3)}=19.134, p=.000$]. Os indivíduos empregados ($n=38, 48.1\%$) situam-se, maioritariamente, no risco baixo de consumo ($n=22$) enquanto que os desempregados ($n=41, 51.9\%$) apresentam o seguinte padrão de consumo, 24 no risco baixo, 2 no risco médio, 4 no risco alto e 11 no risco de dependência.

No grupo n_m grande parte dos utentes está desempregada ($n=29, 74.4\%$) e situa-se, com maior incidência, no risco baixo e na zona de dependência do AUDIT ($n=15, 38.5\%$; $n=10, 25.6\%$, respectivamente). O

¹⁰ O Quadro com o teste do Qui-Quadrado para a distribuição do Género em função do PCA, para a amostra total e para os grupos (n_m vs. n_s), apresenta-se no Anexo 3.

¹¹ O Quadro com o teste do Qui-Quadrado para a distribuição da Situação Profissional em função do PCA, para a amostra total e para os grupos (n_m vs. n_s), apresenta-se no Anexo 4.

teste do Qui-Quadrado não encontrou diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(3)} = 7.180, p = .066$] o que pode indicar que para a amostra em PSM, o padrão de consumo de álcool não é uma função da situação profissional.

Dos 40 utentes do grupo n_s , 70% encontram-se a trabalhar ($n=28$) e dividem-se entre o risco baixo ($n=18, 45\%$) e o risco médio de consumo de álcool ($n=10, 25\%$). Os 30% desempregados agrupam-se entre o risco baixo ($n=9, 22.5\%$), o risco alto ($n=2, 5\%$) e a dependência ($n=1, 2.5\%$). Assim, é possível afirmar que todos os utentes no risco médio se encontram a trabalhar e todos os que se situam nas categorias mais extremas de consumo estão desempregados. Para esta amostra o teste do Qui-Quadrado revelou diferenças significativas [$\chi^2_{(3)} = 11.429, p = .010$], mostrando que o padrão de consumo de álcool parece estar associado com a situação profissional, pois os indivíduos que foram agrupados na zona III e na zona IV (risco alto e dependência) estão sem trabalhar. Isto parece indicar que o indivíduo desempregado em PSS apresenta um padrão de consumo de álcool mais grave.

1. 3. Padrão de Consumo de Álcool e Habilitações Literárias

No que se refere à possível influência das habilitações literárias no PCA o teste¹² revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas para a amostra no seu todo ($n=79$) [$\chi^2_{(3)} = .832, p = .842$].

Para o grupo em metadona ($n_m=39$) o teste, também, não revelou diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(3)} = 1.319, p = .725$]. 62.5% ($n=24$) dos utentes em Programa de Manutenção com Metadona têm escolaridade igual ou inferior ao 3º ciclo e distribuem-se, maioritariamente, pelo consumo de baixo risco e de dependência de álcool ($n=10, 25.6\%$; $n=8, 20.5\%$, respectivamente). Os 35.8% ($n=15$) com escolaridade mais alta agrupam-se nos padrões de consumo do AUDIT do seguinte modo: 9 no risco baixo (23.1%), 2 no risco médio (5.1%), 1 no risco alto (2.6%) e 3 na zona de dependência (7.7%). Assim sendo, parece que para este grupo o PCA não se relaciona com o nível de escolaridade alcançado.

Para os utentes em subutex ($n_s=40$), também, não se verificaram diferenças significativas estatisticamente no que se refere às variáveis em causa [$\chi^2_{(3)} = 4.054, p = .256$]. Revelando, ainda, que 72.5% ($n=29$) dos utentes completou a escolaridade apenas até ao 9º ano e só 27.5% ($n=11$) completou o secundário e/ou licenciatura. Dos 72.5%, 52.5% ($n=21$) situam-se no nível de consumo baixo, 12% ($n=5$) no risco médio, 5% no risco alto ($n=2$) e apenas 2.6% no risco de dependência ($n=1$). Os indivíduos com escolaridade igual ou superior ao ensino secundário agrupam-se no risco

¹² O Quadro com o teste do Qui-Quadrado para a distribuição das Habilitações Literárias em função do PCA, para a amostra total e para os grupos (n_m vs. n_s), apresenta-se no Anexo 5.

baixo e no risco médio (n=6, 15.0%; n=5, 12.5%).

Assim, o nível de escolaridade parece não influenciar o padrão de consumo de álcool dos utentes em programas de substituição (metadona vs. subutex).

1. 4. Padrão de Consumo de Álcool e Idade de Início de Consumo de Álcool

Decidiu-se agrupar a idade de início em duas categorias (≤ 15 anos e ≥ 16 anos) de acordo com as estatísticas descritivas da variável para a amostra total (M=14.85, DP=1.929, Md=15.00, Mo=15) de modo a ser possível a realização do teste do Qui-Quadrado¹³. Este revelou que, para a amostra total, o padrão de consumo de álcool não é uma função da idade de início de consumo de álcool [$\chi^2_{(3)}=5.094, p=.165$].

Para verificar se existiam diferenças entre os dois grupos para a idade de início de consumo de álcool, começou-se por pedir os testes de normalidade e homogeneidade verificando-se que a variável não segue a distribuição normal no grupo n_m [K-S₍₃₉₎=.191, $p=.001$; S-W₍₃₉₎=.916, $p=.007$] e no grupo n_s [K-S₍₄₀₎=.224, $p=.000$, S-W₍₄₀₎= .913, $p=.005$], mas cumpre o pressuposto da homogeneidade [F=3.758, $p=.056$]. O t-Student¹⁴ revelou não existirem diferenças significativas entre os dois grupos [$t_{(77)}=.806, p=.423$].

O quadro 7 mostra que para o grupo n_m o PCA se relaciona com a variável clínica idade de início de consumo de álcool [$\chi^2_{(3)}= 9.505, p=.023$]. Cerca de 53.8 % (n=21) dos indivíduos iniciou o consumo de álcool com idade igual ou inferior a 15 anos e estes distribuem-se pelo PCA do seguinte modo: 7 (17.9%) no risco baixo, 2 no risco médio (5.1%), 2 no risco alto (5.1%) e 10 no risco de dependência de álcool. Os sujeitos que indicaram a idade de início de consumo como igual ou superior aos 16 anos (n=18, 46.2%) situam-se, maioritariamente, na zona de risco baixo (n=12, 30.8%). Parece, deste modo, poder afirmar-se que os utentes que iniciaram o consumo de álcool em idades mais precoces apresentam um PCA mais grave.

No grupo n_s os resultados são diferentes e o teste do Qui-Quadrado não revelou diferenças estatisticamente significativas, indicando que para esta amostra o padrão de consumo de álcool, avaliado pelo AUDIT, não é uma função da idade de início de consumo desta droga [$\chi^2_{(3)}=1.231, p=.746$]. Mais de metade da amostra iniciou o consumo de álcool com 15 anos ou

¹³ O Quadro com o teste do Qui-Quadrado para a distribuição da Idade de Início de Consumo de Álcool em função do PCA, para a amostra total, é apresentado no Anexo 6.

¹⁴ O Quadro com o teste t-Student para comparação de médias entre grupos (n_m vs. n_s), para a variável Idade de Início de Consumo de Álcool, apresenta-se no Anexo 6.

menos ($n=29$, 72.5%) e destes, 19 apresentam um padrão de risco baixo, 8 um padrão de risco médio, 1 um padrão de risco alto e outro um padrão de dependência (47.5%, 20.0%, 2.5%, 2.5%, respectivamente). Os restantes 11 indivíduos (27.5%) do grupo n_s , que começaram a beber álcool com 16 e mais anos, encontram-se quase todos no risco baixo (20%) (cf. Quadro 8).

Quadro 7. Distribuição da Idade de Início de Consumo de Álcool em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_m ($n_m=39$)

Idade:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 15 anos	7 (17.9%)	2 (5.1%)	2 (5.1%)	10 (25.6%)	21 (53.8%)
≥ 16 anos	12 (30.8%)	4 (10.3%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	18 (46.2%)
Total	19 (48.7%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	11 (28.2%)	39 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=9.505$, $p=.023$.

Quadro 8. Distribuição da Idade de Início de Consumo de Álcool em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_s ($n_s=40$)

Idade:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 15 anos	19 (47.5%)	8 (20.0%)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	29 (72.5%)
≥ 16 anos	8 (20.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	11 (27.5%)
Total	27 (67.5%)	10 (25.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	40 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=1.231$, $p=.746$.

2. Estudo da influência das Variáveis Clínicas e Psicopatológicas, associadas à Toxicodependência, no Padrão de Consumo de Álcool

2.1. Padrão de Consumo de Álcool e Idade de Início de Consumo de Heroína

Para a amostra total a idade de início de consumo de heroína é de 20.05 anos ($DP=4.191$), apresentando uma mediana de 19 anos, moda de 18 anos, com uma idade mínima de 14 e máxima de 35 anos. Estas estatísticas permitiram, assim, agrupar a idade de início em duas categorias (≤ 18 anos e ≥ 19 anos) para aplicação do teste do Qui-Quadrado. Não se verificaram diferenças significativas, para a amostra total, no padrão de consumo de álcool em função da idade de início de consumo de heroína [$\chi^2_{(3)}=4.436$, $p=.218$] (cf. Quadro 9).

Quadro 9. Distribuição da Idade de Início de Consumo de Heroína em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo total ($n=79$)

Idade:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 18 anos	21 (26.6%)	8 (10.1%)	3 (3.8%)	2 (2.5%)	34 (43.0%)
≥ 19 anos	25 (31.6%)	8 (10.1%)	2 (2.5%)	10 (12.7%)	45 (57.0%)

Total	46 (58.2%)	16 (20.3%)	5 (6.3%)	12 (15.2%)	79 (100.0%)
-------	------------	------------	----------	------------	-------------

$\chi^2_{(3)}=4.436, p=.218$

Para comparar os dois grupos em termos de idade de início de consumo de heroína levaram-se a cabo os mesmos estudos que para a hipótese anterior, verificando-se, assim, que a variável não segue a distribuição normal no grupo n_m [K-S₍₃₉₎=.126, $p=.119$; S-W₍₃₉₎=.911, $p=.005$] e no grupo n_s [K-S₍₄₀₎=.223, $p=.000$, S-W₍₄₀₎=.736, $p=.000$] cumprindo-se, contudo, o pressuposto da homogeneidade [$F=3.757, p=.056$]. Decidiu-se utilizar o teste t-Student¹⁵ que revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas [$t_{(77)}=.643, p=.522$]. A idade de início de consumo de heroína para o grupo n_m oscila entre os 14 e os 35 anos ($M=20.36, DP=4.710$) e para o grupo n_s varia entre os 15 e os 35 anos com uma média de 19.75 ($DP=3.650$).

Depois destas análises iniciais recorreu-se ao Qui-Quadrado para avaliar a influência da variável idade de início de consumo de heroína na PCA para cada um dos grupos em separado. Os resultados são apresentados nos quadros 10 e 11.

Quadro 10. Distribuição da Idade de Início de Consumo de Heroína em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_m ($n_m=39$)

Idade:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 18 anos	9 (23.1%)	2 (5.1%)	2 (5.1%)	2 (2.5%)	15 (38.5%)
≥ 19 anos	10 (25.6%)	4 (10.3%)	1 (2.6%)	9 (0.0%)	24 (61.5%)
Total	19 (48.7%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	11 (2.5%)	39 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=3.623, p=.305$

Quadro 11. Distribuição da Idade de Início de Consumo de Heroína em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_s ($n_s=40$)

Idade:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 18 anos	12 (30.0%)	6 (15.0%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	19 (47.5%)
≥ 19 anos	15 (37.5%)	4 (10.0%)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	21 (52.5%)
Total	27 (67.5%)	10 (25.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	40 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=1.637, p=.651$

Para o grupo n_m o teste não revelou diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(3)}=3.623, p=.305$], o mesmo se passando no grupo n_s [$\chi^2_{(3)}=1.637, p=.651$].

¹⁵ O quadro com o teste t-Student para comparação de médias entre os grupos (n_m vs. n_s), para a variável Idade de Início de Consumo de Heroína, apresenta-se no Anexo 7.

2. 2. Padrão de Consumo de Álcool e Consumo Concomitante de Outras Drogas

Num primeiro nível analisaram-se as frequências de consumo de outras drogas, nos últimos 30 dias, para a amostra total e para os dois grupos em separado. No grupo total o consumo é elevado no que diz respeito à cannabis (n=21, 26.6%), à cocaína (n=12, 15.2%) e aos comprimidos (n=23, 29.1%). No grupo n_m o consumo é elevado no que diz respeito à cannabis (n=13, 33.3%), à cocaína (n=11, 28.2%), à heroína (n=6, 15.4%) e aos comprimidos (n=8, 20.5%). No grupo n_s o consumo é apenas elevado no que diz respeito à cannabis (n=8, 20%) e aos comprimidos (n=15, 37.5%). Com o consumo de comprimidos, para ambos os grupos, a centrar-se, sobretudo, nos antidepressivos, ansiolíticos e nos comprimidos para dormir.

Posteriormente, avaliou-se a existência de diferenças significativas entre os dois grupos no que diz respeito ao consumo de outras drogas nos últimos 30 dias. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas¹⁶ entre o grupo n_m e o grupo n_s no consumo, nos últimos 30 dias, de cocaína [U=374.000, z=-4.287, p=.000] e de heroína [U=358.000, z=-4.880, p=.000], o que parece indicar que o consumo de cocaína está associado com o de heroína. O grupo n_m apresenta um consumo mediano superior, no último mês, nas duas drogas em relação ao grupo n_s ($M_d=50.41$ vs. $M_d=29.85$; $M_d=50.82$ vs. $M_d=20.45$).

De seguida tentou perceber-se se o PCA se relaciona com o consumo concomitante de outras drogas, nos últimos 30 dias, no grupo total¹⁷ ou apenas num dos grupos (n_m vs. n_s). Os resultados para os grupos são os que se apresentam nos quadros que se seguem.

Quadro 12. Relação entre o Consumo de Outras Drogas, nos últimos 30 dias, e o PCA para o grupo n_m (n_m=39): n, Mean Rank, teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney para comparações duas a duas

		n	Mean Rank	X ² (p)	U (p)
Consumo de Anfetaminas no último mês	Risco Baixo	19	20.00	.000 (1.000)	
	Risco Médio	6	20.00		
	Risco Alto	3	20.00		
	Dependência	11	20.00		
Consumo de Alucinogéneos no último mês	Risco Baixo	19	19.50	2.545 (.467)	
	Risco Médio	6	19.50		
	Risco Alto	3	19.50		
	Dependência	11	21.27		

¹⁶ Os Quadros com os testes para comparação de médias entre grupos para a variável Consumo Concomitante de Outras Drogas apresentam-se no Anexo 8.

¹⁷ Os Quadros com os testes de Kruskal-Wallis e One Way Anova para a relação entre o Consumo de Outras Drogas e o PCA, para o grupo total, são apresentados no Anexo 8.

Consumo de Comprimidos no último mês	Risco Baixo	19	18.50	2.945 (.400)
	Risco Médio	6	22.50	
	Risco Alto	3	15.50	
	Dependência	11	22.45	

Quadro 13. Relação entre o Consumo de Outras Drogas, nos últimos 30 dias, e o PCA para o grupo n_m ($n_m=39$): média, desvio padrão, ANOVA e teste de *Scheffe* para comparações múltiplas *a posteriori*

		n	M	DP	F (p)	<i>Scheffe</i>
Consumo de Cannabis no último mês	Risco Baixo	19	1.16	1.864	2.043 (.126)	
	Risco Médio	6	2.67	2.160		
	Risco Alto	3	1.33	2.309		
	Dependência	11	2.82	2.040		
Consumo de Cocaína no último mês	Risco Baixo	19	1.47	1.645	4.269 (.011)	Dependência > Risco Baixo*
	Risco Médio	6	2.00	1.789		
	Risco Alto	3	0.67	1.155		
	Dependência	11	3.55	1.809		
Consumo de Heroína no último mês	Risco Baixo	19	1.11	1.696	2.027 (.128)	
	Risco Médio	6	0.83	0.753		
	Risco Alto	3	0.33	0.577		
	Dependência	11	2.27	1.794		
Consumo de Outros no último mês	Risco Baixo	19	0.05	0.229	.332 (.802)	
	Risco Médio	6	0.00	0.000		
	Risco Alto	3	0.00	0.000		
	Dependência	11	0.00	0.000		

* $p=.026$

Quadro 14. Relação entre o Consumo de Outras Drogas, nos últimos 30 dias, e o PCA para o grupo n_s ($n_s=40$): n, *Mean Rank*, teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney para comparações duas a duas

		n	<i>Mean Rank</i>	X^2 (p)	U (p)
Consumo de Anfetaminas no último mês	Risco Baixo	27	20.50	.000 (1.000)	
	Risco Médio	10	20.50		
	Risco Alto	2	20.50		
	Dependência	1	20.50		
Consumo de Cocaína no último mês	Risco Baixo	27	18.61	4.363 (.225)	
	Risco Médio	10	23.75		
	Risco Alto	2	23.75		
	Dependência	1	32.50		
Consumo de Heroína no	Risco Baixo	27	19.98	13.522 (.004)	Dependência > Baixo*
	Risco Médio	10	18.50		

último mês	Risco Alto	2	28.50		Dependência > Médio**
	Dependência	1	38.50		
Consumo de Alucinogêneos no último mês	Risco Baixo	27	20.50	.000 (1.000)	
	Risco Médio	10	20.50		
	Risco Alto	2	20.50		
	Dependência	1	20.50		
Consumo de Outros no último mês	Risco Baixo	27	19.50	19.604 (.000)	Dependência > Baixo***
	Risco Médio	10	21.55		
	Risco Alto	2	19.50		
	Dependência	1	31.50		

* $p=.004$
** $p=.002$
*** $p=.000$

Quadro 15. Relação entre o Consumo de Outras Drogas, nos últimos 30 dias, e o PCA para o grupo n_s ($n_s=40$): média, desvio padrão, ANOVA e teste de *Scheffe* para comparações múltiplas *a posteriori*

		n	M	DP	F (p)	<i>Scheffe</i>
Consumo de Cannabis no último mês	Risco Baixo	27	1.11	1.476	2.113 (.116)	
	Risco Médio	10	1.20	1.549		
	Risco Alto	2	3.00	1.414		
	Dependência	1	4.00	-----		
Consumo de Comprimidos no último mês	Risco Baixo	27	1.37	1.984	.591 (.625)	
	Risco Médio	10	1.80	2.348		
	Risco Alto	2	2.00	2.828		
	Dependência	1	4.00	-----		

Para a amostra considerada no seu todo, os testes (One-Way ANOVA e Kruskal-Wallis) encontraram diferenças com relevância estatística entre o PCA e o consumo de outras drogas, no último mês, para cannabis [$F_{(3, 75)}=3.470, p=.020$], cocaína [$F_{(3, 75)}=10.102, p=.000$] e heroína [$\chi^2_{(3)}=21.087, p=.000$]. Para o consumo de cannabis há diferenças estatisticamente significativas entre o risco baixo e a dependência e para o consumo de cocaína há diferenças entre a dependência e todos os outros grupos do AUDIT, estas diferenças foram encontradas com base em comparações múltiplas *a posteriori* (teste de *Scheffe*). Para o consumo de heroína encontraram-se diferenças entre os bebedores dependentes e os de risco baixo e, entre os dependentes e os de risco médio, através de comparações duas a duas com o teste U de Mann-Whitney com um nível de significância de .012 ($\alpha=.05 \div 4=.012$).

Para o grupo n_m encontraram-se diferenças com significância estatística, apenas, para o consumo de cocaína [$F_{(3, 35)}=4.269, p=.011$]. Neste caso, o teste de *Scheffe* revelou diferenças entre o risco baixo e os dependentes, com estes últimos a alcançarem valores médios de consumo

mais elevados. Este resultado parece indicar que o PCA dos utentes em metadona pode ser influenciado pelo consumo concomitante de cocaína. Para o grupo n_s verificaram-se diferenças significativas para o consumo concomitante, nos últimos 30 dias, de heroína [$\chi^2_{(3)}=13.522, p=.004$] e de outros [$\chi^2_{(3)}=19.604, p=.000$]. Com diferenças, para o consumo de heroína, entre o risco baixo e a dependência e, entre os bebedores de risco médio e os dependentes. Para o consumo de outros (outros opiáceos, crack, speedball) verificaram-se diferenças entre o risco baixo e a zona de dependência.

2. 3. Padrão de Consumo de Álcool e Presença de Perturbação Mental

Antes de procedermos à avaliação da relação entre a presença de perturbação mental e o padrão de consumo de álcool para a amostra total e para os subgrupos em separado levaram-se a cabo outras análises preliminares consideradas relevantes.

Numa primeira análise verificou-se a distribuição da ocorrência de perturbação mental, para a amostra total e para cada um dos grupos (n_m vs. n_s), com base no Índice de Sintomas Positivos (ISP) do BSI. O ISP permite agrupar os indivíduos em dois grupos: os indivíduos perturbados emocionalmente e os indivíduos pertencentes à população normal, neste estudo decidiu-se substituir o termo “indivíduos pertencentes à população normal” por “indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP” devido à natureza da amostra em estudo.

Para a amostra total verificou-se que mais de metade dos indivíduos não apresentam valores significativos no ISP ($n=46, 58.2\%$) e que 33 (41.8%) são perturbados emocionalmente. A distribuição da presença de perturbação mental por grupo é apresentada no quadro 16.

Quadro 16. Distribuição da ocorrência de Perturbação Mental de acordo com o ISP do BSI

Grupo em Metadona ($n_m=39$)		Grupo em Subutex ($n_s=40$)	
Grupos do ISP do BSI:		Grupos do ISP do BSI:	
Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	Indivíduos perturbados emocionalmente	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	Indivíduos perturbados emocionalmente
19 (48.7%)	20 (51.3%)	27 (67.5%)	13 (32.5%)

Mais de metade dos indivíduos do grupo n_m são perturbados emocionalmente ($n=20, 51.3\%$) e a maioria dos utentes em subutex não apresenta valores significativos no ISP ($n=27, 67.5\%$).

De seguida, após verificação do incumprimento dos pressupostos de normalidade e homogeneidade, procedeu-se à comparação entre grupos para

a variável presença de perturbação mental. O teste U de Mann-Whitney¹⁸ revelou não existirem diferenças significativas [$U= 633.500$, $z= -1.682$, $p=.093$].

Para além da comparação entre grupos para a variável presença de perturbação mental, compararam-se os grupos, também, em termos das nove dimensões do BSI e dos três índices globais (*cf.* Quadro 17).

Quadro 17. Comparação entre o grupo n_m e o grupo n_s para as nove dimensões e os três índices globais do BSI: média, desvio padrão e teste t-Student

Dimensões e Índices do BSI:	Grupo em Metadona $n_m=39$		Grupo em Subutex $n_s=40$		t (p)
	M	DP	M	DP	
Somatização	1.02	0.597	0.62	0.478	3.263 (.002)
Obsessões-Compulsões	1.68	0.690	1.21	0.534	3.369 (.001)
Sensibilidade Interpessoal	1.55	0.790	1.05	0.762	2.832 (.006)
Depressão	1.66	0.768	1.12	0.658	3.341 (.001)
Ansiedade	1.22	0.585	0.95	0.512	2.167 (.033)
Hostilidade	1.62	0.759	1.16	0.555	3.071 (.003)
Ansiedade Fóbica	0.46	0.454	0.36	0.402	1.053 (.296)
Ideacção Paranóide	1.52	0.873	0.96	0.665	3.256 (.002)
Psicoticismo	1.37	0.609	0.91	0.676	3.170 (.002)
Índice Geral de Sintomas	1.35	0.545	0.94	0.468	3.618 (.001)
Total de Sintomas Positivos	36.02	12.370	27.92	10.651	3.122 (.003)
Índice de Sintomas Positivos	1.91	0.458	1.77	0.385	1.416 (.161)

O teste indicou a presença de diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos, em oito dimensões e, no Índice Geral de Sintomas e Total de Sintomas Positivos, com o grupo em programa de metadona ($n_m=39$) a alcançar valores médios superiores aos do grupo em programa de subutex ($n_s=40$). Só na dimensão “Ansiedade Fóbica” e no Índice de Sintomas Positivos as diferenças não se revelaram com significância estatística.

Procurou-se, ainda, verificar a distribuição da perturbação mental por género para a amostra total e para os grupos (n_m vs. n_s) através do cálculo do Qui-Quadrado com correcção de Yates¹⁹. Para a amostra total o teste não revelou diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(1)}=.003$, $p=.957$], no

¹⁸ O Quadro com o teste U de Mann-Whitney para comparação entre grupos (n_m vs. n_s) para a variável Presença de Perturbação Mental é apresentado no Anexo 9.

¹⁹ A correcção de Yates apenas se aplica em Tabelas 2x2 para compensar a sobrestimação do valor do *Pearson Chi-Square* (SPSS, 2005).

sexo feminino a perturbação mental está presente em 11.4% das mulheres e no sexo masculino em 30.4%. Para o grupo em metadona o teste também não revelou diferenças com relevância estatística [$\chi^2_{(1)}=.013$, $p=.910$], com 14 (35.9%) homens e 6 (15.4%) mulheres perturbados mentalmente. No grupo n_s , os resultados são idênticos, não se revelando diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(1)}=.000$, $p=1.000$], pois dos 13 (32.5%) indivíduos perturbados emocionalmente, 10 (25.0%) são homens e 3 são mulheres (7.5%)²⁰.

Para avaliar se existe relação entre a presença de perturbação mental e o consumo concomitante de outras drogas, sobretudo heroína e cocaína, recorreu-se ao teste t-Student e ao U de Mann-Whitney²¹. Para o grupo de toxicod dependentes no total ($n=79$), independentemente do programa de substituição em que está inserido, o teste não revelou diferenças estatisticamente significativas para o consumo de cocaína [$U=630.500$, $z=-1.375$, $p=.169$] e de heroína [$t_{(77)}=-1.497$, $p=.138$]. Para o grupo n_m o teste, também, não encontrou diferenças significativas estatisticamente entre os sujeitos perturbados e os não perturbados para o consumo de outras drogas (cocaína [$U=147.500$, $z=-1.222$, $p=.222$] e heroína [$t_{(37)}=-.450$, $p=.655$]). No grupo n_s , os resultados repetiram-se (cocaína [$t_{(38)}=.169$, $p=.867$] e heroína [$U=141.500$, $z=-1.889$, $p=.059$]). Parece que os níveis de perturbação não estão relacionados com o consumo concomitante destas drogas a par dos programas de substituição.

Por fim, foi-se tentar perceber se a presença de perturbação mental influencia o padrão de consumo de álcool. Os resultados são apresentados nos quadros que se seguem (Quadro 18, 19 e 20).

Quadro 18. Distribuição da presença de Perturbação Mental em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para a amostra total ($n=79$)

Grupos do ISP:	AUDIT				Total
	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	Dependência	
Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	33(41.8%)	9 (11.4%)	1 (1.3%)	3 (3.8%)	46 (58.2%)
Indivíduos Perturbados Emocionalmente	13(15.5%)	7 (8.9%)	4 (5.1%)	9 (11.4%)	33 (41.8%)
Total	46(58.2%)	16(20.3%)	5 (6.3%)	12 (15.2%)	79(100.0%)

[$\chi^2_{(3)}=11.929$, $p=.008$]

Para a amostra total o teste revelou que o padrão de consumo de álcool pode ser influenciado pela presença de perturbação mental [$\chi^2_{(3)}=11.929$, $p=.008$], uma vez que os indivíduos perturbados

²⁰ O Quadro com o teste do Qui-Quadrado para a distribuição da Perturbação Mental em função do Género dos sujeitos, para o total da amostra e para os dois grupos, é apresentado no Anexo 9.

²¹ Os Quadros com estes testes são apresentados no Anexo 9.

emocionalmente são aqueles que se situam com maior incidência acima do risco médio do AUDIT (4 no risco alto e 9 na zona de dependência).

Quadro 19. Distribuição da presença de Perturbação Mental em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_m ($n_m=39$)

Grupos do ISP:	AUDIT				Total
	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	Dependência	
Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	13(33.3%)	3 (7.7%)	0 (0.0%)	3 (7.7%)	19 (48.7%)
Indivíduos Perturbados Emocionalmente	6 (15.4%)	3 (7.7%)	3 (7.7%)	8 (20.5%)	20 (51.3%)
Total	19(48.7%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	11 (28.2%)	39(100.0%)

$[\chi^2_{(3)}=7.831, p=.050]$

Quadro 20. Distribuição da presença de Perturbação Mental em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_s ($n_s=40$)

Grupos do ISP:	AUDIT				Total
	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	Dependência	
Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	20(50.0%)	6 (15.0%)	1 (2.5%)	0 (0.0%)	27(67.5%)
Indivíduos Perturbados Emocionalmente	7 (17.5%)	4 (10.0%)	1 (2.5%)	1 (2.5%)	13(32.5%)
Total	27(67.5%)	10(25.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	40(100.0%)

$[\chi^2_{(3)}=3.144, p=.370]$

O teste revelou existir relação entre o PCA e a presença de perturbação mental para o grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=7.831, p=.050$] mas não para o grupo n_s [$\chi^2_{(3)}=3.144, p=.370$].

No grupo n_m , dos 19 (48.7%) sujeitos que não apresentam valores significativos no ISP, 13 (33.3%) situam-se no risco baixo, 3 (7.7%) no risco médio e 3 (7.7%) na dependência. Os 20 (51.3%) sujeitos classificados pelo ISP como perturbados do ponto de vista emocional, distribuem-se do seguinte modo: 8 (20.5%) são bebedores dependentes, 6 (15.4%) são bebedores de risco baixo, 3 (7.7%) são bebedores de risco médio e 3 (7.7%) são bebedores nocivos (risco alto). Para o grupo n_s a distribuição é semelhante quer para os sujeitos não indicados como perturbados emocionalmente ($n=27, 67.5%$), quer para os perturbados do ponto de vista emocional ($n=13, 32.5%$), pois ambos os grupos situam-se, sobretudo, no risco baixo e médio de consumo de álcool.

O resultado da amostra total é influenciado pelo grupo n_m pois é neste grupo que o padrão de consumo de álcool é diferente consoante o sujeito não apresenta valores significativos no ISP do BSI ou é perturbado emocionalmente.

2.4. Presença de Perturbação Mental e Dose de Manutenção de Metadona e de Subutex

Para avaliar a relação entre a dosagem do medicamento de substituição (metadona vs. subutex) e a presença de perturbação mental recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado com correcção de Yates e ao *Fisher's Exact Test*²². Para o grupo em metadona ($n_m=39$) o valor do $\chi^2_{(1)}$, corrigido para a continuidade, de 1.417, com um nível de significância de .234 permite concluir que, nesta amostra, não existe uma relação significativa entre a presença de perturbação mental e a dose diária de metadona (cf. Quadro 21). No grupo n_s o valor do $\chi^2_{(1)}$ corrigido foi de .016 com um nível de significância de .898 (*Fisher's Exact Test*=1.000), o que indica, também, a ausência de relação entre as variáveis (cf. Quadro 22).

Quadro 21. Distribuição da Dosagem Diária de Metadona em função dos grupos do ISP e teste do Qui-Quadrado (Correcção de Yates)

Dose Diária de Metadona:	Grupos do ISP		
	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	Indivíduos Perturbados Emocionalmente	Total
≤ 55 mg	14 (35.9%)	10 (25.6%)	24 (61.5%)
> 55mg	5 (12.8%)	10 (25.6%)	15 (38.5%)
Total	19 (48.7%)	20 (51.3%)	39 (100.0%)

$[\chi^2_{(1)}=1.417, p=.234]$

Quadro 22. Distribuição da Dosagem Diária de Subutex em função dos grupos do ISP

Dose Diária de Subutex:	Grupos do ISP		
	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	Indivíduos Perturbados Emocionalmente	Total
≤ 8 mg	23 (57.5%)	12 (30.0%)	35 (87.5%)
> 8mg	4 (10.0%)	1 (2.5%)	5 (12.5%)
Total	27 (67.5%)	13 (32.5%)	40 (100.0%)

$[\chi^2_{(1)}=.016, p=.898]$

Dos 24 (61.5%) indivíduos com dose diária igual ou inferior a 55 mg de metadona, 14 (35.9%) não apresentam valores significativos de perturbação mental e 10 (25.6%) são perturbados emocionalmente. Dos sujeitos com dose superior a 55 mg ($n=15$, 38.5%), 5 (12.8%) não apresentam valores relevantes no ISP e 10 (25.6%) são perturbados emocionalmente (cf. Quadro 21). Estes resultados parecem evidenciar que a dose diária de metadona não se relaciona com a presença de perturbação

²² Apresenta-se o valor relativo ao teste da Probabilidade Exacta de *Fisher*, em Tabelas 2x2, sempre que existem mais de 25% de células/ categorias com frequência esperada inferior a 5 (SPSS, 1999).

mental, pelo menos nesta amostra.

No grupo n_s , dos 35 (87.5%) utentes com dose igual ou inferior a 8 mg/dia, 23 (57.5%) não apresentam valores significativos no ISP e 12 (30.0%) são classificados como perturbados emocionalmente. Dos 5 (12.5%) sujeitos com dose superior a 8 mg/dia, apenas 1 (2.5%) é perturbado emocionalmente (*cf.* Quadro 22). Deste modo, também, parece ser possível afirmar que não existe relação entre a dosagem diária de subutex e a ocorrência de perturbação mental. Nestes casos não se verifica a tese de que doses mais elevadas (essencialmente de metadona) tendem a estabilizar os doentes em termos de perturbação mental.

3. Padrão de Consumo de Álcool e Programa de Substituição

Depois de se ter procurado avaliar a possível influência de variáveis sócio-demográficas e clínicas/psicopatológicas no padrão de consumo de álcool dos utentes em programas de substituição de opiáceos passou-se para o estudo das hipóteses do objectivo central deste trabalho.

Para testar a hipótese de que o padrão de consumo de álcool está relacionado com o facto de o utente estar inserido em Programa de Metadona (n_m) ou em Programa de Subutex (n_s), começou-se por pedir as frequências absolutas e relativas, para a amostra total e para cada grupo, dos padrões de consumo de álcool medidos pelo AUDIT. Os resultados são apresentados no quadro 23.

Quadro 23. Distribuição do PCA medido pelo AUDIT por grupo da amostra e teste do Qui-Quadrado

Grupo da Amostra:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
Metadona	19 (24.1%)	6 (7.6%)	3 (3.8%)	11 (14.0%)	39 (49.5%)
Subutex	27 (34.1%)	10 (12.6%)	2 (2.5%)	1 (1.3%)	40 (50.5%)
Total	46(58.2%)	16 (20.2%)	5 (6.3%)	12 (15.3%)	79 (100.0%)

$[\chi^2_{(3)}=10.914, p=.012]$

No grupo de toxicodependentes, independentemente do programa de substituição, verifica-se que 46 (58.2%) indivíduos apresentam um padrão de consumo de álcool de baixo risco, 16 (20.2%) um padrão de consumo de risco médio e 17 (21.6%) um padrão de consumo mais problemático (5 indivíduos situam-se no risco alto e 12 na zona de dependência). Em ambos os grupos a maioria dos sujeitos apresenta um risco baixo de consumo, contudo o número de sujeitos que foi classificado na zona de dependência é muito diferente de grupo para grupo. Onze dos utentes do grupo n_m ($n_m=39$) situam-se na zona de dependência em contraponto com apenas 1 indivíduo em programa de subutex ($n_s=40$).

Quer para o grupo n_m quer para o grupo n_s verificou-se que a distribuição dos dados relativos aos padrões de consumo de álcool não segue

a distribuição normal, [K-S₍₃₉₎=.298, $p=.000$; S-W₍₃₉₎=.740, $p=.000$] e [K-S₍₄₀₎=.400, $p=.000$; S-W₍₃₉₎=.640, $p=.000$] nem cumpre o pressuposto da homogeneidade [F=29.941, $p=.000$]. Assim, procedeu-se à escolha de uma estatística não paramétrica para comparação de médias entre os dois grupos. O teste U Mann-Whitney (*cf.* Quadro 24) revelou existirem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo em metadona e o grupo em subutex no que se refere aos padrões de consumo de álcool [U=563.000, $z=-2.393$, $p=.017$]. Com o consumo de álcool a revelarem-se superiores no grupo em programa de substituição com metadona (M=1.15, DP=1.309) por comparação com o grupo em programa de subutex (M=0.43, DP=0.712).

Quadro 24. Comparação entre grupos para o PCA: média, desvio padrão, mean rank e teste U de Mann-Whitney

AUDIT		n	M	DP	Mean Rank	U (p)
Grupo da amostra	Grupo n _m	39	1.15	1.309	45.56	563.000
	Grupo n _s	40	0.43	0.712	34.58	(.017)

3.1. Padrões de Consumo de Álcool e Dose de Manutenção de Metadona e de Subutex

Previamente foram analisadas as distribuições das dosagens diárias de metadona e subutex. Como é possível ver (quadro 25) a média da dosagem diária de metadona é de 56.72 mg (DP=21.44) e a média diária da dose de subutex é de 7.95 (DP=2.28).

Quadro 25. Estatísticas resumo das Doses de Metadona e Subutex

Doses Diárias:	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Metadona	56.72	55.00	55.00	21.44	20.00	100.00
Subutex	7.95	8.00	8.00	2.28	2.00	12.00

Para avaliar a relação entre o PCA e as dosagens diárias de metadona e subutex decidiu-se realizar o teste do Qui-quadrado para averiguar se doses mais elevadas se associam a consumos de álcool mais baixos. O teste revelou diferenças estatisticamente significativas para o grupo n_m [$\chi^2_{(3)}=10.102$, $p=.018$], indicando, ao contrário do esperado, que à medida que a dose de metadona aumenta o número de sujeitos que se situa na zona de dependência do AUDIT também aumenta. Enquanto que no grupo com dose igual ou inferior a 55 mg/dia a maior parte dos sujeitos se situa no risco baixo (38.5%), no grupo com dose superior a 55 mg/dia, 20.5% dos utentes situam-se na zona de dependência (*cf.* Quadro 26).

Quadro 26. Distribuição da Dosagem Diária de Metadona em função do PCA e teste do Qui-Quadrado

Dosagem de Metadona:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 55 mg	15 (38.5%)	5 (12.8%)	1 (2.6%)	3 (7.7%)	24 (61.5%)
> 55 mg	4 (10.3%)	1 (2.6%)	2 (5.1%)	8 (20.5%)	15 (38.5%)
Total	19 (48.7%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	11 (28.2%)	39 (100.0%)

$[\chi^2_{(3)}=10.102, p=.018]$

No que se refere à relação entre a dose diária de subutex e o PCA (cf. Quadro 27) o teste revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas $[\chi^2_{(3)}=2.751, p=.432]$. A maior parte dos utentes em subutex tem uma dose diária igual ou inferior a 8 mg/dia (n=35, 87.5%) e, destes, cerca de 55% (n=22) situa-se no risco baixo de classificação do AUDIT e apenas 1 (2.5%) indivíduo se situa na zona de dependência. Os restantes 5 (12.5%) sujeitos têm doses diárias de subutex superiores a 8 mg/dia e situam-se todos na zona de risco baixo, o que parece confirmar o resultado do teste de que não há relação entre a dose diária de subutex e o padrão de consumo de álcool.

Quadro 27. Distribuição da Dosagem de Subutex em função do PCA e teste do Qui-Quadrado

Dosagem de Subutex:	AUDIT				Total
	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 8mg	22(55.0%)	10(25.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	35(87.5%)
> 8mg	5 (12.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (12.5%)
Total	27(67.5%)	10(25.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	40(100.0%)

$[\chi^2_{(3)}=2.751, p=.432]$

3.2. Padrões de Consumo de Álcool e admissão/readmissão em Programa de Metadona

O teste Kolmogorov-Smirnov e o teste F de Levene revelaram que a variável admissão/readmissão em Programa de Metadona não cumpre os pressupostos de normalidade e homogeneidade. Depois destes testes preliminares decidiu-se recorrer ao teste do Qui-Quadrado para analisar a relação entre o facto de se tratar do primeiro programa de metadona em que o utente está inserido, ou não, e o seu padrão de consumo de álcool. Os resultados encontram-se no quadro 28.

Quadro 28. Distribuição da variável Admissão/Readmissão em PSM em função do PCA

1º Programa de Metadona:	AUDIT				Total
	Risco Baixo	Risco Médio	Risco Alto	Dependência	

Sim	16 (41.0%)	6 (15.4%)	2 (5.1%)	6 (15.4%)	30 (76.9%)
Não	3 (7.7%)	0 (0.0%)	1 (2.6%)	5 (12.8%)	9 (23.1%)
Total	19 (48.7%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	11 (28.2%)	39 (100.0%)

$[\chi^2_{(3)}=5.649, p=.130]$

Como é possível observar pela análise do quadro anterior, do total da amostra dos utentes em PSM ($n_m=39$), 30 (76.9%) estão inseridos no primeiro programa de substituição com metadona e apenas 9 (23.1%) são reincidentes em PSM. A maioria dos sujeitos que está no primeiro programa de manutenção com metadona situa-se no nível baixo do AUDIT ($n=16$, 41%), 6 foram classificados no risco médio (15.4%), 2 no risco alto (5.1%) e 6 na zona de dependência (15.4%). Para os 9 utentes em que não se trata do primeiro programa de substituição com metadona, a distribuição é a seguinte: 3 situam-se no nível baixo (7.7%), 1 no risco alto (2.6%) e 5 na zona de dependência (12.8%), o que revela que este grupo se situa, maioritariamente, na zona de dependência. Contudo, o teste não revelou diferenças estatisticamente significativas [$\chi^2_{(3)}= 5.649, p=.130$], indicando que o padrão de consumo de álcool parece não se relacionar com a variável admissão/readmissão em PSM.

3.3. Padrão de Consumo de Álcool e Tempo de Permanência em PSM e PSS

Procurou-se averiguar, também, a relação entre o tempo de permanência no tratamento de substituição, em dias, e PCA através de uma análise da variância (One-Way ANOVA) (cf. Quadro 29 e 30). Antes de se proceder à realização do teste analisaram-se, primeiro, as estatísticas descritivas da variável tempo de permanência (dias). Para o tempo de permanência em PSM a média é de 1292.82 dias (equivalente a 3.5 anos), a mediana de 730.00 dias (2 anos), o desvio padrão de 1160.00 (3.17 anos) com um mínimo de 30 dias e um máximo de 3650 dias. Para o tempo de permanência em PSS a média é de 519.75 dias (1.42 anos), a mediana e a moda de 365 dias, o desvio padrão de 413.05 dias (1.13 anos) com um tempo mínimo de 30 e máximo de 1825 dias.

Quadro 29. Relação entre o Tempo de Permanência em PSM e o PCA: média, desvio-padrão, ANOVA e teste Scheffe para comparações múltiplas a posteriori

Tempo de Permanência em PSM		n	M	DP	F (p)	Scheffe
AUDIT	Risco Baixo	19	821.05	816.902	7.361 (.001)	Dependência> Risco Baixo*> Risco Médio**
	Risco Médio	6	632.50	1128.396		
	Risco Alto	3	1703.33	210.733		
	Dependência	11	2355.91	1135.187		

* $p=.002$

** $p=.011$

O quadro anterior mostra que o teste revelou existirem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do AUDIT no que se refere ao tempo de permanência em PSM (dias) [$F_{(3, 35)}=7.361, p=.001$], com a zona de dependência a alcançar uma média de 2355.91 dias (DP=1135.187), seguindo-se o risco alto (M=1703.33, DP=210.733), o risco baixo (M=821.05, DP=816.902) e o risco médio (M=632.50, DP=1128.396). O teste de *Scheffe*, por sua vez, encontrou diferenças entre o risco baixo e a dependência e entre o risco médio e a dependência. Pode dizer-se, assim, que os bebedores dependentes são os que estão há mais tempo em tratamento.

Os resultados da possível influência do tempo de permanência em PSS no PCA são apresentados no quadro 30.

Quadro 30. Relação entre o Tempo de Permanência em PSS e o PCA: média, desvio-padrão, ANOVA e teste Scheffe para comparações múltiplas *a posteriori*

Tempo de Permanência em PSS		n	M	DP	F (p)	Scheffe
AUDIT	Risco Baixo	27	575.37	455.217	.843 (.479)	-----
	Risco Médio	10	462.00	302.822		
	Risco Alto	2	135.00	63.640		
	Dependência	1	365.00	-----		

O teste revelou a ausência de diferenças estatisticamente significativas [$F_{(2, 36)}=.843, p=.479$], indicando que para o grupo n_s o PCA não é uma função do tempo de permanência em tratamento.

V – Discussão

A avaliação do PCA dos utentes em programas de substituição de opiáceos (metadona vs. subutex) revelou a evidência problemática de consumo de álcool na população estudada (41.8%), visível pelo número de bebedores de risco médio, risco alto e com possível dependência de álcool. Mostrou, também, que o consumo de álcool é mais problemático nos utentes em PSM. Estes dados são consonantes com os encontrados em outros estudos já referidos na revisão da literatura (Rittmannsberger *et al.*, 2000; Caputo *et al.*, 2002; Liebson *et al.*, 1973; Bihari, 1974; Stimmel, Cohen, & Sturiano, 1983; Bickel & Rizzuto, 1991; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999). Efectivamente, a dependência de álcool, na população em PSM, pode ocorrer entre 20 a 40% dos utentes (Baden, 1973), sendo que no presente estudo a provável dependência situa-se ligeiramente abaixo (14.0%), mas perfeitamente dentro dos valores entre 5% e 49% apontados por Brown (1973) e Liebson e colaboradores (1973). Este resultado está, ainda, de acordo com estudos que apontam que o uso excessivo de álcool e problemas relacionados são encontrados em grande parte dos utentes em PSM (Joseph

& Appel, 1985; Dobler-Mikola *et al.*, 2005). O presente estudo parece, também, corroborar a hipótese de que com o programa de substituição com buprenorfina o problema do consumo de álcool parece não ser tão significativo e/ou problemático (Fischer *et al.*, 1999; Maremmani, 2006). Este resultado pode ser desde logo explicado pelo facto do alcoolismo ser um dos critérios de exclusão do PSS (Patrício, Vicente, & Costa, 2000).

Em relação à hipótese que associa o PCA com as dosagens diárias de metadona e de subutex, os resultados apontam para uma relação entre a dose de metadona e o PCA, no sentido em que os sujeitos com doses mais elevadas apresentam padrões de consumo mais problemáticos. Este resultado não está de acordo com os dados dos estudos que indicam que doses mais elevadas tendem a suprimir o consumo de drogas lícitas e ilícitas (Maxwell & Shinderman, 1999; Hartel *et al.*, 1995; El-Bassel *et al.*, 1993; Ottomanelli, 1999). A relação, encontrada neste trabalho, entre a dosagem diária de metadona e o PCA parece revelar que embora os alcoólicos sejam tratados com doses mais elevadas, estas não são, por hipótese, adequadas e/ou não têm sofrido aumentos progressivos ao longo do processo de tratamento. Para o grupo em subutex os resultados sugerem que nesta amostra a dose diária do medicamento de substituição não se relaciona significativamente com os padrões de consumo de álcool. Esta evidência pode ser explicada pelo facto da maioria dos sujeitos da amostra em subutex (87.5%) terem doses diárias iguais ou inferiores a 8 mg, valor considerado como o limite mínimo da dose média recomendada, e pelo facto do consumo excessivo de álcool ser indicativo de exclusão do programa (Srivastava & Kahan, 2006; Patrício, Vicente, & Costa, 2000).

Ainda dentro das hipóteses do objectivo principal deste estudo, verificou-se que os padrões de consumo de álcool não se relacionam com a variável admissão/readmissão em PSM. Este resultado não corrobora a hipótese de que o consumo excessivo de álcool é um dos factores responsáveis pelo abandono do tratamento de substituição com metadona (Joseph & Appel, 1985).

O estudo da relação entre o tempo de permanência em tratamento e o PCA sugere que quanto maior é o tempo de permanência em PSM maior é o consumo de álcool. Este resultado parece corroborar o pressuposto de que a longo prazo o PSM pode aumentar o consumo de álcool (Caputo *et al.*, 2002). Destaca-se, também, que os resultados obtidos na amostra em PSM estudada podem contrastar com outros estudos que indicam que o uso de álcool não aumenta ou que não se altera durante o tratamento com metadona (Ball & Ross, 1991; Fairbank *et al.*, 1993; Rittmannsberger *et al.*, 2000). No grupo n₃ não se verificou relação entre o tempo de tratamento e o PCA. Contudo, a ausência de relação entre o tempo de permanência em PSS e o PCA pode ser explicado pelo facto dos sujeitos avaliados se encontrarem, na sua maioria, há pouco tempo em programa de substituição.

Do que foi dito até aqui, depreende-se que o PCA pode estar relacionado com o programa de substituição (metadona *vs.* subutex) e desde logo com o alcoolismo como critério de exclusão do programa com subutex. Os utentes em metadona consomem, significativamente, mais álcool do que

os utentes em subutex, e este consumo parece ser uma função de variáveis relativas ao tratamento, nomeadamente a dose diária de metadona e o tempo de permanência em PSM.

Contudo, para perceber melhor a relação entre o PCA e o programa de substituição é fundamental ter em conta os resultados encontrados para as variáveis sócio-demográficas e para as variáveis clínicas e psicopatológicas, pois estas podem influenciar o padrão de consumo de álcool para além do programa de tratamento.

Para a hipótese que relaciona o género com o PCA encontraram-se diferenças significativas para o grupo de toxicodependentes no total e para o grupo n_m , corroborando a hipótese de que são os homens em PSM que bebem mais álcool e, contradizendo estudos que defendem que o alcoolismo em PSM é um problema de ambos os sexos (Schuckit, 1998). No entanto, tem de se ter em conta que nesta amostra existem mais homens em PSM do que mulheres, o que pode ter influenciado o resultado.

No que se refere à relação entre o PCA e a situação profissional, os resultados indicam diferenças significativas para o grupo total o que pode ser influenciado pela amostra em subutex. Neste grupo os indivíduos que se situam nas categorias mais extremas de consumo estão, actualmente, desempregados. A variável sócio-demográfica habilitações literárias não se relaciona com o PCA em nenhum dos grupos (n_m vs. n_s).

Para a idade de início de consumo de álcool os resultados apontam uma relação entre esta variável e o PCA, apenas para o grupo em metadona, indicando que são os sujeitos que começaram a consumir álcool em idades mais precoces que apresentam um consumo mais problemático. Ou seja, a história de consumo de álcool antes da dependência de heroína pode explicar os padrões de consumo de álcool nos programas de substituição com metadona (Bihari, 1974; Simpson, 1973; Barr & Cohen, 1980; Barr, 1987; Schuckit, 1998).

O estudo da possível influência de variáveis sócio-demográficas no PCA, sugere, ainda, que a explicação dos factores inerentes ao consumo de álcool dos utentes em programas de substituição de opiáceos embora se relacione com factores dessa natureza vai além deles, podendo ser modelado por aspectos biológicos e psicopatológicos.

No estudo das variáveis clínicas/psicopatológicas não se verificaram diferenças significativas para a hipótese que relaciona a idade de início de consumo de heroína com o PCA. Este resultado, embora não corrobore na totalidade, parece aproximar-se da hipótese colocada de que há uma relação inversa entre os dois fenómenos, isto é, quanto mais precocemente se iniciam os consumos de heroína menor a probabilidade de se ser abusador crónico de álcool (Anglin *et al.*, 1989; El-Bassel, 2001).

Para o consumo concomitante de outras drogas os resultados indicam um consumo mais elevado de cocaína e heroína no grupo n_m , comparativamente com o grupo n_s , o que parece revelar uma relação entre os padrões temporais de consumo adicional de cada uma das drogas durante o PSM, ou seja, um paralelismo entre o abuso de heroína e o de cocaína (Dobler-Mikola *et al.*, 2005). Para o grupo n_m encontrou-se, também, uma

associação entre o PCA e o consumo concomitante, nos últimos 30 dias, de cocaína. Este dado parece estar de acordo com os dados da literatura e com a própria experiência clínica. Muitos estudos revelam que o consumo de álcool e cocaína caracterizam, na grande maioria dos casos, os utentes em metadona (Caputo *et al.*, 2002; Ward *et al.*, 1998; Wasserman *et al.*, 1998; Dobler-Mikola *et al.*, 2005). Para o grupo n_m parece corroborar-se a hipótese de que os abusadores de heroína são abusadores de cocaína e, que estes últimos são utilizadores crónicos de álcool (Dobler-Mikola *et al.*, 2005). Para o grupo n_s encontrou-se uma relação entre o padrão de consumo de álcool e o consumo concomitante de heroína e de outros, revelando que os poucos sujeitos que se encontram nos padrões de consumo mais extremos (risco alto e dependência) foram os que consumiram mais heroína e outras drogas (crack e speedball), no último mês. Este resultado pode sugerir uma menor eficácia do tratamento com buprenorfina na redução do consumo concomitante de opiáceos (Schottenfeld *et al.*, 2005) e indicar que o subutex pode ser eficaz mas apenas no tratamento a longo prazo (Mello *et al.*, 1993).

No estudo da sintomatologia psicopatológica, através do ISP do BSI, verificou-se que 41.8% dos indivíduos do total da amostra apresentam perturbação mental. No grupo n_m mais de metade dos indivíduos são perturbados emocionalmente ($n=20$, 51.3%) e a maioria dos utentes em subutex não apresenta indicadores significativos de perturbação mental ($n=27$, 67.5%). Encontrou-se, ainda, diferenças entre o grupo n_m e o grupo n_s nas dimensões do BSI, mostrando que são os utentes em metadona que apresentam valores mais elevados em oito dimensões. Este resultado parece estar de acordo com a ideia de que os utentes em PSM são uma população mentalmente mais perturbada (Derogatis, 1975; Regier *et al.*, 1996, *cit. in* Oken *et al.*, 1997; Graham *et al.*, 2001; Grant *et al.*, 2004; MacManus & Fitzpatrick, 2007; El-Bassel *et al.*, 1993; Mehrabian, 2001; Gerstlcy *et al.*, 1990; Ross, Glaser, & Germanson, 1988). Em relação à dimensão “depressão” o resultado inferior no grupo em subutex parece corroborar a hipótese de que a buprenorfina pode ter propriedades anti-depressivas nos dependentes de heroína (Srivastava & Kahan, 2006). Não está, no entanto, de acordo com estudos que demonstram que os sintomas depressivos aumentam nos sujeitos em metadona e em subutex, sem se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre os dois programas de substituição (Dean, Bell, Christie, & Mattick, 2004). Este resultado parece, ainda, corroborar a ideia de que o PSS é um programa mais exigente, que deve ser utilizado como primeira linha em grupos especiais e em indivíduos menos perturbados emocionalmente (Fischer *et al.*, 1999; Fortes, Viana, & Araújo, 2003).

Não se verificaram diferenças com relevância estatística, em cada um dos grupos, entre os sujeitos do género masculino e feminino no que se refere à presença de perturbação mental. Este resultado é concordante com o obtido por Brooner e colaboradores (1997) em que a comorbilidade psiquiátrica foi encontrada em 47% de uma amostra de heroínomanos (47% do sexo feminino e 48% do sexo masculino), não havendo diferenças

relativamente ao género.

Para a hipótese que associa a presença de perturbação mental e o consumo concomitante de heroína e cocaína não se encontraram diferenças estatisticamente significativas nem para a amostra de toxicodependentes no total nem para cada um dos grupos (n_m vs. n_s), o que parece ir contra ao evidenciado noutras investigações em que se verificou uma relação positiva entre o uso de heroína e cocaína e uma maior taxa de indivíduos perturbados mentalmente, sobretudo uma relação entre o consumo de drogas e traços de ansiedade, pânico, depressão, somatização e desordens de personalidade anti-social (Di Pioggio, Fornai, Paparelli, Pacini, Perugi, & Maremmani, 2006; Mehrabian, 2001; Gerstley *et al.*, 1990; Ross *et al.*, 1988).

A hipótese que associa a presença de perturbação mental com consumos de álcool mais problemáticos evidencia resultados estatisticamente significativos para o total da amostra. Este resultado, no entanto, parece ser influenciado pelo grupo n_m onde os indivíduos perturbados emocionalmente se situam com maior incidência na zona de dependência. De qualquer modo, estes dados corroboram os obtidos noutras investigações onde se verifica que os indivíduos que apresentam padrões de consumo de álcool mais preocupantes são também mais desestruturados psicologicamente (Rounsaville *et al.*, 1982; Roszell *et al.*, 1986; Gerstley *et al.*, 1990; Ross *et al.*, 1988). Por exemplo, El-Bassel e colaboradores (1993) assinalaram que os utentes alcoólicos em PSM apresentavam mais queixas psicopatológicas, sobretudo do tipo obsessivo-compulsivo, depressivo, fóbico e psicótico. MacManus e Fitzpatrick (2007) avaliaram a dependência de álcool e a sintomatologia ansiosa e depressiva numa amostra de utentes em PSM e encontraram 56% de indivíduos dependentes de álcool, percentagem semelhante para os que apresentaram sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva. No grupo n_s não se encontraram diferenças com relevância estatística para as variáveis em causa, o que parece indicar que a população em PSS para além de apresentar consumos de álcool menos problemáticos apresenta ainda menor perturbação mental associada com esse consumo e com o consumo de outras drogas.

Não se encontrou, também, uma relação entre a presença de perturbação mental e a dose diária do medicamento de substituição (metadona vs. subutex). Este resultado, no que se refere à dose de metadona, é contraditório com o defendido por outros autores, no sentido de que doses mais elevadas ou adequadas podem “estabilizar” os utentes em termos de perturbação mental (Maremmani & Maxwell, 2000).

Destaca-se, assim, como resultados mais relevantes que o PCA se relaciona com o programa de substituição de opiáceos em que o indivíduo está inserido, sendo o consumo de álcool mais problemático nos utentes em metadona e, sobretudo nos utentes com doses diárias mais elevadas e há mais tempo em PSM. O consumo de álcool neste grupo parece, ainda, ser modelado por variáveis como o género, a idade de início de consumo de álcool, o consumo concomitante de cocaína e a presença de perturbação mental, ou seja, não podemos estabelecer uma relação linear entre o PCA e o

PSM sem ter em conta a influência destas variáveis. No grupo em subutex existem menos consumidores crónicos de álcool desde logo pelo peso dos critérios utilizados para inclusão no programa. Na amostra em PSS estudada, o PCA parece ser uma função da situação profissional e do consumo concomitante de heroína e outros. Estas variáveis podem explicar o consumo de álcool, neste grupo, mais do que o programa de substituição com buprenorfina.

VI - Conclusões

A realização deste trabalho permitiu identificar resultados que possibilitam um enquadramento sócio-demográfico e clínico/psicopatológico da amostra em PSM e em PSS e, resultados que permitem caracterizar e identificar os padrões de consumo de álcool dos utentes em programas de substituição/manutenção com metadona ou com subutex.

Os resultados obtidos revelam que o consumo de álcool em programas de substituição é uma realidade a ser tida em conta, em especial nos utentes em PSM e que nesta amostra o PCA é uma função de doses diárias mais altas e mais tempo de permanência em tratamento. Os indivíduos alcoólicos em PSM são, sobretudo, do sexo masculino, iniciaram o consumo de álcool em idades precoces, consomem concomitantemente cocaína e manifestam sintomatologia psicopatológica. A população em PSS apresenta-se como menos perturbada do ponto de vista emocional e o consumo de álcool parece ser explicado pela situação profissional, o consumo concomitante de heroína e outros mais do que pelo programa de tratamento em que estão inseridos.

O problema do consumo de álcool na população toxicodependente em PSM deverá ser considerado com a devida atenção e com a severidade exigida visto que pode representar um problema em várias vertentes, nomeadamente na estabilidade e no resultado do programa de tratamento e nas próprias perspectivas de saúde individual, familiar e de saúde pública. Deste modo, considera-se que o acompanhamento, aconselhamento e tratamento do alcoolismo, nas unidades de tratamento da toxicoddependência, dos indivíduos com diferentes padrões de consumo de álcool, deve ser levado a cabo simultaneamente com o programa de substituição de opiáceos.

Tal como outros estudos já tinham revelado, o AUDIT permite a avaliação dos padrões de consumo de álcool na população toxicodependente, seja no psicodiagnóstico, seja durante o tratamento e apresenta eventuais indicações preventivas e terapêuticas. Desta forma, defende-se que a avaliação do utente toxicodependente deverá incluir um instrumento, como o AUDIT, para identificar a quantidade e frequência do uso de álcool, investigar sintomas de dependência e problemas recentes relacionados com o consumo. Esta avaliação, juntamente com a avaliação psicológica, será fundamental, sobretudo, nos utentes em programas de substituição, no sentido de melhorar a eficácia e os objectivos do tratamento. Tanto mais porque se verifica na clínica que os utentes tratados com substitutos de

opiáceos, em especial com metadona, são pouco acompanhados do ponto de vista psicopatológico e do seu alcoolismo, utilizando os serviços de tratamento apenas para adquirirem a sua dose diária.

Este estudo revelou, ainda, a importância da avaliação psicológica na determinação da presença de perturbação mental, ou mal-estar emocional, como factor determinante no consumo de álcool dos utentes em PSM, seja este mal-estar psicológico factor etiológico ou não, para a explicação deste consumo.

No que se refere às *limitações* da presente investigação, destaca-se o tamanho da amostra que pode ter tido influência no poder estatístico dos testes. Uma amostra de maior dimensão poderia revelar outro tipo de resultados. Em especial, a amostra em subutex pode não ser representativa da população que se encontra neste tipo de tratamento de substituição pois avaliou-se, sobretudo, os sujeitos que estão há pouco tempo em tratamento e que são acompanhados regularmente do ponto de vista médico e psicológico.

A segunda constatação refere-se ao facto de existirem poucos estudos que avaliem os padrões de consumo de álcool em utentes em subutex o que dificultou a discussão e apreensão do significado dos resultados.

Refere-se, ainda, que a utilização do Inventário de Sintomas Breves (BSI) revelou que este é um instrumento importante na avaliação dos sintomas psicopatológicos. Porém, parece importante que em estudos posteriores esta escala possa ser complementada com outros instrumentos de avaliação psicopatológica como meio complementar de diagnóstico.

Perante isto, de *futuro*, sugere-se que os estudos contemplem amostras maiores e diferenciadas, recorrendo a instrumentos de medida similares.

Seriam, também, pertinentes estudos que abordassem variáveis específicas envolvidas no tratamento com subutex, nomeadamente a cada vez maior tendência para o abuso e utilização por via intravenosa. E estudos que avaliassem o consumo de álcool dos utentes em PSS, abordando variáveis intrínsecas aos indivíduos, nomeadamente as crenças e expectativas em relação ao consumo de álcool e a motivação para o tratamento.

Certamente que estudos longitudinais seriam uma mais valia no sentido de compreender e recolher informação sobre a evolução clínica dos utentes e de forma a permitir o desenvolvimento de intervenções específicas como resposta às necessidades de cada subgrupo de toxicodependentes.

Apesar do conhecimento que este trabalho pode proporcionar, é fundamental perceber/não esquecer que todos os programas encerram uma forma de substituição e daí a importância do acompanhamento psicoterapêutico:

A Psicoterapia, seja de orientação individual ou em grupo, constitui uma forma específica de suprir esse *mal entendido* ou *desentendido* por uma outra compreensão, inclusa, onde o erigir de uma ligação interpessoal se sobrepõe a uma não relação, a um não estar. Logo a palavra, quando terapêutica, substitui a angústia e pode recriar luz nas cavidades tão

profundas quanto o acinzentado de uma qualquer mente (Laíns, 2006, p.58).

O ser toxicodependente diz respeito à pessoa, ao ser pleno, a alguém que quer “tornar a ser sujeito” mas que para isso tem de compreender e dar a compreender o seu mal-estar e dor interna. Ainda que qualquer programa de tratamento não prescindia dos avanços das ciências, há que compreender, primeiro, esse mal-estar e procurar proporcionar uma melhoria da saúde física, mental e social do indivíduo.

Bibliografia

- Ahmadi, J. (2003). Methadone versus Buprenorphine maintenance for the treatment of heroin-dependent outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24 (3), 217-220.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – TR*. (4ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Anglin, M., Almog, I., Fisher, D., & Peters, R. (1989). Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drug free treatment sample. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 191–207.
- Angling, W. (1981). Long-term follow-up of clients of high-and low-dose methadone programs. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1055-1063.
- Babor, F., Higgins-Biddle, J. (2004). *Intervención Breve: Para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol*. Organización Mundial de la Salud. Acedido a 3 de Fevereiro de 2008, em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/neuroscience_p.pdf.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M., (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care*. 2nd Ed. Geneva: WHO Department of mental Health and substance dependence.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT: Cuestionário de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol*. 2nd Ed. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence. Acedido a 3 de Fevereiro de 2008, em: <http://www.who.int/substanceabuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf>.
- Baden, M. (1973). Methadone-related deaths in New York City. In Einstein (Ed.). *Methadone maintenance*. New York: Marcel Dekker. p. 143-152.
- Ball, J., & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer, Berlin Heidelberg.
- Barr, H. & Cohen, A. (1980). *The problem drinking drug addict*. In S. Garner (Ed.). National drug/ Alcohol collaborative project: Issues in Multiple substance abuse (NIDS Services Research Monograph

- Series). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Bell, J., Bowron, P., Lewis, J., & Batey, R. (1990). Serum levels of methadone in maintenance clients who persist in illicit drug use. *British Journal Addict*, 85, 1599-1602.
- Bell, J., Seres, V., Bowron, P., Lewis, J., & Batey, R. (1988). The use of serum methadone levels in patients receiving methadone maintenance. *Clinical Pharmacology Therapy*, 43 (6), 623-629.
- Bertschy, G., & Calanca, A. (1993). Choix de la dose de méthadone: la souplesse reste d'actualité. *Médecine et Hygiène*, 51 (1994), 2238-2241.
- Best, D., Gossop, M., Lehmann, P., & Harris, J. & Strang. (1999). The relationship between overdose and alcohol consumption among methadone maintenance patients. *Journal of Substance Use*, 4, 41-44.
- BicKel, W., & Rizzuto, P. (1991). The naturalistic patterns of alcohol consumption in alcoholic methadone patients. *Journal Study Alcohol*, 52 (5), 454-457.
- Bihari, B. (1974). Alcoholism and methadone maintenance. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 1, 79-89.
- Brown, B. (1973). Use of alcohol by addict and nonaddict populations. *American Journal of Psychology*, 130 (5), 599-601.
- Bryman, A. & Cramer, D. (1992). *Análise de dados em Ciências Sociais – Introdução às Técnicas utilizando o SPSS*. Oeiras: Editora Celta.
- Câmara, J. (1998). O caminho de Parsifal: Psicoterapia de um adolescente toxicod dependente. *Revista Toxicod Dependências*, 1 (6), 3-8.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos- B.S.I. In Mário R. Simões, Miguel M. Gonçalves & Leandro S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, 95-109.
- Caputo, F., Addolorato, G., Domenicali, M., Mosti, A., Viaggi, M., Trevisani, G, Gasbarrini, G., Bernardi, M., & Stefanini, G.F. (2002). Short-Term Methadone Administration Reduces Alcohol Consumption in Non-Alcoholic Heroin Addicts. *Alcohol & Alcoholism*, 37 (2), 164-168.
- Centro Regional de Alcoologia Marília Lucília Mercês de Mello (2003). CRAC. Informação Básica.
- Chatham, L., Rowan-Szal, G., Joe, G., & Dwayne D. (1995). Heavy Drinking, Alcohol-Dependent VS. Nondependent Methadone-Maintenance Clients: A Follow-up Study. *Addictive Behaviors*, 22 (1), 69-80.
- Corty, E., Ball, J. & Myers, C. (1988). Psychological symptoms in methadone maintenance patients: prevalence and change over treatment. *Journal Consult of Clinical Psychology*, 56, 776-777.
- Darke, S., Ross, J., & Hall, W. (1996). Overdose among Heroin Users in Sydney, Australia: Prevalence and Correlates of Non-Fatal Overdose. *Addiction*, 91, 405-411.
- Darke, S., Kaye, S., & Finlay-Jones, R. (1998). Antisocial personality disorder, psychopathy and injecting heroine use. *Drug and Alcohol Dependence*, 52 (1), 63-69.

- Dean, A., Bell, J., Christie, M., & Mattick, R. (2004). Depressive symptoms during buprenorphine vs. Methadone maintenance: findings from a randomised, controlled trial in opioid dependence. *European Psychiatry*, 19, 510-513.
- Derogatis, L. (1975). *Brief symptom inventory*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Di Pioggio, A., Fornai, F., Paparelli, A., Pacini, M., Perugi, G., & Marenmani, I. (2006). Comparison between Heroin and Heroin-Cocaine Polyabusers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1074, 438-445.
- Dobler-Mikola, A., Hättenschwiler, J., Meili, D., Beck, T., Böni, E., & Modestin, J. (2005). Patterns of heroin, cocaine, and alcohol abuse during long-term methadone maintenance treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 259-265.
- El-Bassel, N., Schilling, R., Turnbull, J., & Su, K. (1993). Correlates of alcohol use among methadone patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (3), 681-686.
- Fairbank, J., Dunteman, G., & Condelli, W. (1993). Do methadone patients substitute other drugs for heroin? Predicting substance use at 1 year follow-up. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 465-474.
- Fischer, G., Gombas, W., Eder, H., Jagsch, R., *et al.* (1999). Buprenorphine versus methadone maintenance for the treatment of opioid dependence. *Addiction*, 94 (9), 1337-1347.
- Fortes, O., Viana, L., & Araújo, C. (2003). Programa de buprenorfina do CAT de Cedofeita: 18 meses de experiencia. *Toxicodependencias*, 9 (3), 3-9.
- Fromberg, E. (1997). La méthadone: médicament, luxe ou expedient? *Les Cahiers T3E*, 2, 29-35.
- Gerstley, L., Alterman, A., McLellan, T., & Woody, G. (1990). Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: A problematic diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 147, 173-178.
- Gossop, M., Manning, V., & Ridge, G. (2006). Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. *Alcohol & Alcoholism*, 2 (41), 121-125.
- Graham, H., Maslin, J., Copello, A., Birchwood, M., Mueser, K., McGovern, D., & Georgiou, G. (2001). Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Soc Psychiatry Epidemiology*, 36, 448-455.
- Grant, B., Stinson, F., Dawson, D., Chou, P., Dufour, M., Compton, W., Pickering, R., & Kaplan, K. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816.
- Hartel, D., Shoenbaum, E., Selwyn, P., Kline, J., Davenny, K., Klein, R., *et al.* (1995). The importance of methadone dose and cocaine use.

- American Journal of Public Health*, 85 (1), 83-88.
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *A Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hillebrand, J., Marsden, J., Finch, E., Sych, M., Strang, J., & Sych, F. (2001). Excessive alcohol consumption and drinking expectations among clients in methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21 (3), 155-160.
- Hser, Y., Anglin, M., & Powers, K. (1990). Longitudinal patterns of alcohol use by narcotics addicts. *Recent Developments in Alcoholism*, 8, 145-171.
- Hunt, D., Strug, D., Goldsmith, D., Lipton, D., Robertson, K. & Truitt, L. (1986). Alcohol use and abuse: heavy drinking among methadone clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12, 147-164.
- Joseph, H., & Appel, P. (1985). Alcoholism and methadone treatment: consequences for the patient and program. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11 (1-2), 37-53.
- Johanson, R., Jaffe, J. & Fudala, P. (1992). A controlled trial of buprenorphine treatment for opioid dependence. *The Journal of the American Medical Association*, 267 (20).
- Kakko, J., Svanborg, K., Kreek, M. & Heilig, M. (2003). 1-year retention and social function after buprenorphine-assisted relapse prevention treatment for heroin dependence in Sweden: a randomised, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 361 (22), 662-668.
- Kaufman, E. (1982). The relationship of alcoholism and alcohol abuse to the abuse of other drugs. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9, 1-17.
- Kosten, T., Rounsaville, B. & Kleber, H. (1986). Relationships of depression to psychosocial stressors in heroin addicts. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 171, 97-104.
- Kreek, M. (1978). Medical complications between opiates and alcohol. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 362, 36-49.
- Laíns, M. C. (2006). *Padrões de Consumo de Álcool em Programa de Substituição de Metadona*. Coimbra: Trabalho realizado no âmbito do concurso interno, de acesso à categoria de Assessor da carreira Técnica Superior de Saúde – Ramo de Psicologia Clínica, do I.D.T.
- Liebson, I., Bigelow, G., & Flamer, R. (1973). Alcoholism among methadone patients: A specific treatment method. *American Journal of Psychiatry*, 130, 483-485.
- Loureiro, L. (2006). *Adequação e rigor na Investigação Qualitativa: Crítica, Estratégias e Possibilidades*. Referência II Série, 2 (1), p. 21-32.
- Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B., & Hefez, S. (1998). *A Metadona e os Tratamentos de Substituição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- MacManus, E. & Fitzpatrick, C. (2007). Alcohol dependence and mood state in a population receiving methadone maintenance treatment. *Irish Journal of Psychology Medical*, 24 (1), 19-22.
- Maremmani, I., & Shinderman, M. (1999). Alcohol, benzodiazepines and

- other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or undermedication? *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, 1, 7-13.
- Maremmani, I., Zolesi, O., Aglietti, M., Marini, G., Tagliamonte, A., Shinderman, M., & Maxwell, S. (2000). Methadone Dose and Retention in Treatment of Heroin Addicts with Axis I Psychiatric Comorbidity. *Journal of Addictive Diseases*, 19 (2), 29-41.
- Maremmani, I., Pani, P., Mellini, A., Marini, G., Pacini, M., Pertugi, G., & Lovrecic, M. (2006). Alcohol and cocaine use and abuse among opioids addicts engaged in a methadone maintenance treatment program. *Journal of Addictive Diseases*, 26 (1), 61-70.
- Mattick, R., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2003). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2.
- Maxwell, S., & Shinderman, M. (1999). Optimizing response to methadone maintenance treatment: Higher dose methadone. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31 (2).
- Mehrabian, A. (2001). General relations among drug use, alcohol use, and major indexes of psychopathology. *The Journal of Psychology*, 135 (1), 71-86.
- Mello, N., Mendelson, J., Lukas, S., Gastfriend, D., Teoh, S., & Holman, B. (1993). Buprenorphine treatment of opiate and cocaine abuse: clinical and preclinical studies. *Harv Review Psychiatry*, 1 (3), 168-183.
- Miller, W. & Bennett, M. (1996). Treating alcohol problems in the context of other drug abuse. *Alcohol Health and Research World*, 20 (2), 118-123.
- Morel, A., Favre, J., & Rigaud, A. (2001). Rapprocher l'alcoologie et l'intervention en toxicomanie? Entre points communs et spécificités. *Revista Toxicodependências*, 7 (1), 45-46.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Resumo. Acedido a 5 de Fevereiro em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf.
- Oken, L., Blaine, J., Genser, S., & Horton, A. (1997). Treatment of drug-dependent individuals with comorbid mental disorders. *NIDA Research Monograph*, 172.
- Ottomanelli, G. (1999). Methadone patients and alcohol abuse. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 16 (2), 113-121.
- Patrício, L., Vicente, T., & Costa, A. (2000). Procedimentos adoptados no tratamento com buprenorfina. CAT das Taipas.
- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Pereira, A., Ângelo, A., & Mota, C. (2003). *Expectativas e crenças pessoais acerca do álcool de estudantes do ensino superior*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.
- Pereira, A. (1999). *SPSS – Guia prático de utilização: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. (1ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Pestana, N. H. & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para as ciências*

- sociais: A Complementariedade do SPSS*. (2ª ed.) Lisboa: Edições Sílabo.
- Rittmannsberger, H., Silberbauer, C., Lehner, R., & Ruschak, M. (2000). Alcohol consumption during methadone maintenance treatment. *European Addiction Research*, 6 (1), 2–7.
- Robins, L., Wing, J., Wittchen, H., Helzer, J., Babor, T., Burke, J., *et al.* (1988). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Ross, H., Glasser, F., Germanson, T., *et al.* (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45 (11), 1023-1031.
- Roszell, D., Calsyn, D., & Chancy, E. (1986). Alcohol use and psychopathology in opiate addicts in methadone maintenance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 12 (3), 269-278.
- Rounsaville, F., Weissman, M., & Kleber, H. (1982). The significance of alcoholism in treated opiate addicts. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 170 (8), 479-488.
- Schottenfeld, R., Chawarski, M., Pakes, J., Pantaloni, M., Carroll, K., Kosten, T., (2005). Methadone vs. Buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence. *American journal of Psychiatry*, 162 (2), 340-349.
- Schuckit, M. (1998). *Abuso de Álcool e Drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Simpson, D. (1973). Use of alcohol by DARP patients in treatment for drug abuse: 1969-1971 admissions. *Archives of General Psychiatry*, 73- 76.
- Simpson, D., Savage, L., & Lloyd, M. (1979). Follow-up evaluation of treatment of drug abuse during 1969 to 1972. *Archives of General Psychiatry*, 36 (7), 772-780.
- Skipsey, K., Burleson, A., & Kranzler, R., (1997). Utility of the AUDIT for identification of hazardous or harmful drinking in drug-dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 45 (3), 157-163.
- Soyka, M., Zingg, C., Koller, G., & Kuefner, H. (2008). Retention rate and substance use in methadone and buprenorphine maintenance therapy and predictors of outcome: results from a randomized study. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1-13.
- SPSS (2005). *Statistical Package for the Social Sciences*.
- Srivastava, A. & Kahan, M. (2006). Buprenorphine: a potential new treatment option for opioid dependence. *Canada's leading medical journal*, 174 (13), 1835-1836.
- Stastny, D. & Potter, M. (1991). Alcohol abuse by patients undergoing methadone treatment programmes. *Addiction*, 86, 307-310.
- Stimmel, B., Cohen, M., Sturiano, V. (1983). Is treatment for alcoholism effective in persons on methadone maintenance? *American Journal of Psychiatry*, 140, 862-866.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fontain, J., Williamson, S., & Gossop, M. (1999). Which drugs cause overdose among opiate misusers? Study of

- personal and witnessed overdoses. *Drug and Alcohol Review*, 18 (3), 253-261.
- Torres, I. & Rodrigues, S. (2007). Padrões, crenças e expectativas de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica numa amostra de utentes em tratamento de manutenção com metadona. *Revista Toxicodependências*, 13 (3), 37-51.
- Vester, A. & Buning, E. (2000). *Manual de Metadona*. Acedido em 20 de Fevereiro de 2008 em: <http://www.q4q.n1/methwork/guidelines/guidelinesspa/frameguidelinesspa.htm>.
- Ward, J., Mattick, R., & Hall, W. (1998). *Methadone Maintenance Treatment and other Opioid Replacement Therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Wasserman, D., Weintin, M., Havassy, B., & Hall, S. (1998). Factors associated with lapses to heroin use during methadone maintenance. *Drug and Alcohol Dependence*, 52 (3), 183-192.
- Wing, J., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J., Giel, R., *et al.*, (1990). Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatric. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. World Health Organization, Geneva.

Anexos

Anexo I Análise Factorial do AUDIT

Quadro da Matriz de Correlação entre os itens do AUDIT

n=79	AUDIT_1	AUDIT_2	AUDIT_3	AUDIT_4	AUDIT_5	AUDIT_6
AUDIT_1	1.000	.750	.830	.483	.483	.590
AUDIT_2	.850	1.000	.862	.537	.522	.584
AUDIT_3	.830	.862	1.000	.540	.512	.584
AUDIT_4	.483	.587	.540	1.000	.714	.563
AUDIT_5	.483	.522	.512	.714	1.000	.623
AUDIT_6	.590	.584	.584	.563	.623	1.000
AUDIT_7	.446	.379	.388	.515	.520	.583
AUDIT_8	.367	.345	.292	.611	.708	.565
AUDIT_9	.311	.408	.391	.375	.347	.463
AUDIT_10	.430	.460	.476	.526	.496	.670

n=79	AUDIT_7	AUDIT_8	AUDIT_9	AUDIT_10
AUDIT_1	.446	.367	.311	.430
AUDIT_2	.379	.345	.408	.460
AUDIT_3	.388	.292	.391	.476
AUDIT_4	.515	.611	.375	.526
AUDIT_5	.520	.708	.347	.496
AUDIT_6	.583	.565	.463	.670
AUDIT_7	1.000	.658	.246	.445
AUDIT_8	.658	1.000	.230	.552
AUDIT_9	.246	.230	1.000	.557
AUDIT_10	.445	.552	.557	1.000

Teste de Bartlett e KMO (tabela adaptada do SPSS)

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	.861	
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	535.889
	df	45
	Sig.	.000

Comunalidades (tabela adaptada do SPSS)

	Initial	Extraction
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool	1.000	.779
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal	1.000	.846

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião	1.000	.904
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar	1.000	.656
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido	1.000	.708
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca	1.000	.703
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido	1.000	.614
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido	1.000	.828
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido	1.000	.323
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber	1.000	.572

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total da variância explicada (tabela adaptada do SPSS)

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	5.639	56.388	56.388	5.639	56.388	56.388
2	1.294	12.940	69.328	1.294	12.940	69.328
3	.927	9.269	78.596			
4	.578	5.776	84.373			
5	.419	4.190	88.563			
6	.328	3.276	91.839			
7	.294	2.940	94.780			
8	.231	2.306	97.085			

9	.189	1.889	98.974
10	.103	1.026	100.000

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Matriz de Componentes (tabela adaptada do SPSS)

	Component	
	1	2
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca	.836	
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido	.797	
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião	.794	-.523
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal	.790	-.471
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar	.787	
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool	.769	-.433
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber	.744	
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido	.710	.569
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido	.688	.375
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido	.555	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

a 2 components extracted.

Matriz de Componentes (tabela adaptada do SPSS)

	Component	
	1	2
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido	.907	
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido	.765	.351
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido	.757	
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar	.702	.404
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca	.651	.528
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber	.636	.410
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião		.926
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal		.885
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool		.843
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido	.322	.468

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 3 iterations.

Total de Variância Explicada (tabela adaptada do SPSS)

Component	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.582	35.817	35.817
2	3.351	33.511	69.328

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Matriz de Componentes Transformada (Tabela adaptada do SPSS)

Component	1	2
1	.726	.688
2	.688	-.726

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Anexo II

Normalidade das Distribuições e Homogeneidade das Variâncias

Normalidade da distribuição das variáveis sócio-demográficas por grupo da amostra (tabela adaptada do SPSS)

	Grupo da amostra	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Género	Metadona	.424	39	.000	.596	39	.000
	Subutex	.466	40	.000	.539	40	.000
Idade à data da passagem do questionário	Metadona	.097	39	.200(*)	.974	39	.493
	Subutex	.096	40	.200(*)	.950	40	.075
Estado civil	Metadona	.360	39	.000	.673	39	.000
	Subutex	.312	40	.000	.672	40	.000
Nível de escolaridade	Metadona	.252	39	.000	.855	39	.000
	Subutex	.204	40	.000	.909	40	.004
Situação laboral actual	Metadona	.463	39	.000	.545	39	.000
	Subutex	.441	40	.000	.576	40	.000
Caracterização da residência	Metadona	.535	39	.000	.230	39	.000
	Subutex	.521	40	.000	.389	40	.000
Com quem vive?	Metadona	.495	39	.000	.471	39	.000
	Subutex	.511	40	.000	.428	40	.000

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Género por PCA para o total da amostra (tabela adaptada do SPSS)

Género		Kolmogorov-Smirnov(a,b))			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.372	46	.000	.631	46	.000
	Risco médio	.518	16	.000	.398	16	.000
	Risco alto	.473	5	.001	.552	5	.000

a Lilliefors Significance Correction

b Sexo is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Género por PCA para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Género		Kolmogorov-Smirnov(a,b, c)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.403	19	.000	.616	19	.000
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000

a Lilliefors Significance Correction

b Sexo is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

c Sexo is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Género por PCA para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

Género	Kolmogorov-Smirnov(a, b, c)	Shapiro-Wilk
--------	-----------------------------	--------------

		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.442	27	.000	.576	27	.000
	Risco médio	.482	10	.000	.509	10	.000

a Lilliefors Significance Correction

b Sexo is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

c Sexo is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Situação Profissional por PCA para o total da amostra (tabela adaptada do SPSS)

Situação Laboral actual		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.350	46	.000	.636	46	.000
	Risco médio	.518	16	.000	.398	16	.000
	Risco alto	.473	5	.001	.552	5	.000
	Dependência	.530	12	.000	.327	12	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Situação Profissional por PCA para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Situação Laboral actual		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.482	19	.000	.507	19	.000
	Risco médio	.407	6	.002	.640	6	.001
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.528	11	.000	.345	11	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Situação Profissional por PCA para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

Situação Laboral actual		Kolmogorov-Smirnov(a,b, c, d)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.423	27	.000	.597	27	.000

a Lilliefors Significance Correction

b situação laboral actual is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

c situação laboral actual is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

d situação laboral actual is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Habilitações Literárias por PCA para o total da amostra (tabela adaptada do SPSS)

Nível de escolaridade		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.187	46	.000	.904	46	.001
	Risco médio	.235	16	.018	.897	16	.073
	Risco alto	.300	5	.161	.883	5	.325
	Dependência	.304	12	.003	.840	12	.028

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Habilitações Literárias por PCA para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Nível de escolaridade		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

AUDIT	Risco baixo	.291	19	.000	.801	19	.001
	Risco médio	.223	6	.200(*)	.908	6	.421
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.337	11	.001	.805	11	.011

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Habilitações Literárias por PCA para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

Nível de escolaridade		Kolmogorov-Smirnov(a, b)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.295	27	.000	.834	27	.001
	Risco médio	.307	10	.008	.797	10	.014
	Risco alto	.260	2	.			

a Lilliefors Significance Correction

b nível de escolaridade is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Idade de Início de Consumo de Álcool por Grupo da Amostra (tabela adaptada do SPSS)

Idade de início de consumo de álcool	Grupo da amostra	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Idade de início de consumo de álcool	Metadona	.191	39	.001	.916	39	.007
	Subutex	.224	40	.000	.913	40	.005

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Idade de Início de Consumo de Álcool por PCA para o grupo total (tabela adaptada do SPSS)

Idade de início de consumo de álcool		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.372	46	.000	.631	46	.000
	Risco médio	.398	16	.000	.621	16	.000
	Risco alto	.367	5	.026	.684	5	.006
	Dependência	.530	12	.000	.327	12	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Idade de Início de Consumo de Álcool por PCA para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Idade de início de consumo de álcool		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.403	19	.000	.616	19	.000
	Risco médio	.407	6	.002	.640	6	.001
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.528	11	.000	.345	11	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável sócio-demográfica Idade de Início de Consumo de Álcool por PCA para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

Idade de início de consumo de álcool		Kolmogorov-Smirnov(a, b)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

	Risco baixo	.442	27	.000	.576	27	.000
AUDIT	Risco médio	.482	10	.000	.509	10	.000
	Risco alto	.260	2	.			

a Lilliefors Significance Correction

b alcool_idade_categorias is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável Idade de Início de Consumo de Heroína por Grupo da Amostra (tabela adaptada do SPSS)

Idade de início de Consumo de Heroína		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Grupo da amostra	Metadona	.126	39	.119	.911	39	.005
	Subutex	.223	40	.000	.736	40	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável Idade de Início de Consumo de Heroína por PCA para o grupo total (tabela adaptada do SPSS)

Idade de início de Consumo de Heroína		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.361	46	.000	.634	46	.000
	Risco médio	.334	16	.000	.644	16	.000
	Risco alto	.367	5	.026	.684	5	.006
	Dependência	.499	12	.000	.465	12	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável Idade de Início de Consumo de Heroína por PCA para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Idade de início de Consumo de Heroína		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.348	19	.000	.641	19	.000
	Risco médio	.407	6	.002	.640	6	.001
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.492	11	.000	.486	11	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da variável Idade de Início de Consumo de Heroína por PCA para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

Idade de início de Consumo de Heroína		Kolmogorov-Smirnov(a, b)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.366	27	.000	.634	27	.000
	Risco médio	.381	10	.000	.640	10	.000
	Risco alto	.260	2	.			

a Lilliefors Significance Correction

b heroína_idade_categorias is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável Consumo Concomitante de Outras Drogas por Grupo da Amostra^(b, c, d) (tabela adaptada do SPSS)

Grupo da	Kolmogorov-Smirnov(a)	Shapiro-Wilk
----------	-----------------------	--------------

	amostra	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis	Metadona	.305	39	.000	.767	39	.000
	Subutex	.301	40	.000	.762	40	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína	Metadona	.183	39	.002	.845	39	.000
	Subutex	.419	40	.000	.580	40	
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína	Metadona	.324	39	.000	.751	39	.000
	Subutex	.529	40	.000	.345	40	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos	Metadona	.538	39	.000	.150	39	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros	Metadona	.538	39	.000	.150	39	.000
	Subutex	.524	40	.000	.188	40	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos	Metadona	.470	39	.000	.551	39	.000
	Subutex	.401	40	.000	.657	40	.000

a Lilliefors Significance Correction

b Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when grupo da amostra = metadona. It has been omitted.

c Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when grupo da amostra = subutex. It has been omitted.

d Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when grupo da amostra = subutex. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável Consumo Concomitante de Outras Drogas por PCA para amostra total^(b, c, d, e, f, g, h, i) (tabela adaptada do SPSS)

AUDIT	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.	
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis	Risco baixo	.300	46	.000	.716	46	.000
	Risco médio	.280	16	.002	.799	16	.003
	Risco alto	.241	5	.200(*)	.821	5	.119
	Dependência	.292	12	.006	.839	12	.027
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína	Risco baixo	.355	46	.000	.654	46	.000
	Risco médio	.238	16	.016	.827	16	.006
	Risco alto	.349	5	.046	.771	5	.046
	Dependência	.230	12	.080	.831	12	.021
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína	Risco baixo	.422	46	.000	.470	46	.000
	Risco médio	.448	16	.000	.587	16	.000
	Risco alto	.367	5	.026	.684	5	.006
	Dependência	.331	12	.001	.826	12	.019
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos	Dependência	.530	12	.000	.327	12	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros	Risco baixo	.537	46	.000	.133	46	.000
	Risco médio	.536	16	.000	.273	16	.000
	Dependência	.530	12	.000	.327	12	.000

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos	Risco baixo	.460	46	.000	.566	46	.000
	Risco médio	.396	16	.000	.668	16	.000
	Risco alto	.473	5	.001	.552	5	.000
	Dependência	.362	12	.000	.723	12	.001

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco baixo. It has been omitted.

c Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

d Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

e Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

f Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco baixo. It has been omitted.

g Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

h Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

i Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável Consumo Concomitante de Outras Drogas por PCA para o grupo n_m ^(a, b, c, d, e, f, g, h, i) (tabela adaptada do SPSS)

	AUDIT	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis	Risco baixo	.417	19	.000	.657	19	.000
	Risco médio	.231	6	.200(*)	.840	6	.129
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.264	11	.031	.845	11	.037
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína	Risco baixo	.217	19	.019	.811	19	.002
	Risco médio	.212	6	.200(*)	.933	6	.607
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.244	11	.067	.814	11	.014
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína	Risco baixo	.314	19	.000	.679	19	.000
	Risco médio	.254	6	.200(*)	.866	6	.212
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.306	11	.005	.850	11	.043
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos	Dependência	.528	11	.000	.345	11	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros	Risco baixo	.538	19	.000	.244	19	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos	Risco baixo	.505	19	.000	.445	19	.000
	Risco médio	.405	6	.003	.684	6	.004
	Dependência	.387	11	.000	.697	11	.000

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

b Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco baixo. It has been omitted.

c Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

d Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

- e Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.
- f Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco baixo. It has been omitted.
- g Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.
- h Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.
- i Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.
- j Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.
- k Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.
- l Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da variável Consumo Concomitante de Outras Drogas por PCA para o grupo n_s ^(b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l, m, n, o, p, q) (tabela adaptada do SPSS)

	AUDIT	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis	Risco baixo	.308	27	.000	.735	27	.000
	Risco médio	.351	10	.001	.722	10	.002
	Risco alto	.260	2	.			
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína	Risco baixo	.474	27	.000	.481	27	.000
	Risco médio	.349	10	.001	.735	10	.002
	Risco alto	.260	2	.			
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína	Risco baixo	.535	27	.000	.294	27	.000
	Risco alto	.260	2	.			
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros	Risco médio	.524	10	.000	.366	10	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos	Risco baixo	.422	27	.000	.626	27	.000
	Risco médio	.378	10	.000	.693	10	.0001
	Risco alto	.260	2	.			

a Lilliefors Significance Correction

b Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

c Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco baixo. It has been omitted.

d Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

e Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

f Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

g Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

h Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

i Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

j Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco baixo. It has been omitted.

k Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

l Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

m Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

n Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros is constant when AUDIT = Risco baixo. It has been omitted.

o Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

p Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

q Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição das dimensões, índices e Presença de Perturbação Mental segundo o BSI por grupo da amostra (tabela adaptada do SPSS)

	Grupo da amostra	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Somatização	Metadona	.107	39	.200(*)	.962	39	.203
	Subutex	.098	40	.200(*)	.927	40	.013
Obsessões-Compulsões	Metadona	.164	39	.010	.931	39	.020
	Subutex	.133	40	.074	.949	40	.070
Sensibilidade Interpessoal	Metadona	.119	39	.179	.963	39	.228
	Subutex	.204	40	.000	.873	40	.000
Depressão	Metadona	.101	39	.200(*)	.974	39	.488
	Subutex	.178	40	.003	.913	40	.005
Ansiedade	Metadona	.152	39	.024	.955	39	.120
	Subutex	.168	40	.006	.874	40	.000
Hostilidade	Metadona	.234	39	.000	.875	39	.000
	Subutex	.171	40	.005	.913	40	.005
Ansiedade Fóbica	Metadona	.251	39	.000	.860	39	.000
	Subutex	.190	40	.001	.819	40	.000
Ideação Paranóide	Metadona	.086	39	.00(*)	.975	39	.537
	Subutex	.101	40	.200(*)	.950	40	.076
Psicoticismo	Metadona	.182	39	.002	.919	39	.008
	Subutex	.162	40	.010	.901	40	.002
Índice Geral de Sintomas	Metadona	.111	39	.200(*)	.940	39	.038
	Subutex	.157	40	.014	.859	40	.000
Total de sintomas positivos	Metadona	.167	39	.008	.884	39	.001
	Subutex	.122	40	.135	.929	40	.015
Índice de Sintomas Positivos	Metadona	.119	39	.175	.859	39	.000
	Subutex	.090	40	.200(*)	.978	40	.607
Presença de Perturbação Mental	Metadona	.345	39	.000	.637	39	.000
	Subutex	.428	40	.000	.591	40	.000

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por Género para amostra total (tabela adaptada do SPSS)

Presença de Perturbação Mental	Género	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	M	.376	56	.000	.629	56	.000
	F	.392	23	.000	.622	23	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por Género para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Presença de Perturbação Mental		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Género	M	.356	26	.000	.637	26	.000
	F	.352	13	.000	.646	13	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por Género para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

Presença de Perturbação Mental		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Género	M	.423	30	.000	.597	30	.000
	F	.433	10	.000	.594	10	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por Consumo Concomitante de Outras Drogas para amostra total (tabela adaptada do SPSS)

Presença de Perturbação Mental		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	.316	46	.000	.743	46	.000
	Indivíduos perturbados emocionalmente	.273	33	.000	.740	33	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	.395	46	.000	.520	46	.000
	Indivíduos perturbados emocionalmente	.310	33	.000	.662	33	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por Consumo Concomitante de Outras Drogas para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Presença de Perturbação Mental		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	.219	19	.017	.858	19	.009
	Indivíduos perturbados emocionalmente	.263	20	.001	.778	20	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	.345	19	.000	.739	19	.000
	Indivíduos perturbados emocionalmente	.299	20	.000	.764	20	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por Consumo Concomitante de Outras Drogas para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

	Presença de Perturbação Mental	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	.430	27	.000	.574	27	.000
	Indivíduos perturbados emocionalmente	.393	13	.000	.599	13	.000
Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	.539	27	.000	.193	27	.000
	Indivíduos perturbados emocionalmente	.470	13	.000	.533	13	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por PCA para a amostra total (tabela adaptada do SPSS)

Presença de Perturbação Mental		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.450	46	.000	.564	46	.000
	Risco médio	.366	16	.000	.638	16	.000
	Risco alto	.473	5	.001	.552	5	.000
	Dependência	.460	12	.000	.552	12	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por PCA para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Presença de Perturbação Mental		Kolmogorov-Smirnov(a, b)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.430	19	.000	.591	19	.000
	Risco médio	.319	6	.056	.683	6	.004
	Dependência	.448	11	.000	.572	11	.000

a Lilliefors Significance Correction

b Presença de Perturbação Mental is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da Variável Presença de Perturbação Mental por PCA para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

Presença de Perturbação Mental		Kolmogorov-Smirnov(a, b)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.460	27	.000	.549	27	.000
	Risco médio	.381	10	.000	.640	10	.000
	Risco alto	.260	2	.			

a Lilliefors Significance Correction

b Presença de Perturbação Mental is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da Variável Dosagem de Metadona por Presença de Perturbação Mental (tabela adaptada do SPSS)

Dosagem de Metadona		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Presença de Perturbação Mental	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	.456	19	.000	.555	19	.000
	Indivíduos perturbados emocionalmente	.335	20	.000	.641	20	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Dosagem de Subutex por Presença de Perturbação Mental (tabela adaptada do SPSS)

Dosagem de Subutex		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Presença de Perturbação Mental	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	.511	27	.000	.427	27	.000
	Indivíduos perturbados emocionalmente	.532	13	.000	.311	13	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável PCA por Grupo da Amostra (tabela adaptada do SPSS)

AUDIT		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Grupo da amostra	Metadona	.298	39	.000	.740	39	.000
	Subutex	.400	40	.000	.640	40	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Dosagem de Metadona por PCA (tabela adaptada do SPSS)

Dosagem de Metadona		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.482	19	.000	.507	19	.000
	Risco médio	.492	6	.000	.496	6	.000
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.448	11	.000	.572	11	.000

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Dosagem de Subutex por PCA^(b, c, d) (tabela adaptada do SPSS)

Dosagem de Subutex		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.495	27	.000	.476	27	.000

a Lilliefors Significance Correction

b dosagem de subutex is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

c dosagem de subutex is constant when AUDIT = Risco alto. It has been omitted.

d dosagem de subutex is constant when AUDIT = Dependência. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da Variável Admissão/Readmissão em PSM por PCA (tabela adaptada do SPSS)

É o primeiro programa de metadona em que está inserido?		Kolmogorov-Smirnov(a, b)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.505	19	.000	.445	19	.000
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.353	11	.000	.649	11	.000

a Lilliefors Significance Correction

b é o primeiro programa de metadona em que está inserido? is constant when AUDIT = Risco médio. It has been omitted.

Normalidade da distribuição da Variável Tempo de Permanência em PSM por PCA (tabela adaptada do SPSS)

Tempo de Permanência em PSM		Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.281	19	.000	.704	19	.000
	Risco médio	.427	6	.001	.604	6	.001
	Risco alto	.385	3	.	.750	3	.000
	Dependência	.157	11	.200(*)	.909	11	.240

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Normalidade da distribuição da Variável Tempo de Permanência em PSS por PCA (tabela adaptada do SPSS)

Tempo de Permanência em PSS		Kolmogorov-Smirnov(a,b)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AUDIT	Risco baixo	.234	27	.001	.861	27	.002
	Risco médio	.326	10	.003	.851	10	.060
	Risco alto	.260	2	.			

a Lilliefors Significance Correction

b duração da terapia de substituição - dias is constant when AUDIT = dependencia. It has been omitted.

Homogeneidade das Variâncias

Teste de Homogeneidade das variâncias das variáveis Sócio-demográficas por grupo da amostra (tabela adaptada do SPSS)

Género

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.584	1	77	.112

Idade

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5.707	1	77	.019

Estado civil

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.321	1	77	.132

 Nível de escolaridade

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.446	1	77	.122

 Situação laboral actual

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.731	1	77	.395

 Caracterização da residência

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
9.377	1	77	.003

 Com quem vive?

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.110	1	77	.741

 Idade de Início de Consumo de Álcool

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.758	1	77	.056

 Idade de Início de Consumo de Heroína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.757	1	77	.056

Teste de Homogeneidade das variâncias da variável Consumo Concomitante de Outras Drogas por grupo da amostra (tabela adaptada do SPSS)

 Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
13.197	1	77	.001

 Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.	1	.	.

 Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
20.605	1	77	.000

 Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
42.048	1	77	.000

 Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogéneos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.

4.329	1	77	.041
-------	---	----	------

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.696	1	77	.058

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
9.000	1	77	.004

Teste de Homogeneidade das variâncias da variável Consumo Concomitante de Outras Drogas por PCA para a amostra Total (tabela adaptada do SPSS)

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.467	3	75	.230

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.	3	.	.

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.542	3	75	.063

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4.674	3	75	.005

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
9.329	3	75	.000

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4.701	3	75	.005

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.203	3	75	.095

Teste de Homogeneidade das variâncias da variável consumo concomitante de outras drogas por PCA para o grupo n_m (tabela adaptada do SPSS)

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
---------------------	-----	-----	------

.237	3	35	.870
------	---	----	------

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.	3	.	.

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.331	3	35	.803

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.219	3	35	.103

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4.136	3	35	.013

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.491	3	35	.234

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4.359	3	35	.010

Teste de Homogeneidade das variâncias da variável consumo concomitante de outras drogas por PCA para o grupo n_s (tabela adaptada do SPSS)

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.018(a)	2	36	.982

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cannabis.

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
. (a)	2	.	.

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de anfetaminas.

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5.305(a)	2	36	.010

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína.

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5.904(a)	2	36	.006

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de heroína.

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
(a)	2		

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de alucinogêneos.

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
7.529(a)	2	36	.002

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de outros.

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.979(a)	2	36	.385

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de comprimidos.

Teste de Homogeneidade das variâncias para as dimensões, índices e Presença de Perturbação Mental, segundo o BSI, por grupo da amostra (tabela adaptada do SPSS)

Somatização

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.465	1	77	.067

Obsessões-Compulsões

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.488	1	77	.226

Sensibilidade Interpessoal

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.165	1	77	.686

Depressão

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.018	1	77	.159

Ansiedade

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.010	1	77	.318

Hostilidade

Levene Statistic	df1	df2	Sig.

9.869	1	77	.002
-------	---	----	------

Ansiedade Fóbica

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.737	1	77	.393

Ideacção Paranoide

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3.668	1	77	.059

Psicoticismo

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.371	1	77	.544

Índice Geral de Sintomas

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.261	1	77	.265

Total de Sintomas Positivos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.206	1	77	.651

Índice de Sintomas Positivos

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.147	1	77	.703

Presença de Perturbação Mental

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5.219	1	77	.025

Teste de Homogeneidade das variâncias para consumo concomitante de cocaína e heroína por Presença de Perturbação Mental para amostra total e grupos (tabela adaptada do SPSS)

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
18.105	1	77	.000

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de Heroína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.029	1	77	.158

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
15.885	1	37	.000

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de Heroína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.188	1	37	.283

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de cocaína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.332	1	38	.568

Frequência de uso, nos últimos 30 dias, de Heroína

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
17.956	1	38	.000

Teste de Homogeneidade das variâncias para PCA por grupo da amostra (tabela adaptada do SPSS)

AUDIT

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
29.941	1	77	.000

Teste de Homogeneidade das variâncias para Tempo de Permanência em Tratamento por PCA para grupos (tabela adaptada do SPSS)

Tempo de Permanência em PSM

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.888	3	35	.150

Tempo de Permanência em PSS

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.966 (a)	2	36	.155

a Groups with only one case are ignored in computing the test of homogeneity of variance for Tempo de Permanência em PSS.

Anexo III

Quadros da distribuição do Género em função do PCA e Testes do Qui-Quadrado para a amostra total e grupos (n_m vs. n_s)

Quadro da Distribuição do Género em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para a amostra total (n=79)

Género:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
Masculino	26 (32.9%)	14 (17.7%)	4 (5.1%)	12 (15.2%)	56 (70.9%)
Feminino	20 (25.3%)	2 (2.5%)	1 (1.3%)	0 (0.0%)	23 (29.1%)
Total	46 (58.2%)	16 (20.3%)	5 (6.3%)	12 (15.2%)	79 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=11.869, p=.008.$

Quadro da Distribuição do Género em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_m (n=39)

Género:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
Masculino	7 (17.9%)	6 (15.4%)	2 (5.1%)	11 (28.2%)	26 (66.7%)
Feminino	12 (30.8%)	0 (0.0%)	1 (2.6%)	0 (0.0%)	13 (33.3%)
Total	19 (48.7%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	11 (28.2%)	39 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=16.105, p=.001.$

Quadro da Distribuição do Género em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_s (n=40)

Género:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
Masculino	19 (47.5%)	8 (20.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	30 (75.0%)
Feminino	8 (20.0%)	2 (5.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	10 (25.0%)
Total	27 (67.5%)	10 (25.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	40 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=1.442, p=.696.$

Anexo IV

Quadros da distribuição da Situação Profissional em função do PCA e Testes do Qui-Quadrado para a amostra total e grupos (n_m vs. n_s)

Quadro da Distribuição da Situação Profissional em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para a amostra total (n=79)

Situação Profissional:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
Empregado	22 (27.8%)	14 (17.7%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)	38 (48.1%)
Desempregado	24 (30.4%)	2 (2.5%)	4 (5.1%)	11 (13.9%)	41 (51.9%)
Total	46 (58.2%)	16 (20.3%)	5 (6.3%)	12 (15.2%)	79 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=19.134, p=.000.$

Quadro da Distribuição da Situação Profissional em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_m (n=39)

Situação Profissional:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
Empregado	4 (10.3%)	4 (10.3%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	10 (25.6%)
Desempregado	15 (38.5%)	2 (5.1%)	2 (5.1%)	10 (25.6%)	29 (74.4%)
Total	19 (48.7%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	11 (28.2%)	39 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=7.180, p=.066.$

Quadro da Distribuição da Situação Profissional em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_s (n=40)

Situação Profissional:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
Empregado	18 (45.0%)	10 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	28 (70.0%)
Desempregado	9 (22.5%)	0 (0.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	12 (30.0%)
Total	27 (67.5%)	10 (25.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	40 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=11.429, p=.010.$

Anexo V

Quadros da distribuição das Habilitações Literárias em função do PCA e Testes do Qui-Quadrado para a amostra total e grupos (n_m vs. n_s)

Quadro da Distribuição das Habilitações Literárias em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para a amostra total (n=79)

Habilitações Literárias:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 3º Ciclo	31 (39.2%)	10 (12.7%)	4 (5.1%)	9 (11.4%)	54 (68.4%)
≥ Secundário	15 (19.0%)	6 (7.6%)	1 (1.3%)	3 (3.8%)	25 (31.6%)
Total	46 (58.2%)	16 (20.3%)	5 (6.3%)	12 (15.2%)	79 (100.0%)

$\chi^2_{(3)} = .832, p = .842.$

Quadro da Distribuição das Habilitações Literárias em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_m (n=39)

Habilitações Literárias:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 3º Ciclo	10 (25.6%)	4 (10.3%)	2 (5.1%)	8 (20.5%)	24 (61.5%)
≥ Secundário	9 (23.1%)	2 (5.1%)	1 (2.6%)	3 (7.7%)	15 (38.5%)
Total	19 (48.7%)	6 (15.4%)	3 (7.7%)	11 (28.2%)	39 (100.0%)

$\chi^2_{(3)} = 1.319, p = .725.$

Quadro da Distribuição das Habilitações Literárias em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_s (n=40)

Habilitações Literárias:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 3º Ciclo	21 (52.5%)	6 (15.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	30 (75.0%)
≥ Secundário	6 (15.0%)	4 (10.0%)	0 (5.0%)	0 (0.0%)	10 (25.0%)
Total	27 (67.5%)	10 (25.0%)	2 (5.0%)	1 (2.5%)	40 (100.0%)

$\chi^2_{(3)} = 2.311, p = .510.$

Anexo VI

Quadro da distribuição da Idade de Início de Consumo de Álcool em função do PCA e Teste do Qui-Quadrado para a amostra total

Distribuição da Idade de Início de Consumo de Álcool em função do PCA e teste do Qui-Quadrado para a amostra total (n=79)

Idade:	AUDIT				Total
	Risco baixo	Risco médio	Risco Alto	Dependência	
≤ 15 anos	26 (32.9%)	10 (12.7%)	3 (3.8%)	11 (13.9%)	50 (63.3%)
≥ 16 anos	20 (25.3%)	6 (7.6%)	2 (2.5%)	1 (1.3%)	29 (46.2%)
Total	46 (58.2%)	16 (20.3%)	5 (6.3%)	12 (15.2%)	79 (100.0%)

$\chi^2_{(3)}=5.094, p=.165.$

Quadro do Teste t-Student para comparação entre grupos para a variável Idade de Início de Consumo de Álcool

Comparação entre grupos para a variável Idade de Início de Consumo de Álcool: média, desvio padrão e teste t-Student

Idade		n	M	DP	t (p)
Grupo da amostra	Grupo n_m	39	15.03	2.109	.806 (.423)
	Grupo n_s	40	14.68	1.745	

Anexo VII**Quadro do Teste t-Student para comparação entre grupos para a variável Idade de Início de Consumo de Heroína**

Comparação entre grupos para a variável Idade de Início de Consumo de Heroína: média, desvio padrão e teste t-Student

Idade		n	M	DP	t (p)
Grupo da amostra	Grupo n _m	39	20.36	4.710	.643 (.522)
	Grupo n _s	40	19.75	3.650	

Anexo VIII

Quadros para comparação entre grupos para a variável Consumo Concomitante de Outrs Drogas

Comparação entre grupos para a variável Consumo de Outros nos últimos 30 dias: média, desvio padrão e teste t-Student

Consumo de outros no último mês		n	M	DP	t (p)
Grupo da amostra	Grupo n _m	39	0.3	0.160	-0.950 (.345)
	Grupo n _s	40	0.15	0.802	

Comparação entre grupos para a variável Consumo de Outras Drogas nos últimos 30 dias: mean rank e teste U de Mann-Whitney

		n	Mean Rank	U (p)
Consumo de Cannabis no último mês	Grupo n _m	39	41.53	720.500 (.538)
	Grupo n _s	40	38.51	
Consumo de Anfetaminas no último mês	Grupo n _m	39	40.00	780.000 (1.000)
	Grupo n _s	40	40.00	
Consumo de Cocaína no último mês	Grupo n _m	39	50.41	374.000 (.000)
	Grupo n _s	40	29.85	
Consumo de Heroína no último mês	Grupo n _m	39	50.82	358.000 (.000)
	Grupo n _s	40	29.45	
Consumo de alucinogéneos no último mês	Grupo n _m	39	40.51	760.000 (.311)
	Grupo n _s	40	39.50	
Consumo de comprimidos no último mês	Grupo n _m	39	37.00	663.000 (.155)
	Grupo n _s	40	42.93	

Quadros com os testes de Kruskal-Wallis e One-Way Anova para a relação entre o consumo de outras drogas e o PCA para o grupo total

Relação entre o Consumo de Outras Drogas, nos últimos 30 dias, e o PCA para o grupo total (n=79): n, Mean Rank, teste de Kruskal-Wallis e U de Mann-Whitney para comparações duas a duas

		n	Mean Rank	X ² (p)	U (p)
Consumo de Anfetaminas no último mês	Risco Baixo	46	40.00	.000 (1.000)	Dependência
	Risco Médio	16	40.00		
	Risco Alto	5	40.00		
	Dependência	12	40.00		
Consumo de	Risco Baixo	46	35.51	21.087	> Baixo* >

Heroína no último mês	Risco Médio	16	35.25	(.000)	Médio** **
	Risco Alto	5	39.80		
	Dependência	12	63.63		
Consumo de Alucinogêneos no último mês	Risco Baixo	46	39.50	5.583 (.134)	
	Risco Médio	16	39.50		
	Risco Alto	5	39.50		
	Dependência	12	42.79		
Consumo de Outros no último mês	Risco Baixo	46	38.03	1.465 (.690)	
	Risco Médio	16	44.22		
	Risco Alto	5	35.50		
	Dependência	12	43.79		

* $p=.000$ ** $p=.000$

Relação entre o Consumo de Outras Drogas, nos últimos 30 dias, e o PCA para o grupo total (n=79): média, desvio padrão, ANOVA e teste de Scheffe para comparações a posteriori

		n	M	DP	F (p)	Scheffe
Consumo de Cannabis no último mês	Risco Baixo	46	1.13	1.628	3.470 (.020)	Dependência > Baixo*
	Risco Médio	16	1.75	1.880		
	Risco Alto	5	2.00	2.000		
	Dependência	12	2.92	1.975		
Consumo de Cocaína no último mês	Risco Baixo	46	0.78	1.315	10.102 (.000)	Dependência > Médo**> Baixo*** > Alto****
	Risco Médio	16	1.38	1.628		
	Risco Alto	5	0.60	0.894		
	Dependência	12	3.33	1.875		
Consumo de Comprimidos no último mês	Risco Baixo	46	1.07	1.818	.610 (.611)	
	Risco Médio	16	1.69	2.272		
	Risco Alto	5	0.80	1.789		
	Dependência	12	1.58	2.065		

* $p=.025$ ** $p=.009$ *** $p=.000$ **** $p=.009$

Anexo IX

Quadro para comparação entre grupos para a variável presença de Perturbação Mental

Comparação entre grupos para a variável presença de Perturbação Mental: *mean rank* e teste U de Mann-Whitney

Perturbação Mental		n	Mean Rank	U (p)
Grupo da amostra	Grupo n_m	39	43.76	633.500 (.093)
	Grupo n_s	40	36.34	

Quadros da distribuição da presença de Perturbação Mental em função do Género e Testes do Qui-Quadrado para o total da amostra e para os grupos (n_m vs. n_s)

Distribuição da presença de Perturbação Mental em função do Género dos sujeitos e teste do Qui-Quadrado para a amostra total (n=79)

Grupos do ISP:	Sexo:		
	Masculino	Feminino	Total
Indivíduos sem valores significativos no ISP	32 (40.5%)	14 (17.7%)	46 (58.2%)
Indivíduos Perturbados Emocionalmente	24 (30.4%)	9 (11.4%)	33 (41.8%)
Total	56 (70.9%)	23 (29.1%)	79 (100.0%)

$\chi^2_{(1)} = .003, p = .957$

Distribuição da presença de Perturbação Mental em função do Género dos sujeitos e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_m ($n_m=39$)

Grupos do ISP:	Sexo:		
	Masculino	Feminino	Total
Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	12 (30.8%)	7 (17.9%)	19 (48.7%)
Indivíduos Perturbados Emocionalmente	14 (35.9%)	6 (15.4%)	20 (51.3%)
Total	26 (66.7%)	13 (33.3%)	39 (100.0%)

$\chi^2_{(1)} = .013, p = .910$

Distribuição da perturbação mental em função do Género dos sujeitos e teste do Qui-Quadrado para o grupo n_s ($n_s=40$)

Grupos do ISP:	Sexo:		
	Masculino	Feminino	Total
Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	20 (50.0%)	7 (17.5%)	27 (67.5%)

Indivíduos			
Perturbados	10 (25.0%)	3 (7.5%)	13 (32.5%)
Emocionalmente			
Total	30 (75.0%)	10 (25.0%)	40 (100.0%)

$\chi^2_{(1)}=.000, p=1.000$

Quadros dos testes U de Mann-Whitney e t-Student para a relação entre a presença de Perturbação Mental e o Consumo Concomitante de Heroína e Cocaína no último mês

Teste t-Student para comparação entre os grupos do ISP para o Consumo de Heroína no último mês, para o grupo total (n=79)

Consumo de heroína no último mês		n	M	DP	t (p)
Grupos do ISP	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	46	0.52	1.130	-1.497 (.138)
	Indivíduos Perturbados Emocionalmente	33	0.97	1.531	

Teste U de Mann-Whitney para comparação entre os grupos do ISP para o Consumo de Cocaína no último mês, para o grupo total (n=79)

Consumo de cocaína no último mês		n	Mean Rank	U (p)
Grupos do ISP	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	46	37.21	630.500 (.169)
	Indivíduos Perturbados Emocionalmente	33	43.89	

Teste t-Student para comparação entre os grupos do ISP para o Consumo de Heroína no último mês, para o grupo n_m (n_m=39)

Consumo de heroína no último mês		n	M	DP	t (p)
Grupos do ISP	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	19	1.21	1.512	-.450 (.655)
	Indivíduos Perturbados Emocionalmente	20	1.45	1.791	

Teste U de Mann-Whitney para comparação entre os grupos do ISP para o Consumo de

Cocaína no último mês, para o grupo n_m (n_m=39)

Consumo de cocaína no último mês		n	Mean Rank	U (p)
Grupos do ISP	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	19	17.76	147.500 (.222)
	Indivíduos Perturbados Emocionalmente	20	22.13	

Teste t-Student para comparação entre os grupos do ISP para o Consumo de Cocaína no último mês, para o grupo n_s (n_s=40)

Consumo de Cocaína no último mês		n	M	DP	t (p)
Grupos do ISP	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	27	0.52	1.051	.169 (.867)
	Indivíduos Perturbados Emocionalmente	13	0.46	.877	

Teste U de Mann-Whitney para comparação entre os grupos do ISP para o Consumo de Heroína no último mês, para o grupo n_s (n_s=40)

Consumo de heroína no último mês		n	Mean Rank	U (p)
Grupos do ISP	Indivíduos que não apresentam valores significativos no ISP	27	19.24	141.500 (.059)
	Indivíduos Perturbados Emocionalmente	13	23.12	

Anexo X
Protocolo da Investigação (Declaração de Consentimento;
Questionário Sócio-demográfico; AUDIT e BSI)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação,
inserida na investigação que Ana Leonor Batista Henriques está a realizar no
âmbito do curso de Mestrado Integrado em Psicologia, tomei conhecimento
dos objectivos, métodos e benefícios previstos com esta investigação, tendo-
me, ainda, sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que achei
necessárias.

_____, _____ de _____ de _____
(Localidade) (dia) (Mês) (Ano)