



Universidade Da Beira Interior

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Departamento de Psicologia e Educação

**“Relação entre Abandono Aprendido e Qualidade de
Vida numa amostra de Toxicodependentes”**

Loyde Eunice Gomes Rodrigues Pereira

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA À

UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR COMO REQUISITO

PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE (2º CICLO) EM PSICOLOGIA, NA ÁREA DE PSICOLOGIA
CLÍNICA E DA SAÚDE

Orientador: Ema Patrícia Oliveira

Covilhã, Outubro 2010

RESUMO

O consumo de substâncias e as farmacodependências constituem uma importante preocupação por parte de indivíduos e responsabilidades sociedades em todo o mundo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), estima-se que existe actualmente um conjunto considerável de doenças originadas pelo consumo de substâncias psicoactivas, o qual tem repercussões nefastas na vida dos sujeitos toxicodependentes, seja a nível social, familiar, psicológico, laboral ou físico. Emergem, assim, desafios relacionados com a qualidade de vida destes indivíduos devido às consequências derivadas do uso de substâncias psicoactivas, nomeadamente, o declínio funcional, algumas doenças crónicas, maior dependência, perda da autonomia, isolamento social e criminalidade, entre outros (OMS, 2004).

A dificuldade em reverter este ciclo desadaptativo de funcionamento nos toxicodependentes poderá fazer emergir a percepção de falta de controlo sobre a própria vida, levando a sentimentos de desesperança e desânimo, e a uma atitude passiva relativamente à possibilidade de mudança. Neste sentido, o presente estudo exploratório tem como objectivo principal analisar a relação entre o Síndrome do Abandono Aprendido e a Qualidade de Vida num grupo de toxicodependentes da região da Beira Interior.

Pretende-se também analisar estes constructos em função de algumas características dos sujeitos, nomeadamente a idade, o género, o estado civil, a ocupação profissional, o tempo de consumo, a frequência de consumo e o período de abstinência. Para o efeito, foi utilizada a Escala de Abandono Aprendido (*LHS-Learned Helplessness Scale*), validada para a população portuguesa por Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002), a escala abreviada Qualidade de Vida (*World Health Organization Quality Of Life Assessment -WHOQOL -Bref*) validada para a população portuguesa por Vaz-Serra e colaboradores (2006) e um Questionário demográfico construído para este estudo em particular. A amostra foi constituída por 40 sujeitos da Equipa de Tratamento da Covilhã e do Hospital do Fundão, sendo 57,5% do sexo masculino e 42,5% do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 54 anos de idade ($M=41,6$). Os resultados apontam que existe uma relação entre o abandono aprendido e a qualidade de vida, esta mesma relação não se verifica quando avaliamos o abandono aprendido e a qualidade de vida em função das variáveis sócio-demográficas e de consumos dos participantes.

Palavras-chave: Toxicodependência, Abandono aprendido, Qualidade de vida

ABSTRACT

The substance abuse and the drug dependence are characterized as an important responsibility for individuals and societies around the world. According to the Health Report on the 2002 World announced that 8.9% of the global burden of diseases stem from consumption of psychoactive substances. This indicated that, in 2000, tobacco accounted for 4.1%, 4% alcohol and illicit drugs are 0.8% of the global burden of disease. Being a part of that burden, it is for the substance use and substance dependence, leads to several difficulties they may be health and social services, covering HIV / AIDS, which in many countries is driven by used injecting drug (World Health Organization 2004). With this emerging challenges related to quality of life for these individuals due to adverse derived from the use of psychoactive substances, as well as to functional decline, chronic diseases, and increased dependence, loss of autonomy and social isolation and crime among others.

This exploratory study aims at analyzing the possible relationship between Learned Abandonment Syndrome, Quality of Life and a group of addicts in treatment in the team treatment of Covington and the Hospital do Fundão. Also wishing to examine the relationship between dropout learned and quality of life, beyond it's relationship with some factors inherent to this population, which can positively or negatively influence these two constructs. To this propose, it was used the Scale of Dismissal Learned (Learned Helplessness Scale-LHS), validated for the Portuguese population by Lima Santos, Ribeiro and Faria (2002), the abbreviated scale Quality of Life (World Health Organization Quality Of Life Assessment-WHOQOL - Bref) validated for the Portuguese population by (Vaz-Serra, Canavarro, Simoes Pereira, Gameiro, Pint, et al., 2006) and a demographic questionnaire constructed for this particular study.

The sample consisted of 40 subjects, of which (57.5%) were male (42.5%) were female, aged between 20 and 54 years of age ($M = 41.6$, $SD = 13.05$), Treatment Team Covilhã and Fundão Hospital.

Keywords: Addiction, Early Learning, Quality of Life

Agradecimentos

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem o precioso apoio e o contributo de algumas pessoas que marcaram no meu percurso académico e de vida, e das instituições e entidades, às quais aproveito para expressar publicamente o meu profundo agradecimento. Começo por agradecer à minha orientadora, a Professora Doutora Ema Oliveira, pela disponibilidade, empenho e profissionalismo que empregou em todo o decorrer deste trabalho.

Agradeço igualmente a todos os membros da Equipa de Tratamento da Covilhã (E.T) bem como ao Hospital do Fundão. Um obrigado, em especial à Dr.^a Natália Pacheco pela disponibilidade, empenho, profissionalismo e garra com que abraçou todo o decorrer desta dissertação, para além da influência exercida sobre o meu crescimento enquanto pessoa e enquanto profissional.

Agradeço à Professora Luísa Faria, que me respondeu afirmativamente ao pedido de autorização de utilização da escala do abandono aprendido. Bem como à Professora Doutora Cristina Canavarro, que, como coordenadora da equipa portuguesa de validação do WHOQOL, também me consentiu a autorização e o material para aplicação deste instrumento.

A todos os meus amigos em especial à Sheila, ao Zé Rui e à Amândia Correia e a Catarina Paulo que acompanharam de perto o meu percurso, a eles agradeço o encorajamento, o apoio emocional, os momentos de lazer, a compreensão e o reconforto nos momentos de desânimo e ausência e a confiança que depositaram em mim. Dedico uma palavra de agradecimento às minhas colegas, em particular à Inês Feliciano, à Sílvia Gisela, e à Cristina Batista, a elas agradeço a partilha e o espírito de entreaajuda.

A todos os doentes, dirijo uma palavra de gratidão pela sua disponibilidade e colaboração que com os seus testemunhos e desempenhos colaboraram na componente empírica deste trabalho; reconheço a sua compreensão por me deixarem entrar nas suas vidas e me confienciarem momentos únicos e íntimos de um prazer disfarçado em angústia e desespero.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais e aos meus irmãos, reconheço o esforço, a persistência e o conforto constantes ao longo desta caminhada, que não foi fácil mas que teve os seus momentos de muita alegria e crescimento. Agradeço-lhes, ainda, os valores que me transmitiram e que me acompanharão ao longo deste percurso e da vida, a eles dedico este trabalho.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

Índice Geral

Resumo.....	III
Abstract	V
Agradecimentos.....	VII
Índice	
Lista de tabelas	XII
Lista de acrónimos	XIV
Introdução.....	XVII
Capítulo 1 - Toxicodependência	
1.1. Aspectos gerais da toxicodependência.....	3
1.2. Definição de toxicodependência.....	5
1.3. Conceito de Dependência.....	6
1.4. Conceito de dependência física, dependência psicológica.....	8
1.5. Classificações de drogas e de tipos de consumos.....	10
1.6. Modelos que explicam a dependência.....	12
1.7. Evolução histórica da toxicodependência no contexto Portugal.....	13
1.8. Situação Actual da toxicodependência em Portugal.....	14
Capítulo 2 - Abandono Aprendido	
2.1. Conceito de Abandono Aprendido.....	15
2.2. Modelos teóricos do Abandono Aprendido.....	15
2.2.2. Modelo reformulado do abandono aprendido.....	18
2.2.3. Críticas ao modelo reformulado.....	22
2.3. Abandono aprendido e toxicodependência.....	23

Capítulo 3 - Qualidade de vida	
3.1. Perspectiva Histórica.....	25
3.2. Definição de Qualidade de Vida.....	27
3.4. Qualidade de Vida e Toxicodependência.....	28
Capítulo 4 - Objectivos e Hipóteses do Estudo.....	30
Capítulo 5 - Método.....	33
5.1. Participantes.....	32
5.2. Instrumentos.....	34
5.3. Procedimento.....	37
Capítulo 6 - Resultados	39
Discussão.....	53
Conclusão	61
Referência.....	63

Lista de Tabelas

Quadro 1- Atribuições causais e reacções afectivas face ao êxito e ao fracasso	20
Quadro 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra segundo idade e género	32
Quadro 3 - Caracterização da amostra segundo o estado civil	32
Quadro 4 - Caracterização da amostra segundo o nível de escolaridade	33
Quadro 5 - Caracterização da amostra segundo a situação profissional	34
Quadro 6 - Caracterização da amostra segundo a situação Coabitação	34
Quadro 7 - Caracterização do consumo, segundo a idade de início	39
Quadro 8 - Caracterização do consumo segundo o tipo de substância	40
Quadro 9- Caracterização do consumo segundo a sua duração do consumo	40
Quadro 10- Caracterização do consumo segundo a via de administração	40
Quadro 11 - Caracterização do consumo segundo a frequência de consumo	41
Quadro 12 - Frequência de tratamentos	41
Quadro 13- Caracterização do consumo segundo tempo de abstinência	42
Quadro 14 - Estatística descritiva dos resultados da EAA	43
Quadro 15 - Estatística descritiva dos resultados da WHOQOL-bref	43
Quadro 16 - Correlação entre Abandono Aprendido e Qualidade de Vida	45
Quadro 17 - Resultados na EAA, em função da idade	44
Quadro 18- Resultados no WHOQOL-BREF, em função da idade	44
Quadro 19- Resultados na EAA, em função do género	45
Quadro 20- Resultados no WHOQOL-BREF, em função do género	46
Quadro 21- Resultados na EAA, em função da situação profissional	46
Quadro 22- Resultados na WHOQOL-BREF, em função da situação profissional	47
Quadro 23- Resultados na EAA, em função do estado civil	48
Quadro 24- Resultados no WHOQOL-BREF, em função do estado civil	48
Quadro 25- Resultados na EAA, em função do tempo de consumo	49
Quadro 26- Resultados do WHOQOL-BREF em relação ao tempo de consumo	49

Quadro 26- Resultados do WHOQOL-BREF em relação ao tempo de consumo	49
Quadro 27- Resultados na EAA, em função da frequência de consumo	50
Quadro 28- Resultados no WHOQOL-BREF, em função do tempo de consumo	51
Quadro 29- Resultados na EAA, em função do tempo de abstinência	51
Quadro 30- Resultados no WOQOL-BREF em relação ao tempo de abstinência	52

Lista de Acrónimos

AA - Abandono Aprendido

EAA - Escala de Abandono aprendido

LHS - Learned Helplessness Scale

ET- Equipa De Tratamento da Covilhã

CD- Unidade de Desabituação

CT- Comunidade Terapeuta

CRI- Centro de Resposta Integradas

CAT (s) - Centro de Atendimento a Toxicodependente

DMS-IV- American Psychiatric Association

QV - Qualidade de Vida

IDT- Instituto da Droga e da Toxicodependência

WOQOL-BREF- World Health Organization

OMS - Organização Mundial de Saúde

HF- Hospital do Fundão

ET- Equipa de Tratamento da Covilhã

Introdução

O trabalho aqui apresentado surge no âmbito da Dissertação de Mestrado em Psicologia (2º Ciclo) da Universidade da Beira Interior, e tem como objectivo principal o estudo do abandono aprendido e da qualidade de vida numa amostra de toxicodependentes em acompanhamento na Equipa de Tratamento da Covilhã (ET) e do hospital do Fundão.

Primordialmente, o que nos incentivou a realizar um estudo nesta área foi a experiência de ter contactado, de forma bastante próxima, com esta realidade e com todas as etapas a ela associadas, desde a entrada no mundo das drogas, até à reabilitação que lhe sucede. Todas as vivências daí resultantes, suscitaram uma certa curiosidade, ou melhor, uma necessidade de compreensão face aos motivos que conduzem o indivíduo a enveredar por este mundo auto-destrutivo, mas especialmente levaram-nos a questionar os motivos que tornam necessária, por vezes, mais do que uma tentativa de resolução de um problema tão conhecido e cada vez mais crescente nos dias que correm.

O presente trabalho encontra-se organizado basicamente em duas partes. Na primeira parte, procedemos a uma revisão da literatura sobre o fenómeno da toxicodependência, partindo da sua definição e formas de classificação, passando pela caracterização dos tipos de consumo e dependências que provoca e descrevendo de forma breve a sua evolução na população portuguesa.

Em seguida, abordamos o conceito de abandono aprendido, distinguindo o modelo teórico inicial proposto por Seligman (1975) e o modelo reformulado de Abramson, Seligman e Teasdale (1978). Neste capítulo procuramos também estabelecer uma relação entre o fenómeno do abandono aprendido e o consumo de substâncias psicoactivas. Avançamos depois com o constructo de qualidade de vida, sobre o qual explicamos o seu conceito e evolução, explorando ainda o impacto que poderá ter com a toxicodependência.

Na segunda parte, desenvolvemos o estudo empírico, descrevendo os objectivos, questões, método (participantes, instrumentos e procedimento) e os resultados obtidos na investigação, procedendo depois à discussão destes resultados com base nos estudos já existentes sobre esta problemática. Terminamos com as principais conclusões deste trabalho, abarcando uma reflexão sobre as suas principais limitações e implicações, bem como sugestões para ampliação futura na investigação sobre o tema.

Parte I - Componente teórica

Capítulo 1-Toxicodependência

1.1. Aspectos gerais da toxicodependência

Habitualmente afirma-se que a história das drogas anda a par da humanidade e que não existiu sociedade onde o uso de uma substância não estivesse implicado e, muitas vezes, normalizado (Ferreira-Borges & Filhos, 2000). Por causas epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoactivas transformou-se centro de atenção mundial devido a extensão que adquiri o seu impacto na sociedade moderna. Segundo avaliações do UNODC sobre esta temática, cerca de 200 milhões de pessoas consomem um ou outro tipo de substância ilícita. Hoje o uso de substâncias psicoactivas prevalece como um dos maiores responsáveis por um conjunto significativo de doenças em quase todo o mundo (Filhos, 2005).

As complicações destes fenómenos são visíveis nas distintas áreas da vida do sujeito, quer a nível da saúde, quer do bem-estar social e familiar. As implicações que estes acarretam e os problemas que deles resultam têm sido objecto de preocupação de distintos governos, entidades públicas e privadas, investigadores, famílias, médicos entre outros. A problemática do abuso de substâncias não é um obstáculo isolado de uma sociedade concreta, mas tem um carácter transnacional e colectivo. Devido à complexidade que envolve, a problemática exige estratégias conjuntas tanto a nível internacional como local.

De acordo com o Instituto Português da Toxicodependência (IDT) (2006), em Portugal, à semelhança de outros países, o consumo de drogas tem vindo a adquirir uma enorme expansão com graves repercussões a nível de doenças infecciosas e da saúde pública em geral, patenteando uma das grandes áreas de problematização com que a sociedade presente é confrontada.

Os estudos realizados pelo Relatório anual de 2006 do IDT caracterizam a situação dos consumos em Portugal, verificando que a cannabis é a substância ilícita mais consumida. Contudo, quando nos referimos a consumos problemáticos, a heroína, muitas vezes associada à cocaína, surge como a principal droga de consumo.

No que diz respeito ao tratamento deste fenómeno, no ano de 2002 cerca de 3200 utentes procuraram ajuda na Equipa de Tratamento (ET) do IDT (IDT, 2002). Com o decorrer do tempo nos anos seguintes, o número de utentes aumentou para 31835 em 2003 (IDT, 2003) e em 2004 passou a 30266 (IDT, 2004), indicando um decréscimo na procura de tratamento.

Porém no ano de 2005 o número de utilizadores voltou a aumentar para 31822 (IDT, 2005) e em 2006 verificou-se um total de 32460 utentes em tratamento nas várias ET espalhadas pelo país (IDT, 2006).

Se anteriormente os consumos de droga eram exclusivos das classes sociais menos favorecidas ou de estatutos sociais baixos, nos últimos tempos o consumo de droga propagou-se afligindo todos os estratos sociais. Na maioria dos casos, as pessoas consomem substâncias psicoactivas porque acreditam que vão tirar benefício de tal consumo, seja por prazer ou para evitar dores. Mas o seu consumo também envolve um potencial de dano, a curto ou a longo prazo. O impacto do consumo de drogas é muito vasto, podendo este ter efeitos substanciais no indivíduo, na sua saúde, no seu estilo de vida, bem como, efeitos significativamente negativos na sua família e amigos.

Em jeito de conclusão observamos que os estudos sobre o fenómeno da toxicodependência têm tido uma extensão significativa na área da saúde pública mundial, o que comprovada pelas diversas tentativas de definição do seu conceito. Apesar de existir muitos trabalhos que apresentam uma definição do conceito de toxicodependência, não se confirma a possibilidade de uma exclusiva concepção, como também não se acredita que exista alguma que seja absoluta. É possível verificar que o consumo de substâncias psicoactivas é constante na sociedade intercalando entre o consumo ocasional e a dependência.

Apesar das divergências entre autores, um ponto emerge como consensual, todos enfatizam que não se pode ver o toxicómano como sendo uma abordagem unilateral do problema, já que ele acarreta mazelas em todos os domínios da saúde e em todas as áreas da vida do indivíduo e das pessoas que o rodeia. Concordando que este é um problema complexo e multifactorial vendo a toxicodependência como resultante de um processo complexo que inclui, além da substância em si, o contexto sociocultural e económico, e a personalidade do usuário.

1.2. Definição de toxicodependência

São muitos os termos que são denominados para o comportamento inadequado de consumo de substâncias psicoactivas, tais como a toxicomania, a toxicodependência e a adicção. Com este ponto pretende-se esclarecer possíveis dúvidas existentes em relação a este conceito. Para isso, permitimo-nos destacar e distinguir a sua definição, a dependência que ela gera, a classificação dos diferentes tipos de drogas e também as abordagens que explicam esta problemática.

A toxicodependência tem a especificidade de controlar o comportamento da pessoa acarretando mazelas a curto, médio e longo prazo em áreas como as da saúde física, cognitiva, psicológica e emocional, originando danos muitas vezes irreversíveis (Rosa, 1998).

Segundo Landry (1994), a toxicodependência é hoje vista como uma doença primária, dando ênfase de que esta não é apenas um sintoma de perturbação física mas também mental, crónica e progressiva. Defendendo que a dependência de tóxicos é caracterizada pela compulsão, perda de controlo e abuso contínuo, apesar de ter a percepção das consequências adversas dos consumos.

Segundo Coelho (1998) a toxicodependência é uma doença crónica, progressiva e fatal caso não seja tratada a tempo, tendo como particularidade um sofrimento auto-induzido, um sistema de inadaptação, um vazio organizacional da personalidade, que o toxicómano vai preencher com droga. Determina dificuldades físicas, psíquicas e sociais. (Coelho, 1998).

Porot em 1953 descrevia toxicodependência como *“desejo anormal e prolongada manifestada por certos sujeitos em relação às drogas cujo efeito analgésico, euforicamente ou dinamizante conheceram acidentalmente ou procuraram de modo voluntário. Este desejo velozmente se torna um hábito tirânico que conduz quase inevitavelmente ao aumento progressivo das doses”* (Porot, 1953).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1969 introduziu uma nova expressão para descrever a toxicodependência, designando-a como fármacodependência, para colmatar a definição anteriormente dada por Porot. De acordo com a OMS, trata-se de um *“Estado psíquico e, às vezes igualmente físico resultante da interacção entre um organismo vivo e um medicamento. Esta interacção caracteriza-se por modificações de comportamento e por outras razões, que obrigam, cada vez mais intensamente o utente a tomar um fármaco de forma continuada ou periódica, a fim de obter os seus resultados psíquicos e, algumas vezes, para evitar o mal-estar da privação. Este estado pode ser acompanhado, ou não, de tolerância”* (OMS, 1969). Hoje, a OMS (2007) define a toxicodependência como um estado de dependência física e/ou psicológica de uma substância tóxica devido ao uso esporádico ou continuado desta.

Após estas definições e considerações gerais sobre a toxicodependência, abordaremos em seguida de forma mais aprofundada, o conceito de dependência mais detalhadamente nas suas distintas dimensões.

1.3. Conceito de Dependência

O adicto durante muitos anos foi visto na base no modelo de doença, em que o comportamento aditivo era biologicamente determinado por via de uma predisposição, geneticamente transmitida, no sentido do desenvolvimento da conduta problemática (Marlatt, 1985). A Organização Mundial da Saúde, em 1964, desistiu de considerar o termo “adicção” por compreender de que se trata de um termo científico desajustado, e passou a perfilhar o termo “dependência”. De acordo com a OMS a dependência pode ser física ou comportamental. Sendo que a primeira dirige para as consequências fisiológicas do hábito repetitivo de uma substância, enquanto a segunda encontra-se relacionada com as acções de procura através de comportamento que demonstram um uso patológico da substância (Kaplan, Sadock & Greb, 2003 cit in Nunes & Jóluskin, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) citada por Mazzola (1989) define dependência como um estado de necessidade física e/ou psíquica de uma ou mais drogas, derivado do seu uso contínuo ou “periódico”. Aprecia, ainda, que a dependência pode ser física e psicológica.

Cavalcante (1997) classificou a dependência como a relação que o usuário cria com a droga, transformando o seu uso numa rotina difícil de romper, sem lhe causar sofrimento. Realçou, ainda, que a dependência pode se dar de duas maneiras: física e psicológica, sendo que a dependência física acontece quando há um comprometimento das funções orgânicas, ao passo que a dependência psicológica é algo mais subjectivo, visto que causa algumas alterações nas funções psíquicas.

Segundo Ribeiro (1998), a dependência pode ser definida como um comportamento individual que compreende factores psicológicos, sociais, culturais e económicos. Afirmando ainda que permanece uma participação psicobiológica passível de alguma mesuração e dissociável do contexto social onde a dependência acontece. Dando ênfase que o conceito de dependência é melhor compreendido pela inter-relação entre todos estes diferentes factores. Para Ribeiro é imprescindível ter em consideração a complexidade médico-psico-sociológica do fenómeno da toxicodependência e actuar num contexto multidisciplinar (Ribeiro, 2001).

De acordo com Torres (2003), a dependência de substâncias é um fenómeno multifactorial compreendendo aspectos como: político, social, psicológico, biológico. Acrescentando ainda que é fundamental a conjugação destes factores no tratamento e redução de riscos, mencionando que as intervenções conjuntas patenteiam resultados mais eficazes. Este posicionamento coloca por terra as posições reducionistas e perfilha uma posição transdisciplinar denominada de modelo bio-psico-social.

Assim, tal como sustenta Aragão (1999), enfatizando que o abuso de drogas bem como outros comportamentos de risco, não é determinado por uma relação causal explícita. Pelo simples motivo da sua etiologia ser multifactorial e complexa podendo brotar no momento em que se unem distintos aspectos (biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais).

Em suma, podemos dizer que bem como a toxicod dependência também o conceito de dependência tem sido matéria de distintas abordagens não reunindo consenso entre investigadores.

Segundo Nadeau 1994 (citado por Ribeiro, 1995) a história conceptual da dependência indica três fases. A primeira remete para o século XVII, onde a dependência era explicada unicamente a partir do produto. A segunda fase ocorre já no século XX e concorda que a dependência aglomera duas realidades: o produto e o indivíduo consumidor. A terceira fase é a que mais frequentemente é adoptada, hoje em dia, que preconiza a existência duma interacção entre o produto, o consumidor e o meio. Estiveram na base desse modelo os trabalhos de Olievenstein, sendo o autor que sentiu a necessidade pela primeira vez, realçar que existe uma necessidade de falar de um encontro entre a substância/produto, o indivíduo/personalidade e o ambiente sociocultural - tem sido denominado de bio-psico-social, alcançando assim, uma vasta divulgação com a publicação do DSM IV Nadeau (1994 cit in Ribeiro, 1995)). Nesta mesma linha podemos concluir que são vários os factores que podem ser assimiladas como elementares para o desenvolvimento de dependências, tais como os factores individuais de vulnerabilidade (temperamento, co-morbilidade psiquiátrica, perturbação de personalidade e perturbação de humor), simultaneamente com os factores do ambiente tais como, culturais e sociais, os factores familiares e o papel dos pares (Reynaud, Parquet & Lagrue, 2000, cit. in Reynaud, 2008).

Segundo estudos realizados por Fleming (2005), a maioria das pessoas toxicod dependentes viveram contusões precoces, tanto pela perda de figuras importantes para a sua harmonia emocional essencial para o seu desenvolvimento psicológico. Sendo assim a dependência pode ser vista como um modelo de funcionamento da personalidade, que conquista ou decide a pessoa em distintos momentos que se pode organizar em diversas manifestações comportamentais.

Actualmente a literatura, divide o conceito de dependência em duas formas: a dependência física e a dependência psicológica.

1.4. Conceito de dependência física, dependência psicológica

Distinguir o conceito de dependência física e dependência psicológica é uma tarefa de alguma ambiguidade. O conceito de dependência física atende a critérios objectivos enquanto a dependência psicológica é fruto da observação clínica directa porque assenta na relação que o toxicodependente tem com os objectivos de dependência (Morais, 2010).

A dependência física é definida pela OMS como “um estado incomum, originado pelo uso repetido de droga”. Assim, a mais recente conceptualização do conceito, define-a como uma doença crónica, relacionada a inúmeros estímulos relacionados com as substâncias (Ribeiro, 1998). Ainda, quanto a esta distinção Tancredi (1982), acrescenta que a dependência física é o resultado de um processo de adaptação do organismo à droga e é independente da vontade do indivíduo.

Quanto à concepção de *dependência psicológica*, é importante referir os factores que parecem beneficiar o surgimento e manutenção desta, designadamente a noção de crenças e expectativas.

A (OMS), define a dependência psicológica como um estado de vontade incontrolável de ingerir drogas periódica ou continuamente (OMS, 2004).

Segundo Ribeiro (1995), esta dependência corresponde a um estado mental em que há um desejo persistente de dar continuidade ao prazer conquistado através do consumo dessa substância. A representação da droga subsiste como recordação e evocação de algo que foi vivenciado, simultaneamente, como prazer e desprazer, mas do qual ressaltam as experiências satisfatórias.

Assim, dado que a dependência é tanto física como também psicológica parece-nos relevante mencionar os critérios para o estabelecer o diagnóstico de dependência.

Em síntese, podemos assim concluir que a dependência física não é então mais do que a adaptação biológica resultante ao uso prolongado de uma substância. Sendo que, o seu grau de intensidade vai depender, em muito, do tipo de droga, da via de utilização habitual, do tempo de consumo e da frequência do consumo. Significa que, após o contacto mais ou menos prolongado da droga com o organismo este vai reclamar a sua presença se existir uma interrupção abrupta da substância.

A dependência psicológica manifesta-se, então, por uma adaptação gradual ao estímulo das substâncias, uma adaptação negativa, que envolve a recordação do prazer provocado pelo estímulo em determinadas situações. A dependência pode, ou não, ser acompanhada de tolerância.

Devido à complexidade e singularidade específica do fenómeno em estudo existe uma circularidade dos conceitos, os quais são definidos uns em relação aos outros. Entre esses conceitos, encontra-se o de tolerância, definido como sendo uma necessidade de quantidades cada vez maiores de substâncias para obter a intoxicação ou o efeito desejado e uma

acentuada diminuição do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância (Farges, 2002; Schuckit, 1998; OMS, 2004)

Podem definir-se três subtipos distintos de tolerância, respectivamente: a metabólica, a celular e a condicionada.

Um outro aspecto estreitamente relacionado com as definições de dependência é a síndrome de abstinência. É relatada como a ocorrência de sintomas e de sinais físicos e psicológicos, decorrentes da interrupção ou da redução abrupta do consumo de uma substância (Fonseca, 1997; Schuckit, 1998; OMS, 2004)

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), o termo dependência de substâncias descreve-se por um padrão desadaptativo do uso de substâncias, conduzindo a um défice ou sofrimento clinicamente significativos (cf. anexo 1), ocorrendo em qualquer instante, no mesmo período de doze meses (Morais, 2010). Outro manual que manifesta critérios de diagnóstico para a dependência de substâncias é o CID-10. Tal como definida pela CID-10, a dependência de substâncias inclui seis critérios (ver anexo 2); uma pessoa que apresenta pelo menos três destes critérios é diagnosticada como «dependente» (WHO, 1992).

Seguidamente abordaremos as classificações de drogas e os tipos de consumo existentes.

1.5. Classificações de drogas e de tipos de consumos

1.5.1. Classificação das drogas

É provável encontrar diversos tipos de classificações de drogas, alguns mais centralizados nos domínios farmacológicos das substâncias, outros nos seus efeitos, e outros, ainda, baseados na percepção que deles têm os consumidores. Estes efeitos podem variar segundo a dose usada, o sujeito, a sua expectativa em relação à droga, o tempo de utilização, a via de administração e as circunstâncias em que é ingerida. Uma das classificações possíveis, e a que mais frequentemente é utilizada pelos profissionais de saúde, divide as drogas em depressoras, estimulantes e alucinogénias/ modificadoras. Dentro das depressoras, temos os opiáceos (e.g. ópio, morfina, heroína e metadona), os barbitúricos, as benzodiazepinas (e.g. - ansiolíticos, hipnóticos) e o álcool. Fazem parte das drogas estimulantes as anfetaminas e a cocaína (e.g. - folhas de coca, pasta de coca, cocaína-base, cocaína-sal e crack). Nas modificadoras/alucinogénias encontram-se o MDMA (e outros tipos de ecstasy), as cannabinóides (e.g. - marijuana, haxixe, óleo de haxixe), LSD e colas e solventes. REFERENCIA

As drogas depressoras são aquelas que diminuem a actividade do Sistema Nervoso Central, provocando relaxamento, afastando as sensações desagradáveis. As drogas estimulantes activam o Sistema Nervoso Central, aumentando o estado de alerta e atenção, suprimindo o sono, a fadiga e o apetite. Provocam excitação e as pessoas sentem-se com mais

força e mais inteligentes. Por fim, as drogas modificadoras provocam uma perturbação na actividade cerebral, produzindo distorções ao nível da percepção e da cognição.

Para além das classificações possíveis das drogas importa reflectir também sobre os tipos de consumo que poderão existir.

1.5.2. Classificação dos tipos de consumo

Segundo a UNESCO (Nowlis, 1982) existem quatro tipos de consumos: o consumo experimental, o consumo ocasional, o consumo habitual e o consumo dependente. Em seguida descreveremos cada um destes tipos de consumo.

➤ O consumo experimental

Estudos feitos por vários autores, em que investigaram as razões pelas quais o indivíduo tenta a primeira experiência, chegaram às mesmas constatações: a curiosidade, o desejo de novas experiências e as pressões exercidas pelo grupo são as principais motivações. Por norma, para a ocorrência da primeira experiência, é necessário que a substância esteja facilmente disponível, que o quadro e as circunstâncias de utilização pareçam relativamente seguros e que os amigos já se tenham servido de drogas. É importante salientar que estes factores não são suficientes. Quase todos os pesquisadores concordam com o facto de que a maioria dos indivíduos que tiveram uma experiência com uma droga ilegal, na grande maioria dos casos, esse contacto não causou dependência (Nowlis, 1989).

➤ O consumo ocasional

Para Nowlis (1989), de entre os que continuam a consumir, a maioria irá fazê-lo numa base casual ou ocasional. A droga será consumida meramente quando facilmente disponível, e apenas num contexto social em que os outros estão a utilizá-la e o ambiente é favorável. As ocasiões não são preparadas, mas sim espontâneas. As razões que levam o indivíduo a continuar esse uso ocasional estão sobretudo ligadas à sociabilidade e não diferem muito das que levam os adultos a consumir casualmente bebidas alcoólicas. Como é do conhecimento geral, o uso de drogas facilita as relações sociais, é agradável e divertido. Nesta fase do consumo ainda não há dependência nem ruptura das relações afectivas, profissionais e sociais.

➤ O consumo habitual

Ao falar-se de utilização regular, temos que ter em conta a frequência do uso, a natureza da droga utilizada e a opinião pessoal. Nowlis (1989) considera que a utilização regular é diferenciada da elevada ou compulsiva sob dois aspectos: a motivação e o grau de necessidade do utilizador. A partir do momento que a utilização se torna regular ou muito forte, entra em jogo o conceito de dependência psicológica. São várias as razões que levam à

utilização regular ou ao forte consumo. Todas elas muito mais ligadas à personalidade do utilizador do que às experiências passageiras ou mesmo à utilização ocasional. Também estão muito relacionadas com a acção farmacológica da droga em causa, seja ela um estimulante, um depressor, um analgésico ou uma substância que modifica as percepções do indivíduo sobre si mesmo e sobre o meio que o rodeia.

➤ O consumo dependente

De entre os indivíduos utilizadores de droga, só uma pequena minoria atinge o estado de dependência característico do uso compulsivo. O mesmo acontece aos que ingerem bebidas alcoólicas, apenas uma pequena minoria se tomam alcoólicos. Vulgarmente o uso compulsivo implica uma frequência de uso excessivamente elevada, mas esta frequência pode ser muito variável. O factor central do uso compulsivo de uma droga é o grau em que esta utilização domina a vida de um indivíduo. Em concordância com este facto Nowlis (1989) refere que quando a maior parte do seu tempo, dos seus pensamentos, da sua energia, é consagrada a obter a droga, a tomá-la, a discutir os seus efeitos, a frequentar quase exclusivamente outros utilizadores de droga, pode-se então falar de dependência. Neste ponto considera-se o indivíduo como psicologicamente dependente da droga, ou, como se observa de forma cada vez mais corrente, de várias drogas e não de apenas uma.

Em síntese podemos salientar que quanto aos tipos de consumo, numa primeira fase o primeiro contacto com a droga é de forma experiencial. Depois vem o consumo de forma ocasional, onde a droga é utilizada de forma causal com amigos ou sozinhos. Sendo que nestas fases ainda não existe uma dependência, nem uma ruptura nas relações pessoais, sociais entre outras. Já no uso frequente das drogas é de realçar que já existe sinais de ruptura nas relações pessoais, sociais, laborais entres outros. Mesmo assim, o indivíduo ainda conseguiu funcionar socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência. Por último, na fase do consumo dependente o indivíduo vive pela droga, quase exclusivamente. Como consequência rompem-se os vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de dependência física e moral.

Em seguida são explicados os vários modelos que tentaram explicar a dependência, que ao longo dos tempos tem vindo a pronunciar-se de uma forma complexa, com repercussões a diferentes níveis, causando o surgimento de uma pluralidade de modelos elucidativos do fenómeno.

1.5.3. Modelos que explicam a dependência

De acordo com Ribeiro (1998), podemos dividir a história da “dependência” em três fases: uma fase inicial que remonta aos finais do século XVIII, onde predominam leituras comportamentalistas sobre o fenómeno, uma segunda fase, no século XX, caracterizada predominantemente por uma perspectiva biomédica e, por fim, a fase actual, com a concepção do modelo bio-psico-social. Em seguida, descreveremos cada uma destas fases mais aprofundadamente.

No terceiro quarto do século XVIII, a dependência era explicada com base num modelo unifactorial, com base nos contributos de Benjamim Rush, ao divulgar o primeiro tratado sobre a dependência alcoólica: “*An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind*”. Neste documento defende-se que a dependência é compreendida a partir de uma variável única, a substância, mais especificamente, o seu poder tóxico. Foi este modelo que as teorias comportamentalistas adoptaram, tomando a dependência como o resultado de um condicionamento adquirido. Assim, o produto, graças às suas propriedades de reforço, converte-se na principal causa do consumo de drogas. Nesta abordagem subscreeve-se a concepção de que a dependência é um comportamento aprendido por dois processos elementares: o reforço positivo e o negativo (Gonçalves, 1990). Nesta mesma linha, Ribeiro (1998) referiu que no consumo de drogas intervêm mecanismos de aprendizagem, cujas respostas teriam efeito de reforço positivo e reforço negativo. O início dos consumos é explicado pelo processo de reforço positivo, ou seja, os efeitos positivos (prazer) decorrentes do consumo servem de reforço para voltar a consumir. Entretanto, a manutenção dos consumos faz-se por reforço negativo (Hayes, Follete & Follete, 1995).

No século XX surge uma segunda fase no estudo e na concepção da dependência em reacção ao caos social ocasionado pela lei seca. Nesta altura, a dependência foi caracterizada com base em duas realidades: a substância e o indivíduo consumidor. O consumo compulsivo de produtos psicoactivos emergiria como consequência duma patologia: a dependência, física, mental e espiritual. A abordagem biomédica das toxicodependências apoiou-se neste modelo sublinhando o papel do consumidor.

Actualmente, defende-se um modelo trifactorial na explicação do fenómeno da dependência, graças ao contributo e avanço das Ciências Sociais. De acordo com a APA (1980, cit. in Ribeiro, 1998), existe uma interacção entre o consumidor, o produto e o meio. Este modelo, assume-se ainda hoje, como o mais aceite e defendido, tendo sido convencionado chamar-lhe bio-psico-social (Ribeiro, 2001).

1.6. Evolução histórica da toxicodependência no contexto português

Desde muito cedo assistiu-se em Portugal à expansão do consumo de droga e problemas oriundos da mesma, sendo que este é um dos problemas mais relevantes da sociedade portuguesa (Bertrand, 2006; Goulão, 2006; Poiares, 2003). Segundo Gameiro, (1992), o início do consumo da droga em Portugal remonta a alguns séculos, alastrando e diversificando-se no século XVI, estando na base desse alastramento as descobertas marítimas. A ampliação do abuso do consumo de produtos psicotrópicos e substâncias estupefacientes por todo o mundo teve reflexo em Portugal, com uma notável amplificação na década de 70 (SPTT, 2001).

Nos anos 80, devido à exploração dos centros urbanos e à degradação e marginalização de algumas comunidades, o uso e abuso de drogas aumentou esporadicamente, deixando de ser um fenómeno micro-cultural. Foi durante este era que houve uma modificação na percepção da abordagem a fazer aos toxicodependentes, cada vez mais vistos nas suas vertentes clínica, social e psicológica. Em 1983, o Decreto-Lei 430/83, 13-12, veio enfatizar esta nova abordagem visto que, essa lei prevê a suspensão da pena em alguns crimes relacionados com a droga se o infractor aceitar tratamento. Sendo que actualmente, a toxicodependência é cada vez mais vista como um problema de saúde e não como crime e o consumidor é considerado como um doente que carece de cuidados de saúde, tratamento e reabilitação (SPTT, 2001).

Face à proliferação e enorme complexidade do problema, os governos democráticos que se seguiram ao 25 de Abril têm trabalhado em buscas de respostas para contrariar este fenómeno, na sequência dessa busca de respostas em 1975 foram criados, na Presidência do Concelho de Ministros, o Centro de Estudos da Juventude e o Centro de Investigação Judiciária da Droga. Sendo que o primeiro tinha como função o estudo dos problemas ligados ao uso da droga, de um modo geral, dos problemas da juventude relacionados com o uso d droga, a segunda instituição tinha como finalidade a fiscalização e repressão criminal nesse domínio. Mais tarde foi criado em 1976 o Gabinete Coordenador de Combate à Droga e estruturado o Centro de Estudos da Profilaxia da Droga tendo como funcionalidade os estudos dos dados estatísticos relacionados com o tráfico e o consumo de droga. A CEPD compreendia serviços centrais e regionais (SPTT, 2001).

Na mesma altura, é criado o Plano Nacional de Luta Contra a Droga que, em 1987, conduz á criação do Projecto Vida. Os primeiros Centros de Apoio a Toxicodependentes (CATs), criados pelo Ministério da Saúde, abriram em 1987, em Lisboa (Centros das Taipas). Em 1989, abriram no Porto e em Faro (SPTT, 2001).

1.7. Situação Actual da toxicoddependência em Portugal

Segundo o Centro de Informação sobre Drogas e Toxicoddependência (2001), em termos gerais, o panorama português é actualmente, muito semelhante ao da maioria dos países ocidentais. Nomeadamente no que diz respeito ao crescente aumento do número de toxicoddependentes, visível através de indicadores como: a idade/consumo. Dos 25-34 anos, verifica-se uma prevalência do consumo de cannabis ao longo da vida principalmente no sexo masculino; dos 15-24 e 25-34 anos há prevalência de consumo de ecstasy e de LSD e dos 25-34 e 35-44 anos há prevalência do consumo de heroína. É de destacar a preferência dos grupos etários mais jovens pelo consumo de ecstasy e de cocaína, e a maior importância do consumo de heroína nos grupos masculinos de 25-34 anos e 35-44 anos (IDT 2006).

O relatório anual do Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) divulga que, em 2007 houve um aumento moderado do consumo de substâncias ilegais em Portugal. Apesar disso, ao nível das populações escolar e reclusa tem-se verificado o inverso em relação e essa tendência.

Comparativamente com os outros países europeus, Portugal está entre os países com menos prevalência de consumo de substâncias ilícitas, com excepção da heroína, que continua a ser a principal droga envolvida nos consumos problemáticos. Verificou-se um aumento do número de estruturas disponíveis no que diz respeito ao sistema de tratamento da toxicoddependência, subsistindo ainda hoje uma rede assistencial de tratamento que cobre a globalidade do Continente de Portugal. Até meados de 2007 esta rede assistencial foi assegurada pelo CAT(s), os quais, na extensão do recente processo de reorganização do IDT, foram integrados em Centros de Respostas Integradas (CRI). Temos ainda as Extensões e Locais de Consulta Descentralizada, as Unidades de Desabituação (UD), as Comunidades Terapêuticas (CT) e os Centros de Dia (CD) (IDT 2006).

Capítulo 2 - Abandono Aprendido

2.1. Conceito de Abandono Aprendido

Segundo Castro (1985), o conceito de learned helplessness é fundamental no fenómeno da aprendizagem, nas literaturas portuguesas este pode ser designado por “desânimo aprendido”, “desamparo aprendido” e “abandono aprendido” (Fontaine & Faria, 1989).

No suceder desta investigação o termo predilecto foi de Abandono Aprendido, visto que, na óptica das autoras, já referidas, esta é a expressão mais complexa, tendo como característica primordial abranger a dimensão afectiva (desânimo/ desamparo), cognitiva e comportamental da síndrome que a descreve como sendo uma debilitação da realização, baixa persistência, acarretando na maior parte da vezes a desistência ou abandono de tarefas, constantemente acompanhada de afectos negativos, tais como desamparo ou desânimo (Lima Santos, Ribeiro & Faria, 2002).

Na concepção de Faria (1990), a denominação “desânimo aprendido” descarta a parte comportamental dando unicamente ênfase às componentes cognitivas e afectivas.

O constructo de Abandono Aprendido foi proposto como um modelo do comportamento animal há três décadas, por Seligman (1975). Sendo desde então bastante utilizado em diferentes tipos de pesquisa como certificam Abramson, Seligman e Teasdale (1978) encarregados pela mudança do modelo inicialmente proposto.

2.2. Modelos Teóricos do Abandono Aprendido

2.2.1. Modelo do Abandono Aprendido de Seligman

As investigações sobre o Abandono aprendido no contexto da psicologia animal aglomeravam dois grupos de cães designados por grupo A e grupo B. Os dois grupos, presos em grades apanhavam fortes choques eléctricos. Os cães do grupo A detinham algum controlo sobre a situação, pois tinham poder de eliminar o choque, empurrando um manípulo com o focinho. Sendo que os cães do grupo B não tinham como fugir aos choques. No entanto, a frequência dos choques era iguais para os cães dos dois grupos e logo que os cães do grupo A deixavam de sentir o choque os do grupo B também eram suspensos.

Tendo como objectivo saber como é que os cães do grupo B (sem controlo sobre a situação) reagiriam em situações em que desfrutavam da possibilidade de escapar aos choques. Assim, foram submetidos a uma outra experiência cuja função era de aprender a esquivar os choques. Colocados numa gaiola electrificados os cães do grupo A, num primeiro

estádio, aguardavam o choque e saltavam fora; mais tarde já nem esperavam o choque, pulando logo. Os do grupo B revelavam um comportamento diferente: primeiramente corriam desesperados, mas rapidamente se tornavam passivos, deitando-se sujeitando-se a receber passivamente os choques, gemendo baixinho. Não tentavam escapar, tinham-se resignado e desistido, permanecendo literalmente desanimados e aprendendo a abandonar e desistir da situação (Maier & Seligman, 1976).

Os resultados desse estudo revelaram que se os animais fossem apresentados a uma situação desagradável e incontrolável, estes generalizavam a falta de controlo para outras situações futuras semelhantes, mesmo que não fossem parecidas, o que lhes tornava a aprendizagem de resposta simples de fuga e de evitamento mas difícil.

Estes efeitos foram observados numa diversidade de estudos de animais como gatos (Seward & Humphrey, 1967 cit. Por Castro, 1985); ratos (Maier, Albin & Testa, 1973 cit. por Castro, 1985) e também entre humanos (Foscus & Geer, 1971, cit. Por Castro, 1985).

Na sequência desses resultados Seligman na intenção de interpretar os resultados expôs uma hipótese que se transformou o modelo/teoria de Abandono Aprendido, com as seguintes hipóteses:

- a) Quando um organismo não consegue controlar o desenrolar das ocorrências através da sua acção, encontra-se numa situação de não-contingência ou incontrolabilidade;
- b) Se um organismo estiver exposto repetidamente a situações de não-contingência, aprendendo assim, que a acção é independente dos acontecimentos do meio;
- c) Em resultado da aprendizagem anterior o organismo comporta-se de maneira desanimada e com sinais de abandono;
- d) O abandono aprendido baseia-se num síndrome de défices cognitivos, motivacionais e emocionais, sendo este o postulado-chave da hipótese de Seligman e seus colaboradores (Castro, 1985).

Com a intenção de interpretar os resultados observados neste estudo Seligman (1975) apresenta uma hipótese que se consagrou como o modelo/teoria de Abandono Aprendido, tendo por base as seguintes hipóteses:

- a) “Quando um organismo não consegue controlar o desenrolar da ocorrência através da sua acção, encontra-se numa situação de não-contingência ou incontrolabilidade”;
- b) “Se um organismo estiver exposto frequentemente a situações de não-contingência, este aprende que a acção é independente dos acontecimentos do meio”;
- c) “Em consequência da aprendizagem anterior o organismo comporta-se de forma desanimada e com sinais de abandono”;
- d) “O Abandono Aprendido consiste num Síndrome de défices cognitivos, motivacionais e emocionais, sendo este o postulado-chave da hipótese de Seligman e os seus

colaboradores” (Castro, 1985).

Também descobriu as consequências do Abandono Aprendido em animais e ultimamente indicou que o desenvolvimento de certos tipos de depressão em pacientes humanos tem base nos mesmos mecanismos, patenteando algumas características comuns entre humanos e animais que evidenciam este quadro. Deixando assim ambos de agir, aprendem com lentidão que os seus gestos tiveram sucesso, expressam uma certa passividade, perdem peso evidenciando desinteresse pelos outros.

O termo foi sugerido originariamente como molde de depressão animal e pode ser aplicado no quadro mais envelhecido de neuroses experimentais sendo que para os autores o valor dos modelos que têm sido expostos adopta alguma controvérsia, na medida em descuidam á dimensão de vulnerabilidade individual, factor que se torna fundamental num quadro de depressão humana (Castro, 1985).

De acordo com DeVellis, DeVellis e McCauley (1978) numa primeira fase, o indivíduo aprendia através da observação, assim, os sujeitos observavam comportamentos que eram recompensados, o mais provável é que imitassem esses comportamentos e não os que eram punidos (Bandura, 1997, cit. Por DeVellis, DeVellis & McCauley, 1978). Recolheram ainda, através das observações feitas, alguma informação relativa á contingência. Assim, se as pessoas são capazes de aprender a contingência através da observação também são capazes de aprender a não-contingência. Podemos salientar que o abandono aprendido é uma síndrome cognitivo-comportamental onde existe uma aprendizagem individual (Seligman, 1975,).

Os estudos realizados com os humanos são naturalmente adaptados à espécie mas, têm os mesmos objectivos que os estudos realizados com os animais, com base na observação do desempenho de indivíduos que são apresentados a estimulações aversivas, controláveis ou não, sendo depois comparados com o desempenho de outros que não foram submetidos àquela experiência prévia. Realça-se, ainda a experiência de Hiroto (1974), acerca do desânimo aprendido, sendo a amostra constituída por estudantes universitários voluntários, divididos aleatoriamente por três grupos. Tendo como situações as seguintes: ao primeiro grupo era apresentado o ruído controlável, tendo a possibilidade de deixar de ouvir o ruído caso quisessem pressionar um botão ao seu alcance. O segundo grupo não tinha esse botão, não tendo assim, a possibilidade de controlar o ruído. Por último, o terceiro grupo era o grupo de controlo que era exposto ao ruído. Depois de os grupos terem passado por esta situação, os indivíduos dos três grupos eram submetidos a uma situação parecida extensível a todos os grupos: sendo que nesta situação os grupos eram expostos ao ruído tendo a oportunidade de terminá-lo quando o pretendessem, movimentando para o efeito uma alavanca.

Os resultados dessa experiência revelaram que o primeiro e o terceiro grupo aprenderam com facilidade a mover a alavanca, enquanto os indivíduos submetidos ao ruído tendiam nesta segunda condição a ouvir o barulho passivamente, sem aprender a desligá-lo.

Na perspectiva desta experiência Seligman (1975) menciona que a depressão aparece

quando os sujeitos compreendem que os acontecimentos marcantes da sua vida estão fora do seu controlo. Assim, quando estes percebem acontecimentos futuros que são incontroláveis desencadeiam uma série de défices cognitivos e motivacionais resultando daí um desânimo aprendido.

Em síntese, podemos ressaltar que o modelo reformulado tem como ênfase dois campos de trabalho, o das teorias de atribuição e o do abandono aprendido (Perterson & Seligman, 1983, cit. por Castro, 1985).

As críticas a que este modelo inicial foi submetido conduziram à necessidade de o reformular de modo a aumentar a adequação do modelo aos seres humanos. Uma das críticas a este modelo diz respeito à falta de atenção dada à dimensão de vulnerabilidade individual, condição que se torna fundamental num quadro de depressão.

2.2.2. Modelo reformulado do Abandono Aprendido

As abordagens mais recentes do abandono aprendido não realcem tanto a expectativa de não-contingência, mas valorizando a circunstância de o sujeito ponderar que, por mais que se esforce e tente controlar os resultados e as distintas situações, assimila que esse esforço de nada ajuda, pois compreende a existência de independência entre os resultados e as respostas, que na visão de Faria (1990), desenvolvendo a crença de que nada poderá fazer para alterar os acontecimentos que ocorrem na sua vida, conseqüentemente acaba por ter respostas de renúncia e de abandono o que leva a resignar.

Com o aperfeiçoamento do conceito enquanto o modelo original de abandono aprendido parece estar mais relacionado com *locus* de controlo, no modelo reformulado via-se mais a uma proximidade da teoria atribucional de Weiner, percebendo que, o indivíduo atribui, de maneira involuntário, causas à ocorrência que são indesejáveis, sendo estas e as suas dimensões causais que acabam por estabelecer o abandono aprendido (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978).

No parecer de Barros & Barros (1993), deve permanecer uma distinção entre locus de controlo e atribuições causais, porque estes constructos resultam de orientações teóricas diferentes, sendo o *locus de controlo* nomeadamente uma expectativa e por conseguinte anterior ao acontecimento, enquanto a *atribuição causal* é o juízo de valor posterior ao acontecimento.

Foi Rotter, em 1966 que empregou a variável *locus* de controlo, esta variável inicialmente era conhecida por controlo interno-externo de reforço. Com o passar do tempo passou a ser usual a expressão *locus* de controlo, sendo esta definida por uma crença ou expectativa de controlo de reforço. Segundo Rotter (1966 cit. Por Barros & Barros, 1990), alude que esta concepção não se menciona a uma tipologia, mas constitui uma variável que lesa o comportamento.

Ainda sobre o horizonte desse autor a definição clássica sobre o *locus* de controlo considera que a internalidade e a externalidade vão depender da contingência. Assim, se o indivíduo perceber o reforço como seguindo uma gesto que é contingente, será tendencialmente entendido como sendo algo que é fruto da sorte, destino, acaso ou imprevistos, entre outros. Contudo se perante a contingência, o sujeito compreende que ele é contingente ao seu comportamento, tendencialmente apreciará que o sucesso advém dos seus próprios talento ou capacidade. Destacando assim, de que se os indivíduos têm a percepção de que controlam os seus próprios comportamentos, ou de que os reforços dependem exclusivamente de si próprios, nesse caso possuem uma crença no controlo interno. Mas caso essa percepção de que esses eventos que acontecem na sua vida estão fora do seu controlo, evidenciam uma crença no controlo externo do comportamento.

Em jeito de conclusão podemos concluir que o conceito Abandono Aprendido esta intimamente ligada ao *locus* de controlo, visto que, se relata às expectativas do indivíduo em relação à fonte dos reforços, o que se encaixa no modelo original do Abandono Aprendido, em que as expectativas se concentravam na não-contingência (Barros & Barros, 1990).

Foi a partir dos trabalhos de Fritz Heider que em 1958 emergiram as teorias da atribuição. Heider foi um dos primeiros pesquisadores a aludir a ideia de que o equilíbrio cognitivo depende também dos processos intelectuais, o que o coloca na corrente cognitivista da psicologia social.

Segundo Heider (1958, cit. por Vala 1991) um dos muitos princípios ligados à percepção dos objectivos sociais (indivíduos) estabelecem paralelo com os objectivos não-sociais. O indivíduo vai procurar regularidade atados aos fenómenos, de forma a torna-los previsíveis e controláveis.

Em síntese, é de destacar que as teorias atribucionais são teorias com a intenção de responder ao porquê dos acontecimentos. Sendo que as respostas que o pessoa dá ao porquê são as causas, que por sua vez são interpretações produzidas pelo indivíduo. Podemos dizer que são teorias que versam a forma como os sujeitos produzem explicações causais (Barros & Barros, 1993).

A perspectiva atribucional por Weiner (1979) procurar integrar as dimensões ou as propriedades das causas de causalidade ou propriedades das causas e as suas consequências cognitivas, afectivas e comportamentos. As estruturas da classificação das causas possibilitam a organizarem um esquema em torno de três dimensões, que circunscrevem locus de causalidade (interno vs. externo), estabilidade (estável vs. instável) e controle (controlabilidade vs. incontrolabilidade). A primeira dimensão locus de causalidade ou interno/externo. Nesta dimensão, as causas encontradas pelo indivíduo podem ser afectas a si próprio ou afectas ao ambiente, ou seja, podem associar-se ao seu esforço e aptidão (internas) ou à sorte ou ajuda dos outros (externas) (Weiner, 1979).

A segunda dimensão causa é denominada de estabilidade. Assim, os factores, quer internos quer externos, podem permanecer relativamente estáveis ou adoptar o oposto,

tornarem-se instáveis, sofrendo mudanças ao longo do tempo. Perfilhando como exemplos a aptidão e o humor, a primeira é vista como uma causa interna e estável, sendo que a segunda é uma causa interna mas instável (Weiner, 1979).

Por último, a terceira dimensão causal, a controlabilidade, permite discriminar as causas segundo o seu grau de controlo de acordo com a vontade da pessoa. Adoptando como exemplo, a aptidão, o esforço são factores internos e estáveis, mas se o primeiro é incontrolável o segundo, pelo contrário, está submetido à vontade do próprio, sendo por isso controlável (Santos, 1989), avolumando-se depois, uma quarta dimensão indispensável, a globalidade para a interpretação da incontrolabilidade dos resultados.

No quadro 1, é possível identificar as causas mais comuns de sucesso e de insucesso, classificados de acordo com as dimensões de Weiner.

Quadro 1- Atribuições causais e reacções afectivas face ao êxito e ao fracasso

Atribuição causal	Reacções afectivas face ao êxito	Reacções afectivas face ao fracasso
Causa interna, estável e incontrolável (e.g. capacidade)	Sentimento de competência, confiança em si mesmo, orgulho e satisfação	Sentimento de incompetência, perda da confiança em si mesmo
	Altas expectativas de êxito futuro	Baixas expectativas para o futuro
	Responsabilidade diante do êxito	Responsabilidade diante do fracasso
Causa interna, instável e controlável (e.g. esforço)	Orgulho e satisfação	Culpabilidade
	Responsabilidade diante do êxito	Responsabilidade diante do fracasso
	Sentimentos de controlo	Sentimentos de controlo e expectativas de prevenir o fracasso futuro
Causa externa, instável e controlável (e.g. sorte, outras pessoas)	Surpresa	Surpresa
	Ausência de responsabilidade diante do êxito	Ausência de responsabilidade diante do fracasso
	Gratuidade	Conformidade, ira, raiva perante as pessoas responsáveis pelo fracasso

Fonte: (Adaptado de Mascarenhas et al., 2005)

Segundo Fontaine e Faria (1989), as reacções afectivas causadas directamente pelos resultados (satisfação face ao sucesso vs. insatisfação face ao fracasso), ou indirectamente pelas dimensões causais, assim como os aspectos cognitivos que as suscitam (realçando o papel das expectativas), podem prejudicar a qualidade da execução do indivíduo, pela selecção ou evitamento de tarefas e de objectivos, pelo tipo de reacções do sujeito perante o fracasso ou a ambiguidade de certos resultados e também pela persistência que suscitam. Desta forma, “prevê-se assim que as atribuições do fracasso a causas internas, estáveis e incontroláveis (e.g. capacidade), possam ter consequências negativas sobre a persistência na tarefa e a qualidade da realização e possam conduzir a fenómenos como o abandono aprendido” (p. 8).

No entanto, Wortman e Dintzer (1978) apontam a importância de ter em conta, na explicação do fenómeno do abandono aprendido, outras variáveis e processos cognitivos, para além das atribuições e das expectativas. Nesta linha, o modelo reformulado do abandono aprendido vai mais além da óptica de Weiner, descrevendo o fenómeno com padrões cognitivos, afectivos e comportamentais mais gerais, principalmente perante tarefas complexas e que envolvem fracasso (Fontaine & Faria, 1989). Neste raciocínio, Abramson e colaboradores (1978) inseriram outra dimensão nas atribuições causais: a *globalidade* (global vs. específica), a qual se narra à amplitude das situações que uma causa pode abarcar, ou seja, algumas causas são próprias a uma situação, enquanto outras se generalizam a outras situações e contextos.

De acordo com Abramson e colaboradores (1978), o abandono aprendido foi principalmente interpretado como incompetência ou incapacidade pessoal de controlar os resultados. Desta forma, os défices de desânimo causados por atribuições internas são denominados por *desânimo pessoal*, enquanto os défices provocados por atribuições externas são chamados por *desânimo universal*. Realçando que a dimensão *estabilidade* decide a duração no tempo do desânimo, enquanto a dimensão *globalidade* determina a generalização do desânimo a um dado conjunto de situações. Os mesmos autores referem que as causas internas, globais e estáveis perante acontecimentos negativos ou indesejáveis serão representativas de um estilo atribucional debilitante, precursor da depressão. Quando o indivíduo percebe os eventos incontroláveis como sendo causados por causas internas, globais e estáveis encontra-se em risco, pois terá maior probabilidade de apresentar baixa auto-estima, sintomas depressivos e défices cognitivos e motivacionais (Azevedo & Faria, 2006; Fontaine & Faria, 1989; Lima Santos et al., 2002).

No âmbito do modelo reformulado e com o propósito de avaliar o abandono aprendido - foram construídos alguns instrumentos, nomeadamente, o *Attributional Styles*

Questionnaire (ASQ), construído em 1979 por Abramson, Seligman, Semmel e Von Baeyer, e a *Learned Helplessness Scale* (LHS), construída em 1988, por Quinless e McDermott.

A LHS - ou *Escala de Abandono Aprendido* (EAA) - foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa em 1999, por Lima Santos e Ribeiro e posteriormente refinada e publicada em 2002, por Lima Santos, Ribeiro e Faria. Foi exactamente este o instrumento utilizado no nosso estudo para a avaliação do AA, pelo que a sua descrição e caracterização serão abordadas mais à frente, no capítulo 4.

Em suma, segundo os modelos teóricos abordados, o abandono aprendido é um constructo psicológico que postula a existência e adopção de um padrão atribucional singular para a análise de acontecimentos negativos. Baseado na inibição da acção para evitar tais acontecimentos e em sentimentos de desânimo, este padrão, ou estilo atribucional, representa um conjunto de explicações consistente e negativo para esses acontecimentos, suportadas em factores incontroláveis, globais e estáveis (Abramson et al., 1978, Barros et al., 1993a; Fontaine & Faria, 1989; Faria, 1990; Lima Santos, Ribeiro & Faria, 2008).

2.2.3. Críticas ao Modelo Reformulado

Os resultados contraditórios do modelo inicial conduziram a estudos inspirados no modelo reformulado, conduzidos particularmente por Dweck e colaboradores (Dweck, 1975; Dweck & Reppucci, 1973; Dweck & Elliot, 1983; Elliot & Dweck, 1988, cit. in Barros et al., 1993a). Ainda que este novo modelo supere, de facto, muitas das limitações do modelo inicial, os resultados também não se mostram decisivas, pelo que vários autores criticam as suas concepções fundamentais e a sua contribuição para a compreensão da depressão. Wortman e Dintzer (1978), por exemplo, admitem o contributo do modelo reformulado, mas por outro lado colocam em causa alguns dos seus princípios e interrogam as suas potencialidades para explicar a depressão. Segundo os autores, o modelo reformulado postula que os deprimidos, quando sujeitos a situações incontroláveis com resultados negativos, fazem atribuições internas, estáveis e globais, mas não explica porquê, nem por que é que outros indivíduos, face às mesmas situações, fazem atribuições com características contrárias. Na mesma vertente Schwartz (1981), num artigo intitulado "*Does helplessness cause depression or do only depressed people become helpless?*", explica por que razão não faz sentido dar realce aos processos atribucionais como explicação da depressão. De acordo com o autor, as pessoas sujeitas a situações de não contingência farão interpretações (como prevê o modelo reformulado) que, devido ao viés positivo que as caracteriza, nunca conduzirão ao desânimo, pois sentir-se-ão "desculpabilizadas". Pelo contrário, os deprimidos identificarão a não contingência, o que poderá ser visto mais como um sintoma de depressão do que a causa.

Devido a estes aspectos, os autores que criticam o modelo reformulado na explicação da depressão, questionam se é o estilo atribucional que conduz à depressão, ou se este

padrão de pensamento é um dos sintomas de depressão. Em síntese, os teóricos mencionam que “explicações causais e estilo explicativo não são por si mesmos suficientes para determinar a depressão, mas sim, factores de risco que aumentam a probabilidade de que a pessoa se sinta deprimida ou em desamparo frente a eventos negativos” (Neto & Ito, 1998, p. 271).

Apesar das críticas que foram surgindo ao longo do tempo, acompanhando a evolução de diversos modelos teóricos para o AA, Fontaine e Faria (1989) aludem que o estudo sobre este constructo propiciou contributos muito importantes e que, apesar de alguma ineficiência na sua aplicação em certos domínios, tem-se mostrado útil e apropriado noutros. Como por exemplo, demonstrou que certas dimensões causais, como a controlabilidade, não são totalmente independentes, referem que há uma focalização das atenções em relação aos padrões atribucionais, para a avaliação das consequências comportamentais das atribuições, especialmente em situações de fracasso e não sobre cada dimensão isolada.

2.3. Abandono Aprendido na População de Toxicodependentes

Como já foi referido, no meio da toxicodependência subsiste uma conjugação de factores stressantes (e.g. entrada na prisão, isolamento, processo legal, roubo, prostituição, falta de conforto, acontecimentos de vida negativos decorrentes do uso da droga, a busca incessante da droga, perde de familiares entre outros factores), que colocam os toxicodependentes em situações de pressão extrema. Mesmo os mais fortes e saudáveis poderão sentir dificuldades ao nível da sua capacidade de resolução de problemas ao longo do processo da toxicodependência.

No âmbito da teoria do abandono aprendido prevê-se que pessoas que se tornam desanimadas depois de um acontecimento aversivo, mais incontestavelmente olharão para este facto como algo impossível de ser controlado. Assim, as pessoas que se encontram num estado de desânimo mais facilmente farão um conjunto de atribuições, tais como: auto-vitimização (atribuições causais externas), uma vez que culpam os outros pelo que está a suceder (externa); percepção de que a toxicodependência irá lesar todas as áreas da sua vida (atribuição global), e não apenas uma área (específica); e a crença na persistência da sua condição (atribuição estável), em vez de acreditarem que esta poderá vir a alterar-se no futuro (instável) (OMS, 2004).

Quando o sujeito crê que as causas subjacentes à situação têm a ver com a sua própria falta de capacidade, que sempre foi assim e sempre assim continuará a ser, encontram-se mais susceptíveis para a ocorrência da síndrome de abandono aprendido, situação em que as pessoas não têm qualquer estratégia defensora e continuam indiferentes perante os contratempo e acontecimentos aversivos que surgem nas suas vidas (Araújo-Soares

et al., 2001; Barros et al., 1993a; Faria, 1990; Fontaine & Faria, 1989; Lima Santos et al., 2008).

Os processos de atribuição foram identificados pela investigação como um dos factores cognitivos que conduzem o comportamento das pessoas. Sendo assim no processo da toxicodependência a conduta de auto-administração de substâncias é, em parte, determinada por atribuições causais e de resultados que o sujeito formula, sendo importante a sua identificação tanto para a prevenção do consumo como para o tratamento do abuso e da dependência.

A escolha de estudar o abandono aprendido nesta população deve-se ao facto da curiosidade de conhecer a atribuição que os toxicodependentes fazem em relação aos acontecimentos aversivos da vida. De acordo com os estudos sobre a toxicodependência e o é conjecturável que estes indivíduos manifestam níveis de abandono aprendido perante a vida devido a características particulares desta população e as consequências que advêm do consumo de drogas. Os resultados esperados neste estudo são que os toxicodependentes apresentam níveis de abandono aprendido superiores aos sujeitos que são toxicodependentes.

Capítulo 3 - Qualidade de vida

3.1. Perspectiva Histórica

O termo qualidade de vida tem despertado interesse em todas as áreas do conhecimento humano, em específico na área da saúde, e tem sido estudado segundo diferentes perspectivas disciplinares. Pertence a um campo semântico polissémico, amplo e genérico, não existindo consenso sobre o seu significado real, o que se traduz pelas inúmeras controvérsias presentes na literatura científica, teóricas e metodológicas para avaliá-la, conseqüentes da característica multidimensional e subjectiva do conceito e também dos factores que podem interferir na sua construção como objecto de avaliação ou pesquisa (Anders, Lima, 2004). Vários autores remetem para os filósofos gregos, entre os quais Aristóteles, as primeiras preocupações relacionadas com a qualidade de vida, sendo no entanto difícil datar com precisão o seu surgimento (Bowling, 2001).

A expressão Qualidade De Vida (QV) foi utilizada pela primeira vez, pelo presidente dos Estados Unidos da América, Lyndon Johnson, em 1964 (Minayo, Hartz & Buss, 2000; Ciconelli, 2003). Inicialmente este conceito era utilizado por filósofos e poetas, porém actualmente existe um crescente interesse dos médicos e dos investigadores em transformá-lo numa medida quantitativa que possa ser usada em estudos clínicos e científicos para que os resultados obtidos possam ser comparáveis em diferentes populações e em diferentes patologias (Ramos, 2003). Deste modo, a QV é uma das terminologias interdisciplinares da actualidade utilizada em vários contextos de investigação, servindo como ligação entre várias áreas do conhecimento, tais como a Medicina, Sociologia, Psicologia, Enfermagem, entre muitos outros (Santos & Kimura, 2000; Vaz, 2005; Tavares, 2007; cit in Ribeiro, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende um conceito alargado que abrange a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais da pessoa e a relação com as características do seu meio (WHOQOL Group, 1993 in Ogden, 2004; Fragata, 2006).

Segundo Wood-Dauphinee e Kuchler (1992), a expressão Qualidade de Vida foi utilizada por volta de 1920, no contexto das condições de trabalho e das suas conseqüências no bem-estar do trabalhador (José, 2007). O interesse por esta área recebeu ênfase institucional em 1960 com a publicação do relatório da Commission on National Goals, do presidente Eisenhower que tinha como objectivo promover a qualidade de vida da população americana (José, 2007).

Os estudos sobre a qualidade da vida têm vindo a progredir, sobretudo a partir dos anos 80. Em relação a esta temática concluíram que este conceito envolvia distintas perspectivas, entre elas a biológica, a psicológica, a cultural e a económica, ou seja, tratando de um constructo multidimensional. Entretanto só na década de 90 se chegou à conclusão

acerca da multidimensionalidade e igualmente da subjectividade deste conceito, visto que, a percepção que cada um tem da avaliação da sua qualidade de vida é individual, nas diferentes perspectivas (Carla, 2008). A pesquisa sobre a QV visava todas as dimensões da vida das pessoas e toda a população. Sendo que estas investigações reconheceram doze domínios ou dimensões, sendo estes: a comunicação, a educação, a vida familiar, a amizades, a saúde, a habitação, o casamento, a nação, a vizinhança, o self, o padrão de vida e o trabalho

O conceito de qualidade de vida tem estado associado desde o início á promoção da saúde. Esta tem fomentado várias pesquisas em todas as dimensões da vida das pessoas e de toda a população, multiplicando assim, o seu uso nas práticas desenvolvidas nos serviços de saúde (José, 2007).

No âmbito da saúde, a QV pode ter uma definição mais ampla ou mais restrita. Neste contexto, ela é referida como “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde”, ou seja, esta é definida com base em aspectos específicos associados a determinados grupos de indivíduos (ex: indivíduos com determinada patologia ou determinada idade). De acordo com o exemplo dado surgiram vários instrumentos para avaliar a qualidade de vida em áreas e patologias específicas (José, 2007).

Em jeito de conclusão, podemos dizer que o conceito de qualidade de vida progrediu ao longo do tempo, converteu-se progressivamente num conceito mais complexo.

O conceito em questão parece estar relacionado com uma série de dimensões: auto-estima, bem-estar pessoal - abrangendo uma série de aspectos tais como a capacidade funcional, o nível sócio económico, o estado emocional, a interacção social, a actividade intelectual, o suporte social e familiar, o estado de saúde, os valores éticos, morais e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e com as actividades diárias e o ambiente em que vive (Velarde & Ávila, 2002; Bowling et al., 2003 cit. in Cardoso, 2004). Neste sentido, este último refere que o conceito de qualidade de vida está dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.

No entanto, como se pode depreender no que já foi dito anteriormente, a qualidade de vida poderá ser entendida como um constructo multidimensional envolvendo dimensões psíquicas, sociais, físicas e emocionais. Ao relacionar-se contiguamente com a funcionalidade geral do homem, a sua importância nas questões de prevenção e intervenção da saúde dos indivíduos é sobejamente valorizada (Longo Jr., Buzatto, Fontes, Miyazaki & Godoy, 2005, cit. in Cardoso, 2004).

3.2. Definição de Qualidade de Vida

Embora não haja consenso conceptual sobre qualidade de vida, existe entre a comunidade científica concordância sobre o constructo qualidade de vida.

Segundo Seidl e Zannon (2004), desde o início da década de 1990, houve consenso entre os estudiosos no que concerne aos dois aspectos do constructo qualidade de vida, o facto de ser subjectivo e multidimensional. No que diz respeito à subjectividade, trata-se de considerar a percepção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspectos não médicos do seu contexto de vida, ou seja, significa que a qualidade de vida deve ser avaliada pelo próprio indivíduo, considerando a percepção da pessoa sobre a sua situação pessoal em cada uma das dimensões da qualidade de vida. Em relação à multidimensionalidade é reconhecido que o constructo é composto por diferentes dimensões: físico, social, mental, espiritual, entre outros.

De acordo com Zanei (2006), a qualidade de vida é também caracterizada como um conceito dinâmico. Fundamenta esta característica com o facto de a qualidade de vida ser mutável, no decorrer do tempo, variando ainda entre pessoas de diferentes condições sociais, culturais ou de locais diversos e ainda de acordo com estado de espírito, ou de humor do indivíduo (José, 2007; Paschoal, 2000).

A qualidade de vida, no parecer de Cardoso (2004), depende de vários factores e reflecte uma percepção individual e subjectiva dos vários domínios de vida.

A Organização Mundial de Saúde 1998 definiu o conceito como sendo a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, do contexto, da cultura e do sistema de valores nos quais vive, considerando os seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações (Santos Silva, Passos de Jesus & Santos, 2007).

Segundo Carla (2008), a qualidade de vida está, esta directamente relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros, do mundo que o rodeia.

Lucas e colaboradores (2008) mencionados por Gold (1996) referem que os conceitos de qualidade de vida têm em comum a percepção da saúde, as funções sociais, psicológicas e físicas bem como os danos relacionados com essas mesmas funções.

Em suma, partindo do princípio que a qualidade de vida é um constructo que envolve a totalidade do ser, pode-se afirmar que a Toxicodependência estabelece uma relação de proximidade com a mesma.

3.3. Qualidade de Vida e Toxicodependência

A Qualidade de Vida tem sido um tema de interesse na área da saúde, porém ainda pouco explorado entre dependentes químicos, incluindo o alcoolismo. Tendo em conta os tópicos que a definem, como, por exemplo, saúde física, emocional e social, vejo com grande importância a avaliação que os dependentes têm das suas vidas, uma vez que tal relação com a substância pode acarretar comorbidades físicas e/ou psiquiátricas.

Ainda que, desde os anos 80, tenha havido um grande interesse e investimento nos estudos relacionados com a qualidade de vida, não existem muitos estudos ou investigações que estudem a qualidade de vida em sujeitos toxicodependentes. A qualidade de vida (QV) tem se tornado um importante resultado de pesquisa clínica e em estudos clínicos de drogas e álcool. No entanto, o avanço, ainda mais neste campo é dificultado pela falta de uma definição consensual de (QV) em que muitas vezes os pesquisadores usam as construções do estado de saúde e de QOL alternadamente (Paúl & Fonseca, 2001).

Os sujeitos consumidores de drogas têm maior probabilidade de terem perturbações devido ao consumo de substância psicoactivas devido às enfermidades que estas acarretam, que em muitos das circunstância estes trasladam em termos físicos, emocionais e sociais. Devido a estes acontecimentos em muitos países desenvolvidos, os sujeitos que consomem qualquer tipo de substâncias ilícitas ou mesmo lícitas como o álcool são assinalados como indivíduos pouco saudáveis, existindo estudos que consideram estes comportamentos como preditivos do aumento das doenças crónicas e por uma quebra de qualidade de vida dos sujeitos (Paúl & Fonseca, 2001).

De encontro com estes resultados, outros estudos têm revelado altos índices de psicopatologia associados ao consumo de cocaína. Há indicações de que a comorbilidade entre perturbações mentais graves e abusos, ou dependências de substâncias, é um assunto importante para avaliar a qualidade de vida nesta população. Num estudo sobre a esquizofrenia e abuso de substâncias, os resultados revelaram que entre os pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool e de drogas, 25% apresentam algum transtorno associado. Sendo que nos serviços especializados, a prevalência de dependentes químicos com depressão associada ao consumo de substância pode atingir 50% a 30% (Rigoni, Oliveira & Andretta, 2006).

Segundo a IDT (2006), em Portugal, à semelhança de outros países, o consumo de drogas teve uma grande expansão, com graves repercussões a nível de doenças infecciosas e da saúde pública em geral, mostrando-se uma das grandes áreas de problematização com que a sociedade actual é confrontada. *“O abuso e o consumo de drogas têm-se tornado num dos principais problemas de saúde pública nos países ocidentais. Sendo que a toxicodependência é a responsável pelo aumento da taxa de mortalidade, de prevalência de condições médicas crónicas e agudas associadas aos sintomas de dependência, infecções e acidentes, e ainda incapacidades associadas ao consumo de drogas”*

PARTE II - Componente Empírica

Capítulo 4 - Objectivos e Hipóteses

O presente estudo, de carácter essencialmente exploratório e descritivo, tem como principal objectivo avaliar a natureza de uma possível relação estatisticamente significativa entre a síndrome abandono aprendido e a qualidade de vida num grupo de toxicodependentes. Mais especificamente, pretende-se: (i) averiguar a existência de diferenças no abandono aprendido mediante a idade, o género, as actividades profissionais, a relação conjugal, o tempo de consumo/policonsumo, a frequência e o período de tempo sem consumo (ii) averiguar a existência de diferenças na qualidade de vida desta população mediante a idade, o género, as actividades profissionais, a relação conjugal, o tempo de consumo/policonsumo, a frequência e o período de tempo sem consumo. A partir destes objectivos gerais, formularam-se as seguintes hipóteses:

H1. Quanto maior o abandono aprendido menor a qualidade de vida.

H2. Existem diferenças nos resultados de Abandono Aprendido dos sujeitos, em função da idade.

H3. Existem diferenças nos resultados de Qualidade de Vida dos sujeitos, em função da idade.

H4. Existem diferenças nos resultados de Abandono Aprendido dos sujeitos, em função do género.

H5. Existem diferenças nos resultados de Qualidade de Vida dos sujeitos, em função do género.

H6. Os toxicodependentes com emprego têm menor Abandono Aprendido que os desempregados.

H7. Os toxicodependentes com emprego têm maior qualidade de vida que os desempregados.

H8. Existem diferenças nos resultados de Abandono Aprendido dos sujeitos, em função do estado civil.

H9. Existem diferenças nos resultados de Qualidade de Vidados sujeitos, em função do estado civil.

H10. Existem diferenças nos resultados de Abandono Aprendido dos sujeitos, em função do tempo de consumo de substâncias aditivas.

H11. Existem diferenças nos resultados de qualidade de vida em função do tempo de consumo de substâncias aditivas.

H12. Existem diferenças nos resultados de Abandono Aprendido em função da frequência de consumo.

H13. Existem diferenças nos resultados de qualidade de vida em função da frequência de consumo.

H14: Existem diferenças nos resultados de Abandono Aprendido em função do período de abstinência.

H15: Existem diferenças nos resultados de qualidade de vida em função do período de abstinência.

Capítulo 5 - Método

5.1. Participantes

A amostra foi seleccionada por conveniência, durante as consultas de psicologia da Equipa de Tratamento da Covilhã (ET) e nas consultas de psicologia realizadas no Hospital Distrital do Fundão (CHF). Participaram no estudo 40 toxicodependentes, dos quais 35 pertencem à ET da Covilhã e 5 ao HDF do Fundão.

As características sócio-demográficas da amostra são apresentadas no quadro 2. Podemos verificar que 23 participantes (57,5%) são do género masculino e 17 participantes (42,5%) pertencem ao género feminino. A idade dos participantes está compreendida entre os 21 e os 51 anos de idade ($M=34,4$; $DP=7,65$).

Quadro 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra, segundo a idade e o género

	Género		Idade			
	N	Percentagem	M	DP	Mínimo	Máximo
M	23	57,5	36,74	7,256	26	51
F	17	42,5	31,18	7,152	26	44
Total	40	100	34,37	7,645	21	51

Conforme se apresenta no quadro 3, relativamente ao estado civil a maioria dos sujeitos (55%) não tem uma relação conjugal estável, comparativamente com a percentagem de casados/união de facto (42,5%).

Quadro 3 - Caracterização da amostra segundo o estado civil

Estado Civil	N	Percentagem
Solteiro	15	37,5%
Casado/união de facto	17	42,5%
Divorciado	6	15%
Viúvo	1	2,5%

No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos toxicodependentes possui o 3º Ciclo do Ensino Básico (35%), sendo que apenas 7 dos sujeitos concluíram o 1º Ciclo (17,5%) e 7 completaram o 2º Ciclo (17,5%). O nível de habilitações mais elevado corresponde ao Ensino Secundário, com 12 sujeitos (27,1%), tal como se pode observar no quadro 4.

Quadro 4 - Caracterização da amostra segundo o nível de escolaridade

Nível de escolaridade	N	Percentagem
1º Ciclo do Ensino Básico	7	17,5
2º Ciclo do Ensino Básico	7	17,5
3º Ciclo do Ensino Básico	14	35,0
Ensino Secundário	12	30,0

Da análise do quadro 5, destaca-se a elevada expressão percentual dos participantes que trabalham em tempo inteiro ou parcial (47,5%), seguindo-se os desempregados (32,5%). Salienta-se, ainda, o facto de que 5 dos participantes (12,5%) frequentam uma formação profissional remunerada.

Quadro 5 - Caracterização da amostra segundo a situação profissional

Situação Profissional	N	Percentagem
Empregado (tempo inteiro ou parcial)	19	47,5
Desempregado	13	32,5
Formação profissional remunerada	5	12,5
Outro	3	7,5

Como se pode observar na análise (cf. quadro 6), 9 participantes (22,5%) vivem com os respectivos companheiros, seguindo-se 8 participantes (20%) que vivem com os familiares (ascendentes/irmãos) ou que se encontram noutra situação de coabitação (e.g. vivem em abrigos, partilham casa com amigos), ainda 7 participantes (17,5%) vivem com o(a) companheiro(a) e os filhos, 5 (12,5%) vivem sozinhos e, por último, existe uma percentagem mais baixa de sujeitos com outro tipo de agregado familiar (pais e companheiro; pais e filhos). Assim, verifica-se que a maioria dos sujeitos se encontra em situação de coabitação com outras pessoas (87,5%).

Quadro 6 - Caracterização da amostra segundo a situação de coabitação

Situação de Coabitação	N	Porcentagem
Familiares (ascendentes/irmãos)	8	20
Familiares (ascendente) e companheiro (a)	1	2,5
Familiares (ascendente) e filho	1	2,5
Sozinho(a)	5	12,5
Companheiro(a)	9	22,5
Filho(s)	1	2,5
Companheiro(a) e filho(s)	7	17,5
Outro	8	20

5.2. Instrumentos

No âmbito desta investigação foram utilizados os seguintes instrumentos: um questionário sócio-demográfico, a Escala do Abandono Aprendido (adaptação de Lima Santos e Ribeiro, 1999) e o Questionário de Qualidade de Vida Breve (WHOQOL-Bref) (Vaz Serra & Canavarro, 2006).

➤ *Questionário de caracterização sócio-demográfica e de consumo*

Este questionário foi construído propositadamente para este estudo, baseando-se no levantamento de dados sócio - demográficos dos participantes. Sendo este constituído por 13 itens de auto-resposta, cujo objectivo é recolher informações sobre a idade, o género, as actividades profissionais, a coabitação, a relação conjugal, o tempo de consumo/policonsumo, a frequência e o período de tempo sem consumo.

Adicionalmente, este questionário permitiu recolher outras informações sócio-demográfica sobre a população estudada, nomeadamente a escolaridade, a primeira substância ilícita consumida, a idade de início de consumo, as substâncias já consumidas, a substância que constitui o maior problema, os anos de consumo da mesma substância, as principais vias de consumo e a existência de apoio recebido.

➤ *Escala de Abandono Aprendido (LHS-Learned Helplessness Scale)*

A Escala de Abandono Aprendido (EAA), construída no quadro do modelo reformulado do Abandono Aprendido, a partir da Learned Helplessness Scale, de Quinless e Mcdermott, (1988, cit. Por Lima Santos, Ribeiro & Faria, 2002), traduzida e adaptada para a língua

portuguesa por Lima Santos e Ribeiro (1999) e, depois, refinada e publicada por Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002). A Learned Helplessness Scale (LHS), sofreu desde a sua criação, várias transformações. A escala apresenta 20 itens, cujo formato de resposta é uma escala de tipo Likert de 4 pontos, variando entre “Concordo Totalmente” (4 pontos) e “Discordo Totalmente” (1 ponto), pelo que quanto maior for o valor assinalado pelos sujeitos maior será o nível de abandono aprendido.

De acordo com Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002), o estudo de adaptação da Learned Helplessness Scale ao contexto português teve como objectivo avaliar a relevância dos itens neste contexto e as qualidades psicométricas da escala. Esta foi traduzida de inglês para português por um especialista, ao que se seguiu uma reflexão falada do instrumento, de forma a melhorar e a clarificar algumas expressões dos itens. Na investigação concretizada por Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002), a EAA apresentou boas qualidades psicométricas. O estudo da fidelidade foi realizado através do *alpha* de Cronbach, revelando um valor elevado (0,97), superior ao valor da versão original, verificando-se fortes correlações dos itens com a escala total, o que suporta a homogeneidade da escala.

Através da análise factorial para o estudo da validade, sem pré-definição do número de factores e após rotação *varimax*, revelaram-se duas soluções factoriais, tendo-se optado mais tarde pela solução de apenas um factor. Desta forma, observou-se que as estruturas factoriais da versão americana e portuguesa são diferentes, explicando a solução unifactorial na versão portuguesa 65,4% da variância total dos resultados.

Em relação ao estudo da sensibilidade, a versão portuguesa da *Learned Helplessness Scale* regista valores de média e de mediana próximos e os valores mínimo e máximo atingidos asseguram uma boa dispersão dos resultados da escala, sendo que a assimetria e a curtose são aceitáveis.

➤ **Questionário de Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)**

O interesse pelo conceito de qualidade de vida, aliado à sua crescente importância na prática clínica (Stenner, Cooper & Skevington, 2003) e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação deste constructo, que privilegiasse uma perspectiva transcultural e subjectiva, conduziu a OMS a reunir um conjunto de peritos pertencentes a 15 diferentes culturas (WHOQOL Group) com o objectivo de debater o conceito de qualidade de vida e, subsequentemente, construir um instrumento para a sua avaliação: o WHOQOL-100. Este instrumento foi construído de acordo com a metodologia própria (WHOQOL Group, 1994, 1995), que por nós próprios foi descrita de forma mais pormenorizada em artigos anteriores (Canavarro et al.; 2006).

Posteriormente, em 1998, foi desenvolvida uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, para ser utilizado em situações em que “o tempo é limitado, o cansaço dos

respondentes deve ser minimizado e a informação detalhada no que respeita a subdomínios da qualidade de vida é desnecessária” (Skevington, Lotfy & O’Connel, 2004).

Actualmente, o WHOQOL (nas versões 100 e bref) está disponível em mais de 40 idiomas diferentes, sendo um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliar a qualidade de vida (Skevington, Lotfy & O’Connel, 2004).

No que toca especialmente à versão abreviada do instrumento utilizado neste estudo, o WHOQOL-Bref foi construído com base nos dados recolhidos em 20 centros de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS. Os critérios de selecção de perguntas foram simultaneamente conceptuais e psicométricos. Em primeiro lugar, num nível conceptual, foi definido que o carácter abrangente do instrumento original deveria ser mantido; assim, cada uma das 24 facetas que compõem o WHOQOL-100 está representada por um item, na versão abreviada. No nível psicométrico, deveriam ser seleccionadas as perguntas que melhor representassem a faceta em questão. Nesta linha, os itens que compõem o WHOQOL-Bref foram escolhidos tendo em conta a sua capacidade de explicar uma proporção substancial da variância dentro da faceta e domínio que integravam, a sua relação com modelo geral da qualidade de vida e a sua capacidade discriminativa (Skevington, Lotfy & O’Connel, 2004). Neste sentido, enquanto na versão longa do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS cada uma das facetas é avaliada por 4 perguntas, no WHOQOL-Bref cada uma das 24 facetas é avaliada por apenas uma pergunta (Machado, Gonçalves & Almeida, 2007).

A análise dos itens extraídos mostrou que uma estrutura factorial de quatro domínios era a que melhor se adequava aos resultados obtidos. Esta estrutura, ainda que contrastando com a estrutura original, baseada em seis domínios, tem-se mostrado consistente ao longo do tempo, à medida que a acumulação de dados provenientes de novos centros, tem permitido ao WHOQOL-Group realizar novos estudos psicométricos do instrumento (Machado, Gonçalves & Almeida, 2007).

Relativamente às qualidades psicométricas do WHOQOL-Bref, verificaram-se bons resultados, no que respeita à distribuição das respostas aos itens, fidelidade ao nível da consistência interna, validade discriminante e validade de constructo, no entanto, subsistem algumas áreas que carecem de mais atenção em estudos posteriores (Skevington et al., 2004).

O WHOQOL-Bref, é composto por 26 itens, e está organizada em quatro domínios: (a) físico, (b) psicológico, (c) relações sociais e (d) ambiente. Cada um destes domínios é formado por um conjunto de facetas, de acordo com o esquematizado (cf. Anexo 4). Cada uma delas avaliada a partir de uma questão, correspondente a um item, à excepção da faceta sobre qualidade de vida em geral, que é avaliada através de dois itens, um correspondente à qualidade de vida em geral e outro sobre a percepção geral da saúde. (Skevington, Lotfy & O’Connel, 2004). O formato das respostas é assente numa escala tipo *Likert de cinco pontos* (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontra-se definida quer de forma positiva, quer de forma negativa.

Quanto à cotação do questionário, os domínios com 20% ou mais de omissões não são cotados, sendo que os resultados são transformados numa escala entre 0 e 100, para que seja possível a comparação entre os domínios constituídos por um número desigual de itens. Parte-se do princípio que quanto maior a pontuação obtida, melhor a QV (Skevington et al., 2004).

Este instrumento pode ser aplicado através das modalidades de auto-preenchimento ou de entrevista e não requer um nível mínimo de instrução, a sua aplicação apenas exige que o indivíduo tenha capacidade para compreender as perguntas que constituem o instrumento.

O estudo de validação de WHOQOL-Bref para o português foi realizado através da colaboração entre investigadores das Faculdades de Medicina, Psicologia e de Ciências da Educação e Ciências e Tecnologia (Departamento de Antropologia) da Universidade de Coimbra, conjuntamente com alunos de Mestrado e Doutoramento desta Universidade. Estes elementos constituíram o Centro Português para Avaliação de Qualidade de Vida da OMS. Em Portugal, os primeiros trabalhos com o instrumento tiveram início em Abril de 2004. A aplicação do instrumento, corresponde ao estudo piloto quantitativo, decorreu durante o primeiro semestre de 2005. Também uma versão do WHOQOL (100 e Bref) foi desenvolvida para português do Brasil no Centro de Qualidade de Vida Brasileiro, em Porto Alegre, coordenado pelo Prof. Marcelo Fleck (Fleck, 2000).

5.2. Procedimento

Após a autorização da Equipa de Tratamento da Covilhã para a realização desta investigação, foi solicitada a colaboração das enfermeiras na sensibilização dos utentes para participarem no estudo. Antes da aplicação dos instrumentos junto da amostra, foi realizado um pré-teste para averiguar possíveis dúvidas em algumas das questões do questionário sócio-demográfico, com um pequeno grupo de sujeitos toxicodependentes. Uma vez que se observou uma adequada compreensão dos itens, não se procedeu a qualquer alteração.

Seguidamente, recolheu-se o consentimento informado dos participantes, momento em que se explicaram os objectivos da investigação e se esclareceu acerca do carácter voluntário, anónimo e confidencial da informação recolhida, salientando a inexistência de qualquer tipo de penalização pela não participação. Este procedimento foi fundamental para uma maior adesão dos participantes, que inicialmente se mostraram desconfiados e apreensivos devido às características particulares desta população. Para além disso, desta forma foram tidos em consideração todos os cuidados éticos que devem fazer parte de qualquer investigação.

Para a aplicação dos questionários, foram disponibilizados, pela respectiva entidade, locais apropriados para o efeito (e.g. sala de consultas de psicologias, sala de visitas, sala de espera). Seguidamente, a aplicação dos questionários foi feita de forma individual, por vezes nas consultas de psicologia, com a colaboração da psicóloga responsável,

como nas consultas realizadas pelo próprio investigador. A maioria dos questionários foram preenchidos pelos próprios participantes, excepto quando manifestaram maior dificuldade no preenchimento, ou quando não havia muito tempo para a consulta, sendo o próprio aplicador a realizar esta tarefa nestas situações.

Após a conclusão da recolha da amostra, foi elaborada uma base de dados. Para o tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 18.0

Capítulo 6 - Resultados

Neste capítulo deter-nos-emos sobre a apresentação dos resultados obtidos no estudo. Iremos fazer referência particularmente aos resultados quantitativos obtidos com os instrumentos de avaliação empregados no estudo, mas não negligenciaremos os dados de consumos da amostra estudada que consideramos pertinentes. Começamos por descrever os dados relativos ao consumo de substâncias dos participantes e, posteriormente, os resultados globais obtidos ao nível do abandono aprendido e da qualidade de vida. Por fim, serão apresentadas as análises efectuadas para a testagem das hipóteses formuladas.

No que respeita à idade de início de consumo de drogas, a maioria dos sujeitos (40%) começou a consumir entre os 16 e os 18 anos, seguindo-se os que iniciaram o consumo até aos 12 anos ou entre os 13 e os 15 anos (27,5% em cada situação). Apenas 2 sujeitos referiram que iniciaram o consumo na idade adulta (após os 18 anos), conforme se pode verificar no quadro 7.

Quadro 7 - Caracterização do consumo, segundo a idade de início

Idade de consumo dos utentes	N	Percentagem
Até aos 12 anos	11	27,5%
Entre os 13 e os 15 anos	11	27,5%
Entre os 16 e os 18 anos	16	40%
19 ou mais anos	2	5%

Analisando o tipo e número de substâncias que caracterizam o início de consumo, verificamos que a maioria dos sujeitos inicia o consumo apenas com uma substância (75%), sendo este tendencialmente o haxixe. Pela análise do quadro 8, e considerando as várias substâncias utilizadas no primeiro consumo, verificamos que o haxixe continua a ser a primeira substância mais consumida (90%), seguindo-se a heroína (22,5%), a cocaína (10%) e, por fim, o ecstasy (5%).

A droga que os participantes mais assinalaram como a mais problemática na actualidade em termos de consumo foi, como seria de esperar, a heroína (77,5%), seguida da cocaína (17,5%). O haxixe, apesar de ser a droga de eleição no primeiro consumo, não é referido por nenhum participante como sendo a mais problemática.

Quadro 8- Caracterização do consumo segundo o tipo de substância

Tipo de substancia	1ª Substância consumida		Substância-problema	
	N	Percentagem	N	Percentagem
Cocaína	4	10%	7	17,5
Heroína	9	22,5%	31	77,5
Haxixe	36	90,0%	0	0
Ecstasy	2	5%	2	5

No que concerne à duração do consumo da substância-problema, podemos verificar pela análise do quadro 9, que a maioria dos participantes (47,5%) revela ter mais de 9 anos de consumo, seguindo-se uma frequência de 2 a 5 anos (32,5%) e de 6 a 9 anos (17,5%). Apenas um sujeito referiu um consumo inferior a um ano.

Quadro 9- Caracterização do consumo segundo a sua duração

Tempo de consumo	N	Percentagem
Até um ano	1	2,5%
De 2 a 5 anos	13	32,5%
De 6 a 9 anos	7	17,5%
Mais de 9 anos	19	47,5%

Quando questionado acerca da principal via de consumo da substância-problema, a maioria dos respondentes (75%) revela usar a via fumada. Outras vias alternativas de consumo menos frequentes incluíram as vias “snifada” e injectada (cada uma com 10%), e ainda a ingerida (5%) como se verifica no quadro 10.

Quadro 10- Caracterização do consumo segundo a via de administração

Vias de consumo	N	Percentagem
Fumada	30	75
Snifada	4	10
Injectada	4	10
Ingerida	2	5

Da análise do quadro 11, verifica-se que 19 dos participantes (47,5%) referiu que não utilizou a droga no último mês, no entanto 9 dos participantes (22,5%) referiram uma frequência de consumo até uma vez por semana e 9 (22,5%) apontaram um consumo diário. Ainda temos uma fatia pequena da amostra (2,5%) que diz ter uma frequência de 2-6 dias por semana, sendo que 5% não responderam à questão.

Quadro 11- Caracterização do consumo segundo a frequência

Frequência de consumo	n	Percentagem
Não utilizada no último mês	19	47,5%
Uma vez por semana ou menos	9	22,5%
Diariamente	9	22,5%
Desconhecido	1	5%
2-6 dias por semana	2	2,5%

Relativamente à variável tratamento, realça-se o facto de que, 28 sujeitos (70%) já recebeu algum tipo de tratamento ou algum apoio relacionado com substância ilícitas mais de que uma vez, seguindo 11 dos participantes (27,5) que refere ter iniciado agora um tratamento, e apenas uma minoria (2,5%) diz nunca ter recebido nenhum tratamento relacionado com substância ilícitas (como se pode verificar no quadro 12).

Quadro 12 - Frequência de tratamentos

Número de Tratamentos	N	Percentagem
Nenhum	1	2,5%
Um (iniciou agora)	11	27,5%
Mais do que um	28	70%

Quando questionados sobre os tratamentos realizados verifica-se que 16 participante da amostra (40%) diz ter feito um tratamento de desabituação física/internamento. Também 16 participante (58%) realça ter recebido tratamento ambulatorio, seguindo. Quando questionado se algumas vez teve inserido num tratamento de antagonista (83%) da amostra diz que não, e uma fracção de (18%) respondente que diz estar inserido num programa de antagonista.

No que concerne ao tratamento de psicoterapia os resultados são bastantes próximas, sendo que 23 dos participantes (53%) refere não ter qualquer apoio de psicoterapia, e 19 dos participantes (48%) diz ter um tratamento de psicoterapia.

Relativamente aos resultados da variável do tratamento com medicação de substituição, destaca o facto de que a maioria dos sujeitos (92,5%) esta inserido num programa de tratamento com medicação de substituição, seguindo (7,5%) que refere que não faz tratamento com medicação de substituição. No que toca ao programa de substituição por metadona os resultados evidenciam que 36 dos participantes (90%) da amostra esta no programa de metadona, sendo que só uma porção muito pequena dos participantes (10%), refere não esta inserido no programa de metadona.

Quando analisada à variável alguma vez deixou de consumir podemos concluir que (83%) da amostra diz que sim, sendo que (18%) dos participantes refere que desde que iniciou o consumo nunca parou de consumir.

Sobre o período de tempo sem consumo podemos observar pela análise do quadro 13, que 11 dos participantes (27,5%) tem um período de tempo sem consumo entre 7 meses a 1 ano. Sendo que 8 dos participantes (20%) diz ter um período de paragem de entre 4 a 6 meses. Ainda com base na análise 7 dos sujeitos da amostra (17,5%) diz ter conseguido uma paragem de mais de um ano e por último tema uma fatia de (30%), sendo que 6 dos participantes revela ter uma paragem de menos que uma semana e os restantes 6 de menos que um mês.

Quadro 13- Caracterização do consumo segundo tempo de abstinência

Duração da paragem do consumo	n	Percentagem
Menos de uma semana	6	15%
Menos que um mês	6	15%
Entre 1 a 3 meses	0	0
Entre 4 a 6 meses	8	20%
Entre 7 meses a 1 ano	11	27,5%
Mais de 1 ano	7	17,5%

Analisando em seguida os resultados obtidos ao nível do abandono aprendido (AA), verificou-se uma média global de 50,2 (DP= 9,61), tendo as pontuações oscilado entre 24 e 72 (cf. Quadro 14).

Quadro 14 - Estatística descritiva dos resultados na Escala de EAA (Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo)

	M	DP	Min -Máx.
Total na EAA	50,15	9,61	24 - 72

No quadro 15 são apresentados os resultados globais obtidos no WHOQOL-BREF, tendo em conta nos vários domínios que compõem o questionário. As médias obtidas em cada domínio situaram-se, em primeiro lugar no Domínio Físico (M=51,5; DP=20,9), seguindo-se o Domínio Ambiental (M=50,9; DP=15,62), o Domínio Psicológico (M=48,2; DP=16,37), o Domínio Geral (M=46,9; DP=20,95) e, por fim, o Domínio Social (M=35,8; DP=24,11). Conforme se pode constatar no quadro 14, comparando os valores mínimo e máximo em cada domínio específico

da qualidade de vida, o Domínio Social foi o que obteve uma maior amplitude de resultados (92 pontos), ao contrário do Domínio Ambiental, onde a amplitude foi a menor (68 pontos).

Quadro 15 - Estatística descritiva dos resultados no WHOQOL- BREF (Média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo), por domínios

Domínios do WHOQOL-BREF	M	DP	Min- Máx.
Domínio Geral	46,9	20,95	0 - 100
Domínio físico	51,5	20,09	21-93 72
Domínio psicológico	48,2	16,37	17-92 75
Domínio social	35,8	24,11	0-92 92
Domínio ambiental	50,9	15,62	16-84 68

Considerando a primeira hipótese formulada (H1): “Quanto maior o abandono aprendido, menor a qualidade de vida dos sujeitos”, procedeu-se à análise de correlações entre o abandono aprendido e cada um dos domínios avaliados no WHOQOL-Bref, tomando o coeficiente de correlação *rho* de Spearman. De salientar que, face ao reduzido tamanho e especificidade da amostra em estudo, optamos sempre pelo recurso a testes não-paramétricos neste estudo. No (cf.quadro 16) apresentam-se os resultados da análise correlacional efectuada.

Quadro 16 - Correlação entre Abandono Aprendido e Qualidade de Vida

Domínios do WHOQOL-BREF	AA
Geral	<i>R Pearson</i> -,495**
	<i>p</i> ,001
Físico	<i>R Pearson</i> -,765**
	<i>p</i> ,000
Social	<i>R Pearson</i> -,803**
	<i>p</i> ,000
Psicológico	<i>R Pearson</i> -,586**
	<i>p</i> ,000
Ambiental	<i>R Pearson</i> -,561**
	<i>p</i> ,000

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre o abandono aprendido (AA) e cada um dos domínios da qualidade de vida (QV) avaliados, sendo todas elas negativas, conforme o esperado. Designadamente, as correlações mais significativas com o AA incluem

os domínios específicos da QV: Social ($r=-.803$; $p<.001$), Físico ($r=-.765$; $p<.001$), Psicológico ($r=-.586$; $p<.001$) e Ambiental ($r=-.561$; $p<.001$). A correlação entre abandono aprendido e QV Geral também foi bastante significativa ($r=-.495$; $p<.01$).

De forma a analisarmos as diferenças no abandono aprendido e na qualidade de vida em função da idade (hipóteses H2 e H3, respectivamente), dividimos a amostra em dois grupos: um grupo formado pelos sujeitos mais novos ($n=18$), entre os 21 e os 34 anos, e um grupo constituído pelos sujeitos com idade mais avançada, entre os 35 e 51 anos ($n=22$). Os resultados obtidos, a partir da utilização do teste Mann-Whitney, apresentam-se no quadro 17.

Quadro 17 - Resultados na EAA, em função da idade

Grupos	M	DP	Mín - Máx.	P
Mais novos (n=18)	49,9	8,37	33 - 62	,630
Mais velhos (n=22)	50,9	10,84	24 - 72	

Da análise do quadro anterior (cf. Quadro 17), podemos verificar que a média na Escala de Abandono Aprendido do grupo de sujeitos mais novos foi inferior à média obtida pelo grupo de sujeitos mais velhos, conforme se esperava. No entanto, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas ($p>.05$).

Tomando em seguida a análise da diferença entre os grupos de sujeitos mais novos e mais velhos nos resultados obtidos ao nível da qualidade de vida, apresentam-se os resultados no (cf. quadro 18), considerando cada um dos domínios do WHOQOL-BREF.

Em todos os domínios avaliados da qualidade de vida, verifica-se uma tendência geral para resultados superiores no grupo de sujeitos mais novos, situando-se a maior diferença de médias entre os dois grupos no Domínio Psicológico, seguindo-se o Domínio Ambiental.

No entanto, estas diferenças apenas assumem significado estatístico no Domínio Ambiental ($p=,039$), o que significa que os sujeitos mais novos da amostra revelaram uma qualidade de vida superior no que concerne ao ambiente onde vivem (por exemplo, aspectos relacionados com a segurança, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, participação em actividades de lazer, o ambiente físico e o transporte), comparativamente com os sujeitos mais velhos.

Quadro 18- Resultados no WHOQOL-BREF, em função da idade

Domínios do WHOQOL-BREF	Grupos	M	DP	Mín - Máx.	p
Geral	Mais novos (n=18)	51,47	21,141	13 - 100	,264
	Mais velhos (n=22)	43,18	21,033	0 - 75	
Físico	Mais novos (n=18)	54,62	21,531	29 - 93	,532
	Mais velhos (n=22)	49,68	19,434	21 - 89	
Social	Mais novos (n=18)	50,98	14,770	29 - 88	,299
	Mais velhos (n=22)	46,02	17,886	17 - 92	
Psicológico	Mais novos (n=18)	42,16	23,287	0 - 92	,195
	Mais velhos (n=22)	30,30	24,336	0 - 67	
Ambiental	Mais novos (n=18)	56,80	13,177	38 - 84	,039
	Mais velhos (n=22)	46,16	16,364	16 - 78	

Com o objectivo de analisar as diferenças no abandono aprendido e na qualidade de vida dos toxicodpendentes em função do género (hipóteses 3 e 4, respectivamente), recorreremos também ao teste Mann-Whitney. Os resultados relativos às diferenças no abandono aprendido entre homens e mulheres apresentam-se no quadro 19.

Quadro 19- Resultados na EAA, em função do género

Sexo	Resultados na EAA			p
	M	DP	Mín - Máx.	
M (n=23)	50,1	8,01	34 - 72	,603
F (n=17)	50,2	11,71	24 - 67	

Da análise do quadro 19 podemos observar que a média dos homens e das mulheres foi muito aproximada (50,1 e 50,2, respectivamente), não se comprovando a existência de diferenças significativas no abandono aprendido, tomando o género ($p > .05$).

Da mesma forma, procedeu-se à análise das diferenças nos vários domínios da qualidade de vida e função do género (cf. Quadro 20).

Quadro 20- Resultados no WHOQOL-BREF, em função do género

Domínios do WHOQOL-BREF	Sexo	M	DP	Mín - Máx.	p
Geral	M (n= 23)	45,1	22,21	0 - 75	,922
	F (n= 17)	49,3	19,50	25 - 100	
Físico	M (n= 23)	51,9	18,30	21 - 89	,732
	F (n= 17)	51,1	22,86	21 - 93	
Social	M (n= 23)	47,6	14,31	17 - 71	,837
	F (n= 17)	49,0	19,24	21 - 92	
Psicológico	M (n= 23)	38,0	21,44	0 - 67	,315
	F (n=17)	32,8	27,71	0 - 92	
Ambiental	M (n= 23)	50,4	14,67	25 - 78	,913
	F (n= 17)	51,7	17,26	16 - 84	

Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, salientamos que, pela análise das médias obtidas, é possível verificar que as mulheres obtiveram resultados superiores aos homens no domínio geral, social e ambiental. O domínio psicológico foi aquele em que os homens tiveram resultados mais favoráveis comparativamente com as mulheres, sendo que no domínio físico apesar de os seus resultados serem superiores, as médias são bastante mais próximas.

Para a análise das diferenças nas medidas avaliadas em função da situação profissional dos toxicodependentes, dividimos a amostra em dois grupos: um grupo formado por 19 sujeitos com uma ocupação laboral e um segundo grupo, formado por 13 sujeitos que se encontravam desempregados, sem qualquer ocupação remunerada.

Quadro 21- Resultados na EAA, em função da situação profissional

Situação profissional	Resultados na EAA			p
	M	DP	Mín - Máx.	
Empregado (n=19)	48,3	9,96	24 - 67	,149
Desempregado (n=13)	53,7	8,85	40 - 72	

Podemos observar da análise do quadro 21, que a média obtida na Escala de Abandono Aprendido no grupo de “empregados” é inferior à do grupo de desempregados (48,3 e 53,7, respectivamente), conforme esperado. No entanto, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa ($p > ,05$).

No que respeita às diferenças de médias na qualidade de vida em função da situação profissional (cf. Quadro 22), verifica-se uma tendência geral para resultados mais favoráveis no grupo de toxicod dependentes com emprego, em todos os domínios da qualidade de vida, no entanto as diferenças não são estatisticamente significativas.

Quadro 22- Resultados na WHOQOL-BREF, em função da situação profissional

Domínios do WHOQOL-BREF	Situação profissional	M	DP	Mín - Máx.	p
Geral	Empregado	55,3	18,31	25 - 100	,071
	Desempregado	39,4	20,31	0 - 63	
Físico	Empregado	54,5	20,19	25 - 93	,172
	Desempregado	44,8	18,87	21 - 89	
Social	Empregado	50,9	16,41	21 - 92	,203
	Desempregado	43,9	14,99	17 - 71	
Psicológico	Empregado	39,5	24,19	0 - 83	,137
	Desempregado	26,9	20,46	0 - 58	
Ambiental	Empregado	54,7	15,91	28 - 84	,166
	Desempregado	46,2	16,74	16 - 78	

No quadro 23 são apresentados os resultados relativos às diferenças obtidas no abandono aprendido, em função do estado civil dos sujeitos: solteiro ou casado/união de facto. Conforme esperado, o grupo de sujeitos solteiros da amostra obteve uma média superior na Escala de Abandono Aprendido, comparativamente com o grupo de sujeitos casados ou com uma relação conjugal em união de facto (médias de 53,8 e 51,0, respectivamente). Estas diferenças não assumem, no entanto, significado do ponto de vista estatístico ($p > ,05$).

Quadro 23- Resultados na EAA, em função do estado civil

Estado civil	Resultados na EAA			p
	M	DP	Mín - Máx.	
Solteiro (n=15)	53,8	9,44	38 - 72	,316
Casado/união de facto (n=17)	51,0	8,05	33 - 67	

Tomando a análise das diferenças entre os grupos de sujeitos solteiros e casados ao nível da qualidade de vida quadro 24, verificamos que, em todos os domínios avaliados, o grupo de toxicodependentes que vivem sozinhos obtiveram resultados mais desfavoráveis, comparativamente com o grupo de sujeitos casados ou em união de facto. Do ponto de vista estatístico, contudo, não foram obtidas diferenças significativas em nenhum dos domínios entre os dois grupos.

Quadro 24- Resultados no WHOQOL-BREF, em função do estado civil

Domínios do WHOQOL-BREF	Estado civil	M	DP	Mín - Máx.	p
Geral	Solteiro	41,7	22,98	0 - 75	,817
	Casado/união de facto	48,0	21,30	13 - 100	
Físico	Solteiro	44,5	19,97	21 - 89	,211
	Casado/união de facto	52,9	20,09	29 - 93	
Social	Solteiro	43,9	18,76	17 - 88	,288
	Casado/união de facto	47,8	12,25	29 - 71	
Psicológico	Solteiro	28,9	29,52	0 - 92	,238
	Casado/união de facto	38,2	21,66	0 - 83	
Ambiental	Solteiro	44,8	15,02	16 - 66	,233
	Casado/união de facto	53,3	16,29	25 - 84	

No que respeita à análise dos resultados no abandono aprendido e na qualidade de vida, tomando o tempo de consumo de substâncias (H10 e H11), tomamos a comparação de médias entre dois grupos contrastantes: um grupo de 14 sujeitos com história de consumo inferior a 5 anos, e um grupo de 19 sujeitos com o maior tempo de consumo na amostra estudada (mais de 9 anos). Os resultados são apresentados no quadro 25.

Quadro 25- Resultados na EAA, em função do tempo de consumo

Tempo de consumo	Resultados na EAA			p
	M	DP	Mín - Máx.	
Até 5 anos (n=14)	53,0	6,24	39 - 62	,051
Mais de 9 anos (n=19)	47,4	11,43	24 - 72	

Ao contrário do que esperávamos, o grupo de sujeitos com menos tempo de consumo apresentou resultados superiores ao nível do Abandono Aprendido, quando comparado com o grupo de sujeitos com mais tempo de consumo (médias de 53,0 e 47,4, respectivamente). Estas diferenças não assumem significado estatístico, muito embora os resultados estejam muito próximos do limiar ($p=,051$)

Relativamente às diferenças nas médias obtidas nos vários domínios da qualidade de vida entre os sujeitos com menor e maior tempo de consumo, conforme se pode constatar no quadro 26, verifica-se uma tendência geral para resultados mais favoráveis no grupo de toxicodependentes com mais tempo de consumo, no entanto apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas nos domínios Físico ($p<,01$), Social ($p<,05$) e Ambiental ($p<,05$).

Quadro 26- Resultados do WHOQOL-BREF em relação ao tempo de consumo

Domínios do WHOQOL-BREF	Tempo de consumo	M	DP	Mín - Máx.	p
Geral	Até 5 anos	46,42	10,32	25 - 63	.955
	Mais de 9 anos	47,38	27,19	0 - 100	
Físico	Até 5 anos	40,04	10,76	25 - 68	.009
	Mais de 9 anos	59,97	22,78	21 - 93	
Social	Até 5 anos	41,08	10,07	21 - 67	.027
	Mais de 9 anos	54,18	19,08	17 - 92	
Psicológico	Até 5 anos	29,16	18,49	0 - 58	.263
	Mais de 9 anos	39,48	29,57	0 - 92	
Ambiente	Até 5 anos	44,65	9,53	28 - 56	.028
	Mais de 9 anos	56,92	18,27	16 - 84	

No que respeita à análise dos resultados no abandono aprendido e na qualidade de vida, tomando a frequência de consumo de substâncias (H12 e H13), tomamos a comparação

de médias entre dois grupos contrastantes: um grupo de 19 sujeitos com história de consumo não utilizada no último mês, e um grupo de 19 sujeitos com história de consumo no último mês na amostra estudada. Os resultados relativos à Escala de Abandono Aprendido são apresentados no quadro 27.

Quadro 27- Resultados na EAA, em função da frequência de consumo

Frequência de consumo	Resultados na EAA			p
	M	DP	Mín - Máx.	
Não utilizada no último mês (n=19)	50,7	8,16	34 - 67	.907
Utilizada no último mês (n=19)	50,8	10,76	24 - 72	

A análise das médias obtidas ao nível do abandono aprendido entre os dois grupos, tomando a frequência de consumo, permite-nos verificar uma ligeira discrepância nas médias entre o grupo com menor consumo e o grupo com maior consumo, mas os valores são muito similares (médias de 50,7 e 50,8, respectivamente), não havendo diferenças estatisticamente significativas a assinalar.

Da mesma forma, procedeu-se à análise das diferenças entre os grupos com maior e menor consumo nos vários domínios do WHOQOL-BREF. Os resultados são apresentados no quadro 28.

Comparando as diferenças de médias entre os dois grupos, como era de esperar o grupo com menor consumo têm níveis de qualidade de vida melhor que o grupo com maior consumo. Mesmos havendo diferenças entre as médias em todos os domínios, estas não são estatisticamente significativas.

Quadro 28- Resultados no WHOQOL-BREF, em função do tempo de consumo

Domínios do WHOQOL-BREF	Frequência de consumo	M	DP	Mín - Máx.	p
Geral	Não utilizada no último mês	50,0	17,68	13 - 75	.150
	Utilizada no último mês	41,5	20,84	0 - 75	
Físico	Não utilizada no último mês	53,0	17,37	29 - 89	.404
	Utilizada no último mês	48,3	21,42	21 - 89	
Social	Não utilizada no último mês	48,9	13,69	29 - 71	.464
	Utilizada no último mês	46,9	19,28	17 - 92	
Psicológico	Não utilizada no último mês	38,6	21,56	0 - 67	.142
	Utilizada no último mês	29,4	24,26	0 - 92	
Ambiental	Não utilizada no último mês	53,3	11,77	28 - 78	.202
	Utilizada no último mês	48,0	16,87	16 - 78	

No que respeita à análise dos resultados no abandono aprendido e na qualidade de vida, tomando a variável tempo de abstinência de consumo de substâncias (H14 e H15), tomamos a comparação de médias entre dois grupos contrastantes: um grupo de 12 sujeitos com história de consumo inferior a mês, e um grupo de 18 sujeitos com história de consumo superior a sete meses na amostra estudada. Os resultados relativos ao abandono aprendido são apresentados no (cf. Quadro 29).

As diferenças das médias permiti-mos verificar que o grupo com mais tempo de abstinência tem menores níveis de abandono aprendido do que o grupo com menos tempo de abstinência. Não se verificaram diferenças significativas em função do tempo de abstinência.

Quadro 29- Resultados na EAA, em função do tempo de abstinência

Tempo de abstinência	Resultados na EAA			p
	M	DP	Mín - Máx.	
Menos que um mês (n=12)	51,2	12,68	24 - 67	.121
Mais de 7 meses (n=18)	47,9	6,87	33 - 61	

Os resultados no WHOQOL-BREF, tomando a variável tempo de abstinência, são apresentados no quadro 30.

Quadro 30- Resultados no WHOQOL-BREF em relação ao tempo de abstinência

Domínios do WHOQOL-BREF	Tempo de abstinência	M	DP	Mín - Máx.	p
Geral	Menos que um mês	36,5	12,70	0 - 75	.007
	Mais de 7 meses	47,9	18,80	13 - 100	
Físico	Menos que um mês	46,4	18,85	25-86	.161
	Mais de 7 meses	56,2	20,68	32 - 93	
Social	Menos que um mês	44,8	19,54	21 - 92	.209
	Mais de 7 meses	51,2	15,34	29 - 88	
Psicológico	Menos que um mês	33,3	20,43	0-67	.349
	Mais de 7 meses	41,7	25,44	0 - 92	
Ambiental	Menos que um mês	47,4	14,15	25-78	.056
	Mais de 7 meses	58,0	15,18	28 - 84	

Os resultados referentes as diferenças de médias da variável tempo de abstinência, permiti-mos aferir como era esperado que o grupo com maior período de abstinência tem níveis de qualidade de vida superiores que os que tem menos tempo de abstinência. Ainda é de salientar que mesmo não havendo diferenças estatisticamente significativos para os domínios; físico, social, psicológico e ambiente. No domínio geral da qualidade de vida existe diferenças estatisticamente significativo entre os dois grupos ($p < ,01$).

Discussão

O presente estudo teve como principal objectivo analisar a relação entre o abandono aprendido e a qualidade de vida numa amostra de toxicodependência em tratamento na ET da Covilhã e das consultas de psicologias do hospital do Fundão, com idades compreendidas entre os 21 e 51 anos de idade, moradores no concelho da Covilhã e freguesias limítrofes. Comparando os resultados obtidos nos instrumentos neste grupo. Foram analisados também a relação entre estes dois constructo, bem como as relações com algumas variáveis independentes.

Optámos neste capítulo por aduzir e comentar apenas os resultados que se mostraram mais determinantes, bem como, aqueles que nos pareceram trazer implicações teóricas ou práticas mais relevantes. Começando pela análise das características sócio-demográficas e de consumo na nossa amostra, verificamos que a amostra é predominantemente masculina, com o início de consumo entre os 16 e os 18 anos de idade, sendo a primeira droga consumida é o haxixe e a heroína com a droga mais problemática. A escolaridade participante é baixa, sendo a maioria solteiro. Estes resultados são corroborados pelos dados avançados pelo IDT e pelo estudo realizado por Escudeiro et. al (2006).

Quando analise da existência de uma relação entre o abandono aprendido e qualidade de vida revelaram correlações estatisticamente significativas entre o abandono aprendido e cada um dos domínios da qualidade de vida avaliados, sendo todas elas negativas, conforme o esperado. As correlações mais significativas com o AA e a qualidade de vida compreendem os domínios específicos avaliados (físico, domínio social, psicológico e ambiental), no entanto a correlação entre abandono aprendido e QV Geral também foi bastante significativa. Deste modo, podemos concluir que os sujeitos com níveis superiores de abandono aprendido apresentam piores resultados ao nível da qualidade de vida.

Os resultados na EAA em função do sexo revelam que, apesar de as mulheres terem obtido uma média ligeiramente superior, comparativamente com os homens, estas diferenças não se revelaram significativas. Assim, em contexto de toxicodependência, homens e mulheres parecem ter níveis de Abandono Aprendido similares.

De realçar que, num estudo de Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002), homens e mulheres apresentaram padrões atribucionais diferenciados no que se refere à interpretação dos seus sucessos e fracassos, sendo que, o padrão atribucional feminino é ameaçador para a auto-estima, pois, tendencialmente as mulheres maximizam os efeitos negativos dos fracassos e atribuem os seus sucessos à influência dos outros. Por outro lado, Peixoto e Mata (1993, cit. in Lima, 2008), não encontraram diferenças significativas no seu estudo em relação à auto-estima, entre ambos os sexos. Por sua vez, Lima (2008) concluiu que as mulheres tendem a apresentar níveis ligeiramente superiores no Abandono Aprendido, comparativamente com os homens, no contexto prisional, e sugere que as discrepâncias encontradas na literatura acerca

das diferenças de género no abandono aprendido podem resultar da utilização de diferentes instrumentos (Lima, 2008).

No que concerne à variável idade, também não se observaram diferenças estaticamente significativas no Abandono Aprendido. A literatura sobre este tema é escassa, e nem sempre consensual. Por exemplo, no estudo de Lima (2008) sobre o abandono aprendido no contexto prisional português, não se observaram diferenças neste constructo em função da idade, no entanto, num outro estudo de Lima Santos, Ribeiro e Faria (2002), conclui-se que as pessoas idosas exibem níveis mais elevados de Abandono Aprendido. Estes dados poderão ser justificados pelo facto de vivermos numa sociedade que torna os idosos mais dependentes e, por consequência, a experimentarem sentimentos de incontrolabilidade em relação às suas próprias vidas e maior desânimo (Lima, 2008). Saliente-se que em contexto de toxicoddependência o efeito da idade sobre o abandono aprendido poderá não ser tão linear, já que a situação de toxicoddependência adopta contornos particulares, já de si propiciadores de maior incontrolabilidade.

No que diz respeito à situação profissional, considerando os grupos de sujeitos com e sem emprego, revelaram que os utentes que trabalham, quando comparados com os indivíduos desempregados, apresentam níveis de abandono aprendido significativamente superiores.

A literatura corrobora estes resultados afirmando que de facto, o emprego tem sido identificado como preditivo da satisfação pessoal na generalidade da população (Argyle, 1997). Assim, esta variável constitui-se, nos toxicoddependentes, como um factor de autonomização e reforço de competências sociais (Ferreira, 1997).

Quanto à relação entre abandono aprendido e o estado civil, conforme esperado, os sujeitos solteiros da amostra obteve uma média superior na Escala de Abandono Aprendido, comparativamente aos sujeitos casados ou com uma relação conjugal em união de facto, no entanto as diferenças não assume significado do ponto de vista estatístico.

Alguns estudos realçam a importância do matrimónio, como sendo uma base estruturante na vida de muitos delinquentes (Gonçalves, 2002). Neste caso, os sujeitos que não possuem um suporte ou uma “base estruturante”, têm mais probabilidade de terem sentimentos de desânimo e uma maior viabilidade de desenvolver a síndrome de abandono aprendido.

Em relação à variável tempo de consumo, apesar de não se verificarem diferenças, os valores estiveram muito próximos do limiar de significância estatística. Constatamos, curiosamente, que os níveis de Abandono Aprendido foram superiores no grupo de sujeitos com menos tempo de consumo, quando comparado com o grupo de sujeitos com consumos mais prolongados. Por outro lado, os resultados relativos à frequência de consumo, permitiram-nos verificar uma ligeira discrepância nas médias entre o grupo com menor consumo e o grupo com maior consumo, mas os valores são muito similares, não havendo diferenças estatisticamente significativas a assinalar. Talvez estes resultados possam ser

explicados pelo facto de os indivíduos terem tendência a se adaptarem em termos cognitivos, emocionais e comportamentais às situações adversas, de forma a reduzir as consequências negativas a elas associadas. Nesta linha de raciocínio Weiner (1979), defende que as cognições normalmente precedem e determinam as reacções afectivas, ou seja, após um determinado acontecimento, segue-se uma reacção sendo esta positiva ou negativa e, em função das atribuições escolhidas, gera-se um conjunto específico de emoções. Quando o indivíduo acredita que as causas dos acontecimentos aversivos são incontroláveis, ao longo do tempo vai desenvolvendo um conjunto de atribuições debilitantes, o que pode originar a instalação da síndrome de abandono aprendido, em que os toxicodependentes permanecem passivos perante as dificuldades e acontecimentos aversivos. Desta forma, no caso de dependentes químicos, muitas vezes surgem pensamentos distorcidos ou supervalorizados, mantendo o comportamento de uso da substância com o passar do tempo, pelo que terão maior tendência a caminhar para um processo de abandono aprendido, deixando de acreditar que vale a pena mobilizar esforços no sentido da mudança. Neste sentido, são necessários mais estudos que nos permitam analisar com maior profundidade o impacto da frequência e duração do consumo de substâncias no abandono aprendido, de forma a melhor compreender o fenómeno nesta população em particular.

Tomando a variável tempo de abstinência de consumo de substâncias, apesar de não se verificarem diferenças significativas, verificamos que o grupo com mais tempo de abstinência tem menores níveis de abandono aprendido, como seria de esperar. Quando o indivíduo acredita que pode controlar os acontecimentos na sua vida, e que a mudança está dependente dos seus esforços para reverter as situações de adversidade, com maior probabilidade se empenhará nesta mudança e, conseqüentemente, com maior probabilidade conseguirá obter sucesso segundo Rotter (1966, cit im Barros & Barros, 1990) sobre o locus de controlo considera que a internalidade e a externalidade vão depender da contingência. Assim, se um indivíduo percebe o reforço como seguindo uma acção não é contingente, este vai acreditar que é fruto da sorte ou do destino. Por outro lado, se perante o acontecimento, o sujeito percebe que ele é contingente ao seu comportamento, tendencialmente considerará que o sucesso advém das suas próprias capacidades. Assim, se o toxicodependente tem a percepção de que controlam o seu comportamento perante a droga ou que a abstinência depende exclusivamente dele, então tem crença no controlo interna. Assim, percebe-se que os toxicodependentes com menor abandono aprendido sejam também aqueles que são mais eficazes no período de abstinência de consumo. Por outro lado, deixar de consumir poderá traduzir-se numa melhor reorganização da vida pessoal dos sujeitos, sendo que, geralmente, a eficácia do tratamento e a abstinência está associada a redes interpessoais de apoio, constituída por familiares, amigos e profissionais da área (Rigotto & Gomes, 2002), o que poderá também fazer baixar os sentimentos de desânimo e ajudar a tornar estes indivíduos mais resilientes.

Relativamente à qualidade de vida, procedemos também à análise de eventuais diferenças entre os sujeitos, tomando as mesmas variáveis que foram consideradas no estudo sobre o abandono aprendido. Em primeiro lugar, não se verificaram diferenças significativas na qualidade de vida em função da idade do utente, assim como em função do sexo dos participantes. Estes resultados coincidem com os de um estudo desenvolvido por Escudeiro, Lamachã, Freitas e Silva (2006), sobre qualidade de vida e toxicodependência. No entanto, encontramos alguns dados contraditórios na literatura, Por exemplo, num estudo sobre qualidade de vida global em idosos, observaram-se diferenças significativas entre homens e mulheres nos domínios físico, psicológico e ambiental, sendo os homens a manifestar uma melhor qualidade de vida (Pereira Cotta, Franceschini, Ribeiro, Cecon, 2006). Nesta mesma linha um estudo realizado por Silva (2009), verificou-se que a idade se encontra significativa e negativamente correlacionada com a QV em todos os domínios. Também constata-se que são os idosos do sexo masculino que apresentam melhor qualidade de vida e se encontram mais satisfeitos com a sua saúde, quando comparados com os do sexo feminino. Verifica-se uma conformidade com os estudos de Fermàndez-Ballesteros (1998), Sprangers et al. (2008), Garcia et al. (2005), Paúl et al. (2004, 2005) e Figueira et al. (2008), verificando que á medida que aumenta a idade, diminui a QV em todos os seus domínios, piora a avaliação global da QV e conseqüentemente diminui a satisfação com a saúde.

Quanto à situação profissional, os participantes activos revelam, comparativamente aos indivíduos desempregados uma maior qualidade de vida em todos os domínios da qualidade de vida, no entanto estas diferenças não são estatisticamente significativas. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos na literatura, nomeadamente o desenvolvido por Escudeiro e colaboradores (2006), em que se verificou uma tendência geral para resultados mais benéficos no grupo de toxicodependentes com emprego, em todos os domínios da qualidade de vida, no entanto as diferenças não foram estatisticamente significativas.

De acordo com Argyle (1997), o emprego tem sido tomado como um factor preditivo da satisfação pessoal na generalidade da população. Por outro lado, a existência de tempos livres, sem trabalho e ocupação, são dimensões evidenciadas como factores de risco nos adolescentes face ao início de consumos (Cordeiro, 1987). Podemos assim, dizer que este elemento constitui-se, nos toxicodependentes, como um factor de autonomização e reforço de competências sociais (Ferreira, 1997), fundamentais para uma evolução clínica positiva, na medida em que a dificuldade em ocupar os tempos livres se consubstancia com o elemento perturbador da manutenção da abstinência e retenção em tratamento (Platt, 1995). Assim segundo Snoek (2000), um dos elementos de interesse nos estudos relativos a qualidade de vida prende-se com o facto de os indivíduos terem uma tendência a se adaptarem em termos cognitivos, emocionais e comportamentais às situações adversas, de forma a minimizar as conseqüências negativas a elas associadas a elas associadas.

Relativamente à relação entre estado civil dos sujeitos e a qualidade de vida, e conforme esperado, os solteiros da amostra obteve uma média inferior nos vários domínios do WHOQOL-Bref, comparativamente aos sujeitos casados ou com uma relação conjugal. No entanto estas diferenças não assumem significado do ponto de vista estatístico. Os resultados obtidos corroboram o estudo sobre a qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos, verificando que são os idosos casados que apresentam melhor QV quando comparados com os idosos solteiros, verificando ainda que são os idosos viúvos que possuem maior solidão/insatisfação e agitação, quando comparados com os idosos casados (Silva, 2009). Num estudo realizado por Nikpour et al. (2007), não encontraram diferenças significativas em nenhum dos domínios da qualidade de vida em função do estado civil. Estes resultados são refutados nos estudos realizados por Paúl et al. (2004), revelaram que a qualidade de vida designadamente no domínio psicológico é mais elevada nos idosos casados do que nos idosos solteiros/viúvos. Num outro estudo também realizado por Paúl et al. (2005), também revelaram uma associação entre o estado civil e os vários domínios da qualidade de vida nomeadamente no domínio físico, no domínio psicológico e no domínio social, sempre com resultados favoráveis aos casados. É de salientar ainda que Sprangers et al. (2000) referiram que não ter um companheiro estava relacionado com baixos níveis de QV.

No que concerne à relação entre a qualidade de vida e o tempo de consumo e de contrariamente as expectativas iniciais, verifica-se uma tendência geral para resultados mais favoráveis de qualidade de vida no grupo de toxicodependentes com mais tempo de consumo, no entanto apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas. Podendo inferir que à medida que os toxicodependentes vão tendo mais anos de consumo, também vão tendo uma percepção de menor qualidade de vida.

No que respeita à variável frequência de consumo os grupos com menor consumo têm níveis de qualidade de vida melhor que o grupo com maior consumo. Mesmos havendo diferenças entre as médias em todos os domínios, estas não são estatisticamente significativas.

Os resultados à variável tempo de abstinência e qualidade de vida, permiti-mos aferir como era esperado que o grupo com maior período de abstinência tem níveis de qualidade de vida superiores que os que tem menos tempo de abstinência. Ainda é de salientar que mesmo não havendo diferenças estatisticamente significativas para os domínios; físico, social, psicológico e ambiente. No domínio geral da qualidade de vida dos dois grupos revelaram diferenças estatisticamente significativas. Os resultados obtidos não corroboram os resultados encontrados por Escudeiro et al. (2006), ao inferir que parece haver diferenças estatísticas na percepção de qualidade de vida entre os participantes consumidores e os não consumidores. Assim, os indivíduos com consumos de heroína apresentam níveis de qualidade de vida inferiores nos domínios físicos e no domínio psicológico. Os consumidores de cocaína quando comparados, com pares abstinentes apresentam percepções de qualidade de vida inferiores em todos os domínios.

Conclusão

As principais conclusões que podemos retirar deste estudo tomando o coeficiente de correlação *rho* de Spearman, os resultados obtidos revelam que existe uma correlação entre o abandono aprendido e os vários domínios da qualidade de vida sendo todas elas negativas, sugerindo uma relação directa entre estes dois constructo. Nesta linha, salientamos que no contexto de toxicoddependência é um meio bastante propício para o desenvolvimento do abandono aprendido e consequentemente quanto maior o abandono aprendido pior são os níveis de qualidade de vida.

Os resultados obtidos da análise descritiva da amostra em relação às variáveis sócio-demográficas estudadas, foi possível observar que a maior dos participantes pertencem ao sexo masculino tendo iniciado os consumos entre os 16 e os 18 anos, que a maioria dos sujeitos inicia o consumo apenas com uma substancia, sendo este tendencialmente o haxixe. Considerando as várias substâncias utilizadas no primeiro consumo, averiguamos que o haxixe continua a ser a primeira substancia mais consumida, sendo que a droga que os participantes mais assinalaram como a mais problemática na actualidade em termos de consumo como seria de esperar, a heroína estes resultados são corroborados com os estudos desenvolvidos pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência. Ainda verificamos que a maioria dos participantes tem mais de 9 anos de consumo.

Relativamente ao constructo do abandono aprendido constatamos que a média encontrada no nosso estudo foi superior à média obtida num estudo sobre a síndrome de abandono aprendido no contexto de reclusão. Tomando os resultados obtidos partir da utilização do teste Mann-Whitney verificamos, que em função do sexo e da idade não existem diferenças estatisticamente significativas. Não parece haver uma relação directa entre estas variáveis e o abandono aprendido. Pela análise das médias obtida das variáveis situação laboral e estado civil, foi possível verificar que são as que revelam de maior significância quando comparado os toxicoddependentes empregados/desempregados e os toxicoddependentes casados/solteiros. Verifica-se que os toxicoddependentes empregados e casados apresentam melhores níveis de abandono aprendido. Desta forma, os toxicoddependentes têm uma relação estável e integrados profissionalmente apresentam melhores níveis de qualidade de vida e abandono aprendido do que os sujeitos desempregados e solteiros. No que resultados em função dos dados de consumo tomando as comparações das médias verificamos que não existe resultados estatisticamente significativos entre o abandono aprendido as variáveis reverentes aos dados de consumos dos participantes. Sendo que quando comparamos os grupos com mais e menos tempo de consumo verificamos uma tendência para melhores níveis de abandono aprendido no grupo com menos tempo de consumo, esta tendência também foi verificado nas restantes variáveis quando comparados as médias entre os dois grupos.

No que concerne ao constructo da qualidade de vida podemos constatar os resultados obtidos partir da utilização do teste Mann-Whitney. Constatamos que em função do sexo e da idade não existem diferenças estatisticamente significativas, mas verifica-se uma tendência geral para resultados superiores no grupo de sujeitos mais novos, ainda uma tendência geral para resultados mais favoráveis no grupo de toxicodependentes com emprego, em todos os domínios da qualidade de vida, também estes resultados foi verificado em relação as restantes variáveis nomeadamente (frequência de consumo, tempo de abstinência) verificando uma tendência geral para resultados superiores os grupos de toxicodependentes com menos frequência de consumo e mais tempo de abstinência quando comparados com os grupo de sujeitos, menos frequência de consumo e menos tempo de abstinência. No entanto as diferenças não são estatisticamente significativas. Por último a relação entre a variável tempo de consumo ao contrario do que era esperado no grupo de sujeitos com mais tempo de consumo verifica-se um tendência para níveis superiores de qualidade de vida e qualidade de vida quando comparados com os grupos de toxicodependentes com menos tempo de consumo.

Este estudo também ambicionou ampliar o conhecimento empírico sobre o abandono aprendido e a qualidade de vida desta população em específico e desenvolver reflexões relevantes sobre o processo da toxicodependência e das consequências que advêm dele. Assim, evidencia-se que a discriminação é algo que está intrínseco a toxicodependência, mesmo quando o sujeito deixa de consumir prevalece o “rotulo”, o torna a toxicodependência um processo de adaptação muito difícil e complexo para qualquer ser humano. Visto que a toxicodependência afecta todas as áreas do indivíduo é fundamental uma abordagem multidisciplinar para compreender este fenómeno e para uma melhor eficácia no tratamento.

A principal dificuldade encontrada no decorrer desta investigação fora na recolha da amostra já que se trata de uma população com características específicas, e a carência de estudos feitos dentro dessa área de estudo. Porém gostaríamos de reflectir sobre algumas limitações do presente investigações que poderão contribuir para novas investigações nas futuras, assim o tamanho reduzido da amostra poderá ter contribuído para que não houve-se diferenças entre os constructos e as variáveis estudadas é necessário uma amostra maior no sentido de se encontrar resultados diferenciais entre estes constructos. Por outro lado a medida que fomos analisando os resultados obtidos sentimos a necessidade da aplicação de outros testes nomeadamente o instrumento de avaliação de sintomas psicopatológicos, visto que interferem nos resultados da QV. Também é de realçar que o número de mulheres é inferior aos dos homens, pelo que os resultados têm que ser considerados com alguma cautela. Futuramente, para uma avaliação mais precisa, de todas estas variáveis deverão ser tidas em linha de conta, no sentido de permitir conclusões mais sustentadas no que respeita ao abandono aprendido e qualidade de vida dos toxicodependentes.

Referências

Abramson, L.Y.; Seligman M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-79.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-TR (4ª Ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Araújo-Soares, V.; Figueiredo, M. & Equipa de Dor (2001). Dor: A hidra de sete cabeças. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (2), 159-184.

Arnold, R.; Ranchor, A.V.; Sanderman, R.; Kempen, G.I, Ormel, J & Suurmeijer, T.P. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality Life Journal*; 13 (5), 883-96.

Argyle, M. (1997). Is Happiness a cause of health? *Psychology and Health*, 12 (6): 769-781.

Bertrand, M.A. (2006). O Sonho de uma Sociedade Sem Risco. *Toxicodependência*, 12 (1), 7- 19.

Barros, A.M. & Barros, J.H. (1993b). Desempenho na matemática: atribuições causais dos alunos. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 29 (1), 97-110.

Barros, A.M. (1996). *Atribuições Causais e Expectativas de Controlo do Desempenho na Matemática*. Braga: Universidade do Minho.

Barros, J.H. & Barros, A. M. (1990). Variáveis sociocognitivas do professor: teoria e investigação. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 26, 95-117.

Barros, J.H., Barros, A.M. & Neto, F. (1993a). *Psicologia do Controlo Pessoal: aplicações educacionais, clínicas e sociais*. Braga: Universidade do Minho.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease*. Buckingham: Open University Press.

Castellón, A. (2003). Calidade de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192.

Canavarro, M., Simões, M., Pereira, Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., et al. (2007). WHOQOL-bref. Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.). *Avaliação Psicológica - Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. Coimbra: Quarteto;

Cardoso, C.M. (2001). "Droga" um problema de saúde pública. *Saúde Mental*, 4 (3), 9-17.

Castro, M. S. L. (1985). Desânimo aprendido: Das expectativas de aprendizagem animal à análise das atribuições na aprendizagem humana - algumas implicações desenvolvimentais. In J. Cruz, L. Almeida & O. Gonçalves (Orgs.), *Intervenção psicológica na educação* (pp. 115-124). Porto: A.P.L.P.

Cláudio, V. & Mateus, M. (2000). *SIDA: eu e os outros*. Lisboa: Climepsi;

Coelho, T. (2008). *Comunicação Familiar e Toxicodependência: A perspectiva do "doente"*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.

Del Pino, A. C. S.(2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13(3): 188-92.

Escudeiro, R., Lamanhã, S., Freitas, A. & Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicodependência. *Toxicodependências*, 12 (3), 65-78.

Faria, L. (1990). *Concepções pessoais de inteligência. Dissertação para provas de aptidão pedagógica e capacidade científica*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Faria, L. (1999). Contextos sociais de desenvolvimento das atribuições causais: O papel do nível sócio-económico e da raça. *Análise Psicológica*, 2 (27), 265-273.

Fernandes, L. & Ribeiro, C. (2002). Redução de riscos, estilos de vida junkie e controlo social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 57-68;

Ferreira, J. (2001). Serviço Social e Toxicodependência. *Toxicodependência*, 51- 58.

Ferreira, J. (2001). Serviço Social e toxicodependência in: *Revista Toxicodependência*; pp51-58. Lisboa: Edições SPTT.

Fleck, M.P.A. (2000). O instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciências & Saúde Colectiva*, 5, 33-38;

Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicodependência. *Toxicodependências*, 11 (1), 3-

Filho, H. (2005). Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas in Portugal. *Intervenção em saúde*, 23 (2).

Fontaine, A.M. & Faria, L. (1989). Teorias pessoais do sucesso. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 5, 5-18.

Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 13-27.

Goulão, J. (2006). Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência. Novas perspectivas. *Toxicodependência*, 12 (1): 3 - 6.

Instituto da droga e da Toxicodependência. (2000). *A Situação do país em matéria de drogas e toxicodependência*. Lisboa.

Instituto da droga e da Toxicodependência. (2002). *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa.

Instituto da droga e da Toxicodependência. (2003). *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa.

Instituto da droga e da Toxicodependência. (2004). *Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2006). *Relatório sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2008). *Relatório sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa.

Leal, C.M. S. (2008). *Reavaliar o conceito da qualidade de vida*. Açores: Universidade dos Açores.

Lima Santos, N., Ribeiro, H. & Faria, L. (2002). Adaptação da “Escala de Abandono Aprendido” (Learned Helplessness Scale) ao contexto português. *Revista de Psiquiatria*, 23 (3-4), 25-44.

Lima Santos, N., Ribeiro, H. & Faria, L. (2008). Manifestações de “Abandono Aprendido” e risco psicossocial: Estudo diferencial numa amostra da cidade do Porto. *Mente Social*.

Lima, A.P.M. (2008). Síndrome de Abandono Aprendido: Factor de risco nos processos de intervenção em educação social nos estabelecimentos prisionais portugueses (Estudo Exploratório). *Dissertação de Mestrado*. Porto: Universidade Portucalense.

Lima, A.F.B.S. (2002). Qualidade de vida em pacientes do sexo masculino dependentes de álcool. *Dissertação de Mestrado*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Lima, M.S.; Knapp, P.; Blaya, C.; Quarantini, L.C.; Oliveira, I.R. & Lima, P.A.S.P. (2004). Depressão. In P. Kaplan, H., Sadock, B & Greeb, J. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 168-192). Porto Alegre: Artmed.

Marlatt, G. (1986). Herm Reduction: Come as you are. *Addictive Behaviours*, 21(6), 779-788.

Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology*, 105, 3-46.

Negreiros, J. (1998). *Prevenção do abuso de álcool e droga nos jovens*. Porto: Ed. Radicário.

Nowlis, H. (1989). *A verdade sobre as drogas*. Lisboa: Gabinete do Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga.

Nunes, L. & Jólluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adição. Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto: Edições UFP.

Skevingtam, S.; Lotly, M.; O’Comell, K. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-bref quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial a report from the WHOQOL Group. *Quality of life Research*, 13, 299-310

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2002). *As drogas em destaque: o papel essencial do tratamento de substituição*. Lisboa: EMCDDA.

O'Shea, E. (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales..

M. Jane Park, M.J. & Breland, M. (2007). Alcohol and Cigarette Use Among Adolescent and Young Adult Males. *American Journal of Men's Health* 2007; 1; 339.

Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.

Paschoal, S.M. (2004). Qualidade de vida do idoso: construção de um instrumento de avaliação através do método do impacto clínico. *Tese de Doutorado*. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Pereira, R.J., Cotta, R.M.M., Franceschini, S.C.C., Ribeiro, R.L., Sampaio, R.F., Priore, S.E. & Cecon, P.R. (2006). Contribuição dos domínios físicos, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr RS*, 28 (1), 27-38.

Poiares, C. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga: *Toxicodependência* 1 (2), 3-12.

Poiares, C.A. (2003). Droga: Deambulação em torno da investigação científica. *Toxicodependências*, 9 (3), 75-86.

Ramos, L.R. (2003). Factores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projecto Epidoso, São Paulo. *Caderno Saúde Pública*; 19(3): 793-8.

Ribeiro, J. & Galinha, I. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doença*, 6 (2), 203-214.

Ribeiro, J. (1998). Dependência psicológica versus dependência física? *Toxicodependências*, 4 (2), 45-53.

Ribeiro, J. (2001). "Tornar-se toxicodependente: opção ou fatalidade?" *Toxicodependências*, 7 (3), 73-78;

Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Ribeiro, J.S. (1998). Dependência Psicológica Versus Dependência Física? *Toxicodependência*, 2, (4), 45-53.

Ribeiro, P. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras, e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In I. Leal (Coord.), *Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.

Russo, J, Byrne, P.R., Reder, D., Alexander, M., O' Connor, E.D.D, Dagadakis, C. (1997). Longitudinal Assessment of Quality of Life in Acute Psychiatric Inpatients: Reability and Validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 185 Suppl 3: 166-75.

Rigoni, M. S.; Margareth da Silva Oliveira, M. S & Andretta. L. (2006). Consequências neuropsicológicas do uso da maconha em adolescentes e adultos jovens. Porto Alegre, Rio Brasil Grande do Sul Ponticia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), *Ciências & Cognição* Vol 08: 118-126

Rigotto, S.D. & Gomes, W.B. (2002). Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (1), 95-106.

Schuckit. M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Santos, D.A., Passos de Jesus, K. & Santos, R. J. (2007). Conceito de saúde e qualidade de vida para académicos de educação física- um estudo descritivo. *Revista Brasileira de Educação física, esporte, lazer Dança*, 2(4), 140-153.

Seidl, E. & Zannon, C.(2004). Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos conceituais e metodológicos: *Caderno Saúde pública*, 20 (2), 580-588.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: depression, development and death*. New York: W. H. Freeman.

Sherbourne, C.D., Meredith, L.S., Rogers, W., Ware, J.E. (1992). Social support and stressful life events: age differences in their effects on health related quality of life among chronically ill. *Quality Life Res*; 1(4), 235-46.

Simões, M.R., Machado, C., Gonçalves, M.M. & Almeida, L.S. (2007). Avaliação Validados para a População Portuguesa, VIII 1.ª edição Coimbra. Quarteto.

Silva, S.G.M.R. (2009). Qualidade de vida e Bem -Estar Psicológico em Toxicodependentes. Universidade Fernando Pessoa: Porto.

Snoek, F.J. (2001). Quality of live: a closer look at measuring patients Wellbeing. *Diabets Spectrum*, 13: 24-28.

Suurmeijer, T.P, Reuvekamp, M.F & Aldenkamp, B.P. (2001). Social functioning, psychological functioning, and quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 42 (9),1160-1168.

The WOQOL Group. The Development of the World Health Organization Quality of Life assesment instrument (the WOQOL): in Orly & Kuyen. Editors. Quality of assesment international Perspectives. Proceeding of the saint.

Torres, A.C. & Gomes, M.C. (2005). Drogas e Prisões: Relações Próximas. *Revista Toxicodependências*, 11 (2), 23-40.

Torres, N. (2003). A química da dependência e as dependências-tóxicas. Para um modelo bio-psico-social. *Toxicodependências*, 9 (1), 29-45;

Trancredi, B. (1982). *As Toxicomanias do ponto de vista da Medicina e da saúde pública. Em Drogas e Drogados: o indivíduo, a família e a sociedade.* São Paulo: EPU.

UNODC. (2003) Global illicit drug trends. New York, NY, United Nations Office on Drugs and Crime.

WHO (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, World Health Organization.

Zanei, S. (2006). Análise dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref e SF-36: confiabilidade, validade e concordância entre pacientes de Unidades de Terapia Intensiva e seus familiares. *Tese de Doutorado.* São Paulo: Universidade de São Paulo.

Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting.* New York: Yale University Press.

Anexos

Anexo I

Critérios para diagnóstico dependência e substância segundo o DSM-IV

Critérios para Dependência de Substâncias segundo DSM-IV

1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes critérios:

- a) Necessidade de quantidades crescentes de substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
- b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização da mesma quantidade de substância.

2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes critérios:

- a) Síndrome de abstinência característica da substância
- b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência

3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.

4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

5) É despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos.

6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância.

7) A utilização da substância é contínua embora a existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, presumivelmente originado ou exacerbado pelo uso da substância (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo).

Fonte: (APA, 2002)

Anexo II

Critérios para Dependência de Substâncias segundo a CID-10

Critérios para Dependência de Substâncias segundo a CID-10

- 1) Um desejo forte ou compulsivo para consumir a substância;
- 2) Dificuldades para controlar o comportamento de consumo de substâncias em termos de início, fim ou níveis de consumo;
- 3) Estado de abstinência fisiológica quando o consumo é suspenso ou reduzido, evidenciado por síndrome de abstinência característica; ou consumo da mesma substância (ou outra muito semelhante) com a intuito de atenuar ou evitar sintomas de abstinência;
- 4) Relevância de tolerância, segundo a qual há a necessidade de doses maiores da substância psicoactiva para auferir dos efeitos dantes produzidos com doses inferiores;
- 5) Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses devido ao consumo de substâncias psicoactivas, aumento do tempo empregado em conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se dos seus efeitos;
- 6) Persistência no consumo de substâncias embora as indícios visíveis de consequências manifestamente prejudiciais;

Fonte: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic.

Anexo III

Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e de consumo



Universidade da Beira Interior

Departamento de Psicologia e Educação

A presente investigação insere-se numa dissertação de mestrado em Psicologia, a apresentar no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. O estudo pretende analisar a relação entre a Síndrome do Abandono Aprendido e Qualidade de Vida afecta a população toxicodependente e como se caracteriza e correlaciona em função de algumas variáveis (sócio-demográficas). A participação nesta investigação é voluntária e todos os dados recolhidos através deste questionário são anónimos e estritamente confidenciais. Agradeço a participação.

Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica e de consumo

Data: -----/-----/-----

Idade	

Estado Civil	
Solteiro	<input type="checkbox"/>
Casado//União facta	<input type="checkbox"/>
Viúvo	<input type="checkbox"/>
Divorciado/ /Separado	<input type="checkbox"/>

Escolaridade	
Nunca foi à escola/nunca compl.1º.ciclo	<input type="checkbox"/>
1º. Ciclo (antiga 4ª. classe)	<input type="checkbox"/>
2º. Ciclo (6º. ano)	<input type="checkbox"/>
3º. Ciclo ou equivalente (9º. ano)	<input type="checkbox"/>
Secundário ou equivalente (12º. ano)	<input type="checkbox"/>
Bacharelato/Licenciatura	<input type="checkbox"/>

Actividade (s) profissional antes da detenção			
Estudante	<input type="checkbox"/>	Formação profissional remunerada	<input type="checkbox"/>
Empregado (tempo inteiro ou parcial)	<input type="checkbox"/>	Inactivo económico	<input type="checkbox"/>
Desemprego/procura emprego	<input type="checkbox"/>	Outro	<input type="checkbox"/>
Formação profissional remunerada	<input type="checkbox"/>	Desconhecido	<input type="checkbox"/>

Situação de coabitação (com quem vive)	
Familiares (ascendentes/irmãos)	<input type="checkbox"/>
Familiares (ascend.) e companheiro(a)	<input type="checkbox"/>
Familiares (ascend.) companheiro(a) e filho (s)	<input type="checkbox"/>
Familiares (ascend.) e filho (s)	<input type="checkbox"/>
Só com companheiro (a)	<input type="checkbox"/>
Só com filho (s)	<input type="checkbox"/>
Companheiro(a) e filho (s)	<input type="checkbox"/>
Com amigos	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>

Idade de Início de consumo desta Substância	
Até aos 12 anos	<input type="checkbox"/>
Entre os 13 e os 15 anos	<input type="checkbox"/>
Entre os 16 e os 18 anos	<input type="checkbox"/>
19 e mais anos	<input type="checkbox"/>

Primeira substância ilícita consumida	
Haxixe	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Outro (s)	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual/Quais? <hr/>	

Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias é que já usou?	
Haxixe	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>
Alucinogénicos	<input type="checkbox"/>
Outro (s)	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual/Quais? <hr/>	

Qual destas substâncias constitui um maior problema para si?	
Haxixe	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>
Alucinogénicos	<input type="checkbox"/>
Outro (s)	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual/Quais? 	

Anos de consumo desta substância?	
Até um ano	<input type="checkbox"/>
De 2 a 5 anos	<input type="checkbox"/>
De 6 a 9 anos	<input type="checkbox"/>
Mais de 10 anos	<input type="checkbox"/>

Frequência do uso (droga principal)	
Não utilizada no último mês	<input type="checkbox"/>
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>
2-6 dias por semana	<input type="checkbox"/>
Desconhecido	<input type="checkbox"/>
Diariamente	

Principal via de consumo desta substância?	
Fumada	<input type="checkbox"/>
Snifada	<input type="checkbox"/>
Injectada	<input type="checkbox"/>
Ingerida / Bebida	<input type="checkbox"/>
Outro (s)	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual/Quais? 	

Alguma vez recebeu tratamento / apoio relacionado com substância ilícitas		
Nunca <input type="checkbox"/>	Iniciou agora <input type="checkbox"/>	Mais de uma vez <input type="checkbox"/>
<i>Se está em tratamento, qual o tratamento actual</i>		
Desabituação física: internamento <input type="checkbox"/>	Ambulatório <input type="checkbox"/>	
Psicoterapia <input type="checkbox"/>	Medicação de substituição <input type="checkbox"/>	Qual? _____
Antagonista <input type="checkbox"/>		

Desde que o consumo de substância de consumo começou a ser um problema para si, alguma vez conseguiu deixar de consumir?

Sim Não

Se respondeu sim diga durante quanto tempo:

Menos de uma semana

Entre 1 a 3 meses

Entre 4 a 6 meses

Entre 7 meses a 1 ano

Mais de 1 ano

Por favor, verifique se respondeu a todas as questões

MUITO OBRIGADA PELA PARTICIPAÇÃO