



**HUGO RENATO DE  
JESUS TEIXEIRA  
ROQUE**

**PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE HEROINÓMANOS  
EM TRATAMENTO COM METADONA, EM DUAS  
CONDIÇÕES: CONSUMIDORES E NÃO  
CONSUMIDORES DE *CRACK***





Universidade de Aveiro Departamento de Educação e Psicologia  
2019

**HUGO RENATO DE  
JESUS TEIXEIRA  
ROQUE**

**PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE HEROINÓMANOS  
EM TRATAMENTO COM METADONA, EM DUAS  
CONDIÇÕES: CONSUMIDORES E NÃO  
CONSUMIDORES DE *CRACK***

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e co-orientação da Doutora Anabela Maria Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.



**o júri**

Presidente

**Prof. Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos**

professora auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes**

professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu

**Prof. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira**

professora associada com agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro



**agradecimentos**

Do fundo do coração, um agradecimento a todos os profissionais do CRIA pela sua prestabilidade, generosidade e boa vontade (especialmente às orientadoras, pela sua paciência, inteligência e boa vontade). A todos os utentes do CRIA por me terem permitido tornar uma pessoa mais tolerante, compassiva e benevolente, em suma, uma pessoa melhor. Ao professor Carlos Fernandes pela sua disponibilidade, orientação e, acima de tudo, pela sua paciência e tolerância para com a minha procrastinação. À professora Anabela Pereira pela sua orientação, generosidade e paciência. À Mestre Isabel Souto pela sua boa vontade e preciosa ajuda na formatação do trabalho, tarefa na qual estou longe de ser um especialista. Aos meus pais e amigos pelo seu apoio incondicional. E, por fim, ao meu cão, pela amizade e amor incondicional com que me brinda em todos os fins-de-semana de visita à família.





**palavras-chave**

Comportamentos aditivos e dependências, substâncias psicoativas, psicopatologia, heroína, *crack*, Metadona, reabilitação

**resumo**

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995) refere-se à co-morbilidade, como sendo a coocorrência no mesmo indivíduo de uma perturbação por uso de substâncias psicoativas (SPA's) e uma outra perturbação psiquiátrica. É cada vez mais generalizada a ideia, por parte dos profissionais que trabalham nas equipas de tratamento, da existência de problemáticas psicopatológicas não caracterizadas e que afetam o processo de reabilitação de heroinómanos. Decorrente desta constatação e da necessidade sentida na prática clínica, decidiu-se levar a cabo um estudo de natureza transversal com o objetivo geral de avaliar a existência de co-morbilidade entre toxicodependência e psicopatologia, com vista a uma melhor adequação e qualidade de intervenção da equipa multidisciplinar de tratamento ambulatorio no Centro de Respostas Integradas de Aveiro (CRIA). A amostra selecionada a partir dos dados constantes do Sistema Integrado Multidisciplinar (SIM), incluiu 80 indivíduos heroinómanos, de ambos os sexos, em Tratamento de Substituição Opiácea (TSO) com Metadona, na equipa de tratamento do CRIA, os quais responderam a um questionário sócio-demográfico e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) de Derogatis (1993, com aferição portuguesa de Canavarro e colaboradores, 1999). Os resultados evidenciaram existir co-morbilidade na amostra total de heroinómanos em TSO, situando-se o seu perfil psicopatológico acima da população normativa portuguesa e, entre grupos, a amostra de heroinómanos em TSO, que mantém consumos concomitantes de *crack* apresenta um perfil psicopatológico superior ao daqueles que, também em TSO, não mantêm tais consumos. São referidas algumas implicações do presente trabalho, nomeadamente alertar para a necessidade de avaliar a psicopatologia nesta população, de modo a melhor promover estratégias de intervenção ainda mais eficientes.



**Keywords**

Dependence and addictive behaviors, psychoactive substances, psychopathology, heroin, *crack* cocaine, Methadone, rehabilitation

**abstract**

Co-morbidity is defined by the World Health Organization (WHO) as the co-occurrence in the same individual of a psychoactive substance (SPA's) use disorder and another psychiatric disorder (WHO, 1995). The main idea among the professionals working in treatment teams concerning to uncharacterized psychopathological issues with implications in the rehabilitation of heroin addicts is increasingly widespread. As a result of this awareness and the need felt in clinical practice, it was decided to carry out an investigation regarding the general goal of evaluating indicators of co-morbidity, aiming at a better adequacy and quality of intervention inside the multidisciplinary outpatient treatment team at Centro de Respostas Integradas de Aveiro (CRIA). The selected sample, collected from the Multidisciplinary Integrated System (SIM) data, included 80 outpatients in Opiate Substitution Therapy (TSO) with Methadone, from both genders in the CRIA treatment team, who answered a sociodemographic questionnaire and the Brief Symptom Inventory (BSI) Derogatis (1993, with the Portuguese adaptation of Canavarro, 1999). The results show co-morbidity in the total sample of heroin addicts in TSO, with the psychopathological profile situated above the Portuguese normative population and, between groups, the sample of heroin addicts in TSO, who maintain concomitant crack cocaine consumption, presented a higher psychopathological profile than those who, also in TSO, do not use such SPA's. Some implications of the present work are mentioned, namely to alert to the need of evaluating the psychopathology in this population in order to promote even more efficient intervention strategies.



## Índice

<b>Índice de Figuras.....</b>	<b>xiv</b>
<b>Índice de Tabelas.....</b>	<b>xv</b>
<b>Índice de Abreviaturas.....</b>	<b>xvi</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>Método.....</b>	<b>7</b>
<b>Participantes.....</b>	<b>7</b>
<b>Instrumentos.....</b>	<b>8</b>
<b>Procedimentos.....</b>	<b>9</b>
<b>Análise de Dados.....</b>	<b>10</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>11</b>
<b>Caraterização sóciodemográfica da amostra global com CAD (Mtotal).....</b>	<b>11</b>
<b>Caraterização sóciodemográfica dos grupos de tratamento (M vS M+C).....</b>	<b>13</b>
<b>Diferenças clínicas entre grupos de tratamento (M vS M+C).....</b>	<b>17</b>
<b>Diferenças entre a amostra global com CAD e a população normativa portuguesa (Mtotal vS PN).....</b>	<b>18</b>
<b>Diferenças clínicas dentro da amostra global com CAD (Mtotal) de acordo com o sexo.....</b>	<b>19</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>20</b>
<b>Referências.....</b>	<b>23</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>28</b>

## Índice de Figuras

<i>Figura 01: Dados sóciodemográficos de População vS Amostra.....</i>	<i>7</i>
<i>Figura 02: Dados sóciodemográficos de grupos de tratamento (M vS M+C).....</i>	<i>8</i>
<i>Figura 03: Processo de recrutamento e seleção dos participantes para o estudo.....</i>	<i>10</i>
<i>Figura 04: Vias de acesso dos utentes da amostra global com CAD (Mtotal) ao CRIA.....</i>	<i>11</i>
<i>Figura 05: Estado civil dos utentes da amostra global com CAD (Mtotal).....</i>	<i>12</i>
<i>Figura 06: Habilitações literárias dos utentes da amostra global com CAD (Mtotal).....</i>	<i>12</i>
<i>Figura 07: Situação profissional dos utentes da amostra global com CAD (Mtotal).....</i>	<i>12</i>
<i>Figura 08: Vias de acesso dos utentes do grupo M ao CRIA.....</i>	<i>14</i>
<i>Figura 09: Habilitações literárias dos utentes do grupo M.....</i>	<i>14</i>
<i>Figura 10: Situação profissional dos utentes do grupo M.....</i>	<i>15</i>
<i>Figura 11: Vias de acesso dos utentes do grupo M+C ao CRIA.....</i>	<i>15</i>
<i>Figura 12: Habilitações literárias dos utentes do grupo M+C.....</i>	<i>16</i>
<i>Figura 13: Situação profissional dos utentes do grupo M+C.....</i>	<i>16</i>

### **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Caraterização sóciodemográfica da amostra global com CAD (Mtotal).....	13
Tabela 2 – Caraterização sóciodemográfica dos grupos de tratamento (M vS M+C).....	17
Tabela 3 – Diferenças clínicas entre grupos de tratamento (M vS M+C).....	18
Tabela 4 – Diferenças clínicas entre os scores da amostra global com CAD e a população normativa portuguesa (Mtotal vS População Normativa).....	19
Tabela 5 – Diferenças clínicas dentro da amostra global com CAD (Mtotal) de acordo com o sexo (Masculino vS Feminino).....	19

## Índice de Abreviaturas

APA – *American Psychiatric Association*  
ARSC – Administração Regional de Saúde do Centro  
ASAM – *American Society of Addiction Medicine*  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
BSI – *Brief Symptom Inventory*  
CAD – Comportamentos Aditivos e Dependências  
CRC – Circuito de Recompensa Cerebral  
CRIA – Centro de Respostas Integradas de Aveiro  
DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências  
DSM – *Disease Statistics Manual*  
EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*  
ICD – *International Classification of Diseases*  
IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência  
IGS – Índice Global de Sintomas  
ISP – Índice de Sintomas Positivos  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
RRMD – Redução de Riscos e Minimização de Danos  
SCL 90-R – *Symptoms Checklist Revised*  
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências  
SMCL - Sistema Meso-Córtico Límbico  
SPA's – Substâncias Psicoativas  
TSO – Tratamento de Substituição Opiácea  
TSP – Total de Sintomas Positivos



## Introdução

Foi no século passado, com o eclodir da Segunda Guerra Mundial que, quer com a utilização, quer com o aparecimento de novas drogas sintéticas, se iniciou um novo ciclo na problemática das drogas. A partir desta altura registou-se uma mudança muito importante, passando-se a considerar o consumo de Substâncias Psicoativas (SPA's) como um problema social, dinamizador da criação de medidas políticas internacionais destinadas a minimizar as suas consequências (Poiares, 1999).

Patrício (2002), afirma que desde os anos sessenta do século passado, gerações sucessivas, têm-se deparado com um fenómeno psicossocial de busca do prazer (a qualquer preço e sem nexos) ou de alívio do desprazer, manifestado também através de comportamentos consumistas exagerados, onde se inclui o consumo de SPA's, genericamente chamadas de “drogas”.

A adição a SPA's tem constituído, ao longo do tempo, um grave problema de saúde pública, sendo o consumo e a dependência, problemas crónicos, em que o risco de recaída está sempre presente ao longo do tratamento (Machado & Klein, 2005). A evidência científica sugere que as perturbações relacionadas com consumo de SPA's constituem uma condição de saúde crónica e recidivante, que requerem acompanhamento continuado por parte de familiares e profissionais de saúde, numa lógica de longo-prazo (Bevan, 2009).

Nesse sentido, Goulão (2007), presidente do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências [SICAD] e principal pioneiro do mundialmente reconhecido modelo português de combate aos efeitos perniciosos da toxicodependência, considera fundamental que os decisores políticos assumam a importância de encorajar a criação de políticas eficazes e eficientes a nível local, nacional e transnacional, para assegurar uma coordenação e cooperação global, interinstitucional e comunitária.

De acordo com a *American Society of Addiction Medicine* [ASAM] (2011), um Comportamento Aditivo e Dependência (CAD) trata-se, como já referido no segundo parágrafo, de uma doença crónica e recidivante do Sistema Meso-Córtico Límbico (SMCL), da motivação, da memória e dos circuitos cerebrais associados. Isto reflete-se no indivíduo e nas suas áreas de vida que, de forma patológica, procura a recompensa e/ou o alívio através do uso de SPA's ou de outros CAD sem substância. Sem o devido tratamento e um sério envolvimento no processo terapêutico, o CAD é progressivo, podendo resultar em incapacidade e morte prematura.

Em termos gerais, as SPA's têm o poder de alterar significativamente o estado de consciência do consumidor, associando-se principalmente à libertação de dopamina, um dos principais Neurotransmissores envolvidos nos CAD. A nível das estruturas cerebrais propriamente ditas, três áreas relacionadas ao SMCL são consideradas determinantes neste processo: a área tegmentar ventral, o *nucleus accumbens* e o córtex pré-frontal. No seu conjunto, estas três estruturas formam o que se convencionou chamar de Circuito de Recompensa Cerebral (CRC) e vêm sendo amplamente estudadas no campo dos CAD (Di Chiara, 1995; Kosten & George, 2002; Oliveira, 2001).

No intuito de melhor compreender o supracitado, importa caracterizar sucintamente as principais SPA's e os seus efeitos, ao nível dos seus efeitos no organismo dos consumidores.

A heroína é uma SPA produzida a partir da morfina presente no ópio, extraído da seiva da planta *Papaver somniferum*, sendo por esta razão designada como um opióide (Ziegler, Facchini, Geißler, Schmidt, Ammer, Kramell & Brandt, 2009). Quando introduzida no organismo a sua lipofilicidade permite-lhe passar facilmente a Barreira Hemato-Encefálica afetando de imediato o Sistema Nervoso Central (Tormoehlen, 2011), tendo como principais efeitos, os seguintes: convulsões, euforia, supressão do reflexo da tosse, miose, anestesia, analgesia, sonolência, alterações do humor, sudação, vômitos, náusea, obstipação, alterações no sistema endócrino e vascular, asfixia e rápido desenvolvimento de dependência. Com o desenvolvimento de um CAD, é frequente, quando ocorre interrupção dos consumos, um conjunto de sinais e sintomas típicos, designados, no seu conjunto, por síndrome de abstinência: vômitos e diarreia, hostilidade, ansiedade, midríase, dores musculares, hipertermia, hiperventilação, rinorreia e calafrios (Lutz, Ayranci, Chu-Sin-Chung, Matifas, Koebel, Filliol & Kieffer, 2014).

A cocaína, por outro lado, trata-se de um alcalóide derivado do arbusto *Erythroxylum coca*. Quando consumida, conduz o indivíduo a um estado de intensa euforia, embora de curta duração. Devido a este rápido, mas curto efeito, é frequente os utilizadores tomarem doses repetidas, e assim, desenvolverem um CAD rapidamente. Os efeitos do *crack* (preparado mais potente, obtido por reação química da cocaína com bicarbonato de sódio) são, basicamente os mesmos da cocaína, embora o seu efeito se

faça sentir de forma muito mais rápida e intensa, devido ao facto de a via de administração ser fumada: sensação de poder, excitação sexual, hiperatividade, insónia, intensa euforia e prazer (Moura, Benzano, Pechansky & Kessler, 2014; Narvaez, Jansen, Pinheiro, Kapczinski, Silva, Pechansky & Magalhães, 2014; Neiman, Haapaniemi & Hillbom, 2000; Potvin, Stavro, Rizkallah & Pelletier, 2014).

Em termos de tratamento da dependência de heroína, a Metadona, (Cloridrato de Metadona, medicamento utilizado no Tratamento de Substituição Opiácea (TSO) de heroínómanos), constitui-se como o tratamento de primeira linha. Trata-se de um fármaco opióide sintético e de meia-vida longa (principal diferença em relação à heroína, cuja meia-vida é curta) destinado a evitar o mal-estar proveniente da síndrome de abstinência provocada pela interrupção dos consumos de heroína. De acordo com Beck (1993), a Metadona atua benéficamente a três níveis: alivia a chamada *fome narcótica*, estabelece um bloqueio dos efeitos eufóricos da heroína e tem uma duração de efeito superior a 24 horas. Desenvolvida laboratorialmente por farmacêuticos alemães durante a 2ª grande guerra (1939-1945) e utilizada pela primeira vez como agente de desintoxicação em dependentes de opiáceos nos Estados Unidos (Hospital Prisão de Saúde de Lexington no estado de Kentucky), a Metadona reduz (e em certos casos, elimina) a dependência de heroína, baixando consequentemente as taxas de criminalidade e mortalidade associadas (Marlatt, 1999).

O TSO para a dependência de heroína é reconhecido em todo o mundo como eficaz para retenção dos pacientes no tratamento e respetiva redução do uso de drogas ilícitas (Mattick, Breen, Kimber & Davoli, 2014). No entanto, e apesar de se tratar de um elemento essencial na reabilitação toxicodependente, não é suficiente. Torna-se, assim, relevante um acompanhamento do foro psicológico e/ou psiquiátrico, na medida em que, muitas das vezes, coexistem nestes pacientes distúrbios de natureza psicopatológica, comportamental e social bastante alterados, com necessidade de uma avaliação e intervenção multidisciplinar (Baltieri, Strain, Dias, Scivoletto, Malbergier, Nicastrì & Guerra de Andrade, 2004).

Vários estudos, reconheceram que utilizadores duais (de heroína e cocaína) são menos propensos do que utilizadores de apenas heroína, a alcançar abstinência em TSO com Metadona (Lions, Carrieri, Michel, Mora, Marcellin & Morel, 2014; Marsden, Eastwood, Bradbury, Dale-Perera, Farrell & Hammond, 2009; Salamina, Diecidue,

Vigna-Taglianti, Jarre, Schifano & Bargagli, 2010; Sullivan, Moore, O'Connor, Barry, Chawarski & Schottenfeld, 2010; Williamson, Darke, Ross & Teesson, 2006). Uma revisão das opções de tratamento para utilizadores duais sugere que a Metadona apresenta eficácia no alcance da abstinência de heroína e cocaína, e que a redução do uso de cocaína pode ser adicionalmente apoiada a nível psicoterapêutico, com intervenções de gestão de contingências (Castells, Kosten, Capella, Vidal, Colom & Casas, 2009).

Estudos efetuados em diversos países durante mais de quinze anos têm discutido a relação entre o consumo de SPA's e perturbações mentais, abrangendo, alterações do humor em geral, bem como perturbações depressivas, de ansiedade, de pânico, fobias, Perturbações do espectro da esquizofrenia e distúrbios compulsivos, Perturbações de personalidade e Perturbações do foro Neurocognitivo (e.g. Demência). No geral, pessoas que consomem estas SPA's apresentam maiores níveis de psicopatologia do que a população em geral (Jané Llopis & Matytsina, 2006; Lee, Na, Levin & Twohig, 2015).

Dentre os dependentes de álcool, drogas e nicotina, são os consumidores de SPA's os que apresentam uma maior prevalência no binómio CAD / psicopatologia (Jané-Llopis & Matytsina, 2006). O uso de SPA's está também associado ao aparecimento de muitos e diversos problemas de saúde física, entre os quais hemorragias, hipertensão, insuficiência renal, acidentes vasculares cerebrais (AVC), convulsões, aumentos da pressão arterial, arritmias, espasmos nos vasos do cérebro, perturbações do sono e alergias (Nelson, Bryant & Aks, 2014).

Existem três conceitos centrais, distinguidos pela comunidade científica internacional, relacionados com o consumo de SPA's: o consumo, o abuso e a dependência. O primeiro não é considerado patológico uma vez que não implica obrigatoriamente a existência de danos, não deixando, no entanto, de incorporar riscos e de abrir caminho ao abuso e à dependência (Rahoui & Reynauld, 2008).

De acordo com a *American Psychiatric Association* [APA], (2013), a dependência pode ser física, psíquica ou ambas. A física é constituída por três fenómenos: tolerância, privação e intoxicação. Quanto à dependência psíquica, corresponde a um desejo imperioso de consumir (*craving*).

Para Sequeira (2006), as SPA's apresentam o potencial de modificar o estado de consciência, ou seja, a visão que se tem de si, dos outros e do mundo. Nesse sentido, consumir não consiste somente em sofrer os efeitos do consumo de uma SPA, mas sim num passo ativo, por parte do indivíduo, no sentido de manipular as suas próprias percepções, relacionadas com o meio em que está inserido. Deste modo, desenvolveu-se a convicção de que existem, no toxicodependente, sinais e sintomas psicopatológicos de crucial importância no desencadear do estilo de vida de dependência de SPA's. O mesmo autor, enfatiza que as poucas amostras de toxicodependentes nas investigações revelam, com a ajuda de testes, que se encontram repletas de psicopatologias graves, com particular destaque para o facto de a depressão se relacionar, principalmente, com a dependência de heroína. Refere ainda que os heroinómanos, para além de serem tendencialmente depressivos, pertencem a um grupo de indivíduos com prevalência de perturbações de personalidade.

Dentro da mesma linha de raciocínio, o Observatório Europeu da Droga e das Toxicodependências (EMCDDA, 2004), define o diagnóstico duplo, como a co-morbilidade de uma perturbação por uso de SPA's e uma outra perturbação psicopatológica. Além disso, é também feita alusão ao facto de que a avaliação de rotina das perturbações psiquiátricas e da personalidade raramente faz parte dos processos normais de diagnóstico realizados nos serviços de reabilitação toxicodependente. Como consequência, a co-morbilidade é frequentemente subestimada, numa população em que as perturbações de personalidade oscilam entre os 14% e os 96%, a depressão entre os 5% e os 72%, e as perturbações relacionadas com a ansiedade com valores entre os 4% e os 32%.

A reforçar este ponto de vista, uma revisão sobre instrumentos de avaliação para o diagnóstico de consumidores de SPA's e perturbações psiquiátricas levada a cabo por Dawe, Loxton, Kavanagh, & Mattick (2002), enfatiza o reconhecimento crescente de que muitos heroinómanos apresentam vários problemas psicológicos e psiquiátricos, variando desde doenças psiquiátricas major não detetadas (que cumprem os critérios internacionais de diagnóstico DSM-5 e ICD10), a quadros difusos de alterações do humor e ansiedade (sintomas ou conjuntos de sintomas) que, apesar de não satisfazerem os critérios de diagnóstico (número de sintomas, duração), não deixam de ter um impacto significativo no bem-estar subjetivo, afetando a qualidade de vida do indivíduo e trazendo dificuldades

acrescidas ao processo de reabilitação.

Numa investigação empírica realizada por Macias, Leal, Vaz, Fernandez-gil, Pacheco & Aliño (2000), foram estudados 51 pacientes que recorreram a um centro de reabilitação toxicodependente, através da aplicação do SCL-90-R (*Symptom Checklist*). Constatou-se a existência de psicopatologia, com predomínio de sintomas de depressão, ansiedade, hostilidade e obsessivo-compulsivos, bem como, traços de personalidade com predomínio paranóide, dependente e limite. Estes autores consideram que a importância do estudo da co-morbilidade em consumidores de drogas radica no facto de que a severidade da psicopatologia é o melhor preditor de sucesso nos programas de reabilitação.

Num outro estudo, envolvendo 60 toxicodependentes acompanhados em regime de internamento numa comunidade terapêutica da região Centro, Almeida, Vieira, Almeida, Rijo & Felisberto (2005), utilizaram como instrumento de avaliação o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Os resultados obtidos permitiram verificar que os valores médios da amostra estudada se apresentavam acima dos valores da população normativa.

Há, portanto, alguma evidência científica sobre a relevância da investigação na área da co-morbilidade em toxicodependentes e da necessidade de se realizarem mais estudos de avaliação, com vista a uma mais adequada intervenção dos profissionais dedicados ao tratamento dos CAD.

Em suma, os serviços destinados à reabilitação toxicodependente, no geral, tendem a subvalorizar a avaliação da co-morbilidade entre o abuso de SPA's e a psicopatologia, juntamente com uma sobrevalorização do aspeto interventivo, o que tende a interferir desfavoravelmente no decurso do processo terapêutico.

Posto isto, o objetivo deste estudo foi o de avaliar eventuais diferenças no perfil psicopatológico entre dois grupos de heroinómanos em TSO com Metadona: consumidores e não consumidores de base de coca / *crack*, bem como, entre a amostra total de heroinómanos em TSO com Metadona e os dados normativos da população portuguesa.

Como meta, espera-se que os resultados encontrados possam fomentar uma reflexão sobre a necessidade de adotar intervenções psicoterapêuticas diferenciadas e mais de encontro às dificuldades psicopatológicas específicas de cada grupo, baseadas

numa avaliação psicológica rápida, eficiente e concisa, condição necessária à implementação de uma intervenção adequada e, sobretudo, baseada na evidência.

## Método

### Participantes

Os participantes do presente trabalho foram selecionados através de uma lista de utentes ativos do CRIA diagnosticados com Perturbação por Uso de Opióides (APA, 2013). e em TSO com Metadona (único critério de inclusão no estudo). Em Março de 2018 existiam 344 utentes ativos (83% do sexo masculino e 17% do sexo feminino), os quais preenchiam os critérios de inclusão no estudo, com uma média de idades 43.78 e desvio-padrão 7.72, portanto, com idade máxima de 51 anos e idade mínima de 36 anos. Dessa população foi extraída uma amostra de 80 indivíduos (80% do sexo masculino e 20% do sexo feminino), com uma média de idades de 44.08 anos e desvio-padrão de 7.42 anos, portanto, com idade máxima de 51 anos e idade mínima de 37 anos.

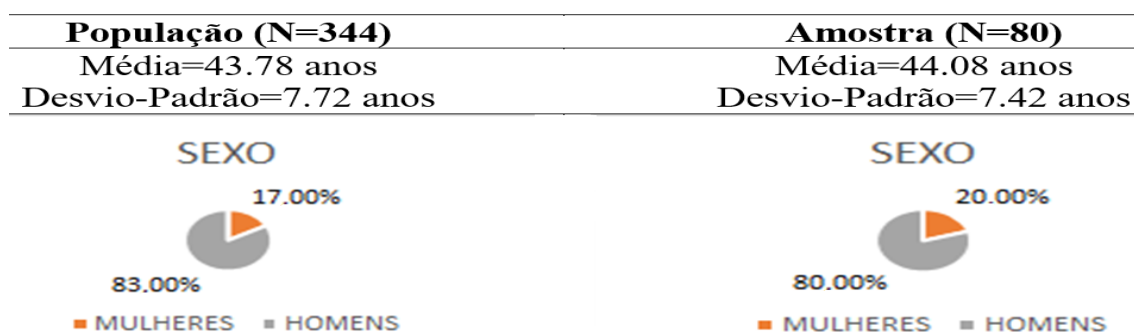


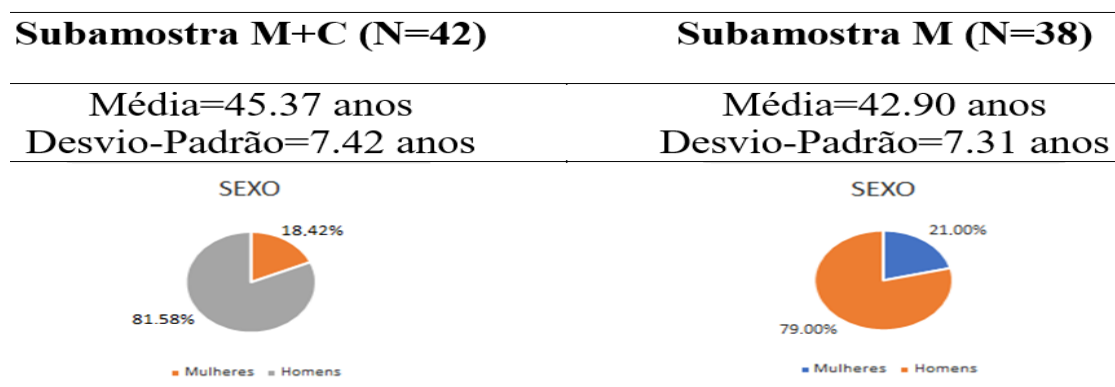
Figura 01: Dados sócio-demográficos de População vS Amostra

Esta amostra total de 80 indivíduos foi posteriormente dividida em dois grupos de 42 (Grupo M+C) e 38 indivíduos (Grupo M), respetivamente e de acordo com a prevalência, ou não, de consumos concomitantes de *crack* (Figura 03).

Para o grupo M+C, há 35 indivíduos do sexo masculino, 81.58% e 7 do sexo feminino, 18.42%. A média de idades é de 45.37 anos e o desvio-padrão de 7.42 anos, portanto, com idade máxima de 52 anos e idade mínima de 38 anos.

Quanto ao grupo M, temos 30 indivíduos do sexo masculino, 79%, e 8 indivíduos do sexo feminino, 21%. A média de idades é de 42.90 anos e o desvio-padrão de 7.31 anos, portanto, com idade máxima de 50 anos, e idade mínima de 35 anos.

Esta proximidade nas proporções permite ter a segurança de que as amostras são passíveis de serem comparadas.



*Figura 02: Dados sócio-demográficos de grupos de tratamento (M vS M+C)*

### **Instrumentos**

Ficha multidisciplinar: Para realizar a recolha de informação relativa aos dados sociodemográficos e aos consumos recorreu-se à ficha base informática (Sistema Informático Multidisciplinar - SIM) e aos processos clínicos dos utentes.

Consentimento informado: No sentido de poder ser realizado o estudo, salvaguardando-se a confidencialidade, foi solicitado a cada um dos participantes o preenchimento de um consentimento informado, explicando-se-lhes a natureza e objetivos do estudo, bem como a liberdade de abandonarem o estudo a qualquer momento. Foi preenchido o seu número de processo (facilitador do acesso aos seus dados sócio-demográficos no SIM) e, por fim, rubricado (Anexo C).

Brief Symptom Inventory (BSI): Validado e aferido para a população Portuguesa (Canavarro, 1999), o BSI trata-se de um inventário de avaliação de 9 dimensões psicopatológicas, correspondente a uma versão reduzida do SCL-90-R (Derogatis, 1993). É composto por 53 itens, avaliados numa escala tipo likert de quatro pontos, que quantifica sintomas de natureza psicopatológica, distribuídos por nove dimensões de sintomatologia (somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais: Índice Global de Sintomas (IGS); Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP) (Anexo D). O instrumento foi considerado um bom discriminador de saúde mental, apresentando valores de consistência interna, relativos ao alpha de Cronbach, situados entre 0.62 (ansiedade e psicoticismo) e 0.80



(somatização) (Canavarro, 2007).

## **Procedimentos**

O presente estudo obteve aprovação da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro [ARSC] e da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências [DICAD] (Anexos A e B, respetivamente), tendo a recolha dos dados sido realizada entre os meses de Março e Abril de 2018. Como já referido na secção “Participantes”, e no sentido de seleccioná-los, recorreu-se à lista de utentes ativos do Centro de Respostas Integradas de Aveiro [CRIA] em TSO com Metadona.

À data da seleção existiam 344 utentes ativos nessa condição, único critério de inclusão no estudo. Desses 344 utentes, foi recolhida uma amostra a partir dos utentes que compareciam diariamente no CRIA para a administração de Metadona por parte da equipa de enfermagem. Alguns dos participantes foram também reencaminhados por profissionais de saúde deste serviço (de psicologia, medicina, psiquiatria e/ou assistência social). Neste caso, os profissionais em questão, encontravam-se informados e sensibilizados para o presente estudo.

No sentido de recrutar o máximo possível de participantes, o investigador compareceu diariamente no CRIA a partir das 08h00, abordando diretamente o máximo possível de utentes, inquirindo-os sobre se encontravam em TSO com Metadona e, em caso afirmativo, foi explicado ao utente que estava ser realizado um estudo, em que consistia e se estaria disponível para participar no mesmo.

Os utentes foram devidamente informados sobre os objetivos do estudo, tanto verbalmente como através de consentimento informado (Anexo D), no qual foi salvaguardada a confidencialidade (na prática, nem sequer o nome do indivíduo foi pedido) o carácter voluntário da participação e a possibilidade de desistir a qualquer momento. Os questionários BSI foram preenchidos em formato papel, em sala específica para o efeito.

Cada utente foi também questionado sobre se havia consumido *crack*, no último ano. Em caso afirmativo, o utente passou a pertencer ao grupo “Metadona+*crack*” (M+C); caso contrário, o utente foi colocado no grupo “Metadona” (M). A *Figura 03* descreve em formato de fluxograma o referido procedimento.

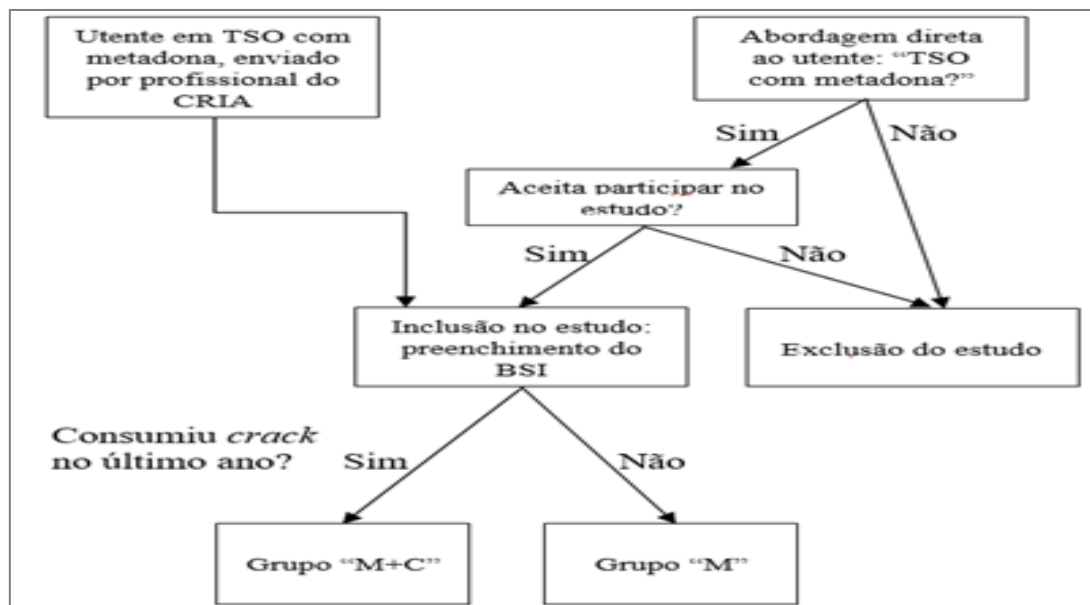


Figura 03: Processo de recrutamento e seleção dos participantes para o estudo

### Análise de dados

Os dados recolhidos em papel foram inicialmente transferidos para o programa *Microsoft Office Excel 365*<sup>®</sup> de 2016, devidamente programada para a cotação dos testes, permitindo calcular o perfil psicopatológico para cada utente, sob a forma de uma pontuação atribuída a cada uma das 9 dimensões de psicopatologia do BSI, bem como aos restantes 3 indicadores de perturbação emocional (IGS, TSP e ISP). Os grupos M e M+C foram organizados separadamente.

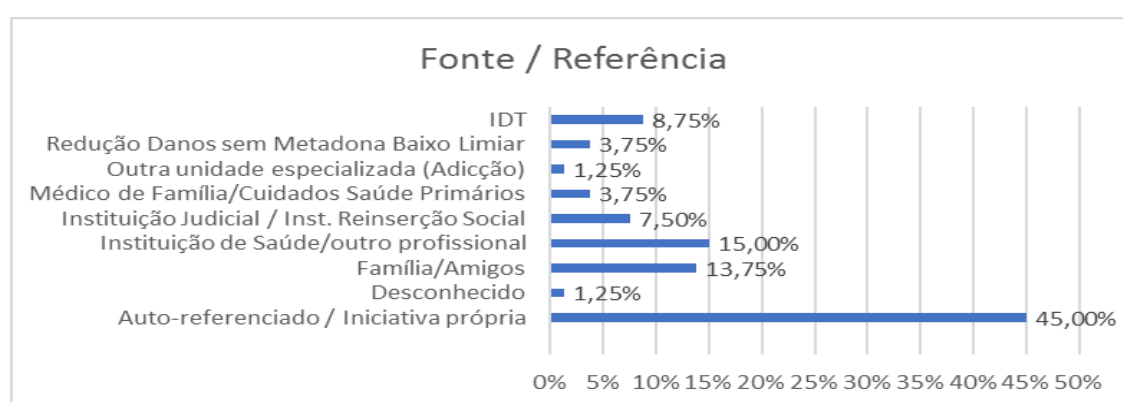
A análise estatística foi realizada com recurso aos *Software Microsoft Excel e IBM*<sup>®</sup> SPSS<sup>®</sup> v.25.0 (IBM Corporation, Amrnonk, New York, EUA).

Realizaram-se procedimentos de estatística descritiva e inferencial. Para esta última recorreu-se à comparação entre grupos através do teste paramétrico para amostras independentes *T-Test*, considerando o nível de significância de  $p < 0,05$ .

## Resultados

### Caraterização sóciodemográfica da amostra global com CAD (Mtotal)

Dos 80 utentes elegíveis para a caraterização sociodemográfica (Mtotal) e relativa aos consumos, 36 (45.00%) foram referenciados para o CRIA por iniciativa própria, seguidos de 12 (15.00%) por parte de Instituição de Saúde / outro profissional e de 11 (13.75%) por parte de Família/ Amigos. As referenciações pelo médico de família/cuidados de saúde primários foram 3 (3.75%) e pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência [IDT], 7 (8.75%) (*Figura 04*).



*Figura 04: Vias de acesso dos utentes da amostra global com CAD (Mtotal) ao CRIA*

Dos 80 utentes da amostra global (Mtotal), 7 encontravam-se a realizar o seu primeiro tratamento (8.75%), enquanto que os restantes 73 (91.25%) se encontravam a realizar, pelo menos, o segundo tratamento.

Relativamente às informações sociodemográficas, os utentes apresentaram uma média de idade de 44.08 anos (DP = 7.42), sendo que as idades variaram entre os 36 e os 51 anos. 64 utentes (80,00%) eram do sexo masculino e, apenas 16 (20.00%) eram do sexo feminino.

Quanto ao estado civil, 59 (73.75%) eram não casados (separados/divorciados, solteiros e viúvos) (*Figura 05*).

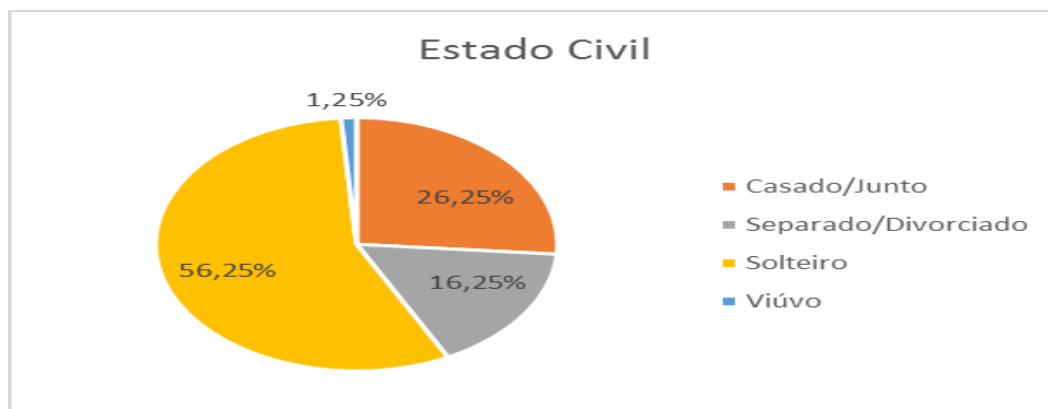


Figura 05: Estado civil dos utentes da amostra global com CAD (Mtotal)

No que concerne à escolaridade, 37 utentes (46.25%), tinham o 2º Ciclo do Ensino Básico (Tabela 1).

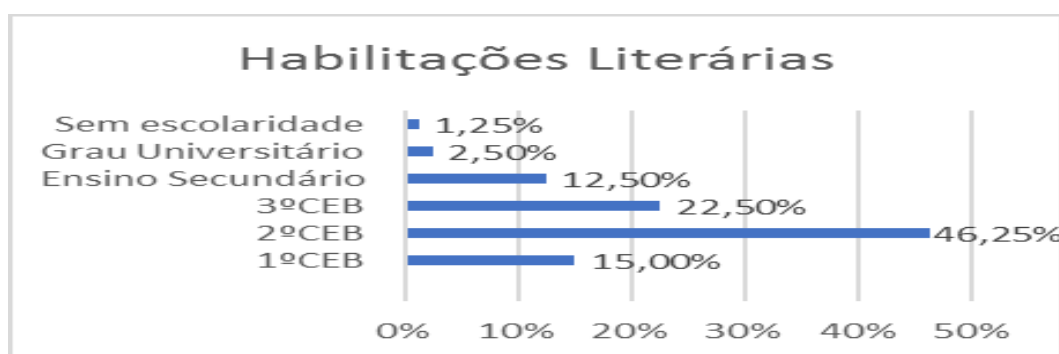


Figura 06: Habilitações literárias dos utentes da amostra global com CAD (Mtotal)

Por último, relativamente à situação profissional, apenas 30 utentes (37.50%) mantinham um trabalho estável / regular (Figura 07).

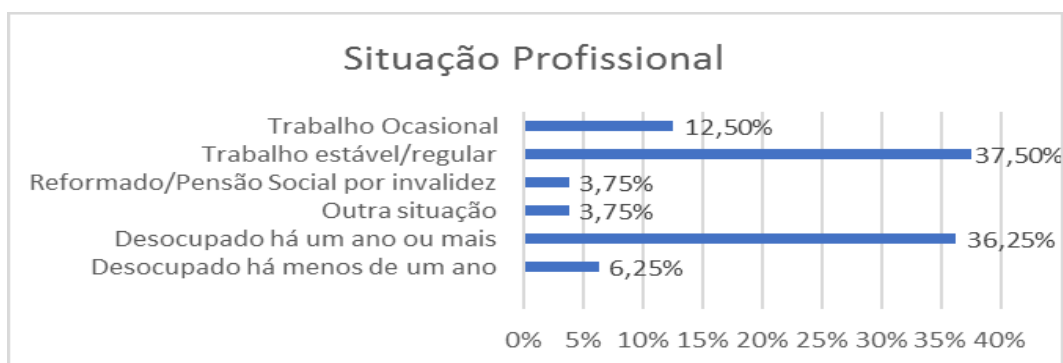


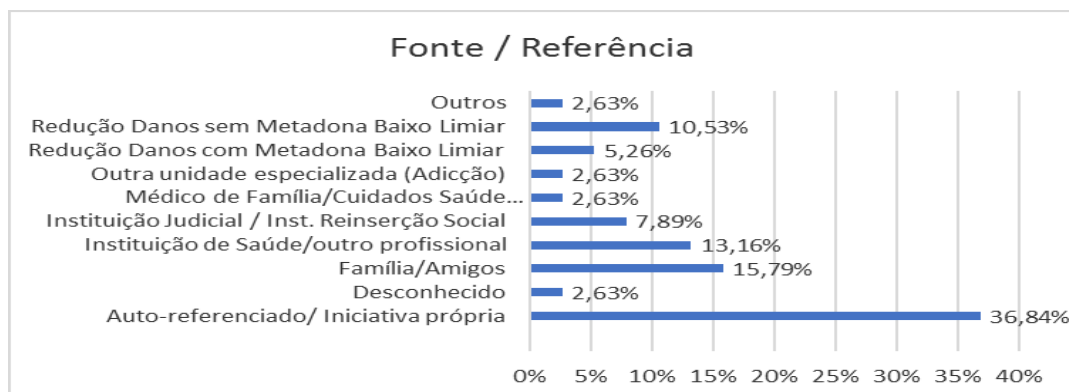
Figura 07: Situação profissional dos utentes da amostra global com CAD (Mtotal)

**Tabela 1 – Caraterização sóciodemográfica da amostra global com CAD (Mtotal)**

Variável Sóciodemográfica		N (%)
	Masculino	64 (80.00%)
	Feminino	16 (20.00%)
	Total	80 (100.00%)
1º Tratamento?	Sim	7 (8.75%)
	Não	73 (91.25%)
	Total	80 (100.00%)
Fonte / Referência	Auto-Referenciado / Iniciativa Própria	7 (8.75%)
	Instituição de saúde / outro profissional	12 (15.00%)
	Família / Amigos	11 (13.75%)
	Inst. Judicial / Inst. Reinserção Social	6 (7.50%)
	IDT	7 (8.75%)
	Médico de família / Cuidados de saúde primários	3 (3.75%)
	Redução de danos sem metadona baixo limiar	3 (3.75%)
	Outra unidade especializada em adição	1 (1.25%)
	Desconhecido	1 (1.25%)
	Total	80 (100.00%)
Estado Civil	Solteiro	45 (56.25%)
	Casado / junto	21 (26.25%)
	Separado / divorciado	13 (16.25%)
	Viúvo	1 (1.25%)
	Total	80 (100.00%)
Habilitações Literárias	1ºCEB	12 (15.00%)
	2ºCEB	37 (46.25%)
	3ºCEB	18 (22.50%)
	Secundário	10 (12.50%)
	Universidade	2 (2.50%)
	Sem escolaridade	1 (1.25%)
	Total	80 (100.00%)
Situação Profissional	Trabalho ocasional	10 (12.50%)
	Trabalho estável / regular	30 (37.50%)
	Reformado / pensão social invalidez	3 (3.75%)
	Desocupado há um ano ou mais	29 (36.25%)
	Desocupado há menos de um ano	5 (6.25%)
	Outra situação	3 (3.75%)
	Total	80 (100.00%)

**Caraterização sóciodemográfica dos grupos de tratamento (M vS M+C)**

No grupo M, dos 38 utentes elegíveis para a caraterização sociodemográfica e relativa aos consumos, 14 (36.84%) foram referenciados para o CRIA por iniciativa própria, seguidos de 6 (15.79%) por parte de Família/ Amigos e de 5 (13.16%) por parte de Instituição de Saúde / outro profissional. As referenciações pelo programa de redução de danos sem metadona / baixo limiar foram 4 (10.53%) e por parte de Instituição Judicial / Instituto de Reinserção Social, 3 (7.89%) (*Figura 08*).



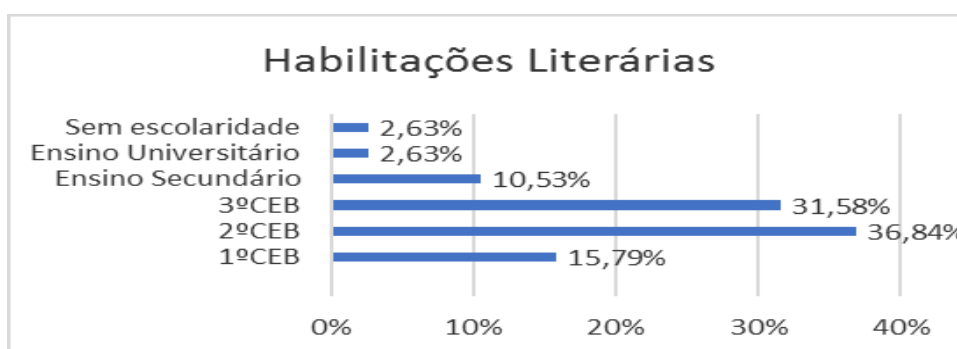
*Figura 08: Vias de acesso dos utentes do grupo M ao CRIA*

Dos 38 utentes pertencentes ao grupo M, 4 encontravam-se a realizar o seu primeiro tratamento (10.53%), enquanto que os restantes 34 (89.47%) encontravam-se a realizar, pelo menos, o seu segundo tratamento.

Relativamente às informações sociodemográficas, os utentes apresentaram uma média de idade de 45.37 anos (DP = 7.42), sendo que as idades variaram entre os 38 e os 53 anos. 31 utentes (81.58%) eram do sexo masculino e 7 (18.42%) do sexo feminino.

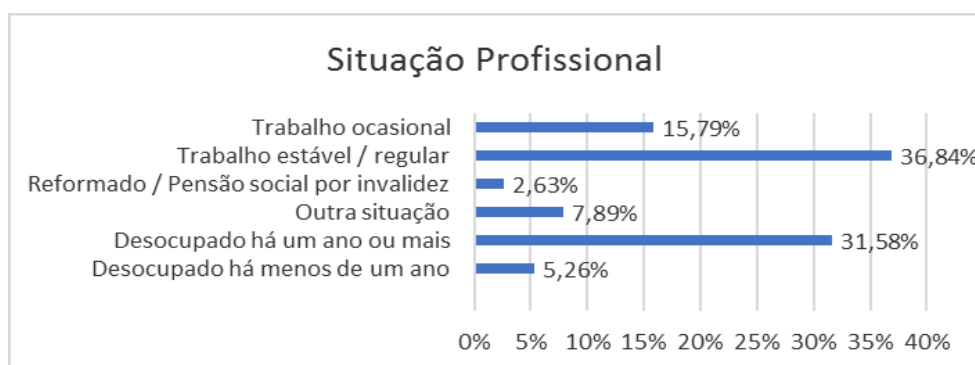
Quanto ao estado civil, 28 (74.00%) eram não casados (separados/divorciados, solteiros e viúvos).

Relativamente à escolaridade, 14 utentes (36.84%), tinham o 2º Ciclo do Ensino Básico (*Figura 09*).



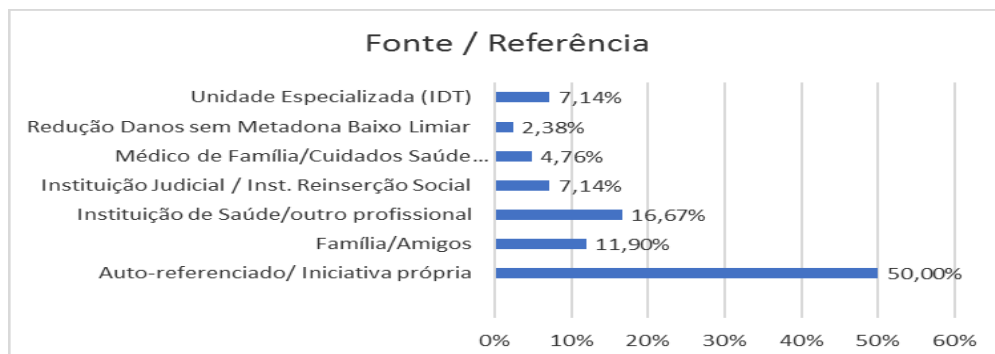
*Figura 09: Habilitações literárias dos utentes do grupo M*

Por fim, no que concerne à situação profissional, uma maioria correspondente a 14 utentes (36.84%) mantinha um trabalho estável / regular (*Figura 10*).



*Figura 10: Situação profissional dos utentes do grupo M*

No grupo M+C, dos 42 utentes elegíveis para a caracterização sociodemográfica e relativa aos consumos, 21 (50.00%) foram auto-referenciados para o CRIA, seguidos de 7 (16.67%) por parte de Instituição de Saúde / outro profissional e 5 (11.90%) por parte de Família/ Amigos. As referências pelo médico de família/cuidados de saúde primários foram 2 (4.76%) e pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência [IDT], 3 (7.14%).



*Figura 11: Vias de acesso dos utentes do grupo M+C ao CRIA*

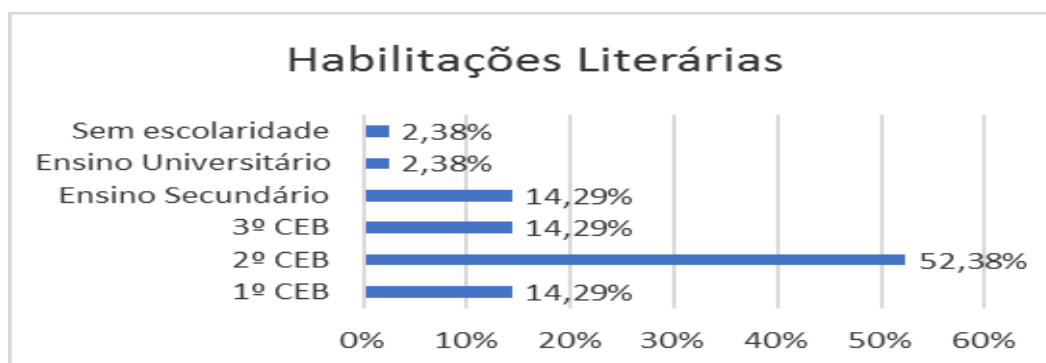
Destes 42 utentes, 3 encontravam-se a realizar o seu primeiro tratamento (7.14%), enquanto que os restantes 39 (92.86%) encontravam-se, pelo menos, a realizar um segundo tratamento (*Tabela 2*).

Relativamente às informações sociodemográficas, os utentes apresentaram uma média de idades de 42.90 anos (DP = 7.31), sendo que as idades variaram entre os 35 e os 50 anos.

Dentre os 42 utentes pertencentes à amostra M+C, 33 utentes (79,00%) eram do sexo masculino e 15 (21,00%) eram do sexo feminino.

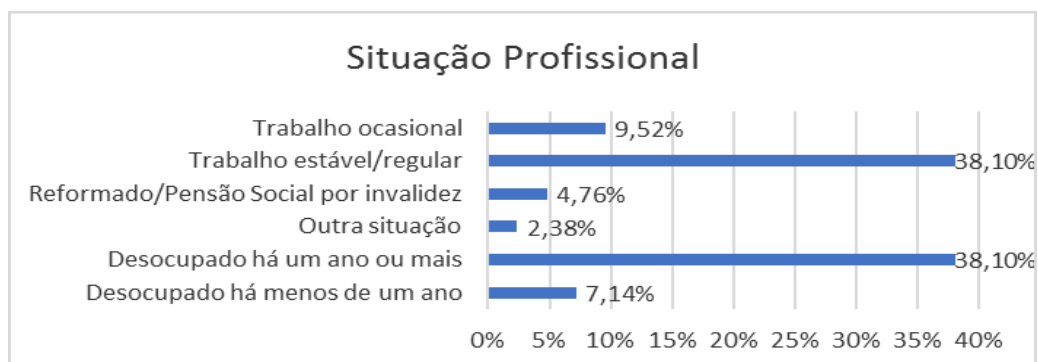
Quanto ao estado civil, 31 (74,00%) eram não casados (separados / divorciados, solteiros e viúvos) (*Tabela 2*).

Relativamente à escolaridade, 22 utentes (52,38%), tinham o 2º Ciclo do Ensino Básico (*Figura 12*).



*Figura 12: Habilitações literárias dos utentes do grupo M+C*

Por fim, no que respeita à situação profissional, 16 indivíduos (38,10%) encontravam-se numa situação de trabalho estável / regular, enquanto que outros tantos se encontravam desocupados há, pelo menos, 1 ano (*Figura 13*).



*Figura 13: Situação profissional dos utentes do grupo M+C*



Tabela 2 – Caracterização sócio-demográfica dos grupos de tratamento (M vs M+C)

Variável Sócio-demográfica		Grupo M N (%)	Grupo M+C N (%)
Sexo	Masculino	31 (81.58%)	33 (79.00%)
	Feminino	7 (18.42%)	9 (21.00%)
	Total	38 (100.00%)	42 (100.00%)
1º Tratamento?	Sim	4 (10.53%)	3 (7.14%)
	Não	34 (89.47%)	39 (92.86%)
	Total	38 (100.00%)	42 (100.00%)
Fonte / Referência	Auto-Referenciado / Iniciativa Própria	14 (36.84%)	21 (50.00%)
	Instituição de saúde / outro profissional	5 (13.16%)	7 (16.67%)
	Família / Amigos	6 (15.79%)	5 (11.90%)
	Inst. Judicial / Inst. Reinserção Social	3 (7.89%)	3 (7.14%)
	IDT	0 (0.00%)	3 (7.14%)
	Médico de família / Cuidados de saúde primários	1 (2.63%)	2 (4.76%)
	Redução de danos sem metadona baixo limiar	4 (10.53%)	1 (2.38%)
	Redução de danos com metadona baixo limiar	2 (5.26%)	0 (0.00%)
	Outra unidade especializada em adição	1 (2.63%)	0 (0.00%)
	Desconhecido	1 (2.63%)	0 (0.00%)
	Outros	1 (2.63%)	0 (0.00%)
	Total	38 (100.00%)	42 (100.00%)
Estado Civil	Solteiro	22 (58.00%)	22 (52.00%)
	Casado / junto	10 (26.00%)	11 (26.00%)
	Separado / divorciado	4 (11.00%)	9 (22.00%)
	Viúvo	2 (5.00%)	0 (0.00%)
	Total	38 (100.00%)	42 (100.00%)
Habilitações Literárias	1ºCEB	6 (15.79%)	6 (14.29%)
	2ºCEB	14 (36.84%)	22 (52.38%)
	3ºCEB	12 (31.58%)	6 (14.29%)
	Secundário	4 (10.53%)	6 (14.29%)
	Universidade	1 (2.63%)	1 (2.38%)
	Sem escolaridade	1 (2.63%)	1 (2.38%)
	Total	38 (100.00%)	42 (100.00%)
Situação Profissional	Trabalho ocasional	6 (15.79%)	4 (9.52%)
	Trabalho estável / regular	14 (36.84%)	16 (38.10%)
	Reformado / pensão social invalidez	1 (2.63%)	2 (4.76%)
	Desocupado há um ano ou mais	12 (31.58%)	16 (38.10%)
	Desocupado há menos de um ano	2 (5.26%)	3 (7.14%)
	Outra situação	3 (7.89%)	1 (2.38%)
	Total	38 (100.00%)	42 (100.00%)

### Diferenças clínicas entre os grupos de tratamento (M vs M+C)

No que se refere à comparação entre os dois grupos de tratamento, no BSI, os resultados sugerem a existência de diferenças significativas nos scores do ISP nos utentes do grupo M+C que mantinham consumos concomitantes de *crack* ( $M = 1.89$ ,  $DP = .51$ ), com valores superiores aos dos utentes do grupo M que não mantinham tais consumos ( $M = 1.64$ ,  $DP = .50$ ),  $t(78) = -2.255$ ,  $p < .05$ .

**Tabela 3 – Diferenças clínicas entre os grupos de tratamento (M vS M+C)**

Instrumento	Grupo M		Grupo M+C		M X M+C
	Média	DP	Média	DP	<sup>†</sup> t
Escalas BSI					
Somatização	0.87	0.81	0.85	0.65	.157
Obsessões-Compulsões	1.01	0.73	1.25	0.82	-1.383
Sensibilidade Interpessoal	0.75	0.73	1.01	0.85	-1.436
Depressão	1.01	0.84	1.37	0.98	-1.739
Ansiedade	0.87	0.90	0.95	0.73	-.419
Hostilidade	0.96	1.09	1.07	0.73	-.552
Ansiedade Fóbica	0.42	0.66	0.50	0.61	-.558
Ideação Paranóide	1.07	0.76	1.40	0.82	-1.901
Psicoticismo	0.71	0.70	0.98	0.81	-1.562
IGS	0.87	0.64	1.08	0.62	-1.467
TSP	26.11	12.78	28.81	13.52	-.645
ISP	1.64	0.50	1.89	0.51	-2.255 *

<sup>†</sup> T-Test (t)  
\*p<.05

### **Diferenças clínicas entre a amostra global com CAD e a população normativa portuguesa (Mtotal vS PN)**

No que se refere à comparação entre a amostra global e a população normativa, no BSI obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas: somatização, em que a amostra em estudo obteve resultados muito superiores (M= .86, DP = .72 ) aos da população normativa (M= .58, DP= .92 ),  $t(79)= 3.440$ ,  $p < .005$ ; depressão, em que a amostra em estudo obteve resultados muito superiores (M= 1.20, DP= .93) aos da população normativa (M= .89, DP= .72),  $t(79)= 2.950$ ,  $p < .005$ ; ideação paranóide, em que a amostra em estudo obteve resultados superiores (M= 1.25, DP =.80) aos da população normativa (M= 1.06, DP= .79),  $t(79)= 2.060$ ,  $p < .05$ ; psicoticismo, em que a amostra em estudo obteve resultados superiores (M= .85, DP= .77) aos da população normativa (M= .67, DP= .61 ),  $t(79)= 2.100$ ,  $p < .05$ ; IGS, em que a amostra em estudo obteve resultados muito inferiores (M= .80 , DP= .63 ) aos da população normativa (M= .84, DP= .48),  $t(79)= 2.021$ ,  $p < .005$  e ISP, em que a amostra em estudo obteve resultados muito superiores (M= 1.77, DP= .51) aos da população normativa (M= 1.56, DP= .39 ),  $t(79)= 3.615$ ,  $p < .005$ .

**Tabela 4 – Diferenças clínicas entre os scores da amostra global com CAD e a população normativa portuguesa (Mtotal vS PN)**

Instrumento	PN		Mtotal		PN X <u>Mtotal</u>	
	Média	DP	Média	DP	<sup>†</sup> t	
Escalas <i>BSI</i>						
Somatização	0.58	0.92	0.86	0.72	3.440 **	
Obsessões-Compulsões	1.29	0.88	1.13	0.78	-1.773	
Sensibilidade Interpessoal	0.96	0.73	0.88	0.80	-.844	
Depressão	0.89	0.72	1.20	0.93	2.950 **	
Ansiedade	0.94	0.77	0.91	0.81	-.306	
Hostilidade	0.89	0.78	1.27	2.31	-1.248	
Ansiedade Fóbica	0.42	0.66	0.46	0.63	.604	
Ideação Paranóide	1.06	0.79	1.25	0.80	2.060 *	
Psicoticismo	0.67	0.61	0.85	0.77	2.100 *	
	IGS	0.84	0.48	0.80	2.021 **	
	TSP	26.99	11.72	27.1	13.1	.078
	ISP	1.56	0.39	1.77	0.51	3.615 **

<sup>†</sup>t T-Test (t)

\*p<.05 \*\*p<.005

**Diferenças clínicas dentro da amostra global com CAD (Mtotal) de acordo com o sexo**

No que concerne à comparação entre os sexos masculino e feminino, no BSI obtiveram-se diferenças significativas na subescala ansiedade fóbica, em que os resultados foram muito superiores no sexo masculino (M = .52, DP = .68) relativamente ao sexo feminino (M= .26, DP= .29),  $t(58.622)= 2.817$ ,  $p < .005$ .

**Tabela 5 – Diferenças clínicas dentro da amostra global com CAD (Mtotal) de acordo com o sexo (Masculino vS Feminino)**

Instrumento / Sexo	Masculino		Feminino		Masculino X Feminino
	(N=64)		(N=16)		t
Escalas <i>BSI</i>	Média	DP	Média	DP	
Somatização	0.81	0.70	0.90	0.67	1.776
Obsessões-Compulsões	1.17	0.83	1.11	0.51	.001
Sensibilidade Interpessoal	0.93	0.85	0.94	0.69	.139
Depressão	1.26	0.99	1.10	0.78	.745
Ansiedade	0.94	0.84	0.74	0.39	.609
Hostilidade	1.39	2.55	0.95	0.50	.474
Ansiedade Fóbica	0.52	0.68	0.26	0.29	2.817 **
Ideação Paranóide	1.24	0.85	1.26	0.62	.604
Psicoticismo	0.93	0.83	0.76	0.66	1.169
IGS	1.02	0.68	0.94	0.39	.212
TSP	27.05	14.09	28.67	9.22	.606
ISP	1.80	0.55	1.69	0.32	.430

<sup>†</sup>t T-Test (t)

\*p<.05 \*\*p<.005

## Discussão

O presente trabalho teve como objetivos caracterizar os utentes ativos do CRIA em TSO com metadona em termos do seu perfil psicopatológico, compará-los com o perfil psicopatológico normativo da população portuguesa e, posteriormente, comparar dois grupos de tratamento (M vs. M+C) sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico. Foi ainda possível relacionar os níveis de psicopatologia com o género.

Neste estudo, a SPA principal em questão foi evidentemente a heroína, o que é confirmado pelo facto de a totalidade dos utentes se encontrarem em TSO com Metadona, programa destinado, precisamente, ao tratamento da dependência de heroína.

Relativamente às vias de acesso dos utentes da amostra, pôde verificar-se que 45% recorreram aos serviços do CRIA por iniciativa própria, enquanto que o encaminhamento proveniente dos cuidados de saúde primários representou somente 3,75% das referências. Estes números sugerem que o sofrimento emocional resultante da condição de perturbação por uso de opióides e/ou estimulantes espoleta no indivíduo o anseio de se reabilitar.

Foi encontrada neste estudo uma elevada proporção de indivíduos do sexo masculino (80%), e de não casados (73.75%). A maior parte da amostra apresentou como habilitações literárias máximas, o 3ºCEB (83.75%), em simultâneo com uma taxa diminuta de frequência do ensino superior (2.50%). Deste modo, pode dizer-se que esta amostra é maioritariamente composta por indivíduos do sexo masculino, não casados e com baixas habilitações literárias. Por outro lado, a desocupação laboral, caracteriza 50% desta amostra.

No que concerne à procura de tratamento, 91.75% dos utentes encontravam-se a realizar, pelo menos, o seu segundo tratamento o que é sugestivo das elevadas taxas de recaída a que está sujeita esta população. Esta hipótese encontra apoio na *American Society of Addiction Medicine* [ASAM] (2011), que refere que um CAD constitui uma doença de natureza crónica e recidivante do Sistema Meso-Córtico Límbico (SMCL), da motivação, da memória e dos circuitos cerebrais associados.

Em termos da diferença clínica entre os dois grupos de tratamento, M e M+C, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas no ISP, principal indicador de perturbação emocional do BSI, com pontuação superior no grupo M+C.

Assim, conclui-se haver maior perturbação emocional neste grupo, o que pode estar relacionado com os consumos concomitantes de *crack*. Em nenhuma das restantes escalas houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. No entanto, a pontuação obtida na escala de ideação paranóide foi aquela que mais se aproximou da significância estatística ( $t(78) = -1.901$ ,  $p = .061$ ) da diferença entre os dois grupos (grupo M:  $M = 1.07$ ;  $DP = .76$ ; grupo M+C:  $M = 1.40$ ;  $DP = .82$ ). Em termos absolutos, pode dizer-se que o grupo M+C tem um perfil psicopatológico médio indicativo de perturbação emocional ( $ISP = 1.89 > 1.7$ ;  $DP = .51$ ), enquanto que o grupo M, apesar de próximo do ponto de corte, não chega a atingi-lo ( $ISP = 1.64 < 1.7$ ;  $DP = .50$ ). Estes resultados têm implicações na prática clínica, a qual poderá direccionar a sua intervenção para um trabalho específico sobre a ideação paranóide, a qual pode estar relacionada ao consumo concomitante de *crack*, como pode tratar-se de uma condição pré-mórbida exacerbada por esses consumos. De qualquer das formas, será sempre fecundo trabalhar esse aspeto, independentemente da causa subjacente.

Não foi possível encontrar na literatura estudos onde uma comparação desta natureza tivesse sido realizada, o que impede uma confrontação. Se por um lado, este facto impede a generalização de resultados, por outro, enaltece o espírito pioneiro deste estudo.

No que respeita à comparação entre a amostra global com CAD ( $M_{total}$ ) e a população normativa, pode dizer-se que a amostra estudada apresenta psicopatologia ( $ISP = 1.77 > 1.7$ ), com um perfil psicopatológico médio, superior ao da população normativa ( $ISP = 1.56 < 1.7$ ). Em boa parte das escalas do BSI, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre a amostra  $M_{total}$  e a população normativa, em que a primeira obteve, genericamente pontuações mais altas do que a segunda. Em específico, estes resultados foram encontrados para a somatização (angústia decorrente das perceções de disfunção corporal), depressão (sintomas de humor disfórico e afeto, bem como falta de motivação e perda de interesse na vida), ideação paranóide (pensamento desordenado característico de pensamentos projetivos, hostilidade, desconfiança, grandiosidade, medo de perda de autonomia, e ilusões) e psicoticismo (estilo de vida esquizóide e isolado, bem como sintomas de esquizofrenia). No que respeita em particular às escalas de somatização e depressão, as pontuações da amostra  $M_{total}$  foram estatisticamente muito superiores às da população normativa. O mesmo pode ser dito relativamente ao ISP, principal indicador de perturbação emocional. Desta forma, pode afirmar-se que os sujeitos da amostra  $M_{total}$

apresentam uma expressão de perturbação emocional significativamente superior à da população normativa. Estes resultados vão de encontro às ideias defendidas por Sequeira (2006), que chama a atenção para o facto de que as poucas amostras de toxicodependentes nas investigações revelam, com a ajuda de testes, que se encontram repletas de psicopatologias graves, com particular destaque para o facto de a depressão se relacionar, principalmente, com a dependência de heroína.

No que concerne a diferenças psicopatológicas entre os sexos na amostra  $M_{total}$ , os resultados indicam uma diferença estatisticamente significativa na escala de ansiedade fóbica. Neste particular, o sexo masculino pontua muito mais alto que o sexo feminino. No entanto, este resultado pode dever-se à diferença de proporção entre homens e mulheres na amostra (80% de homens e 20% de mulheres), pelo que não permite tirar conclusões claras neste particular. Estes resultados, contrariam aqueles obtidos num estudo de caracterização psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo, levado a cabo por Santos, Calado, Coxo, Trindade & Parente (2011), em que as pontuações obtidas pelos elementos do sexo feminino apresentaram, ao nível das nove dimensões psicopatológicas, valores médios superiores aos do sexo masculino.

Outro importante aspeto a considerar é que deve ter-se o máximo cuidado na interpretação e generalização dos resultados obtidos, uma vez que os mesmos remontam a dados oriundos de um serviço especificamente direccionado a esta classe de patologia, pelo que não podem ser generalizados a consumidores não relacionados com este tipo de serviço.

O presente estudo teve algumas limitações que devem ser tidas em consideração, quer para análise do mesmo, como para a formulação de estudos futuros. Embora a amostra referente à avaliação psicológica corresponda a uma proporção considerável de utentes elegíveis para o estudo, inseridos em programa de tratamento, destaca-se o facto de não terem sido avaliadas outras variáveis importantes, tais como terapêuticas psicofarmacológicas, além de o tipo de estudo não permitir aceder ao estágio do tratamento em que se encontravam os utentes (e.g. redução progressiva da Metadona ou, mesmo, o término do TSO). Uma outra limitação do estudo tem a ver com o instrumento utilizado que, dando indicações acerca da existência de psicopatologia em várias subescalas, por comparação geral, não fornece informação na área das perturbações de personalidade. De acordo com o relatório anual do Observatório Europeu (EMCDDA, 2004) as perturbações

de personalidade nesta população oscilam entre os 14% e os 96%, as quais, não sendo adequadamente diagnosticadas e alvo de intervenção, são passíveis de influenciar negativamente o decurso do tratamento.

Quanto a projetos de investigação futura nesta área dos CAD, necessita-se de um maior investimento, visto tratar-se de uma população relativamente pouco estudada, associada a uma problemática que se espera que continue a aumentar e que é sabido encontrar-se ainda pouco diagnosticada. De acordo com relatório anual da EMCDDA (2004) a avaliação de rotina das perturbações psiquiátricas e da personalidade raramente faz parte dos processos normais de diagnóstico realizados nos serviços de luta contra a toxicod dependência, o que limita a eficácia e eficiência da intervenção junto destes utentes.

Deste modo, são necessários mais estudos acerca da prevalência do fenómeno e de caracterização desta população, de modo a ser possível conhecer melhor estes utentes e melhor compreender quais as suas necessidades presentes e futuras. Estudos futuros deverão tentar aceder a amostras maiores, por exemplo em regiões onde a prevalência deste fenómeno seja ainda maior.

O estudo realizado, sendo de natureza transversal, faz um corte da população num dado momento o que, tendo em conta a natureza frequentemente crónica dos CAD, em particular da dependência de opiáceos, nos conduz a refletir sobre a necessidade de estudos futuros de acordo a uma lógica longitudinal, que acedam e comparem o mesmo utente em fases diferentes do tratamento, dos consumos e da sua faixa etária. Uma vez que, de acordo com a *American Society of Addiction Medicine* [ASAM] (2011), um Comportamento Aditivo e Dependência (CAD) constitui uma doença crónica do Sistema Meso-Córtico Límbico (SMCL), da motivação, da memória e dos circuitos cerebrais associados. Considera-se, por isso, essencial realizar uma séria reflexão acerca dos resultados deste estudo, bem como, das suas implicações, no sentido da melhoria contínua na qualidade dos cuidados prestados a utentes diagnosticados com CAD ligados ao consumo de SPA's.

### Referências

Almeida, D.; Vieira, C.; Almeida, M. C.; Rijo, D. M. & Felisberto, A. J. (2005).

”Toxicod dependência e comorbilidade Psiquiátrica-Sintomatologia do Eixo I e perturbações de personalidade” *Psiquiatria Clínica*, 26 (1), 55-70.

- American Psychiatric Association, (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington: VA.
- American Society of Addiction Medicine. (2011). *Definition of Addiction*. Obtido em 17 de outubro de 2018, de <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>.
- Baltieri, D. A., Strain, E. C., Dias, J. C., Scivoletto, S., Malbergier, A., Nicastri, S., ... Guerra de Andrade, A. (2004). Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 26 (4), 259–269.
- Beck, A.T. (1993) *Therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Bevan, G. (2009). Problem drug use the public health imperative: what some of the literature says. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4, 21. doi: 10.1186/1747-597X-4-2.
- Castells, X., Kosten, T. R., Capella, D., Vidal, X., Colom, J., & Casas, M. (2009). Efficacy of opiate maintenance therapy and adjunctive interventions for opioid dependence with comorbid cocaine use disorders: A systematic review and meta-analysis of controlled clinical trials. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35, 339–349.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, v.II, 87-109. Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*, v.III, 305-331. Coimbra: Quarteto Editora.
- Dawe, S.; Loxton, J. N.; Kavanagh, D. J.; Mattick, R. P. (2002). *Review of diagnostic screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders*, 2<sup>a</sup> edition, Commonwealth of Australia.
- Derogatis, L. R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4th Ed.). Minneapolis, MN: National Computer



Systems.

- Di Chiara, G. (1995). The Role of Dopamine in Drug Abuse Viewed from the Perspective of its in Motivation. *Drugs and Alcohol Dependence*, USA, v. 38, n.2, 95-137.
- Goulão, J. (2007). Nota de Abertura in L. Dias, *As Drogas em Portugal: o Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004*. Coimbra: Pé de Página Editores.
- Jané-Llopis, E., & Matytsina, I. (2006). Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 515–536. doi:10.1080/0959523060094446.
- Kosten, T. R.; George, T. P. (2002). The Neurobiology of opioid dependences. implications for treatment. *Science & Practice Perspectives*, USA, v. 1, n. 1, 13-20.
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1–7. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004.
- Lions, C., Carrieri, M. P., Michel, L., Mora, M., Marcellin, F., Morel, A. (2014). Predictors of non-prescribed opioid use after one year of methadone treatment: An attributable-risk approach (ANRS-Methaville trial). *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 1–8.
- Lutz, P.-E., Ayranci, G., Chu-Sin-Chung, P., Matifas, A., Koebel, P., Filliol, D., Kieffer, B. L. (2014). Distinct Mu, Delta, and Kappa Opioid Receptor Mechanisms Underlie Low Sociability and Depressive-Like Behaviors Heroin Abstinence. *Neuropsychopharmacology*, 39(11), 2694–2705. doi:10.1038/npp.2014.126.
- Machado, P. P., Klein, J. M. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Psicologia: Teoria, Investigação Prática*, 19-29.
- Macias, j. A. g.; Leal, F. j. Vaz; Fernandez-gil, M. A.; Pacheco, D. P.; Aliño, j. j. L.I. (2000). “Comorbilidade psiquiátrica en drogodependências”,

- Psiquiatria.com*, 4 (4).
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de danos*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M., Hammond, P (2009). Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: A prospective, in-treatment cohort study, for the National Drug Treatment Monitoring System Outcomes Study Group. *Lancet*, 374, 1262–1270.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J., Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2, CD002207.
- Moura, H., Benzano, D., Pechansky, F., & Kessler, F. (2014). Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. *Clinics*, 69(7), 497–499. doi:10.6061/clinics/2014(07)10.
- Narvaez, J. C. M., Jansen, K., Pinheiro, R. T., Kapczinski, F., Silva, R. a., Pechansky, F., & Magalhães, P. V. (2014). Psychiatric and substance-use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1369–1376. doi:10.1016/j.comppsy.2014.04.021.
- Neiman, J., Haapaniemi, H. M., & Hillbom, M. (2000). Neurological complications of drug abuse: pathophysiological mechanisms. *Eur J Neurol*, 7(6), 595–606.
- Nelson, M. E., Bryant, S. M., & Aks, S. E. (2014). Emerging Drugs of Abuse. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 32(1), 1–28. doi:10.1016/j.emc.2013.09.001.
- Observatório Europeu drogas / Relatório Anual (2004). Tema Específico, Comorbilidade.
- Oliveira, R. W. D. (2001). *Envolvimento do Córtex Pré-Frontal Medial nos Prejuízos de Memória Operacional Espacial Produzidos pelo Álcool: Possível Modulação do Sistema Dopaminérgico*. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Patrício, L.D.B. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Poiares, C. A. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Revista*

*Toxicodependências* (1), 3-12.

- Potvin, S., Stavro, K., Rizkallah, É., & Pelletier, J. (2014). Cocaine and Cognition. *Journal of Addiction Medicine*, 8(5), 368–376. doi:10.1097/ADM.0000000000000066.
- Rahioui, H. & Reynaud, M. (2008). *Colecção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas – Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Santos, A., Calado, A., Coxo, D., Trindade, M., Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Revista Toxicodependências*, Edição IDT, Volume 17, Número 1, 33-41.
- Salamina, G., Diecidue, R., Vigna-Taglianti, F., Jarre, P., Schifano, P., Bargagli, M. (2010). Effectiveness of therapies for heroin addiction in retaining patients in treatment: Results from the VEdeTTE study. *Substance Use&Misuse*, 45, 2076–2092.
- Sequeira, J.P. (2006). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi.
- Sullivan, L. E., Moore, B. A., O'Connor, P. G., Barry, D. T., Chawarski, M. C., Schottenfeld, R. S. (2010). The association between cocaine use and treatment outcomes in patients receiving office-based buprenorphine/naloxone for the treatment of opioid dependence. *The American Journal on Addictions*, 19, 53 –58.
- Tormoehlen, L. M. (2011). Toxic Leukoencephalopathies. *Neurologic Clinics*, 29(3), 591–605. doi:10.1016/j.ncl.2011.05.005.
- Williamson, A., Darke, S., Ross, J., & Teesson, M. (2006). The effect of persistence of cocaine use on 12-month outcomes for the treatment of heroin dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 293–300.
- Ziegler, J., Facchini, P. J., Geißler, R., Schmidt, J., Ammer, C., Kramell, R., Brandt, W. (2009). Evolution of morphine biosynthesis in opium poppy. *Phytochemistry*, 70(15-16), 1696–1707. doi:10.1016/j.phytochem.2009.07.006.

## **Anexos**

Anexo A – Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro [ARSC].....	29
Anexo B – Declaração do Coordenador da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências [DICAD] da ARS Centro, IP.....	30
Anexo C – Formulário de Consentimento Informado.....	31
Anexo D – <i>Brief Symptom Inventory</i> (BSI).....	32

## Anexo A - Parecer da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro [ARSC]



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARÉCER FINAL:</b>  <b>Favorável.</b>	<b>DESPACHO:</b> <i>Humilhada no Teuro</i> <i>Repositos 28.06.2018</i>  Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, L.P.
--	---

<b>ASSUNTO:</b>	<b>Título:</b> "Comparação do perfil psicopatológico de toxicodependentes em Terapia de Substituição Opióica (TSO) com metadona, em duas condições: consumidores e não consumidores de base de coca (crack)". <b>Autores:</b> Hugo Renato de Jesus Teixeira Roque (PI) (Universidade de Aveiro), Carlos Fernandes da Silva (Universidade de Aveiro), Fernanda Simões, e Joana Gonçalves (Centro de Respostas Integradas de Aveiro) - 27/2018
-----------------	---

*Joana Gonçalves*  
 Coordenadora do Centro de Respostas Integradas de Aveiro  
*Carlos Fernandes da Silva*  
 Coordenador do Centro de Respostas Integradas de Aveiro  
*Dr. Mário Raimundo*  
 Vogal.

Este projeto tem por missão descobrir as diferenças no perfil psicopatológico entre toxicodependentes medicados com metadona (TSO) em duas condições: -consumidor e não consumidor de base de coca / crack, por meio da aplicação do Brief Symptom Inventory (BSI) (Derogatis, 1982), que permite avaliar 9 dimensões psicopatológicas. As eventuais diferenças entre os perfis poderão permitir a conclusão de que existem dimensões psicopatológicas associadas a uma maior probabilidade de ocorrência dos consumos de cocaína, possibilitando a aplicação de terapias especificamente direcionadas, e, consequentemente, diminuindo a probabilidade de ocorrência desses consumos.

Será utilizado o Questionário BSI (Brief Symptom Inventory).

O método consiste na aplicação do BSI a todo e qualquer utente que se apresente no CRIA e preencha o requisito de se encontrar em tratamento de substituição opióica com metadona; nesse sentido, o utente é abordado pelo investigador que o convida a preencher o BSI numa das salas da instituição. A cada um desses utentes será apresentado um consentimento informado (original e duplicado), explicando o que será feito, qual o propósito da recolha dos dados e deixando claro a natureza confidencial de todo o processo, bem como a liberdade de abandonar o estudo a qualquer momento. No fim de preencher o BSI o indivíduo será questionado: "Consumiu base de coca / crack no último ano?" Cada questionário será cotado individualmente, para no final ser construída uma base de dados que possibilite comparar as pontuações de cada grupo nas várias dimensões, de modo a perceber quais as diferenças (avaliação qualitativa) e em que medida são diferentes (avaliação quantitativa). Por fim, os dados serão tratados com recurso ao Software SPSS, no sentido de proceder à aplicação de ferramentas de estatística inferencial.

A recolha de dados irá realizar-se no CRIA.

O consentimento informado é quase inevitável porque deve conter mais informação sobre o estudo.

Os dados são anonimizados e tratados em conjunto, não sendo possível identificar os participantes. Assim, não houve pedido à CNPD, ao que concordamos.

Os custos serão suportados pelos investigadores e instituições. Existe acordo destas.

Em conclusão, não existem constrangimentos éticos.

O Relator e Presidente da CES-ARSC

*Carlos A. Fontes Ribeiro*

Prof. Doutor Carlos A Fontes Ribeiro

## Anexo B - Declaração do Coordenador da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências [DICAD] da ARS Centro, IP



REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



ADMINISTRAÇÃO  
REGIONAL DE  
SAÚDE DO CENTRO, IP

### DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde do Centro concorda com a realização do trabalho de investigação *"Comparação do perfil psicopatológico de toxicodependentes em Terapia de Substituição Opióide (TSO) com metadona, em duas condições: consumidores e não consumidores de base de coca (crack)"*, no âmbito da tese de mestrado do aluno Hugo de Jesus Roque, sob a responsabilidade do Professor Doutor Carlos Fernandes, Professor no Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro; com orientação na instituição da Dr. Fernanda Simões e Mestre Joana Silvestre Gonçalves, técnicas superiores de saúde de Psicologia Clínica, a qual decorrerá no Centro de Respostas Integradas de Aveiro.

Coimbra, 29 de março de 2018

O Coordenador da DICAD da ARS-Centro, IP

(Dr. José António de Rocha Almeida)

## Anexo C – Formulário de Consentimento Informado



Universidade de Aveiro 2019  
Departamento de Educação e Psicologia

### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, abaixo assinado(a) \_\_\_\_\_ estou de acordo em participar no estudo “Perfil psicopatológico de heroinómanos em tratamento de com Metadona, em duas condições: consumidores e não consumidores de *crack*” decorrente da dissertação de mestrado do aluno estagiário do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, Hugo Renato de Jesus Teixeira Roque, sob a orientação da Professora Doutora Anabela Maria Sousa Pereira e co-orientação do Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, docentes do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro.

Sei que sou livre de participar e/ou abandonar o estudo, se for esse o meu desejo.

A minha identidade jamais será revelada e os dados permanecerão confidenciais. Concordo em que sejam analisados pelos investigadores envolvidos no estudo, sob a autoridade delegada do investigador principal.

Concordo em que não procurarei restringir o uso dos resultados para os quais o estudo se dirige.

Foi-me dada uma explicação integral da natureza e objectivos do estudo e concedida a possibilidade de indagar e esclarecer todos os aspectos que me pareceram pertinentes.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_

## Anexo D – *Brief Symptom Inventory (BSI)*

### BSI

L. R. Derogatis; 1993 – *Brief Symptom Inventory*; Versão: MC, Canavarro; 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
1. Nervosismo ou tensão interior.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrece-se ou irrita-se facilmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter medo súbito sem razão para isso...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as pessoas não são amigas ou não gostam de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. vontade de vomitar ou mal-estar no estômago.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitíssimas Vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta ar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (formigueiro) no corpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre morte ou que vai morrer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grandes dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de pânico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>