

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS

CURSO DE PSICOLOGIA

FLÁVIA COSTA HAIDAR

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE E HABILIDADES DE
ENFRENTAMENTO EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

São Luís – MA

2018

FLÁVIA COSTA HAIDAR

**DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE E HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO
EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito básico para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, com Formação de Psicólogo.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá

São Luís – MA

2018

Haidar, Flavia Costa.

Depressão, ansiedade, estresse e habilidades de enfrentamento em usuários de álcool e outras drogas / Flavia Costa Haidar. - 2018.

77 p.

Orientador(a): Lucas Guimarães Cardoso de Sá.
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Ansiedade. 2. Dependência química. 3. Depressão.
4. Estresse. 5. Habilidades de enfrentamento. I. Sá,
Lucas Guimarães Cardoso de. II. Título.

FLÁVIA COSTA HAIDAR**DEPRESSÃO, ANSIEDADE, ESTRESSE E HABILIDADES DE ENFRENTAMENTO
EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito básico para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, com Formação de Psicólogo.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá

Aprovada em: / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá (Orientador)
Doutor em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Catarina Malcher Teixeira (Examinadora)
Doutora em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Me. Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo (Examinadora)
Mestre em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Tony Nelson (Suplente)
Doutor em Psicologia
Universidade Federal do Maranhão

“Milagres acontecem quando a gente vai à luta!”

Teatro Mágico

AGRADECIMENTOS

Neste momento marcante da minha vida, agradeço primeiramente a Deus por ter me guiado, iluminado e me ajudado até aqui, desde a escolha profissional mais acertada possível até o fim do curso superior ao qual tanto me dediquei e pelo qual me apaixono cada dia mais. A psicologia é encantadora e me fez crescer, acima de tudo, como pessoa, me ensinando a ser mais empática e humana com os outros à minha volta.

Agradeço a toda a minha família, por ser meu alicerce. Minha base de amor, respeito, valores, honestidade e princípios. Meus pais, por me ensinarem a importância dos estudos, de correr atrás dos nossos sonhos, da renúncia em prol dos objetivos a serem conquistados, da dedicação, humildade e infinita bondade com as pessoas. Aos meus irmãos, por todo reconhecimento, suporte, proteção e afeto dispensados incansavelmente a mim. “Enquanto houver vocês do outro lado, aqui do outro eu consigo me orientar!”

Agradeço a Renato, que também está comigo há quase 4 anos e acompanhou toda a minha trajetória. “A gente se deu tão bem que o tempo sentiu inveja, ele ficou zangado e decidi que era melhor ser mais veloz e passar rápido para mim!” Obrigada, meu amor, por sempre torcer pelo meu sucesso, me amparar nos momentos difíceis, sendo paciente e compreensível com todo o meu estresse e minhas enxaquecas, comemorando comigo minhas vitórias, sempre acreditando no meu potencial. Não conseguiria chegar até aqui sem você!

Agradeço aos meus colegas da Psicologia que estiveram comigo nesses 5 anos, passando pelos momentos de alegria e dificuldade. Especialmente, às minhas irmãs de coração Ana Beatriz Adler e Paula Kruger. Bia, obrigada por ser minha melhor amiga do curso para vida, por enxugar minhas lágrimas, pelos abraços apertados, pelos risos inesgotáveis, pelas histórias para contar, por sempre guardar a tua dor para cuidar da minha quando eu precisei nos momentos de angústia. Paula, depois nosso casamento, união estável, divórcio e reconciliação, nossa amizade mostrou o quanto é forte e o quanto somos importantes uma para outra. “Só enquanto eu respirar, vou me lembrar de vocês!”

Agradeço aos meus professores, pelos quais cultivo profundo carinho, admiração e gratidão. Em especial, à Denise Bessa, que sempre estará em na minha vida, para além da academia. Você é uma inspiração por por sua dedicação, compromisso e amor à docência! Ao meu orientador Lucas Sá, que me apresentou o campo da dependência química por meio do GEDEQ, da extensão e da pesquisa; à Catarina Malcher e Nádia Prazeres, que também estiveram presentes em momentos tão importantes da minha graduação e agora finalizam esse ciclo comigo, participando da minha banca de defesa. Obrigada por tudo!

RESUMO

A dependência química é caracterizada pelo uso abusivo e incontrolável de substâncias psicoativas que trazem prejuízos fisiológicos, psicológicos e funcionais ao usuário. Além do abuso de substâncias é comum a presença de comorbidades psiquiátricas, como depressão, ansiedade e estresse. Isso tem consequências para o tratamento, prognóstico, intervenção da equipe de saúde e encaminhamentos na rede de atenção psicossocial. No âmbito do tratamento, as habilidades de enfrentamento imediato são estratégias utilizadas pelo usuário para lidar com situações específicas da fissura, a fim de manter a abstinência. Pensando na associação entre essas variáveis, o objetivo deste estudo foi avaliar as relações entre depressão, ansiedade, estresse, habilidades de enfrentamento e o envolvimento com drogas em usuários de substâncias psicoativas. Participaram desta pesquisa 50 usuários de substâncias psicoativas que estavam em tratamento em um CAPS-AD de São Luís – MA. A média de idade foi 38,68 anos (DP = 11,09), 92% homens, a maior parte da amostra (34%) tinha o ensino médio completo e fazia uso, predominantemente, de crack (48%). A mediana de tempo de abstinência foi de 34 dias. Os instrumentos aplicados foram um Questionário de caracterização geral; Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias (ASSIST); o Questionário de Estratégias Específicas para a Fissura (USSQ) e a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Os dados foram digitados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* versão 25) e analisados por meio de estatística descritiva e inferencial, para verificar a hipótese que as habilidades de enfrentamento imediato podem ser moderadoras da influência das comorbidades no envolvimento com a substância. O escore médio no USSQ foi de 24,0 (DP=8,0) pontos e a maioria dos participantes (42,8%) tinha um repertório de enfrentamento médio. Todas as comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade e estresse) apresentaram correlações positivas, entre moderadas e fortes e significativas com o envolvimento com a substância. Não houve correlações significativas entre o repertório de enfrentamento com as demais variáveis. A hipótese não foi confirmada, uma vez que o enfrentamento não foi significativo quando analisado em conjunto com indicadores de depressão, ansiedade e estresse influenciando o nível de envolvimento do usuário com a substância. Por outro lado, os resultados constataram que o envolvimento com a substância explica melhor as psicopatologias que o inverso. Os dados corroboram a literatura por indicarem correlação entre depressão, ansiedade e estresse com o envolvimento com a substância. Contudo, divergem ao constatar que o enfrentamento imediato não tem relação com as outras variáveis. O envolvimento com a droga explicando as psicopatologias pode ter relação com o tempo sem utilizar a substância, os sintomas da síndrome de abstinência, os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no tratamento e por questões implicadas na realização do diagnóstico psiquiátrico. Conclui-se que, se houver um esforço para a diminuição do envolvimento com a substância, por meio do investimento no tratamento para manutenção da abstinência, haverá, conseqüentemente, uma diminuição dos índices de depressão, ansiedade e estresse na população dependente de drogas, contribuindo para o manejo dessas questões de saúde pública.

Palavras-chave: Dependência química; Depressão; Ansiedade; Estresse; Habilidades de enfrentamento.

ABSTRACT

Addiction is characterized by the abusive and uncontrolled use of psychoactive substances, which brings physiological, psychological and functional harms to the user. Besides the drug abuse, it is common the prevalence of psychiatric comorbidities, like depression, anxiety and stress. It has consequences to the treatment and its prognosis, health professionals' interventions and all the management in the psychosocial attention network. In the treatment, the coping skills are strategies used by the individual so he can deal with specific situations of craving in order to keep the abstinence. Thinking in the association between those variables, this study aims to evaluate the relations among depression, anxiety, stress, coping skills and involvement with drugs in psychoactive substances users. Fifty users of psychoactive substances that were in treatment at CAPS-AD in São Luís - MA participated in this research. The mean age was 38.68 years (SD = 11.09), 92% were men, most of the sample (34%) had finished the high school and the substance most used was the crack cocaine (48%). Median time of abstinence was 34 days. The instruments applied were a Questionnaire of General Characterization; *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST); the *Urge Specifics Strategies Questionnaire* (USSQ), and the *Depression, Anxiety, Stress Scale* (DASS-21). Data was typed at the program SPSS (*Statistical Package for Social Sciences* version 25) and analysed by descriptive and inferential statistics, to verify the hypothesis that the immediate coping skills may be moderating the influence of the comorbidities in the involvement with the substance. The mean score of USSQ was 24,0 points (SD=8,0) and most of the participants (42,8%) had a medium repertoire of coping skills. All the psychiatric comorbidities (depression, anxiety and stress) showed significant, positive correlations, between moderate and strong, with the involvement with the drug. There weren't significant correlations between the coping skills repertoire and the others variables. The hypothesis wasn't confirmed, once the coping wasn't significant when analysed with the depression, anxiety and stress levels influencing the involvement of the user with the substance. On the other hand, the results confirmed that the involvement with the substance explains better the psychopathologies than the inverse. Data agrees with the literature once it indicates the correlation among depression, anxiety and stress with de involvement with the drug. However, it diverges when it verifies that the immediate coping doesn't have relation with the other variables. The involvement causing the psychopathologies may have relation with the time without using the substance, the symptoms of the abstinence syndrome, the side effects of the medication used at the treatment and with other issues involved in closing the psychiatric diagnosis. It concludes that, if there is a better effort to reduce the involvement with the psychoactive substance, by the investment at the treatment to keep the abstinence, there will be smaller numbers of depression, anxiety and stress at the drug dependents, contributing for the management of those health public issues.

Key-words. Addiction; depression; anxiety; stress; coping skills.

LISTA DE ABREVIÇÕES E SIGLAS

ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CRATOD	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
DASS-21	<i>Depression, Anxiety, Stress Scale</i>
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HS	Habilidades Sociais
IDHEA-AD	Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PR	Prevenção de Recaída
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
THC	<i>Tetrahydrocannabinol</i>
TSC	Teoria Social Cognitiva
UNESP	Universidade Estadual Paulista
USSQ	<i>Urge Specific Strategies Questionnaire</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1 - Critérios diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas.....	17
ILUSTRAÇÃO 2 Processo de refino da cocaína e seus subprodutos.	22
<u>ILUSTRAÇÃO 3</u> - Determinantes intrapessoais do lapso e da recaída.	26
<u>ILUSTRAÇÃO 4</u> - Determinantes interpessoais do lapso e da recaída.	26
<u>ILUSTRAÇÃO 5</u> - Modelo 1: Envolvimento do usuário com a substância sendo influenciada simultaneamente por depressão, ansiedade, estresse) e enfrentamento imediato.....	44
ILUSTRAÇÃO 6 - Modelo 2: Envolvimento do usuário com a substância sendo influenciada simultaneamente por depressão, ansiedade, estresse), sem enfrentamento imediato.	44
ILUSTRAÇÃO 7 - Modelo 1: Comorbidades psiquiátricas e enfrentamento explicando o envolvimento do usuário com a substância.	49
<u>ILUSTRAÇÃO 8</u> - Modelo 3: O grau de envolvimento do usuário com a substância explica a depressão, ansiedade e estresse.....	50

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização da amostra.....	40
TABELA 2 - Interpretação dos escores do DASS-21 (versão brasileira).....	42
TABELA 3 - Escores medianos obtidos pelos ASSIST.....	46
TABELA 4 - Nível de envolvimento dos usuários com as drogas específicas mais consumidas.....	46
TABELA 5 - Interpretação dos escores do USSQ.....	47
TABELA 6 - Escores obtidos para depressão, ansiedade e estresse.....	47
TABELA 7 - Interpretação dos escores do DASS-21.....	47
TABELA 8 - Correlações entre depressão, ansiedade e estresse com o grau de envolvimento com a substância.....	48
TABELA 9 - Correlações entre o grau de envolvimento com a substância, depressão, ansiedade e estresse com o repertório de habilidades de enfrentamento.....	48
TABELA 10 - Resultados obtidos pelo teste empírico do modelo teórico hipotético 1.....	49
TABELA 11 - Resultados obtidos pelo teste empírico do modelo 3.....	50

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 A dependência de substâncias psicoativas	16
2.2 Dados epidemiológicos do consumo de substâncias mais prevalentes no Brasil	18
2.2.1 <i>Álcool</i>	20
2.2.2 <i>Maconha</i>	21
2.2.3 <i>Cocaína/crack</i>	21
2.3 Modelo de prevenção de recaída	23
2.4 Habilidades de enfrentamento	26
2.5 Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos	29
2.5.1 <i>Depressão</i>	30
2.5.2 <i>Ansiedade</i>	32
2.5.3 <i>Estresse</i>	34
3 JUSTIFICATIVA	37
4 OBJETIVOS	39
4.1 Objetivo Geral	39
4.2 Objetivos específicos	39
5. MÉTODO	40
5.1 Aspectos éticos	40
5.2 Participantes	40
5.3. Local	41
5.4 Instrumentos	41
5.5 Procedimento de coleta de dados	43
5.6 Procedimentos de Análise dos Dados	43
6. RESULTADOS	46
7. DISCUSSÃO	52
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
APÊNDICES	72
ANEXOS	75

1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas lícitas e ilícitas perpassa diversas culturas em todos os seus momentos históricos, ocupando um lugar peculiar na sociedade. O álcool e o tabaco, por exemplo, já eram utilizados pelos indígenas como elementos substanciais em rituais e festas culturais, costume que antecedeu a chegada dos portugueses que colonizaram o Brasil (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, 2016). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007), droga pode ser definida como qualquer substância que, quando introduzida no organismo, interfere no seu funcionamento natural.

Já a substância psicoativa pode ser entendida como qualquer substância química que, quando utilizada, altera uma ou mais funções do Sistema Nervoso Central (SNC), como o comportamento, o humor a cognição (DALGALARRONDO, 2008; CARLINI et al., 2001). Quando consumida, ativa o sistema de recompensa do cérebro, possuindo grandes propriedades reforçadoras e produzindo sensações prazerosas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). No restante deste trabalho, assim como é comum na literatura da área, as substâncias psicoativas serão também chamadas de drogas.

A mídia tem um papel relevante na estimulação do uso de substâncias lícitas em propagandas comerciais, conferindo às mesmas um sinônimo de bem-estar, alívio para situações estressantes e alegria (SENAD, 2016). O próprio ato de ingerir bebidas alcoólicas é um comportamento de socialização e, “[...] para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool” (SENAD, 2016, p. 14).

O escritor inglês Aldous Huxley já compartilhava desta ideia ao se referir às drogas enquanto “paraísos artificiais”, que nos proporcionam uma autotranscendência ou “férias químicas” de nós mesmos. Para ele, “[...] a maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas – ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmo, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma” (HUXLEY, 2002 apud SENAD, 2016, p. 14).

As substâncias psicoativas mais comuns são categorizadas em três grupos: as depressoras, que contemplam o álcool, benzodiazepínicos, solventes/inalantes e opióides; os estimulantes, que incluem a nicotina, cocaína, crack e anfetaminas; e as perturbadoras, que são a maconha, o LSD (dietilamida do ácido lisérgico), ecstasy, anticolinérgicos, entre outras (OMS, 2007; UNIDADE DE PESQUISAS EM ÁLCOOL E DROGAS, 2013).

As substâncias depressoras reduzem a atividade motora, a sensibilidade à dor e a ansiedade. Seu efeito inicial é de euforia, mas em seguida predomina um estado de

sonolência e relaxamento. Já as substâncias estimulantes aumentam o estado de alerta, provocando uma aceleração do pensamento e dos demais processos psíquicos. Por fim, as substâncias perturbadoras são caracterizadas pela grande alteração sensoperceptiva e por seus efeitos alucinógenos, ilusões e delírios (UNIAD, 2013).

Historicamente, as ações de políticas públicas do Brasil voltadas para álcool e outras drogas foram construídas por um viés proibicionista, visto que consideravam o uso dessas substâncias como inadmissível, buscando a sua abolição a qualquer custo e declarando uma verdadeira “guerra contra às drogas”. Contudo, o caráter proibicionista também apresenta alguns contrapontos, como um aumento perceptível da produção, o tráfico, a distribuição e o consumo de drogas (ALVES, 2009).

Diante desse panorama, uma política alternativa ao proibicionismo foi ganhando força, paulatinamente: as políticas de redução de danos. Estas enfatizam a atenuação dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas sem proibi-los, aceitando a impossibilidade de “um mundo livre de drogas”, devido a toda raiz histórica, social e cultural das mesmas na sociedade (ALVES, 2009).

Mesmo com o empoderamento da política de redução de danos, o caráter proibicionista não foi abandonado. Ao contrário, muitos programas de políticas públicas são orientados por essa via, requisitando que o usuário esteja em abstinência da droga para poder ser mantido no serviço. Esse critério de admissão se aplica, por exemplo, ao modelo de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD, de São Paulo. Neste local, logo na admissão do usuário ao serviço, é feita a triagem e o acolhimento do indivíduo pela equipe, com ênfase na estimulação à aderência ao tratamento e abstinência do uso da substância (ZOLDAN; RIBEIRO, 2017).

A dependência química é caracterizada “[...] pelo uso abusivo, compulsivo e incontrolável de substâncias psicoativas, acarretando prejuízos fisiológicos, psicológicos, bioquímicos e funcionais no indivíduo” (ZOLDAN; RIBEIRO, 2017, p. 48). O tratamento do usuário dependente de substâncias é muito complexo por envolver diversos fatores e exigir o trabalho em conjunto de uma equipe multidisciplinar, a fim de oferecer uma assistência psiquiátrica, psicológica, social e uma atenção aos familiares (Ibidem).

O principal dispositivo especializado para o tratamento do dependente químico é o CAPS de Álcool e Drogas (CAPS-ad). Além do CAPS, há outros dispositivos da atenção básica em saúde que podem e devem auxiliar no acolhimento desse usuário na rede de atenção psicossocial (RAPS). Incluem-se nesse âmbito as unidades básicas de saúde, a

estratégia de saúde da família (ESF), os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), entre outros (ZOLDAN; RIBEIRO, 2017).

Ao longo do tratamento no CAPS-ad é possível perceber que alguns dos usuários podem trazer demandas relacionadas não apenas ao uso de substâncias, mas também quanto à presença de comorbidades psiquiátricas. A presença de outros transtornos mentais nesta população é comum. Segundo Zanellato e Laranjeira (2013), há uma incidência de 32% de pelo menos uma comorbidade psiquiátrica em usuários de drogas, ao longo da vida.

De acordo com esses autores, as psicopatologias mais associadas ao uso de substâncias são os transtornos de ansiedade, transtornos de humor, transtornos de personalidade, esquizofrenia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Nesse estudo, o enfoque será sobre a prevalência de depressão, ansiedade enquanto variáveis psicopatológicas concomitantes ao uso de drogas em uma amostra de usuários do CAPS-ad de São Luís - MA.

Em relação ao estresse, optou-se por avaliá-lo em razão da sua substancialidade para o modelo de prevenção de recaída e habilidades de enfrentamento, que foram elaborados justamente para lidar com situações estressoras. Averiguar a presença deste repertório nesse público permite identificar se eles enfrentam adequadamente às situações de estresse. Caso o repertório de habilidades não esteja presente, é previsível que os usuários utilizem a substância para tentar restaurar o equilíbrio que é afetado pelo estresse (MONTI et al., 2005).

É importante avaliar o peso de cada uma dessas variáveis na relação com o envolvimento do usuário com a substância, para que se possa refletir nos possíveis encaminhamentos para a RAPS – por exemplo, para os demais CAPS que tratam de transtornos mentais graves; na direção do tratamento e no tipo de atendimento em saúde mental mais recomendado para o caso.

Nas seções seguintes será apresentado um breve histórico do campo da dependência química, dados epidemiológicos sobre os transtornos psiquiátricos selecionados e sua relação com o transtorno por uso de substâncias. Em seguida, a discussão da teoria de prevenção de recaída e as habilidades de enfrentamento enquanto uma proposta de tratamento para estes usuários e, por fim, o método, os resultados e as discussões do trabalho realizado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A dependência de substâncias psicoativas

O padrão do consumo de substâncias psicoativas pode variar de acordo com a quantidade, frequência, contexto, relevância e impacto na vida do usuário. O consumo passa por etapas graduais, podendo ser classificado desde a abstinência, isto é, o não uso de nenhuma substância, o uso, o abuso da substância até a instalação do padrão de dependência (SENAD, 2016).

O abuso de substâncias psicoativas é considerado a partir do uso recorrente ou contínuo de uma droga, sendo nocivo e ocasionando sofrimento clinicamente significativo ao usuário. Este padrão de consumo prejudica o indivíduo em sua relação familiar, sua funcionalidade na escola ou no trabalho, podendo desencadear também problemas com a justiça e perigos à integridade física do sujeito (DALGALARRONDO, 2008). Mesmo com esse dano real à saúde física ou mental do usuário diante do uso abusivo de drogas, o indivíduo ainda não se enquadra nos critérios da dependência (SENAD, 2016).

Este último padrão de consumo é o grau mais severo no que diz respeito ao uso de drogas. A dependência é definida por um conjunto de sinais e sintomas que preenchem os critérios diagnósticos para a dependência de substâncias psicoativas (SENAD, 2016). Este quadro pode ser entendido como uma relação disfuncional entre o indivíduo e a maneira que este utiliza a substância psicotrópica, perdendo o controle sobre o uso da mesma. Esse quadro é influenciado por aspectos ambientais (sociais, culturais, educacionais), comportamentais e genéticos (MARTINS, 2013; FORMIGONI et al., 2009), sendo possível concluir que a dependência química é fenômeno, indiscutivelmente, multifatorial.

A dependência química está inserida no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V - DSM V (APA, 2014) com o nome de Transtorno por Uso de Substâncias. Dentre os sinais e sintomas característicos desse quadro, nota-se que o indivíduo manifesta um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e relata várias tentativas malsucedidas para atenuar ou interromper o uso. O usuário, em nível de dependência, gasta um tempo significativo dos seus dias em prol da busca e consumo da droga, exercendo um ínfimo controle sobre a mesma. Isso gera sofrimento e prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou de outras áreas importantes no funcionamento do indivíduo (APA, 2014).

De acordo com o DSM V, a principal característica de um transtorno por uso de substâncias é a presença de conjunto de manifestações cognitivas, comportamentais e fisiológicas que anunciam o uso contínuo da droga pelo indivíduo, além de uma alteração

nos circuitos cerebrais devido ao uso. De uma forma geral, os critérios utilizados para estabelecer o diagnóstico de um transtorno por uso de substâncias são: baixo controle sobre o uso, deterioração social, uso arriscado – isto é, o uso recorrente da substância em situações que envolvem risco à integridade física – e critérios farmacológicos (APA, 2014).

Na Ilustração 1, é possível visualizar os critérios diagnósticos para a dependência química, que incluem conceitos como compulsão para o uso, tolerância, síndrome de abstinência, entre outros. Soma-se a eles o quadro de fissura (*craving*), no qual há um desejo urgente e quase incontrolável de usar a substância, com pensamentos intrusivos, sensações físicas, mudanças de humor e comportamento (SENAD, 2016).

Ilustração 1 - Critérios diagnósticos da dependência de substâncias psicoativas.

Compulsão para o consumo	A experiência de um desejo incontrolável de consumir uma substância. O indivíduo imagina-se incapaz de colocar barreiras a tal desejo e sempre acaba consumindo.
Aumento da Tolerância	A necessidade de doses crescentes de uma determinada substância psicoativa para alcançar efeitos originalmente obtidos com doses mais baixas.
Síndrome da Abstinência	O surgimento de sinais e sintomas de intensidade variável quando o consumo de substância psicoativa cessou ou foi reduzido
Alívio ou evitação da Abstinência pelo aumento do consumo	O consumo de substâncias psicoativas visando ao alívio dos sintomas de abstinência. Como o indivíduo aprende a detectar os intervalos que separam a manifestação de tais sintomas, passa a consumir a substância preventivamente, a fim de evitá-los.
Relevância do consumo	O consumo de uma substância torna-se prioridade, mais importante do que coisas que outrora eram valorizadas pelo indivíduo.
Estreitamento ou empobrecimento do Repertório	A perda das referências internas e externas que norteiam o consumo. À medida que a dependência avança, as referências voltam-se exclusivamente para o alívio dos sintomas de abstinência, em detrimento do consumo ligado a eventos sociais. Além disso, passa a ocorrer em locais onde sua presença é incompatível, como por exemplo, o local de trabalho.

Reinstalação da Síndrome de Abstinência	O ressurgimento dos comportamentos relacionados ao consumo e dos sintomas de abstinência após um período de abstinência. Uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar em poucos dias, mesmo o indivíduo tendo atravessado um longo período de abstinência.
---	--

Fonte: Laranjeira et al., 2003.

A síndrome de abstinência é um critério que diferencia o indivíduo que abusa da droga daquele que é dependente. Durante a abstinência, há uma redução importante dos níveis de dopamina devido ao excesso de liberação que ocorreu durante o uso da droga, especialmente no núcleo *accumbens*, que faz parte do sistema de recompensa. Isso desencadeia uma série de sintomas desconfortáveis para o usuário, que já estava acostumado com os efeitos de prazer ocasionados pela droga. Ao interromper bruscamente o uso, o indivíduo pode sentir tremores, sudorese, ansiedade, aumento da pressão arterial, insônia, alteração de humor, cefaleia, náuseas, vômitos, febre, câimbras e aumento da sensibilidade ao som (SENAD, 2016).

Na síndrome de abstinência alcóolica, por exemplo, o início se dá após um intervalo de 6 a 8 horas sem beber e é caracterizada igualmente por tremores, perturbação do sono, distúrbios gastrointestinais, um estado de inquietação geral e, em casos mais graves, presença de *delirium tremens*, que é uma acentuação de todos esses sintomas, assim como a aparição de efeitos psicóticos – delírios, ilusões, alucinações (CARLINI et al., 2001). É por conta de todos esses sintomas desagradáveis que o indivíduo cede à recaída; somando a necessidade de alívio dos sintomas com o desejo incontrolável de usar a substância, o indivíduo não resiste à tentação e usa a droga novamente (SENAD, 2016).

2.2 Dados epidemiológicos do consumo de substâncias mais prevalentes no Brasil

Em relação aos dados epidemiológicos para uso e abuso de álcool e drogas, o Relatório Mundial do Escritório da Organização das Nações Unidas (ONU) de Combate às Drogas e Crimes, de 2006, estima-se que 5% da população mundial entre 15 e 64 anos faz uso regular de algum tipo de substância ilícita, contabilizando aproximadamente 200 milhões de pessoas (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

De acordo com um levantamento domiciliar realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID, 2005) –, 22,8% da população pesquisada já fizeram uso experimental de drogas, exceto tabaco e álcool, correspondendo a 10.746.991

de pessoas. O mesmo levantamento mostrou que o uso experimental de maconha obteve o primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados, seguidos dos solventes (6,1%) (SENAD, 2016).

Já sobre os dados referentes à dependência, há aproximadamente 8 milhões de dependentes químicos no Brasil e, paralelo a isto, 28 milhões de brasileiros possuem algum familiar com transtorno por uso de substâncias (LARANJEIRA et al., 2012, 2013). Diante dessas constatações, o uso de álcool e drogas é considerado um grave problema de saúde pública, ocasionando sérios riscos e comprometimentos não só ao usuário, mas a todos os indivíduos e instituições direta e indiretamente envolvidas, como famílias, escolas e ambientes de trabalho.

De acordo com Carlini et al. (2007), o álcool é a substância lícita mais utilizada no mundo, seguida do tabaco, enquanto que dentre as drogas ilícitas, a maconha é a mais consumida mundialmente (JUNGERMAN; LARANJEIRA, 2008). Além disso, o Relatório Mundial sobre Drogas (ONU, 2007) mostrou que o aumento do uso de cocaína no Brasil passou de 0,4% no ano de 2001 para 0,7% em 2005, sendo considerado um dado importante, assim como o aumento do uso de maconha (1% no ano de 2001 para aproximadamente 3% em 2005).

Apesar de ser uma droga lícita, o consumo em demasia de álcool é extremamente nocivo à população. Cerca de 10 a 12% da população mundial é dependente do álcool; No Brasil, 11,7 milhões de pessoas são alcoolistas e, segundo a OMS, essa é a droga mais consumida por crianças e adolescentes brasileiros, com uma média de idade para o primeiro uso dessa substância aos 12,5 anos (SENAD, 2016).

Além disso, estima-se que 3,8% das mortes e 4,6% dos anos de vida perdidos por incapacidade em todo o mundo sejam devidos ao uso exacerbado de álcool (APA, 2014). Em razão disso, o uso abusivo dessa substância se transformou em um problema de saúde pública, sendo associado a diversas doenças físicas e mentais, acidentes de trabalho, acidentes de trânsito e atos violentos (DÉA et al., 2004; SENAD, 2016).

Os dados epidemiológicos revelam que cerca de 0,3% da população mundial consome cocaína e crack (LARANJEIRA et al., 2012). Segundo o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que é equivalente a 380 mil pessoas. Geograficamente falando, apesar de haver usuários de crack em todas as regiões brasileiras, as regiões Sul e Sudeste concentram a maior parte desses usuários (SENAD, 2016).

No que se diz respeito à prevalência de consumo de determinadas drogas por usuários em tratamento no CAPS-AD, um estudo feito no CAPS-AD de Curitiba constatou que as drogas mais utilizadas também foram o álcool, a maconha, a cocaína e o crack (RIBEIRO; CARVALHO, 2015). Em outra pesquisa realizada por Almeida (2011), em um CAPS-AD de Recife, foi constatado que 54% dos pacientes eram usuários de álcool, seguidos de 33% usuários de tabaco. Dentre as drogas ilícitas, lideravam a maconha (21%), a cocaína (10%) e o crack (7%).

Deste modo, os dados explicitam a prevalência do consumo do álcool, da maconha, da cocaína e do crack tanto população brasileira, quanto nos CAPS de Álcool e Drogas. Em razão disso, é interessante esmiuçar as especificidades de cada uma dessas substâncias.

2.2.1 Álcool

O uso abusivo de álcool é um grande problema de saúde pública, responsável por desencadear uma série de doenças, acidentes de trânsito, de trabalho e episódios de violência, além de levar as pessoas à dependência. O tipo de álcool das bebidas alcoólicas é o etanol, “[...] produzido pela fermentação de frutas e grãos ou destilação de seus produtos – como ocorre com a cana-de-açúcar” (SENAD, 2016, p. 49).

O consumo de álcool tem um duplo efeito sobre o SNC. Em primeira fase, tem uma ação estimulante, provocando euforia, desinibição, sociabilidade, prazer e alegria. Contudo, em um segundo momento, desencadeia um efeito depressor do SNC, ocasionando a lentificação psicomotora, a redução dos reflexos, sonolência e prejuízo da capacidade de concentração e raciocínio. Embora seja uma droga bifásica, ela é considerada uma droga depressora do SNC, uma vez que a fase depressora é mais intensa e prolongada que a fase estimulante (SENAD, 2016).

No Brasil, a Política Nacional sobre o Álcool implementa estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo da droga. Essas estratégias englobam a redução dos danos sociais à saúde e à vida, ocasionados pelo consumo dessas substâncias, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso nocivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2007). Neste sentido, frente à expressiva prevalência do uso de álcool na população brasileira e mundial, é possível visualizar os prejuízos causados pelo uso abusivo dessa substância nas diversas áreas da vida de um indivíduo: pessoal, social, familiar, na saúde, no trabalho, na aprendizagem, entre outras, acarretando como um todo em danos à sua funcionalidade.

2.2.2 Maconha

A maconha é uma planta conhecida cientificamente como *Cannabis sativa* e atravessa a história da humanidade há mais de 12.000 anos. Na Índia, entre 2000 e 1400 a. C., a maconha já era reconhecida por seu efeito euforizante e era utilizada para fins medicinais, confecção de cordas e roupas, indução do sono e do apetite. No Brasil, a planta foi trazida por escravos da África e passou a ser cultivada igualmente com a finalidade têxtil (SENAD, 2016). Atualmente, essa substância ocupa o 1º lugar no *ranking* em consumo de drogas ilícitas pela população, abarcando 144 milhões de brasileiros (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

A maconha tem em sua composição química um elemento chamado *Tetrahidrocanabinol (THC)*, o qual é produzido pela própria planta. Este composto possui propriedades psicoativas, responsáveis pela produção de efeitos perturbadores. A ação do THC no cérebro acaba por afetar áreas responsáveis pelo pensamento, memória, raciocínio e coordenação motora, ocasionando um déficit na execução dessas funções psíquicas. O uso da maconha produz estados de euforia, relaxamento (redução da ansiedade); hipersensibilidade à música, ao paladar e ao sexo; risos excessivos; deixa o usuário mais falante e sujeito a delírios. Além disso, pode provocar sinais físicos como olhos avermelhados, boca seca e taquicardia (MARQUES; RIBEIRO, 2006).

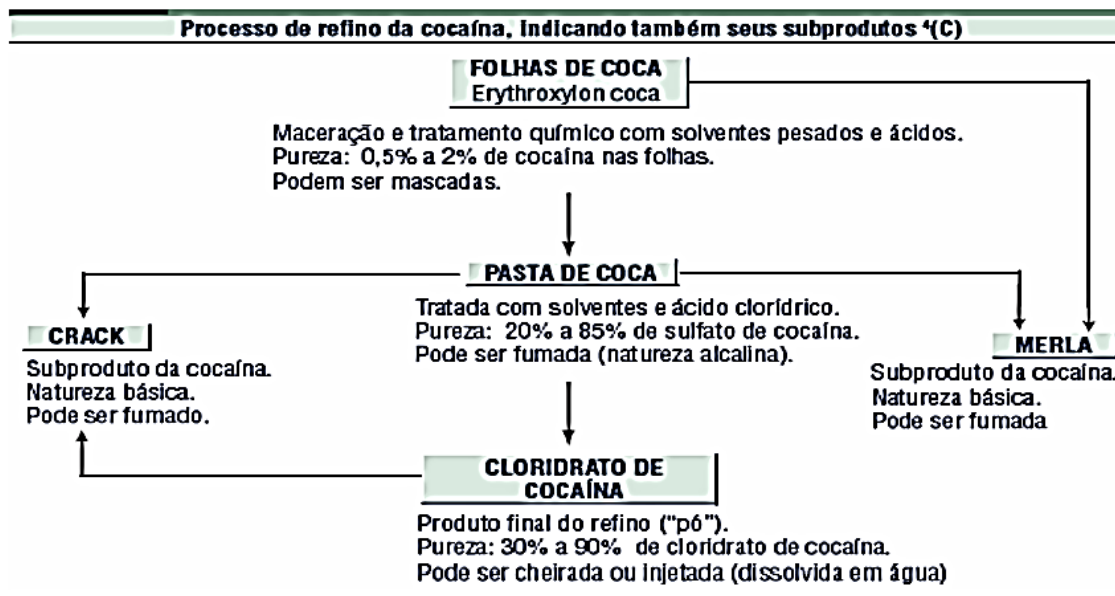
À longo prazo, constata-se que o uso de *Cannabis* desencadeia prejuízos cognitivos quanto à organização e integração de informações complexas, englobando mecanismos de atenção, memória e concentração (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2005). O uso prolongado de maconha também está associado ao desenvolvimento de ansiedade, paranoia, pânico, depressão e esquizofrenia; redução da testosterona; alta pressão arterial; asma; bronquite; câncer; doenças coronárias, dentre outros comprometimentos graves da saúde física e mental (SENAD, 2016).

2.2.3 Cocaína/crack

Outra droga ilícita que causa severos danos aos usuários é a cocaína. Esta substância marcou a cultura de muitos povos, sendo inicialmente encontrada nas regiões dos Andes e, por isso, tendo como principais produtores a Bolívia, o Peru e a Colômbia. Desde antes da colonização espanhola, os povos andinos já mascavam as folhas da coca (SENAD, 2016). A partir de diferentes processos químicos de fabricação, a cocaína pode assumir diversas formas de administração (inalada, injetada ou fumada) e cada uma delas ocasiona efeitos distintos no usuário.

O crack, a merla e a pasta de coca nada mais são que uma variação da cocaína para consumo pela via do fumo (SENAD, 2016). No esquema 1, é possível visualizar o processo de refino da cocaína, os subprodutos decorrentes desse processo e as diferenças da via de inalação para cada uma dessas variações – cocaína, merla, crack.

Ilustração 2 - Processo de refino da cocaína e seus subprodutos.



Fonte: Ferinolo e Signor (2007).

O elemento peculiar que distingue o crack em relação às outras drogas é o alto potencial de dependência em detrimento da via de administração. “Assim que o crack e a merla são fumados, alcançam o pulmão, que é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, levando a uma absorção instantânea” (CARLINI et al., 2001, p. 8). O mecanismo de absorção do crack funciona da seguinte maneira:

Quando a droga é fumada, isso faz com que grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente após o uso, produzindo um efeito explosivo, descrito pelos usuários como uma sensação de prazer intenso. [...] A droga é, então, velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita sensação de bem-estar seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga (SENAD, 2016, p. 88).

O uso de crack ocorre em sua maioria entre jovens, predominantemente, do sexo masculino e com baixo poder aquisitivo. A fissura desencadeada pela crack é tão intensa que os usuários podem ter condutas antissociais para a obter a droga, como furto, roubo, assassinatos e prostituição, sendo a violência um fenômeno que se destaca com números bastante significativos nesta população (ARAÚJO et al., 2010).

Um outro fator que corrobora para o consumo do crack em níveis elevados por grande parte da população é o preço, que é muito menor do que a cocaína em sua forma pura.

Neste sentido, por ser uma droga mais barata, de fácil acesso, com efeitos rápidos, prazerosos e intensos, o crack passa a ser uma opção muito prevalente entre os usuários, gerando dependência em, aproximadamente, 5% a 12% dos indivíduos que experimentam a droga, além do alto grau de fissura (SENAD, 2016).

Enquanto uma droga extremamente prejudicial ao organismo humano, o crack ainda está associado ao desenvolvimento de diversas doenças nos pulmões, no coração, no cérebro – podendo desencadear derrames cerebrais, dor de cabeça, tonturas, inflamações dos vasos cerebrais, atrofia cerebral e convulsões – quadros psiquiátricos, no trato digestivo, alterações no sono, do apetite e do sexo, assim como uma alta associação com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST's) (SENAD, 2016).

Os sintomas de abstinência do crack causam um uso mais intenso quando comparado a outras drogas. A anedonia, ou seja, a perda de interesse por atividades que antes eram prazerosas, é acentuada na abstinência inicial de crack/cocaína, o que favorece a possibilidade de lapso e recaída por parte dos usuários (WASHTON, 1990 apud ARAUJO et al., 2010). Deste modo, interromper o uso de cocaína e crack não é um processo fácil, sendo dificultado por questões como a fissura, o estado emocional e o manejo das situações-gatilho (ARAUJO et al., 2010).

A seguir, será mencionado um modelo desenvolvido com o objetivo de prevenir a ocorrência do lapso e da recaída diante do uso de drogas, assim como o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento frente ao desejo de consumir a droga. Essa alternativa se mostra eficaz para a intensificação e manutenção do tratamento do usuário dependente de drogas.

2.3 Modelo de prevenção de recaída

A Teoria Social Cognitiva (TSC) é uma vertente psicológica dentro do campo das teorias cognitivo-comportamentais, proposta por Albert Bandura, que adota a perspectiva da agência para o autodesenvolvimento, a adaptação e a mudança. Neste sentido, as pessoas são proativas, capazes de se autorregular e refletir acerca de suas próprias ações (BANDURA, 2001). Esta teoria é aplicada para fundamentar intervenções no campo da dependência química, considerando que o comportamento de uso de substâncias psicoativas é aprendido ao longo da vida e a frequência, duração e intensidade com que são emitidos aumentam em razão dos benefícios psicológicos adquiridos (BANDURA, 1977 apud ROMANINI; DIAS; PEREIRA, 2010).

A TSC preconiza a importância do treinamento de habilidades de enfrentamento para lidar com os déficits cognitivos e comportamentais apresentados pelo indivíduo que faz uso de álcool e drogas (BONADIO; FIGLIE, 2007). Alicerçada na TSC, a prevenção de recaída (PR) é um “[...] programa de autocontrole e automanejo que combina procedimentos de treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e de mudança no estilo de vida” (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012, p. 339).

Este modelo de prevenção, postulado por Alan Marlatt na década de 1980, é caracterizado como um programa de autogestão que almeja estimular a manutenção da abstinência durante o processo de mudança de comportamento (JUNGERMAN, 2007). Os comportamentos aditivos, como os emitidos por usuários de álcool e drogas, são vistos pela TSC como hábitos mal adaptados que foram aprendidos e utilizados, ao longo da vida do indivíduo, para lidar com situações difíceis (ROMANINI; DIAS; PEREIRA, 2010).

Para efetivar a mudança de hábitos e de comportamentos, a prevenção de recaída elenca antecipadamente as situações de risco – consideradas “gatilhos” que podem levar o indivíduo a usar a droga novamente – e suscita o uso de estratégias de enfrentamento para lidar com elas. Dessa forma, o indivíduo é o maior responsável por seu autogerenciamento, por seus estados emocionais, de estresse, por suas ações, assim como mudar os hábitos e prevenir as recaídas (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009; ROMANINI; DIAS; PEREIRA, 2010, SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012).

Para entender este programa, é necessário compreender dois conceitos que fazem parte do ciclo da dependência química: o lapso e a recaída. Lapso é o uso inicial de uma substância após um período de abstinência, ou seja, um retorno momentâneo ao hábito anterior. A recaída é o uso continuado da substância após esse lapso inicial (DONOVAN; MARLATT, 2009; JUNGERMAN, 2007). De acordo com Marlatt e Witkiewitz (2009), os objetivos principais da PR são de duas vertentes: o primeiro é de prevenção e o segundo de intervenção.

A PR almeja prevenir os lapsos iniciais para manter a abstinência e as metas de tratamento de redução de danos. Contudo, quando já houve o lapso, o objetivo passa a ser também de intervenção, por meio de estratégias para manejo do lapso a fim de evitar a recaída. Neste sentido, o propósito que embasa a prevenção de recaída é promover habilidades para prevenir-se de uma recaída completa, considerando todos os fatores de risco que podem desencadear essa recaída e agindo para enfrentá-los (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009). É de suma importância atentar-se para o fato de que:

[...] a dependência química é um hábito adquirido e aprendido, por meio do qual a substância vai paulatinamente sendo utilizada para lidar com situações, emoções e experiências de desprazer – ou seja, uma estratégia de enfrentamento disfuncional aprendida (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012, p. 232).

Visto que o principal objetivo da PR é manter a mudança, o tratamento almeja aumentar a consciência do sujeito frente a seu problema e desenvolver melhores estratégias de enfrentamento, maior autoconfiança, autocontrole e autoeficácia (ZOLDAN; RIBEIRO, 2017). O conceito de autoeficácia, desenvolvido por Bandura (1977), pode ser conceituado como “[...] o sentimento de ser capaz de resolver com sucesso uma determinada situação” (ROMANINI; DIAS; PEREIRA, 2010, p. 114).

A autoeficácia ainda pode ser compreendida como a crença que o indivíduo tem sobre o quanto ele é capaz de fazer determinar atividade ou de alcançar um objetivo. É o grau de confiança que tem em si mesmo para se comportar de determinada forma em um ambiente específico (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009).

No contexto do uso de substâncias e de redução de danos, a autoeficácia está relacionada ao quanto o indivíduo crê estar preparado para usar a droga de maneira mais racional, livre de riscos, acreditando que é capaz de lidar com as consequências do consumo (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012). Estudos ainda relatam que a baixa autoeficácia está positivamente correlacionada a recaídas e uma alta autoeficácia está fortemente associada a abstinência de drogas (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

O fortalecimento da autoeficácia passa a ser também uma meta muito importante no modelo de prevenção de recaída, uma vez que quando a autoeficácia é reduzida, o indivíduo fica mais vulnerável em uma situação de risco e emite uma resposta de enfrentamento malsucedida, o que aumenta a chance de ocorrer o lapso. Se não houver um manejo das habilidades para o aumento da autoeficácia, há grandes probabilidades de o lapso virar uma recaída completa (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009).

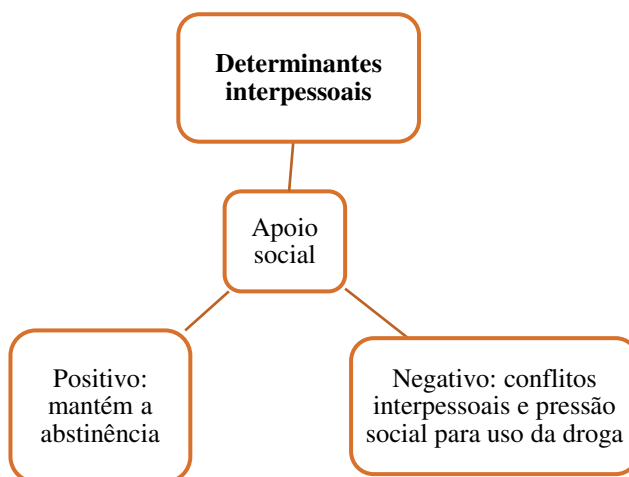
Nas intervenções mais gerais do modelo PR, a ênfase recai sobre a mudança do estilo de vida e na substituição dos comportamentos-problema por comportamentos mais saudáveis, na aquisição e aprimoramento do repertório de habilidades sociais e no desenvolvimento de novos hábitos de vida que se contrapõem àqueles relacionados ao uso de substâncias. Já numa vertente de intervenção mais específica, os usuários são instigados a identificar as situações de alto risco e os determinantes que aumentam a chance de ocorrer recaída (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009). Esses autores ainda falam sobre os determinantes do lapso e da recaída, que podem ser intrapessoais ou interpessoais, como ilustrações 3 e 4.

Ilustração 3 - Determinantes intrapessoais do lapso e da recaída.



Fonte: adaptado de Marlatt e Witkiewitz (2009).

Ilustração 4 - Determinantes interpessoais do lapso e da recaída.



Fonte: adaptado de Marlatt e Witkiewitz (2009).

2.4 Habilidades de enfrentamento

As habilidades de enfrentamento são entendidas como uma série de estratégias cognitivas e comportamentais adaptativas, presentes no repertório do indivíduo e adquiridas ao longo da vida. Elas são utilizadas pelo usuário para lidar com determinadas situações específicas para manter a abstinência (DONOVAN; MARLATT, 2009).

Essas habilidades possuem duas classificações importantes, de acordo com Marlatt e Wikitiewitz (2009). A primeira é quanto à característica psicológica, podendo ser habilidades cognitivas – se os processos mentais são utilizados para controlar o comportamento – ou comportamentais, se estas englobam algum tipo de ação. A segunda

classificação é quanto ao contexto, podendo ser interpessoal, quando utilizadas para lidar com uma situação-problema na qual outras pessoas são um fator importante, ou então intrapessoal, quando utilizadas para situação-problema na qual apenas o próprio indivíduo constitui o fator relevante. Em razão disso, cada habilidade de enfrentamento tem pelo menos três “qualidades” distintas: o momento, a característica psicológica e o contexto (SÁ, 2013).

As estratégias cognitivas ou intrapessoais têm o enfoque da reestruturação cognitiva e mudanças de pensamentos enquanto mediadores para a mudança comportamental. A habilidade cognitiva ainda é definida por Zoldan e Ribeiro (2017) como “[...] a série de recursos adquiridos, ao longo da vida do indivíduo, usados para realizar e gerenciar a complexa dinâmica de aprender, perceber, interagir socialmente, resolver problemas e manter comportamentos adequados frente às intempéries do meio” (p. 110).

As estratégias comportamentais ou interpessoais já enfatizam a mudança na forma de agir e de se relacionar com as outras pessoas de forma mais saudável e funcional, para lidar com as demandas advindas das relações sociais. Ambas as estratégias agem em conjunto para um melhor enfrentamento no tratamento e uma diminuição da probabilidade de lapso ou recaída do uso da substância (ZOLDAN; RIBEIRO, 2017).

O enfrentamento, portanto, inclui um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas para lidar com situações de risco ou obter gratificação (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009). Ele pode ser classificado em três categorias, de acordo com o momento: antecipatório, imediato ou restaurador (DONOVAN; MARLATT, 2009).

O enfrentamento antecipatório se refere a pensamentos e comportamentos que auxiliam na edificação de um ambiente mais forte e menos vulnerável a estressores, assim como uma maior e mais ágil resolução de problemas, antes que a fissura venha a ocorrer e, conseqüentemente, o lapso e a recaída. Nesse sentido, o usuário pode prever ou antecipar as situações “gatilhos” que podem o levar a usar a droga e pode desenvolver estratégias para enfrentar o estresse gerado nessas situações. Quanto maior o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório, menos o indivíduo terá uma vontade intensa de consumir a droga e mais ele conseguirá se manter abstinente (DONOVAN; MARLATT, 2009).

Já no enfrentamento imediato, a fissura já está instalada e o indivíduo está bem mais suscetível a usar a substância. Neste caso, o usuário deve direcionar seus pensamentos, comportamentos e habilidades adquiridas o máximo que puder para lidar com as situações de risco já presentes, para evitar o lapso, o qual pode gerar a recaída (DONOVAN; MARLATT, 2009). O enfrentamento restaurador são estratégias utilizadas quando o indivíduo já passou pelo estado de fissura e cedeu ao uso da droga, resultando em um lapso

e uma possível recaída. Nesse caso, o objetivo deste tipo de enfrentamento é tentar atenuar as consequências afetivas e cognitivas do efeito da violação da abstinência (EVA), geradas após o lapso ou recaída e visando restaurar o estado da abstinência (DONOVAN; MARLATT, 2009).

No treino de habilidades para enfrentamento, o indivíduo pode construir respostas mais adequadas e saudáveis antes de ocorrer a situação de risco, o que aumenta sua capacidade de identificar e monitorar seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos, maior habilidade para resolução de problemas e conseqüentemente, uma diminuição da possibilidade de recaída (ZOLDAN; RIBEIRO, 2017).

Dentre essas habilidades, é inevitável englobar o repertório de habilidades sociais (HS), uma vez que um déficit neste repertório está relacionado ao abuso de drogas (MURTA, 2005). Além disso, as habilidades sociais corroboram para a emissão de respostas competentes socialmente, o que contribui para o estabelecimento de vínculos responsáveis, estáveis e seguros (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012).

As habilidades sociais são adquiridas ao longo da vida. O indivíduo que possui um bom repertório de HS consegue iniciar e manter conversas, falar em público, fazer e receber elogios, solicitar mudança de comportamento, lidar com críticas, expressar sentimentos positivos e negativos, defender os próprios direitos, recusar pedidos, desculpar-se, entre outros (DEL PRETE; DEL PRETE, 2001).

No âmbito da dependência química, o indivíduo com baixo repertório de habilidades sociais tem dificuldades nas suas relações interpessoais como um todo. Desta forma, o usuário não sabe lidar com sentimentos negativos; não faz uso de respostas assertivas e não sabe diferenciá-las das passivas e das agressivas; tem dificuldades em fazer e receber críticas; dificuldades em recusar a droga; e não consegue identificar, manejar e enfrentar situações de risco. Em razão disso, o treino de habilidades sociais auxilia no enfrentamento de situações estressoras que podem levar às recaídas e ensina o indivíduo a se comportar assertivamente, o que fortalece para a esquiva e recusa de substâncias (SAKIYAMA; RIBEIRO; PADIN, 2012).

Embora HS e habilidades de enfrentamento não sejam sinônimos, uma vez que as de enfrentamento são um construto mais vasto que engloba as habilidades intrapessoais, as HS são de extrema importância no processo na manutenção da abstinência e mudança de hábitos de vida (SÁ; DEL PRETTE, 2016).

Um exemplo que mostra o desenvolvimento do repertório de habilidades de enfrentamento como intervenção no tratamento da dependência química é o grupo

terapêutico de habilidades de enfrentamento iniciais desenvolvido em um CAPS-AD de São Paulo, em 2015. Neste projeto, as intervenções eram pautadas na promoção e treinamento de habilidades fundamentais dos pacientes iniciantes no tratamento ambulatorial, a fim de instigar a percepção, compreensão e mudança dos pensamentos e sentimentos que mantêm o comportamento do uso de substâncias (ZOLDAN; RIBEIRO, 2017).

Após a explanação sobre a importância do desenvolvimento do repertório de habilidades de enfrentamento como uma alternativa para o tratamento de usuários de drogas, é preciso pensar também em outros aspectos contemplados no envolvimento do usuário com a substância. Por exemplo, a presença de outras comorbidades psiquiátricas e, conseqüentemente, um comprometimento maior da saúde mental desses indivíduos.

2.5 Comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos

No estudo da dependência de álcool e outras drogas, a manifestação de transtornos mentais enquanto comorbidades presentes nesse grupo já vem sendo muito estudada desde os anos 80 (ROSS; GLASER; GERMANSON, 1988 apud ZALESKI et al., 2006). Na verdade, segundo Zaleski et al. (2006), o abuso de substâncias psicoativas é o transtorno coexistente mais recorrente entre as pessoas com outros transtornos mentais, sendo essencial o correto diagnóstico das patologias envolvidas, assim como averiguar qual delas é a psicopatologia de base – a dependência de substâncias ou outros transtornos psiquiátricos, como, por exemplo, depressão, ansiedade e o estresse, levando em conta o repertório de enfrentamento para lidar com as situações estressoras.

É importante ressaltar, desde agora, que a base conceitual do instrumento DASS-21, o qual foi utilizado neste estudo para avaliar essas três variáveis, tem como alicerce o modelo tripartido de ansiedade e depressão. Esse modelo propõe que a desordem emocional/afetiva e seus subtipos estão dentro de um mesmo *continuum* entre depressão, ansiedade e estresse, que apresentam em pontos distintos, podendo cada um desenvolver o outro com o tempo (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Neste sentido, a teoria que embasa o instrumento caracteriza a depressão por uma redução de afetos positivos, desesperança, baixa autoestima e baixo encorajamento ou iniciativa. A ansiedade, por sua vez, é associada aos afetos negativos e à hiperestimulação fisiológica e estresse resultante da tensão persistente, irritabilidade e da baixa tolerância à frustração (APÓSTOLO, 2010 apud VIGNOLA; TUCCI, 2014). Portanto, a depressão, ansiedade e o estresse têm em comum sintomas que incluem sentimentos negativos, estresse emocional e mudança psicológicas no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal (MELO et al., 2007 apud VIGNOLA; TUCCI, 2014).

2.5.1 Depressão

Os transtornos depressivos têm em comum a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento social, profissional e de outras áreas importantes da vida do indivíduo. O transtorno depressivo maior, por sua vez, ainda é caracterizado pela perda de interesse ou prazer e uma sintomatologia que pode apresentar alterações no sono, no apetite, fadiga ou perda de energia, dificuldade de concentração, sentimentos excessivos de culpa ou inutilidade, além de possíveis ideações suicidas (APA, 2014).

Quanto à prevalência, o índice de depressão nos Estados Unidos da América (EUA) é de aproximadamente 7%, apresentando diferenças significativas de acordo com a idade, uma vez que a prevalência em indivíduos de 18 a 29 anos é três vezes maior do que em indivíduos acima dos 60 anos. Quanto à diferença da prevalência entre sexos, a depressão em mulheres é cerca de 1,5 a 3 vezes mais alta do que em homens, se apresentando no início da adolescência (APA, 2014).

A depressão já atinge 322 milhões de pessoas no mundo, segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017). A prevalência do transtorno na população mundial é de 4,4%. No Brasil, 5,8% da população sofre com a depressão, o que corresponde a um total de 11,5 milhões de brasileiros. De acordo com esses dados, o Brasil é o país com maior prevalência da depressão de toda a América Latina e o segundo com maior prevalência nas Américas, ficando abaixo apenas dos Estados Unidos, que têm 5,9% de pessoas com depressão (OMS, 2017).

A previsão feita pela OMS em 2010 de que, até o ano de 2020, a depressão seria a doença mais incapacitante do mundo, se antecipou. A depressão já é a doença mais incapacitante do mundo, sendo a principal causa de incapacidade mental e física global (LUCENA; VERSOLATO, 2014; RENNÓ, 2017). Em 2016, 75,3 mil trabalhadores foram afastados do trabalho por causa da depressão, com direito a recebimento de auxílio-doença em casos episódicos ou recorrentes (GLOBO, 2017). Não foi à toa que, em 2017, a OMS escolheu o tema “Depressão” para a sua campanha anual (ABP, 2017).

O transtorno depressivo pode ser induzido pelo uso de substâncias psicoativas, provocando uma perturbação persistente do humor, além dos outros critérios característicos da depressão maior – humor depressivo e anedonia. Entretanto, o desenvolvimento dessa comorbidade está relacionada ao uso da droga e ao período de abstinência quando o usuário descontinua o consumo. O transtorno depressivo induzido por substâncias tem seu início nas primeiras semanas ou após um mês de uso da substância. Geralmente, após o abandono do uso da substância, os sintomas desaparecem gradualmente (APA, 2014).

De acordo com a concepção do DASS-21, a depressão é uma desordem emocional, mas não tem uma emoção específica. Pode estar associada com várias emoções, como ansiedade, raiva, culpa e vergonha. A depressão é, geralmente, desencadeada por uma condição de vida desfavorável e pode ser resultante de uma experiência de grande perda ou de sentimentos de desesperança, de achar que a vida não vale à pena de ser vivida (APÓSTOLO et al., 2006 apud VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Entre as mulheres que são dependentes de álcool e outras substâncias, 19% tiveram depressão em algum momento na vida, enquanto que na população geral de mulheres essa prevalência é de 7%. Nos homens que são dependentes químicos, 78% apresentaram primeiro o transtorno por uso de substâncias e depois a depressão; entre as mulheres dependentes de álcool e outras drogas, 66% apresentaram primeiro a depressão (KING; BERNARDY; HAUNER, 2003; JOHNSON et al., 2002).

Em um estudo feito com 198 dependentes de diversas drogas como a cocaína, o crack, a maconha, o álcool e o tabaco, constatou que a maioria dos usuários apresentava graves transtornos mentais, com destaque para a depressão (SANDÍ; DIAZ, 1998 apud SCHEFFER, PASA, ALMEIDA, 2010). Em um outro estudo feito por Scheffer, Pasa e Almeida (2010), que tinha por finalidade avaliar a presença de comorbidades psiquiátricas em dependentes de álcool, cocaína e crack, foi constatado que 66,7% dos participantes tinha Transtorno Depressivo Maior e a mesma porcentagem para o risco de suicídio.

A prevalência de Transtorno Depressivo ao longo da vida é maior nos dependentes de cocaína e oscilam entre 25 e 61%. Essa taxa é bastante elevada, podendo ser considerada até duas vezes maior do que a população em geral (KESSLER et al., 1994 apud SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

Há, portanto, uma associação significativa entre os sintomas depressivos e a dependência de álcool e drogas. Inclusive, essa relação pode ser considerada de causalidade para muitos usuários, uma vez que o uso das drogas se dá pela busca de alívio para o sofrimento causado pela depressão e ansiedade. Além disso, situações conflituosas como divórcio e desemprego são fatores de risco para o desenvolvimento da depressão junto à dependência de substâncias (ANDRADE, 1999).

Pensando nessa relação de causalidade, é importante considerar também uma outra perspectiva: que o uso de drogas pode desencadear sintomas psicopatológicos. Segundo Alves, Kessler e Ratto (2004), mencionados por Scheffer, Pasa e Almeida (2010), o álcool pode causar sintomas de depressão, ansiedade e hipomania/mania durante a intoxicação e a abstinência alcóolica.

Nesse sentido, é difícil avaliar a origem da psicopatologia e as circunstâncias que resultam em seu aparecimento – se são principalmente efeitos colaterais decorrente do uso de drogas ou se são de fato psicopatologias de base que desencadearam os comportamentos de uso de substância. De todo modo, é um desafio que precisa ser enfrentado e investigado, a fim de poder compreender melhor os aspectos da saúde mental dos usuários de uma forma geral e para repensar em novas estratégias de intervenção e tratamento, considerando essas peculiaridades.

2.5.2 *Ansiedade*

Os transtornos de ansiedade têm em comum as características de medo e ansiedade excessivos em relação a situação real e perturbações comportamentais e fisiológicas relacionados. Medo é uma resposta emocional à uma ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Apesar de serem confundidos, o medo se manifesta quando o estímulo aversivo/ ameaça já está presente, sendo uma reação necessária para luta ou fuga diante do perigo (APA, 2014)

Já a ansiedade, esta é mais presente quando o estímulo aversivo ainda não está presente, causando um grande desconforto e especulações sobre a possível ameaça. Frequentemente, é mais associada a tensão muscular e hipervigilância como uma forma de preparação para o perigo futuro, havendo uma série de emissões de comportamentos de cautela ou esquiva (APA, 2014).

A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como norma naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo. Tais reações exageradas ao estímulo ansiogênico se desenvolvem, mais comumente, em indivíduos com uma predisposição neurobiológica herdada (CASTILLO et al., 2000; ROSEN; SCHILKIN, 1998; ALLEN; LEONARD; SWEDO, 1995).

Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino, em uma proporção de aproximadamente dois casos para um (APA, 2014).

Segundo o relatório da OMS (2017), o Brasil é recordista mundial em prevalência de transtornos de ansiedade: 9,3% da população sofre com esta patologia. Este mesmo relatório apresentou um aumento significativo do número de pessoas com transtornos ansiosos em termos mundiais, entre 2005 e 2015. Em 2015, foram computados 264 milhões de pessoas com algum tipo de ansiedade, 14,9% a mais que em 2005. A prevalência dos transtornos de ansiedade na população é de 3,6%. É importante salientar que muitas pessoas têm tanto depressão quanto ansiedade, simultaneamente (OMS, 2017).

Os transtornos ansiosos são os quadros psicopatológicos mais presentes tanto em crianças quanto em adultos, com uma prevalência aproximada de 9% e 15%, respectivamente, durante algum período de vida. Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais frequentes são o transtorno de ansiedade de separação, com prevalência de 4%, o transtorno de ansiedade generalizada (2,7% a 4,6%) e as fobias específicas (2,4% a 3,3%). A prevalência de fobia social é cerca de 1% e a do transtorno de pânico (TP) 0,6% (CASTILLO et al., 2000).

Alguns transtornos de ansiedade, como por exemplo o de ansiedade generalizada, pânico, fobia social, entre outros, ainda são acompanhados de diversos sintomas físicos, como inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”; fatigabilidade; falta de ar, tremores, alterações no apetite, aumento da frequência cardíaca, sudorese, dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; desconfortos intestinais e perturbação do sono. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014).

Um dos fatores fortemente associados ao uso de substâncias psicoativas é a ansiedade, sendo este um quadro que motiva o abuso de álcool e outras drogas (LOPES; REZENDE, 2013). Um estudo feito por Kerr-Corrêa, Andrade, Bassit e Boccuto (1999), na Universidade Estadual Paulista (UNESP), mostrou que 6,5% dos universitários e 4,2% dos colegiados usam drogas regularmente a fim de diminuir a ansiedade e o estresse. Outra pesquisa realizada por Chiapetti e Serbena (2007), com universitários de Curitiba, revelaram resultados semelhantes ao constatar que a terceira razão da manutenção do uso de drogas era a redução da ansiedade e do estresse (LOPES; REZENDE, 2013).

Os principais transtornos de ansiedade apresentados por usuários de substâncias psicoativas são a agorafobia, fobia social e transtorno de pânico. O consumo de álcool aumenta em 2 ou 3 vezes a probabilidade do desenvolvimento de um transtorno de ansiedade. Mais uma vez, os achados da literatura mostram que o álcool ajuda no alívio dos

sintomas ansiosos como tensão muscular, insônia, inquietação. Especialmente entre jovens, esse uso também se relaciona com a autoexposição diante de situações sociais aversivas, como apresentar um trabalho em público ou em relacionamentos amorosos. Filmes e séries retratam com frequência o uso de álcool e drogas para provocar a desinibição e enfrentar essas demandas sociais (ZANELATO; LARANJEIRAS, 2013).

Lotufo-Neto e Gentil (1994) avaliaram a prevalência de sintomas de ansiedade e fóbicos em pacientes dependentes de álcool, e também a prevalência de abuso e dependência de álcool entre aqueles que procuraram o serviço ambulatorial por diagnóstico de transtorno do pânico/agorafobia. Os resultados mostraram que os ataques de pânico e as fobias estavam associados com um aumento da gravidade e pior prognóstico para o alcoolismo, e que o abuso e dependência de álcool foi mais frequente em homens com pânico e agorafobia que usavam o álcool para controlar os sintomas de ansiedade. Em outros estudos com pacientes com transtorno de ansiedade, 20 a 45% relatam histórias de dependência de álcool (ZALESKI et al., 2006).

Ainda no estudo de Scheffer, Pasa e Almeida (2010), os achados mostraram que de 17 participantes que compunham o grupo de dependentes de cocaína e crack, 41,2% apresentaram transtorno de ansiedade, especificamente, a agorafobia, que é caracterizada pelo medo ou ansiedade em pelo menos duas ou mais das seguintes situações: uso de transporte público; permanecer em espaços abertos; permanência em espaços fechados (elevadores, teatro, cinemas); permanecer em uma fila ou em meio à multidão; sair de casa sozinho (APA, 2014).

Diante dessas estatísticas, é importante se atentar para o uso em demasia de álcool e outras drogas como uma válvula de escape dos sintomas ansiosos e como um meio desadaptativo de enfrentamento para essa psicopatologia, acarretando em graves consequências posteriores e um empobrecimento do repertório cognitivo e comportamental para lidar com essas situações.

2.5.3 Estresse

O estresse pode ser entendido a partir de diversas perspectivas: biológica, psicossocial, sendo importante fazer a distinção do estresse normal – que é aquele que mantém o indivíduo alerta e o motiva a fazer as atividades diárias – do estresse patológico, que já ocasiona danos consideráveis à saúde e ao funcionamento social e laboral.

Filgueiras e Hippert (1999) fizeram uma revisão dos conceitos de estresses a partir da perspectiva de diversos autores para poder entender o quão multifacetado e polêmico é

este fenômeno. De acordo com estes autores, o primeiro a estimar um conceito de estresse a partir de sua dimensão biológica foi Hans Selye, que o definiu como “[...] um elemento inerente à toda doença, que produz certas modificações na estrutura e composição química do corpo” (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999, p. 41). Nesse sentido, o estresse seria um estado que estaria relacionado à um desequilíbrio do organismo e sua tendência à uma adaptação.

Pensando por uma via mais psicossocial, ou seja, que os eventos desencadeadores do estresse vêm tanto do ambiente externo como interno, Rodrigues (1997) define o estresse como uma relação entre um indivíduo, seu meio e as circunstâncias às quais está submetido, podendo ser avaliadas pela pessoa como uma ameaça ao seu bem-estar.

Esse autor fez a clássica distinção entre *eustresse* e *distresse*, sendo o primeiro um tipo “bom” de estresse, que é responsável pela nossa produtividade e criatividade nas atividades cotidianas; e o segundo seria o estresse em uma quantidade insuficiente ou excessiva, inadequada e prejudicial, impactando na saúde e funcionamento do indivíduo e levando-o a ter respostas mal adaptativas (RODRIGUES, 1997).

Na perspectiva cognitivo-comportamental, Lipp (1984) se refere ao estresse como "uma reação psicológica, com componentes emocionais físicos, mentais e químicos, a determinados estímulos que irritam, amedrontam, excitam e/ou confundem a pessoa" (p. 6). Deste modo, tendo por base o componente da cognição como mediador entre os eventos ativadores e a resposta emitida, a autora acrescenta a importância da interpretação acerca dos estímulos estressores/ameaçadores, que dependem de um processo de aprendizagem e da história de vida do indivíduo.

As fases de estresse propostas por Lipp (2005) incluem o estado de alerta, a resistência, a exaustão e quase-exaustão. O instrumento DASS-21, que foi utilizado neste estudo para avaliar os níveis de estresse da amostra, tem por base o conceito de estresse dimensionado por Lipp (2005), o qual considera o estresse como um estado emocional que varia de acordo com uma avaliação individual das situações previamente experienciadas como ameaçadoras, danosas ou desafiadoras (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

No que diz respeito ao estresse patológico, o DSM-V categoriza os transtornos relacionados a trauma e a estressores como aqueles onde há necessariamente uma exposição do indivíduo a um evento traumático ou estressante. As classificações agrupam os seguintes transtornos: transtorno de apego reativo, o transtorno de interação social desinibida, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o transtorno de estresse agudo e os transtornos de adaptação (APA, 2014). Contudo, os transtornos mentais relacionados ao estresse não são recorrentes em usuários de álcool e drogas, sendo o alvo desta pesquisa o conceito de estresse

enquanto uma situação de desequilíbrio do organismo e o lançamento de estratégias de enfrentamento para se adaptar e lidar com essas situações.

Ao se pensar em alternativas para lidar com o estresse, é importante adentrar nas estratégias de enfrentamento, conhecidas como “coping” ou enfrentamento. Este conceito pode ser entendido como uma série de recursos que o indivíduo utiliza para reagir aos estímulos estressores, estando relacionado à maneira particular que cada um julga, avalia e enfrenta com esses eventos (LAZARUS, 1976 apud FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999). Corroborando isso, Rodrigues (1997) afirma que esse processo de avaliação dos eventos estressores se dá tanto pela via racional como emocional e a reação do indivíduo ao estresse vai ser influenciado por suas experiências prévias ao longo da vida.

No cenário da dependência química, indivíduos que fazem uso pesado de álcool frequentemente apresentam estresse devido a experiências no trabalho, nos relacionamentos sociais, problemas legais e financeiros (BRADY; FERGUSON, 1999). O enfrentamento, portanto, é uma resposta que lança mão de habilidades desenvolvidas para se adaptar às situações estressantes, a fim de diminuir as consequências danosas advindas dessas circunstâncias (ARAÚJO et al., 2010). Compreendendo no estresse enquanto um desequilíbrio entre as exigências ambientais, o enfrentamento vem a ser uma tentativa de atender às essas exigências e restaurar o estado de equilíbrio (MONTI et al.; 2005).

O desenvolvimento de um repertório de habilidades de enfrentamento tem se mostrado como uma alternativa eficaz para a prevenção de recaída do uso de drogas e consequente manutenção do estado de abstinência (ARAÚJO et al., 2010; MONTI et al., 2005). Deste modo, se os usuários não possuem um repertório de habilidades para enfrentar de maneira adequada às situações de estresse, é muito possível que recorram ao uso da substância para tentar resgatar o equilíbrio, levando ao lapso ou recaída (MONTI et al., 2005).

Diante desses dados, é de suma importância avaliar o nível de estresse nos usuários de substâncias psicoativas e compreender a influência das situações estressoras no desencadeamento do comportamento de uso de drogas. Além disso, ao avaliar o repertório de habilidades de enfrentamento destes usuários, é possível pensar em intervenções que contribuíssem para o tratamento e para a prevenção da recaída.

3 JUSTIFICATIVA

O uso e abuso de substâncias pode ser considerado como um extenso e severo problema de saúde pública em quase todos os países do mundo (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010). O uso crônico dessas substâncias pode ocasionar a dependência química, um padrão de consumo patológico de uma droga por um indivíduo, uma vez que ele não consegue interromper ou diminuir o uso da substância mesmo após tentativas mal-sucedidas de fazê-lo, o que gera intenso sofrimento (APA, 2014). Uma outra questão associada ao uso abusivo de substâncias psicoativas é a existência de comorbidades psiquiátricas em usuários dependentes de drogas (FILHO et al., 2003, apud SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010), o que pode desencadear uma série de consequências para a intervenção da equipe de saúde.

A forte associação entre transtornos mentais e o transtorno por uso de substâncias psicoativas vêm sendo expressiva em estudos desenvolvidos em inúmeros países nos últimos anos. Inclusive, “[...] a comorbidade parece ser mais a regra do que a exceção” (ZANELATO; LARANJEIRA, 2013). Um estudo epidemiológico desenvolvido por Regier e colaboradores (1990) constatou a prevalência de 22,5% de associação entre um transtorno mental e o uso de substâncias, especialmente em usuários de álcool (37%) e de outras drogas de abuso sem ser o álcool (53%).

É preocupante a escassez de estudos clínicos e científicos que apresentem a realização do diagnóstico das comorbidades psiquiátricas ao uso de álcool e outras drogas e vice-versa. Isso acarreta na evolução de um transtorno sem o tratamento adequado, agravando o prognóstico de ambas as condições psicopatológicas (ZANELATO; LARANJEIRAS, 2013).

Outro aspecto relacionado é a escassez de estudos e pesquisas com esses objetivos específicos em âmbito regional, uma vez que não foram encontrados estudos publicados sobre esta temática com o público maranhense e ludovicense. Neste sentido, a pesquisa pode contribuir para a expansão da produção científica acerca da caracterização do público de dependentes de substâncias em São Luís – MA, assim como outras possíveis psicopatologias nessa população e as habilidades de enfrentamento presentes no repertório cognitivo-comportamental destes indivíduos.

Outro ponto relevante para o desenvolvimento deste trabalho é a possibilidade de identificação da psicopatologia de base do usuário – a dependência química ou outro transtorno psiquiátrico (depressão, ansiedade ou estresse). Estudos apontam para as dificuldades metodológicas para realização do diagnóstico psiquiátrico primário, uma vez que deve ser considerado o tempo de abstinência da droga, as avaliações sobre o uso da

mesma, assim como a sobreposição e flutuação dos sintomas, que muitas vezes coincidem entre as possíveis psicopatologias (ZANELATO; LARANJEIRA, 2013).

A subnotificação da comorbidade psiquiátrica na população adicta ou a realização tardia do diagnóstico pode ainda desencadear maiores riscos como: menor adesão e resposta ao tratamento; maior prejuízo social; superlotação do serviços de pronto-atendimento; maior vulnerabilidade para contração do vírus HIV; ideação e tentativas de suicídio; desemprego; situação de rua; violência e comportamentos criminosos (LANGAS; MALT; OPJORDSMOEN; 2011).

A partir deste trabalho, diante da hipótese de se descobrir outros diagnósticos psiquiátricos para além do transtorno de substâncias, novas possibilidades de intervenção neste campo podem ser abertas. Poderá ser possível repensar a intervenção psicológica com esse grupo, explorando questões que transpõem àquelas permeadas pela dependência química, mas que englobam também a condução do trabalho em saúde mental de uma forma holística, com ênfase nas intervenções cognitivo-comportamentais. Uma vez que é investigado e determinado qual a psicopatologia de origem, é possível repensar também possíveis encaminhamentos para a rede de atenção psicossocial (RAPS) e redirecionamento do tratamento, a fim de atender a demanda inicial do paciente, para então poder intervir nos subprodutos gerados por ela.

De acordo com esses dados que explanam uma associação significativa entre o uso de drogas e a coexistência de outras psicopatologias, a justificativa para a realização deste trabalho se deu pela relevância de caracterizar essa prevalência em usuários de drogas que estão em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD), em São Luís - MA. Para além da caracterização, foi importante investigar a associação entre as comorbidades psiquiátricas selecionadas para o estudo – depressão, ansiedade e estresse – e o repertório de habilidades de enfrentamento adquirido por estes usuários, objetivo deste estudo, conforme apresentado a seguir.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Avaliar as relações entre depressão, ansiedade, estresse, habilidades de enfrentamento e grau de envolvimento com drogas em usuários de substâncias psicoativas.

4.2 Objetivos específicos

- Verificar o grau de envolvimento dos usuários de álcool e outras drogas com a droga de preferência;
- Avaliar o repertório de habilidade de enfrentamento imediato para fissura;
- Investigar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse;
- Correlacionar o nível de envolvimento com a substância com os níveis de depressão, ansiedade, estresse e o repertório de habilidades de enfrentamento;
- Explorar modelos teóricos de depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento como moderadoras do envolvimento do usuário com a substância psicoativa, por meio de regressão linear múltipla.

5. MÉTODO

5.1 Aspectos éticos

Este estudo fez parte de uma pesquisa maior intitulada “Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD): Estudos psicométricos adicionais e elaboração de manual para aplicação, apuração e interpretação”. Foi submetida à Plataforma Brasil (CAAE: 47551315.0.0000.5087) e aprovada (Parecer nº 1.304.309) em avaliação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (ANEXO A). Todos os participantes da pesquisa receberam e assinaram em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) contendo explicações sobre o caráter voluntário de participação no estudo, assim como seus objetivos e procedimentos metodológicos.

5.2 Participantes

Participaram deste estudo 50 indivíduos que faziam uso de álcool e outras drogas e que estavam em tratamento para abuso ou dependência de substâncias psicoativas no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). A amostra foi não probabilística por conveniência.

Como critérios de inclusão, foram aceitos participantes maiores de 18 anos; pessoas em tratamento voluntário; de qualquer nível de escolaridade e não houve exigência quanto a um tempo mínimo sem consumir a substância. O participante devia estar, necessariamente, em tratamento para iniciar ou manter a abstinência. Como critério de exclusão, não foram aceitos usuários que estavam sob efeito de álcool e/ou outras drogas no momento da coleta dos dados;

A média de idade foi de 38,68 anos (DP = 11,09), com mínimo de 21 anos e máximo de 64 anos. Como indicado na Tabela 1, a maioria dos participantes foi do sexo masculino, tinham no máximo o ensino médio completo e faziam uso, majoritariamente, de crack.

Tabela 1 - Caracterização da amostra

Variável	Categoria	Frequência
Sexo	Masculino	92,0%
	Feminino	8,0%
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	18%
	Ensino Fundamental Completo	24%
	Ensino Médio incompleto	18%

	Ensino Médio completo	34%
	Superior incompleto	6%
	Superior completo	0%
Principal substância utilizada	Crack/cocaína/merla	48%
	Álcool	44%
	Maconha	4%
	Outros	4%

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

O tempo médio de abstinência no momento em que participaram do estudo foi de 118,14 dias (DP = 159,73), variando entre 1 dia e 605 dias sem utilizar a substância. A mediana, estatística mais precisa devido ao grande desvio padrão, foi de 34 dias.

5.3. Local

Rede Assistencial do CAPS – AD (Centro de Atenção Psicossocial para o tratamento de Álcool e Drogas), dos governos estadual e municipal, localizados em São Luís do Maranhão. O CAPS-AD é um ponto de atenção, que compõe à Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial, destinado a fornecer o cuidado integral e contínuo a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas.

O local da coleta em questão era um CAPS AD II, capacitado para atender os municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e ofertar os seguintes serviços: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); ensino de habilidades de enfrentamento para manutenção da abstinência e prevenção de recaída; atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); oficinas terapêuticas; visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias para inserção do sujeito na comunidade, na família e na sociedade (BRASIL, 2002).

5.4 Instrumentos

(A) *Questionário de caracterização geral*: contém informações sobre idade, sexo, nível de escolaridade e tempo de abstinência, medido em semanas, elaborado para esse estudo (ANEXO B).

(B) *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)*: foi traduzido para o português com o nome “Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e Outras Substâncias” e validado para o Brasil por Henrique, Micheli, Lacerda, Lacerda e Formigoni (2004). O instrumento é composto por oito itens que investigam o uso

de nove tipos de substâncias psicoativas, nos três meses anteriores a aplicação. O escore total varia de 0 a 39, sendo que, quanto maior o escore, maior o envolvimento com a droga. Para cocaína e crack, scores de 0 a 3 indicam uso; 4 a 26 indicam abuso e de 27 ou mais indicam dependência. Para o álcool, scores de 0 a 10 indicam uso, 11 a 26 indicam abuso e de 27 ou mais indicam dependência. A consistência interna avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach, é de 0,80 para a versão “álcool”, 0,79 para “maconha” e 0,81 para “crack/cocaína”.

(C) *Questionário de Estratégias Específicas à Fissura*: foi adaptado para o contexto brasileiro por Martins (2017), a partir do instrumento original “*Urge Specific Strategies Questionnaire*” (USSQ), desenvolvido nos Estados Unidos por Monti et al. (2005). O instrumento avalia, em um único fator, as habilidades de enfrentamento imediato, com a pergunta base: “Em um momento em que você está com uma grande vontade de consumir a substância, com frequência você...”. Na sequência, são apresentadas 15 estratégias para lidar com a fissura, que devem ser respondidas em uma escala de medida que varia de 0 a 3 e de resposta com as seguintes categorias: “nunca”, “poucas vezes”, “muitas vezes” e “sempre”. Neste caso, a pontuação máxima é de 45 (caso um participante responda “sempre” para todos os itens) e a mínima de zero (caso o participante marque “nunca” em todos os quinze itens).

(D) *Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21)*: foi adaptado para o português de Portugal por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), a partir do instrumento original “*Depression, Anxiety, Stress Scale*”, desenvolvido por Lovibond e Lovibond (2004) na Austrália. Esta escala possui 21 itens e apresenta-se como um conjunto de três subescalas de auto-resposta que variam de 0 a 3. Cada subescala é composta por 7 itens que avaliam depressão geral, ansiedade e estresse, permitindo ao indivíduo responder o quanto cada enunciado se aplicou durante a última semana. A pontuação mínima para cada subescala é 0 e a máxima 21. Após a adaptação e validação do instrumento para a versão brasileira, feita por Vignola e Tucci (2014), as autoras determinam que a interpretação dos escores é feita a partir da multiplicação do escore original por 2. A tabela 2 ilustra as classificações do grau de severidade de cada subescala, com seus respectivos escores para interpretação.

Tabela 2 - Interpretação dos escores do DASS-21 (versão brasileira).

Nível de severidade	Percentil	Depressão	Ansiedade	Estresse
Normal	0-78	0-9	0-7	0-14

Médio	78-87	10-13	8-9	15-18
Moderado	87-95	14-20	10-14	19-25
Severo	95-98	21-27	15-19	26-33
Extremamente severo	98-100	28+	20+	34+

Fonte: Adaptada de Vignolia e Tucci (2014).

5.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta foi realizada nos CAPS-AD, em São Luís – Maranhão, a partir de aplicações individuais dos instrumentos, em local reservado, obedecendo aos critérios de padronização da aplicação de testes psicológicos. Inicialmente, a pesquisadora explicou ao participante sobre os detalhes, objetivos da pesquisa e instruções para a responder aos instrumentos, assim como esclareceu eventuais dúvidas.

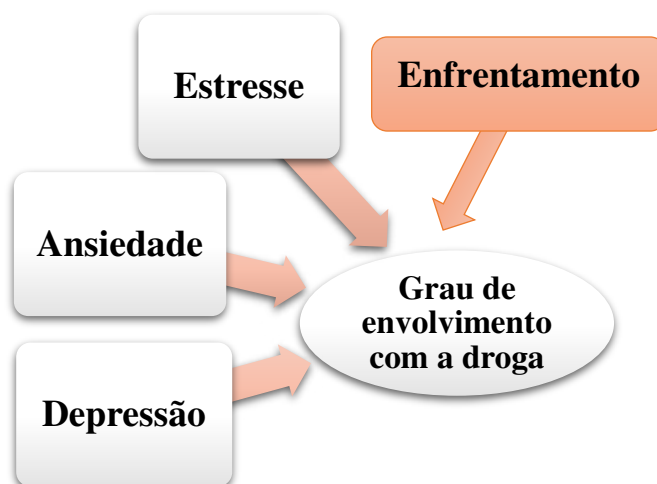
A aplicação foi iniciada com a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e consequente aceite do participante, seguida pela aplicação dos instrumentos na seguinte ordem: questionário de caracterização, ASSIST, USSQ e por último, DASS-21. A pesquisadora fez as perguntas fechadas ao participante e anotou as respostas dadas por ele em cada item dos instrumentos, de acordo com a escala de resposta, semelhante a um formato de entrevista estruturada.

5.6 Procedimentos de Análise dos Dados

As respostas de todos os instrumentos foram digitadas no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 25. Para verificar-se o grau de envolvimento dos usuários com a droga de preferência, avaliar o repertório de habilidade de enfrentamento imediato para fissura e investigar a prevalência de depressão, ansiedade e estresse nos participantes, foram calculadas as médias, medianas e o desvio padrão de todas as variáveis supracitadas. Também foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson para verificar a correlação entre as seguintes variáveis: depressão, ansiedade, estresse, envolvimento com a substância e enfrentamento. Foi adotado valor de significância de 95%.

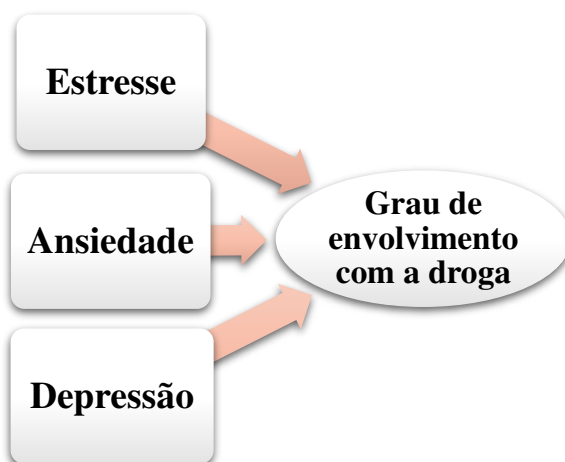
Por fim, utilizou-se o método de análise estatística nomeado como *regressão linear múltipla univariada*. Esta técnica estatística visa a descrição das relações mútuas presentes entre uma série de variáveis, apontando o peso de cada uma dessas relações dentro do modelo explicativo hipotetizado teoricamente. Na regressão linear múltipla univariada, uma variável dependente é explicada por duas ou mais variáveis independentes (MAROCO, 2014). Os modelos testados inicialmente nesse trabalho foram os seguintes:

Ilustração 5 – Modelo 1: Envolvimento do usuário com a substância sendo influenciada simultaneamente por depressão, ansiedade, estresse) e enfrentamento imediato.



Fonte: elaborado pela pesquisadora (2018).

Ilustração 6 - Modelo 2: Envolvimento do usuário com a substância sendo influenciada simultaneamente por depressão, ansiedade, estresse), sem enfrentamento imediato.



Fonte: elaborado pela pesquisadora (2018).

Quanto a esse tipo de análise estatística e aos modelos explicativos que foram testados, Abreu (2016) ressalta que “[...] a) a relação entre as variáveis são indicadas por uma seta, cuja direção indica a orientação do relacionamento entre tais variáveis; b) cada seta apresentará um coeficiente numérico que indica a magnitude do peso da relação entre as variáveis interligadas” (ABREU, 2016, p. 26).

Portanto, neste trabalho, investigou-se o peso de cada uma das seguintes relações: 1) estresse influenciando o grau de envolvimento com a droga; 2) ansiedade influenciando

o grau de envolvimento com a droga; 3) depressão influenciando o grau de envolvimento com a droga; 4) repertório de habilidades de enfrentamento para a fissura influenciando o grau de envolvimento com a substância. A hipótese é que o enfrentamento imediato é capaz de moderar a relação entre depressão, ansiedade e estresse e o envolvimento com a substância. Ou seja, na presença dele, as comorbidades impactariam menos, levando a um menor envolvimento com a substância.

6. RESULTADOS

Para verificar o grau de envolvimento do usuário com a droga de preferência, calculou-se os resultados obtidos pelo ASSIST. Para a amostra total, sem divisão por substâncias, o escore mediano geral sugere a aplicação da intervenção breve, indicando o grau de abuso de substâncias (Tabela 3).

Tabela 3 - Escores medianos obtidos pelos ASSIST.

ASSIST	
Escore mediano geral	24
Escore mediano de usuários de álcool	17
Escore mediano de usuários de cocaína e crack	28

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

Quando a análise é feita por substâncias, ainda na Tabela 3, observa-se que o escore mediano para o envolvimento com álcool indica abuso da substância, dado corroborado pelo fato de que a maior parte da amostra de consumidores de álcool foi classificada como fazendo abuso da substância, como mostra a Tabela 4. Da mesma forma, quanto ao nível de envolvimento com a cocaína e crack, o escore mediano indicou uma classificação de dependência, também corroborado pelo dado de que a maior parte dos consumidores da droga foi também classificada na categoria de dependência.

Tabela 4 - Nível de envolvimento dos usuários com as drogas específicas mais consumidas.

Envolvimento com a substância	Uso	Abuso	Dependência
Álcool	31,8%	36,4%	31,8%
Cocaína e crack	0%	37,5%	62,5%

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

Em relação à caracterização do repertório de habilidades de enfrentamento, os resultados mostraram que o escore médio obtido pelos participantes no USSQ foi de 24,0 (DP=8,0) e que maioria dos usuários tem um repertório classificado como médio de habilidades de enfrentamento imediato, como exposto na Tabela 5.

Tabela 5 - Interpretação dos escores do USSQ.

Classificação do repertório de habilidades de enfrentamento imediato	Escores	Frequência %
Deficitário	0-7	2
Pouco elaborado	8-15	10,2
Médio-baixo	16-19	16,3
Médio	20-28	42,8
Médio-alto	29-31	14,3
Elaborado	32-40	14,3
Muito elaborado	>40	0

Fonte: Adaptada de Martins (2017).

Quanto aos resultados dos níveis de depressão, ansiedade e estresse dos usuários, a interpretação dos escores foi feita separadamente para cada subcategoria. Na tabela 6, é possível visualizar o escore médio obtido em cada subcategoria e os valores mínimo-máximo obtidos pelos participantes do estudo.

Tabela 6 - Escores obtidos para depressão, ansiedade e estresse.

Subescala	Mínimo-Máximo	Escore médio e desvio padrão
Depressão	0-28	9,56 (DP=7,77)
Ansiedade	0-28	9,12 (DP=6,77)
Estresse	0-42	13,36 (DP=10,1)

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

Na tabela 7, estão presentes as classificações dos escores determinadas por Vignolia e Tucci (2014) de acordo com grau de severidade de cada subescala.

Tabela 7 - Interpretação dos escores do DASS-21.

Nível de severidade	Depressão	Ansiedade	Estresse
Normal	54%	40%	56%
Médio	18%	20%	18%
Moderado	16%	20%	10%
Severo	6%	10%	14%
Extremamente severo	6%	10%	2%

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

A Tabela 8 ilustra as correlações de Pearson e a significância obtida, que revela que todas as três comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade e estresse) têm uma correlação positiva, de moderada a forte com o envolvimento com a substância. Isto é, quanto mais alto o nível de envolvimento com a substância psicoativa, mais alto o nível de depressão, ansiedade e estresse, assim como, quanto menor o envolvimento com a substância, menor é o nível dessas comorbidades.

Tabela 8 - Correlações entre depressão, ansiedade e estresse com o grau de envolvimento com a substância.

Correlações de Pearson (<i>r</i>)		
Variável	Envolvimento com a substância (ASSIST)	Significância
Depressão	0,41	0,01
Ansiedade	0,36	0,01
Estresse	0,31	0,03

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

Por outro lado, a Tabela 9 ilustra a correlação entre o repertório de habilidades de enfrentamento imediato com cada uma das variáveis analisadas. Ao analisar os resultados, é possível identificar que nenhuma das correlações foi estatisticamente significativa, o que indica que não houve relação entre o repertório de enfrentamento com depressão, ansiedade, estresse e com o envolvimento com a substância.

Tabela 9 - Correlações entre o grau de envolvimento com a substância, depressão, ansiedade e estresse com o repertório de habilidades de enfrentamento.

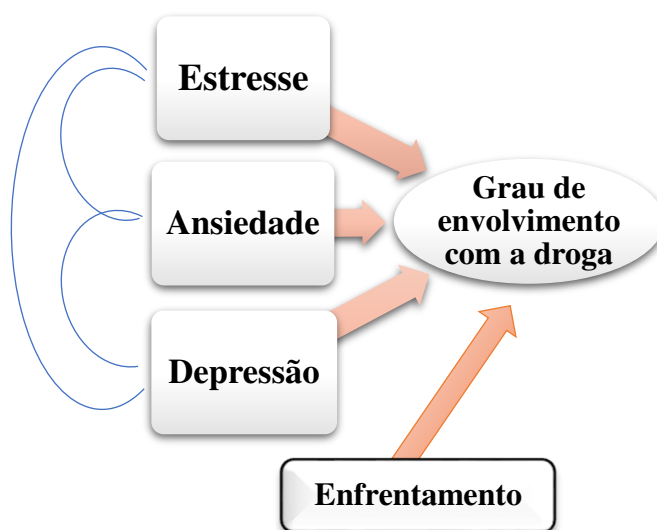
Correlações de Pearson (<i>r</i>)		
Variável	Enfrentamento (USSQ)	Significância
Envolvimento com a substância	-0,10	0,50
Depressão	-0,15	0,31
Ansiedade	-0,11	0,45
Estresse	-0,14	0,34

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

Para averiguar o último objetivo específico deste trabalho, buscou-se explorar empiricamente os modelos teóricos propostos. Primeiramente, testou-se o modelo 1, que contempla todas as relações presentes entre as variáveis supracitadas incidindo no grau de envolvimento do usuário com a substância. Os resultados dispostos na Tabela 10 relevam

que nenhuma das relações estabelecidas pelo modelo 1 obteve peso de regressão significativo. Isto indica que o primeiro modelo hipotético não funciona como um todo, pois as variáveis integradas não explicam o envolvimento do usuário com a substância. Cabe, no entanto, destacar a variável depressão, uma vez que sua significância está perto do ponto de corte consensual para a significância.

Ilustração 7 – Modelo 1: Comorbidades psiquiátricas e enfrentamento explicando o envolvimento do usuário com a substância.



Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

Tabela 10 - Resultados obtidos pelo teste empírico do modelo teórico hipotético 1.

Relação	Peso de regressão	Significância (p)
Ansiedade → Envolvimento	0,43	0,59
Depressão → Envolvimento	0,93	0,06
Estresse → Envolvimento	0,17	0,73
Enfrentamento → Envolvimento	-0,05	0,79

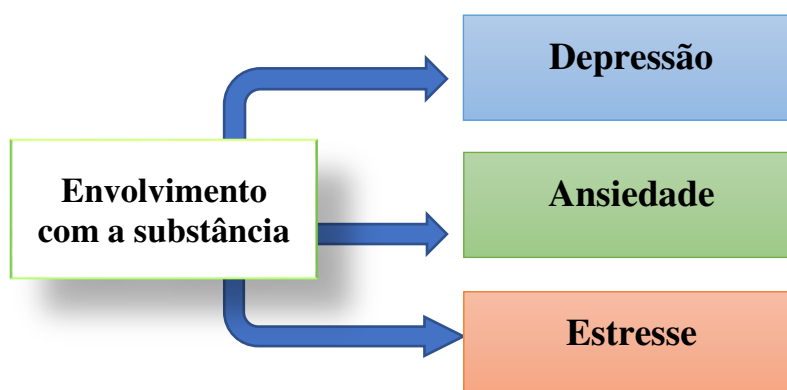
Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

Os resultados relativos ao modelo 2, que excluiu o fator Enfrentamento e avaliou apenas o peso das relações das três comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade e estresse) atuando conjuntamente na influência no grau de envolvimento com a substância, também não foram significativos, apresentando os mesmos valores dispostos na Tabela 10. Isso significa que, independente da presença ou ausência da variável “enfrentamento” no modelo hipotético, as relações hipotetizadas na pesquisa não se sustentam, uma vez que não

há significância da depressão, ansiedade e estresse influenciando o envolvimento do usuário com a substância.

Diante da refutação da hipótese, buscou-se testar empiricamente um modelo alternativo em que há uma inversão do direcionamento da relação entre as variáveis, como é ilustrado pelo modelo 3. Ao invés de serem as comorbidades psiquiátricas que explicam o envolvimento com a substância, foi testada a hipótese de que o envolvimento com a substância explica as comorbidades psiquiátricas.

Ilustração 8 - Modelo 3: O grau de envolvimento do usuário com a substância explica a depressão, ansiedade e estresse.



Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

A Tabela 11 apresenta os resultados obtidos pelo modelo 3, evidenciando que quanto maior o envolvimento com álcool e outras drogas, maiores serão as implicações com as psicopatologias referidas neste trabalho. Detalhadamente, para cada ponto de aumento no envolvimento, o nível de ansiedade aumenta 0,10 pontos, de depressão 0,13 e de estresse também 0,13.

Tabela 11 - Resultados obtidos pelo teste empírico do modelo 3.

Relação	Peso de regressão	Significância (p)
Envolvimento → Ansiedade	0,10	0,01
Envolvimento → Depressão	0,13	0,01
Envolvimento → Estresse	0,13	0,02

Fonte: elaborada pela pesquisadora (2018).

Os achados constata, portanto, valores significativos para a correlação entre as comorbidades estudadas e o uso de substância, não havendo correlação apenas entre o fator enfrentamento e as outras variáveis. Ao esmiuçar ainda mais as correlações, foi possível verificar que o envolvimento com as drogas aumenta a manifestação de indicadores de

depressão, ansiedade e estresse nessa amostra. Em razão disso, a próxima etapa é discussão dos dados encontrados e checar se eles corroboram ou se distanciam das hipóteses feitas ao início do trabalho.

7. DISCUSSÃO

Este trabalho teve por objetivo investigar as relações existentes entre depressão, ansiedade e estresse, habilidades de enfrentamento imediato e o uso de álcool e drogas em pacientes em tratamento para dependência química. A relevância de se pesquisar a associação entre essas variáveis e o uso de substância se justificava pela escassez de estudos sobre essa temática e sobre as implicações desses resultados para se avaliar os possíveis encaminhamentos terapêuticos dentro do campo da saúde mental.

Para isso, o primeiro objetivo do estudo foi verificar o grau de envolvimento dos usuários com a sua droga de preferência, isto é, a substância que mais usavam, que achavam mais difícil de se manter abstinente e que mais lhes traziam prejuízo. Os resultados do escore médio total do ASSIST caracterizaram a amostra como em situação de abuso de substâncias, o que sugere intervenção breve de acordo com as indicações do instrumento. Quando se analisou os resultados por substância, notou-se que os usuários de álcool estavam, em sua maioria, em situação de abuso e os usuários de cocaína e crack já se encontravam no estado de dependência.

Esses dados corroboram a literatura em relação à suscetibilidade e o tempo para desenvolvimento da dependência química diante do envolvimento com cada uma dessas drogas. O usuário de álcool demora mais tempo para se tornar dependente, podendo fazer o uso e abuso da substância sem necessariamente desenvolver a dependência. Carlini et al (2001) reafirmam isto ao dizerem que “[...] a transição do beber moderado ao beber problemático ocorre de forma lenta, tendo uma interface que, em geral, leva vários anos” (p. 13).

A dependência do álcool pode advir anos após de um uso regular e contínuo da substância e há uma alta variabilidade dos efeitos da droga no organismo. A sua ação depende da frequência da ingestão, a quantidade ingerida, da quantidade absorvida, da sua distribuição pelos tecidos, da variabilidade individual e da velocidade de metabolização do álcool. Cerca de 90% do etanol é metabolizado no fígado, transformando-se em acetaldeído e posteriormente em acetato, para ser eliminado pela urina (SENAD, 2016). Logo, é possível considerar que para se desenvolver a dependência de álcool, há muitos fatores envolvidos, desde os efeitos orgânicos até o tempo maior de consumo da substância.

Por outro lado, o usuário de cocaína e crack dificilmente permanece apenas no uso, tendo um alto potencial para desenvolver a dependência (XAVIER; MONTEIRO, 2013). A amostra evidencia isto, uma vez que nenhum usuário de cocaína e crack se encaixou nos critérios de apenas uso da substância. A literatura afirma que 5 a 12% dos indivíduos que

experimentam a cocaína e/ou crack desenvolvem a dependência e que, ao comparar o uso do crack com outras formas de cocaína, “[...] há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura entre aqueles que usam crack” (SENAD, 2016, p. 90).

Isso pode ser explicado pelo mecanismo de ação do crack no organismo. Sabe-se que quanto mais ágil for o início da ação de uma substância no SNC, maior será sua intensidade, menor será a duração do efeito e, portanto, maior será a possibilidade de o indivíduo fazer uso nocivo ou evoluir para a dependência (ARAÚJO et al., 2010). Seguindo este raciocínio, fumar o crack é a via mais rápida de fazer com que ele chegue aos circuitos cerebrais, levando cerca de 10 a 15 segundos para que a sensação de prazer seja percebida pelo usuário. Contudo, o efeito também acaba rapidamente, o que leva o indivíduo a uma intensa vontade de utilizar a substância novamente, contribuindo para a veloz instalação da dependência (SENAD, 2016).

O segundo objetivo do estudo foi avaliar o repertório de habilidades de enfrentamento imediato para fissura. A caracterização revelou que a maioria dos usuários tinha um repertório classificado como “médio” de habilidades de enfrentamento imediato. Nenhum usuário apresentou repertório muito elaborado e apenas 2% apresentaram repertório deficitário. Foi visto, anteriormente, que o treinamento de habilidades de enfrentamento apresenta bons resultados para a manutenção da abstinência em indivíduos dependentes de álcool e drogas. Essas habilidades são a chave principal do modelo de prevenção de recaída, que propõe o aprendizado de estratégias para enfrentar as situações de risco, tendo em foco a manutenção da mudança de comportamento e estilo de vida (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009).

O desenvolvimento de habilidades de enfrentamento não é uma tarefa fácil (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2013). E colocá-las em prática exige persistência e engajamento, especialmente quando a fissura já está instalada, como é o caso do enfrentamento imediato. Neste caso, é possível relacionar a classificação do repertório de habilidades com o tempo de abstinência dos usuários do CAPS-AD. O tempo mediano de abstinência da amostra foi 34 dias. Levando em consideração que o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento era uma intervenção utilizada no CAPS-AD, era de se esperar que os indivíduos que estavam em tratamento já estivessem adquirindo algumas dessas estratégias, uma vez que o tratamento sugere a manutenção da abstinência e o preparo destes usuários para enfrentar as situações de risco.

Sá (2013) constatou em uma amostra de usuários de substâncias que quanto maior o tempo de abstinência do uso da droga, maior o repertório de habilidades de enfrentamento

antecipatório, ainda que ele não seja formalmente treinado. Na amostra do presente estudo, 50% dos usuários possuíam mais de 30 dias de abstinência. Dolan, Rosehnow, Martin e Monti (2012), ao analisarem os resultados do tratamento para uso de álcool em pacientes com repertório de enfrentamento, também enfatizam que a abstinência é um fator que implica em maior repertório de enfrentamento. Logo, se a amostra tem um certo tempo médio de abstinência, é possível pensar que essa variável tem a ver com o repertório médio.

Contudo, o repertório também não poderia ser tão elaborado, visto que o tempo mediano de abstinência ainda é considerado curto e os pacientes ainda estão em tratamento, aprendendo estratégias de lidar com a fissura. Portanto, muitos usuários ainda poderiam se encontrar no estágio de preparação para mudança, como apontado por Prochaska, DiClemente e Norcross (1992). De acordo com esses autores, o usuário em estágio de preparação começa a adquirir um compromisso mais sério com a mudança, mas ainda precisa de ajuda para colocar esse novo estilo de vida em prática. Diante disso, o repertório médio de enfrentamento imediato pode ser explicado pela caracterização do tempo de abstinência.

Uma outra hipótese para explicar esse resultado é a característica do tipo de droga utilizada. Como a maioria da amostra é dependente de crack e sabe-se que, na abstinência desta droga, a instalação da fissura ocorre de maneira mais rápida e agressiva, muitas vezes o repertório de enfrentamento imediato não é suficiente para que o usuário se mantenha abstinente diante das situações de risco que se apresentam. Esses dados podem ser discutidos com os achados de Monti et al (1997). Os autores relatam a dificuldade de pacientes dependentes de cocaína em entender e reconhecer as próprias emoções, o que é um entrave para o treinamento das habilidades de enfrentamento. Os autores ainda discutem que a fissura mais intensa, como a que é ocasionada por usuários de cocaína e crack, pode levá-los a utilizar estratégias de confronto, que são pouco eficazes na contenção das emoções e no enfrentamento de situações de risco de recaída.

Nesse sentido, é válido pensar que o conteúdo do USSQ envolve substancialmente estratégias intrapessoais para enfrentamento da fissura, o que engloba muitos elementos cognitivos. Dos 15 itens do instrumento, pelo menos 8 referem estratégias intrapessoais para lidar com as situações de risco, como por exemplo os itens: “pensou nas coisas ruins que poderiam acontecer se você usasse a droga”; “desafiou seus pensamentos sobre querer consumir a droga” e “tentou resolver um problema quando ele te levou a ter vontade de usar a droga”. Ao pensar que a amostra tem um prejuízo na cognição em decorrência do uso da substância, do uso de outros medicamentos, da baixa escolaridade, entre outros fatores, isso

implica na atenção, consciência, planejamento, funções executivas e no pensamento necessários para que o indivíduo tenha um bom enfrentamento em relação à fissura.

Em relação à prevalência de depressão, ansiedade e estresse, grande parte dos participantes apresentou níveis normais de depressão, ansiedade e estresse. Contudo, houve representatividade em todas classificações de severidade, sendo os níveis médio e moderado variando entre 10 e 20% da amostra e os níveis severo e extremamente severo variando entre 2 e 14%.

Os dados estão de acordo com os achados do *Epidemiologic Catchment Area* (1980), mencionado por Zanellato e Laranjeira (2013), que apontavam a prevalência de 22,5% para a associação “transtorno mental-uso de substâncias” e uma incidência de 32% de pelo menos uma comorbidade psiquiátrica em usuários de drogas, ao longo da vida. Silveira e Jorge (1999) também corroboraram a ideia, afirmando que entre os dependentes de álcool, 37% tinham alguma outra comorbidade e 53% dos dependentes de outras drogas apresentavam outro transtorno mental associado.

Sobre os índices de depressão, os resultados mostram que 6 a 18% da amostra apresentam um grau importante desta psicopatologia. Esses achados estão de acordo com a literatura, a qual indica que os transtornos do humor estão corriqueiramente associados aos transtornos por uso de substâncias, podendo alcançar prevalências de até 60% (ZANELLATO; LARANJEIRAS, 2013). Putnins et al (2012) ressaltam a importância de avaliar os problemas de sono, tentativas de suicídio e suicídio consumado nos dependentes que apresentam transtorno de humor.

Também é possível discutir os resultados encontrados com Scheffer, Pasa e Almeida (2010), que constataram uma prevalência de 66,7% de Transtorno Depressivo Maior e risco de suicídio em dependentes de álcool, cocaína e crack. Kessler et al (1994), mencionado por esses autores, ainda apontam que o Transtorno Depressivo ao longo da vida comparece mais nos usuários de cocaína e sua prevalência flutua entre 25 e 61%.

Já Zaleski et al. (2006) constataram em estudos com pacientes com transtorno de ansiedade, que 20 a 45% relatam histórias de dependência de álcool. Ademais, os achados do estudo de Scheffer, Pasa e Almeida (2010) mostraram que, de 17 participantes de uma amostra de dependentes de cocaína e crack, 41,2% apresentaram transtorno de ansiedade, especificamente, a agorafobia. Ao esmiuçar o tipo de transtorno ansioso, Silveira e Jorge (1999), ao investigar a existência de comorbidades psiquiátricas em dependentes químicos, obtiveram resultados que 58% dos usuários apresentavam algum transtorno de ansiedade,

sendo os mais frequentes: fobias (14%), pânico (10%) e transtorno de ansiedade generalizada (8%).

Ao pensar no estresse e sua relação com o uso de substâncias, foi visto que a recaída, isto é, “[...] o retorno ao consumo compulsivo da substância após período de abstinência” (SÁ; DEL PRETTE, 2016, p. 352), pode advir de formas disfuncionais de lidar com situações corriqueiras de estresse, no dia a dia com a família, no trabalho, com amigos ou até mesmo com desconhecidos (SÁ; DEL PRETTE, 2016). Portanto, pessoas com um repertório de habilidades de enfrentamento deficitário ou pouco elaborado tem mais propensão a fazer uso da substância para tentar retornar ao estado de equilíbrio que é descompensado pelas situações estressoras (MONTI et al., 2005).

No que diz respeito aos fatores determinantes do lapso e da recaída, o estresse está entre envolvidos em vários deles, desde a fissura e os estados emocionais até o apoio social negativo, em que há conflitos interpessoais e pressão social para uso da droga (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009). Hore (1971), mencionado por Marlatt (1996), realizou um estudo com um grupo de 22 pacientes alcoolistas em tratamento e analisou os eventos associados com a recaída. Quarenta e um episódios foram relacionados com eventos estressores significativos da história de vida de cada participante, incluindo problemas em relacionamentos afetivos (33%); problemas e mudanças no trabalho e no ambiente laboral (33%); mudanças de saúde (20%); e eventos envolvendo mudança de residência (13%). Marlatt (1996) ratifica que, para a maioria dos alcoolistas, beber se tornou a resposta aprendida mais predominante e habitual para lidar com situações estressantes.

Ademais, os dados do presente estudo revelaram um número expressivo de indivíduos em níveis severos a extremamente severos de depressão, ansiedade e estresse. Isso aponta para a necessidade de maior atenção à essa população e o sofrimento manifesto através desses sintomas, especialmente, por serem agravantes no tratamento da dependência química. Quanto mais severa a comorbidade, maior a dificuldade de se manter abstinente e de se engajar no tratamento, inclusive nas atividades em grupo propostas pelo CAPS-AD.

Mesmo com a presença dos casos extremos e complexidade da intervenção sobre os mesmos pela equipe de saúde, esses ainda se mostraram em porcentagens inferiores aos que são referidos pela literatura. Zanelatto e Laranjeiras (2013) já apontavam para uma discussão que contempla este achado, afirmando que não há um consenso entre os resultados dos diversos estudos feitos previamente acerca desta temática. Essa extensa variação de prevalências pode ser explicada pelos impasses metodológicos das pesquisas desenvolvidas.

Langas, Malt e Opjordsmoen (2011) denotam que isso se deve ao desafio de realizar diagnósticos em amostras clínicas e comunitárias levando em conta o tempo de abstinência, as avaliações na vigência do uso da substância e a validade das mesmas, assim como a concomitância e oscilação dos sintomas. Deste modo, “[...] o diagnóstico da comorbidade nem sempre é uma tarefa fácil, pois exige, da equipe de saúde mental, treinamento adequado, e, do paciente, pelo menos um mês de abstinência” (ZANELATTO; LARANJEIRAS, 2013, p. 73). Diante deste dado, é importante frisar que este controle não foi feito na amostra deste estudo, uma vez que 50% dos participantes não se encaixavam no critério de pelo menos um mês sem uso da substância.

Como um exemplo disso, tem-se o estudo de Silveira e Jorge (1999), realizado no Brasil, que investigou a prevalência de comorbidades em dependentes químicos e encontrou que 77% da amostra apresentava outro transtorno no momento da avaliação e que 72% afirmavam a presença do transtorno ao longo da vida. Contudo, o parâmetro para realização do diagnóstico desse estudo foi o DSM-III, edição que possuía um molde de classificação bem diferente do atual manual diagnóstico, DSM-V (APA, 2013).

A constante atualização das edições de manuais diagnósticos, a patologização exacerbada de determinados comportamentos, sua conseqüente medicalização a todo custo e a influência do momento histórico, social e cultural sobre a anamnese afetam em demasia a realização de diagnósticos psiquiátricos. Tudo isso contribui, portanto, para a variação da epidemiologia nesta área. As baixas porcentagens de prevalência das comorbidades ainda podem estar relacionadas com as dificuldades encontradas nos serviços de saúde. A escassa capacitação dos profissionais de saúde mental sobre conhecimentos de psicopatologia para identificar e diagnosticar a comorbidade na triagem, assim como a difícil articulação com a rede de atenção são alguns dos pontos discutidos por Canaway e Merkes (2010).

Mesmo com esses contrapontos, as correlações obtidas confirmam as hipóteses de que o uso de álcool e drogas, depressão, ansiedade e estresse apresentam uma relação importante. Todas as três comorbidades psiquiátricas apresentaram uma correlação positiva, entre moderada e forte, e significativa com o envolvimento com a substância. Dessa forma, quanto maior o envolvimento com a substância, maior os níveis de depressão, ansiedade e estresse, ou quanto menor a primeira variável, menor as psicopatologias.

Até este ponto do estudo, as correlações não dizem qual o sentido da relação, isto é, não explicita qual variável causa ou provoca a outra. Elas apenas indicam o quanto essas variáveis estão ligadas umas às outras. A direção da relação é um dado obtido apenas pela análise de regressão linear múltipla, que contemplou a última fase do método.

Por outro lado, os resultados mostraram que não houve correlações estatisticamente significativas entre o repertório de enfrentamento com depressão, ansiedade, estresse ou envolvimento com a substância. Previamente, foi discutido sobre como as habilidades de enfrentamento imediato são, em tese, uma alternativa possível de manejo de pacientes dependentes de substância, uma vez que almeja resgatar o equilíbrio frente às situações de risco capacitando o indivíduo para enfrentar a fissura (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009).

As habilidades de enfrentamento fazem parte do modelo dinâmico de prevenção de recaída, o qual defende que é a interação de vários fatores que vão resultar no lapso/recaída do usuário ou na manutenção da abstinência e da mudança do comportamento. Neste sentido, há muita coisa em jogo para que o enfrentamento imediato seja eficaz diante da situação de risco. A resposta do indivíduo diante da fissura vai levar em conta o tempo de dependência da droga, o histórico familiar, a existência de uma comorbidade psiquiátrica, a autoeficácia, o grau da fissura, a motivação e, evidentemente, o nível do repertório de habilidades de enfrentamento adquiridos até então (MARLATT; WITKIEWITZ, 2009).

Dito isso, é possível visualizar que o uso puramente isolado das habilidades de enfrentamento pode não ser suficiente para sustentar a abstinência, tampouco a mudança de comportamento e a autoeficácia, como apontam Zanelatto e Laranjeira (2013). Os resultados obtidos neste estudo podem ter relação com uma possível falha do suporte social e funcional do usuário, baixa autoeficácia, variação extensa do tempo de abstinência, dentre outros elementos que precisam estar devidamente orquestrados para que a prevenção da recaída se torne viável. Soma-se a isso o fato de que o repertório de habilidades de enfrentamento da amostra é médio, o que reforça a hipótese de que o enfrentamento imediato, por si só, não se basta frente às situações de risco.

Além disso, o enfrentamento imediato também se relaciona com o repertório adquirido de enfrentamento antecipatório. Este último é o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais direcionadas para a edificação de um ambiente menos vulnerável a situações estressoras ou para sua ágil resolução, antes que possam desencadear fissura (DONOVAN, 2009). Logo, se não há fissura, há bem menos chances de ocorrer a recaída. Em razão disso, um bom repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório auxilia na manutenção da abstinência e no manejo futuro de situações de risco (SÁ; DEL PRETTE, 2016).

Pensando por essa lógica, uma falha na aquisição do enfrentamento antecipatório pode ocasionar uma falha no enfrentamento imediato. Indo além disso, talvez o enfrentamento antecipatório seja até mais importante na prevenção de recaída por abranger

situações e esferas mais amplas da vida do indivíduo, enquanto que o enfrentamento imediato é usado em contextos bem mais específicos, exigindo habilidades intrapessoais complexas e sendo afetado por outras variáveis presentes durante a situação de risco. Exigir habilidades cognitivas de quem possui dificuldades cognitivas relacionadas a escolaridade, uso de medicamentos e os próprios efeitos do uso prolongado de substâncias e considerando os processos de pensamento no momento da fissura, parece até inverossímil.

Ao explorar empiricamente modelos teóricos de depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento como moderadoras do envolvimento do usuário com a substância psicoativa, foram levantadas hipóteses para este estudo de acordo com a literatura, a qual indica que a presença de depressão que leva os indivíduos a usarem álcool e drogas. Essas hipóteses seguem os achados de Andrade (1999) e Lopes e Rezende (2013).

Andrade (1999) diz de uma relação de causalidade entre o uso de drogas e a depressão e ansiedade. Neste sentido, o uso da substância se explicaria pela busca do alívio do sofrimento decorrentes da depressão e ansiedade. Lopes e Rezende (2013) também apontam a ansiedade enquanto um motivo para abuso de substâncias, especialmente no contexto acadêmico. Os autores mencionam estudos em que 6,5% dos universitários e 4,2% dos colegiados usavam drogas regularmente para atenuar a ansiedade e o estresse e que estas psicopatologias seriam a terceira razão mais frequente para a manutenção do uso de drogas. Os mesmos autores ainda relatam que o oposto também pode acontecer, ou seja, o indivíduo utilizar a maconha para produzir relaxamento e eliminação dos sintomas ansiosos acabam se deparando com uma piora dos sintomas preexistentes, além de se tornarem dependência dessa substância.

Contudo, os resultados indicados pelo presente estudo apontam para uma relação inversa de causalidade: ao invés de as psicopatologias desencadear o uso de drogas, são as drogas que podem explicar a manutenção das comorbidades. Ainda que os pesos pequenos, os dados mostraram que os níveis de depressão, ansiedade e estresse aumentam significativamente a cada aumento do envolvimento com substância.

Pensando nessa relação inversa de causalidade, os achados desta pesquisa concordam com a perspectiva de alguns autores, os quais também retratam que o uso de drogas pode desencadear sintomas psicopatológicos. Segundo Alves, Kessler e Ratto (2004), mencionados por Scheffer, Pasa e Almeida (2010), o álcool pode causar sintomas de depressão, ansiedade e hipomania/mania durante a intoxicação e a abstinência alcóolica. No estudo de Silveira e Jorge (1999), 25% dos dependentes químicos que compuseram a

amostra apresentaram o transtorno depressivo apenas depois da instalação da farmacodependência.

Boden e Fergusson (2011) também fizeram um estudo que apontou uma relação de causalidade na qual o uso problemático de álcool aumenta o risco de depressão, mais do que o contrário. Estes autores acreditam que os mecanismos potencialmente envolvidos nesse link causal incluem mudanças neurofisiológicas e metabólicas resultante da exposição ao álcool, mas ressaltam a importância de novos estudos para investigar melhor os motivos da causalidade.

Cordeiro e Diehl (2011) mostram que os sintomas ansiosos, especificamente, podem ser desencadeados pelo uso dos três tipos de drogas – depressoras, estimulantes e perturbadoras – a depender da maneira como cada substância psicoativa atua no SNC. Por exemplo, as drogas depressoras, como o álcool, causam a ansiedade no momento da abstinência; as drogas estimulantes, como a cocaína e o crack, desencadeiam a ansiedade durante a intoxicação; e as substâncias perturbadoras, como a maconha, podem causar sintomas ansiosos breves e oscilantes. Portanto, o uso da maconha, ainda que esporádico, está relacionado com o aparecimento mais precoce da ansiedade, principalmente, crises de pânico em indivíduos com maior predisposição.

A discussão acerca do uso abusivo de drogas causando o estresse já é mais polêmica. Brady e Fharm (1999), quando pesquisaram sobre o papel do estresse no uso de álcool, no tratamento do alcoolismo e na recaída, já alertavam sobre as limitações para a determinação da causalidade entre essas duas variáveis. Diante de uma amostra clínica, as autoras apontam a dificuldade para distinguir quais eventos ambientais desencadearam o uso de álcool e quais deles foram resultantes do uso de bebidas alcólicas ou da recaída. Além disso, há resultados controversos quanto à relação de causalidade entre estresse e uso de álcool em pesquisas feitas com animais e estudos feitos com seres humanos, o que acumula lacunas neste campo de investigação, que permanece ainda sem respostas para os motivos dessa relação causal (BRADY; PHARM, 1999; SINHA, 2001).

De forma geral, os dados encontrados na presente pesquisa discordam da literatura, uma vez que esta indica que o estresse é que deixa o indivíduo mais vulnerável ao uso de álcool e outras drogas. Isto porque o uso de substâncias alivia os sintomas fisiológicos do estresse e é uma forma desadaptativa dos usuários de lidar com situações estressoras do cotidiano. O estresse ainda está relacionado com a recaída no contexto de abuso de substâncias (BRADY; PHARM, 1999; SINHA, 2001).

Contudo, é possível pensar em hipóteses que possam justificar o uso de álcool e drogas causando estresse. Pensando no contexto social do usuário de drogas, a relevância do consumo e o estreitamento e empobrecimento do repertório são dois critérios importantes para o diagnóstico do transtorno por uso de substâncias (LARANJEIRA et al, 2003; APA, 2014). A relevância do consumo é o quanto a substância se torna prioridade na vida do indivíduo, sendo superior a outras coisas que antes eram as mais importantes e valoráveis para a pessoa (ex: família, trabalho, amigos, lazer, relacionamento conjugal). (LARANJEIRA et al., 2003).

Soma-se a isso o empobrecimento do repertório, que é a perda de noção das situações favoráveis ou desfavoráveis para o uso da substância. Com o agravamento da dependência, ao invés de o usuário consumir a droga apenas por prazer e em eventos sociais, ele passa a utilizá-la para ter alívio dos sintomas da abstinência e em contextos inapropriados, como no ambiente de trabalho (LARANJEIRA et al., 2003).

Evidentemente, essa mudança na rotina e no modo de funcionamento do usuário, que quando dependente, perde o controle do uso da droga, causa uma série de conflitos e estressores em outras dimensões de sua vida. A dependência química pode levar à perda do emprego, a conflitos conjugais, distanciamento da família e perda de suporte da mesma, problemas de saúde, financeiros, legais, afunilamento do ciclo social, entre outros. Em suma, o uso de drogas traz prejuízos severos ao funcionamento global do usuário, acompanhado por efeitos fisiológicos e psicológicos do estresse. Se situações pontuais e específicas de estresse podem levar ao consumo, a dependência pode ser responsável pelo estado de estresse.

É possível pensar ainda em duas variáveis que se relacionam com os resultados desta pesquisa, na qual o envolvimento com a substância explica as psicopatologias: uma diz respeito à vasta amplitude do tempo de abstinência dos usuários, entre 1 e 605 dias, com mediana de 34 dias. Muitos usuários da amostra ainda estavam em síndrome de abstinência de drogas e fazendo uso de medicamentos para suportar a fissura e tratar a desintoxicação. Esses medicamentos têm direta relação com possíveis efeitos colaterais depressivos (desesperança, tristeza intensa, falta de iniciativa), ansiogênicos (tremores, sudorese, taquicardia, agitação) e indicativos de estresse (irritabilidade, insônia, entre outros).

Swift e Lewis (2009) relatam sobre opióides, benzodiazepínicos, entre outras classes de fármacos que são utilizados para tratar a intoxicação aguda e, posteriormente, a dependência química. O Dissulfiram, por exemplo, utilizado para tratamento da síndrome de abstinência alcóolica, provoca vários sintomas que trazem sofrimento para o usuário: rubor

facial, cefaléia, náusea, vômito, fraqueza, dificuldade respiratória, exaustão e fadiga. Sabe-se que esses efeitos também são presentes em quadros de ansiedade e estresse.

Os mesmos autores apontam que a depressão do humor e a ansiedade são frequentes em pacientes com síndrome de abstinência, e alguns profissionais tentam tratar esses sintomas com ansiolíticos e antidepressivos. Contudo, um estudo concluiu que esses medicamentos não são muito eficazes para conter a fissura, exceto em caso de depressão maior concomitante (SWIFT; LEWIS, 2009).

Independentemente das comorbidades serem anteriores ou posteriores à instalação da dependência de substância, o diagnóstico precoce desses quadros psicopatológicos colabora para uma maior eficácia do tratamento, além de reduzir a incidência de recaída (SILVEIRA; JORGE, 1999). Em suma, os dados do presente estudo apresentaram novas perspectivas sobre as comorbidades psiquiátricas em usuários de drogas e a causalidade destas relações. Depressão, ansiedade e estresse são variáveis importantes neste contexto e merecem uma maior atenção durante o planejamento de intervenções no tratamento, especialmente, com o investimento em habilidades de enfrentamento antecipatório para evitar que o indivíduo passe pela fissura em uma eventual situação de risco.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública que afeta cerca 8 milhões de brasileiros, trazendo graves prejuízos sociais, funcionais e de saúde para os usuários e sua família (LARANJEIRAS et al., 2012; 2013). Uma das questões que se agravam com uso de substâncias é o desenvolvimento de psicopatologias, como a depressão, ansiedade e o estresse, as quais podem aparecer antes ou depois do envolvimento com a droga. Sabendo-se da necessidade de dar uma maior atenção para a correlação entre esses dois eixos da saúde mental, esse estudo teve como objetivo avaliar as relações entre depressão, ansiedade, estresse, habilidades de enfrentamento e grau de envolvimento com drogas em usuários de substâncias psicoativas.

Os achados mostraram que há correlações significativas entre o envolvimento com substâncias psicoativas e os quadros psicopatológicos de depressão, ansiedade, estresse, sendo que a direção da relação de causalidade é que o uso da substância explica ou provoca as psicopatologias. Foi encontrado que o fator enfrentamento não tem relação com as demais variáveis.

Esperava-se que, ao se testar os modelos teóricos propostos, a depressão, ansiedade, estresse e o enfrentamento seriam as variáveis que influenciariam o envolvimento do usuário com a substância psicoativa. Contudo, os resultados encontrados destoaram das hipóteses feitas inicialmente, uma vez que o enfrentamento imediato não teve relação com as outras variáveis e a direção da correlação entre as comorbidades e o uso de droga é a inversa, já que é o envolvimento com a substância que explica melhor o desenvolvimento das comorbidades psiquiátricas.

Isto pode colaborar para responder ao questionamento inicial sobre qual é o transtorno mental de base dos participantes da amostra – dependência química ou outras psicopatologias. Neste sentido, é possível afirmar que o dispositivo da rede de atenção psicossocial mais adequado para tratamento desses usuários é, de fato, o CAPS-AD, uma vez que a psicopatologia de base apresentada pelos participantes desta pesquisa é o uso abusivo de substâncias. É importante uma maior atenção durante a triagem desses indivíduos para levar em consideração a presença de outras comorbidades psiquiátricas e a influências das mesmas no tratamento para uso de álcool e drogas, visto que muitas vezes pode ser necessário intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas voltadas para estas outras psicopatologias.

As implicações práticas desses dados para a assistência em saúde mental no Maranhão envolvem considerar que, se houver uma diminuição do envolvimento com a

substância – através do investimento no tratamento para manutenção da abstinência – , poderá haver, conseqüentemente, uma diminuição dos índices de depressão, ansiedade e estresse na população dependentes de drogas.

Portanto, o serviço de psicologia do CAPS-AD, em conjunto com a equipe multiprofissional, pode investir na promoção de habilidades de enfrentamento, ensaios comportamentais, técnicas de relaxamento para os momentos de fissura, escuta ativa e qualificada nas modalidades de grupo e individualmente, assim como orientações psicoeducativas sobre a possibilidade da presença de depressão, ansiedade, estresse e outras comorbidades, para que os próprios usuários tomem conhecimento quando apresentarem essas queixas.

Acredita-se que alguns aspectos podem ter influenciado este resultado, com base na literatura e também na observação clínica durante as entrevistas estruturadas. Muitos pacientes estavam ainda sofrendo de síndrome de abstinência quando entrevistados, especialmente aqueles que foram recém-admitidos no serviço do CAPS ad. Por essa razão, ainda apresentavam sintomas físicos e mentais muito semelhantes aos dos transtornos ansiosos, depressivos e altos índices de estresse (por exemplo: irritabilidade, tremores, sudoreses, insônia, agitação, agressividade, falta de iniciativa, taquicardia, entre outros). Esses efeitos também podem ser colaterais ao uso do medicamento para aliviar a fissura e os sintomas da síndrome de abstinência.

Como outra limitação do estudo, não foi possível realizar o fechamento do diagnóstico das comorbidades, tanto por não ser o objetivo da pesquisa quanto por não se ter instrumentos suficientes para o psicodiagnóstico. Isto porque a conclusão de uma hipótese diagnóstica transcende a testagem, mas envolve a integração de várias técnicas psicológicas, como uma boa anamnese psicológica, a observação clínica do sujeito e sua história de vida, assim como o curso dos sintomas. O DASS-21 é um instrumento que avalia apenas a presença situacional de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse, baseados na última semana. Tendo em vista que os sintomas dessas síndromes não são exclusivos das mesmas, a aplicação do instrumento não é suficiente para tirar conclusões diagnósticas.

Soma-se a isso limitações referentes à amostra em si. A baixa escolaridade pode ter influenciado na compreensão dos participantes sobre as perguntas feitas durante a coleta de dados. O tamanho da amostra também é uma grande limitação, pois é considerado pequeno para se fazer boas inferências, sendo estas de caráter meramente exploratório.

Em novos estudos é necessária uma amostra maior para se obter resultados estatísticos mais precisos, bem como melhor delimitação de critérios de inclusão e exclusão

(por exemplo, pacientes fora da síndrome de abstinência; triagem dos medicamentos utilizados pelos usuários; pacientes que estão em pelo menos há um mês no tratamento).

Também é preciso investigar a presença de outras comorbidades psiquiátricas, como a esquizofrenia e os transtornos de personalidade, os quais apresentam altos índices de prevalência nesta população, de acordo com a literatura. Outra sugestão é fazer a coleta de dados em outros dispositivos da rede de atenção psicossocial que não o CAPS-AD, como por exemplo: consultórios de rua, comunidades terapêuticas, núcleos de atenção à saúde da família (NASF), assim como clínica de reabilitação em dependência química da rede privada.

Por fim, é interessante investigar a prevalência dessas comorbidades psiquiátricas no público infanto-juvenil, que faz uso de álcool e drogas desde uma idade bem tenra. Locais como o CAPSi (Infância e adolescência) e ambulatórios de saúde mental podem favorecer a coleta desses dados e inclusive projetos de prevenção do uso de drogas para crianças e jovens. Por fim, a hipótese das habilidades de enfrentamento ficou em aberto. Uma sugestão é fazer estudos que utilizem o enfrentamento antecipatório, ao invés do enfrentamento imediato. O uso dessas estratégias antes da instalação da fissura pode ter mais influência sobre a manutenção da abstinência e conseqüentemente, na prevenção do desenvolvimento de psicopatologias.

Conclui-se que esse estudo foi relevante para aprofundar as noções dentro do campo da saúde mental e da dependência química, abarcando questões como a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e os encaminhamentos dentro da rede de atenção psicossocial. Ao averiguar melhor as relações existentes entre possíveis comorbidades em usuários de drogas e os recursos de enfrentamento apresentados pelos mesmos, é possível traçar linhas mais precisas de ações terapêuticas e contribuir para o manejo desses problemas de saúde pública.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, L. S. **Comportamentos sociais como preditores do envolvimento de universitários com a internet** (Monografia). São Luis: Universidade Federal do Maranhão (UFMA), 2016, 49 p.
- ALLEN AJ, LEONARD H, SWEDO SE. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 34, 1995, p. 976-986.
- ALMEIDA, Nemésio Dario. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. **Psicologia Argumento**, [S.l.], v. 29, n. 66, jul./set. 2011. ISSN 1980-5942.
- ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.11, 2009, pp.2309-2319. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, L. H. S. G. Epidemiologia psiquiátrica: novos desafios para o século XXI. **Revista USP**, São Paulo, n.43, p. 84-89, setembro/novembro 1999.
- ARAÚJO, R. B; PANSARD, M.; BOEIRA, B. U.; ROCHA, N. S. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. **Rev. HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**;30(1):36-42, 2010.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). **Depressão é o tema da campanha anual da OMS no Dia Mundial da Saúde**. abr., 2017. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/depressao-e-o-tema-da-campanha-anual-da-oms-no-dia-mundial-da-saude/>>. Acesso em: 05 de março de 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência da maconha. **Revista da associação médica brasileira**, v. 51, n. 5, São Paulo, 2005. BRASIL. Casa Civil. Decreto 6.117. Institui a Política Nacional sobre Drogas. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 20 fev. 2017.
- BODEN, K. M.; FERGUSSON, D. M. Alcohol and depression. **Addiction**, n. 106, 2011, p. 906–914
- BONADIO, Alessandra Nagamine; FIGLIE, Neliana Buzi. Terapias psicológicas de usuários e dependentes de álcool. In:_____. **Boas práticas no tratamento do uso e dependência de substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.
- BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 fev. 2002.

- BRADY, K. T.; PHARM, S. C. S. The Role of Stress in Alcohol Use, Alcoholism Treatment, and Relapse, **Alcohol Research & Health**, Vol. 23, No. 4, 1999
- CANAWAY, R. MERKES, M. Barries to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. **Aust Health Rev.** 2010;34(3):262-8.
- CARLINI, E. A. et al. Drogas psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista Imesc**, 2001. p. 9-35.
- CARLINI, E. A., GALDURÓZ, J. C. F., NOTO, A. R., FONSECA, A. M., CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- CASTILLO, Ana Regina GL; RECONDO, Rogéria; ASBAHR, Fernando R; MANFRO, Gisele G. Transtornos de ansiedade. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 22, suppl.2, 2000, pp.20-23.
- CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). **II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**, 2005. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br>>. Acesso em: 16/04/2018.
- CORDEIRO DC, DIEHL A. Comorbidades. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 106-18.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 440 p.
- DÉA, Hilda Regina Ferreira; SANTOS, Elcio Nogueira; ITAKURA, Erick; OLIC, Tatiana Bacic. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicologia ciência e profissão**, v. 24, n. 1, p. 108-115, 2004.
- DEL PRETTE, A. & DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DOLAN, S. L., ROHSENOW, D. J., MARTIN, R. A., MONTI, P. M. Urge-specific and lifestyle coping strategies of alcoholics: Relationships of specific strategies to treatment outcome. **Drug and Alcohol Dependence**, v.128, n.1, 2013, p. 8-14.
- DONOVAN, D. M.; MARLATT, A. **Avaliação dos comportamentos dependentes**. São Paulo: Roca, 2009, pp. 1-50.
- FERIGOLO, M.; SIGNOR, LUCIANA. **Cocaína**. São Paulo: UNESP, v.1, 2007.
- FILGUEIRAS, Julio Cesar; HIPPERT, Maria Isabel Steinherz. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicol. cienc. prof.**, v.19, n.3, 1999, pp.40-51.
- FORMIGONI M. L. O. S et al. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e o efeito biológico comum das drogas. In: LACERDA, R. B. **Efeitos de substâncias psicotrópicas no organismo**. 3ª ed. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2009, p. 2-11.
- GLOBO. **Depressão cresce no mundo, segundo OMS**; Brasil tem maior prevalência da América Latina. G1. Caderno Bem-Estar. Fev., 2017. Disponível em: <<https://g1.globo.com/bemestar/noticia/depressao-cresce-no-mundo-segundo-oms-brasil-tem-maior-prevalencia-da-america-latina.ghtml>>. Acesso em: 05 março de 2018.

GLOBO. **Mais de 75 mil pessoas foram afastadas do trabalho por depressão em 2016**. Revista Época. Caderno Negócios. Fev/2017. Disponível em: <<https://epocanegocios.globo.com/Carreira/noticia/2017/02/mais-de-75-mil-pessoas-foram-afastadas-do-trabalho-por-depressao-em-2016.html>>. Acesso em: 05 de março de 2018.

HENRIQUE, I. F., MICHELI, D., LACERDA, R. B., LACERDA, L. A.; FORMIGONI, M. L. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, 50, 199-206.

JOHNSON ME, YEP M.J., BREMS C., THENO S.A., FISHER D.G. Relationship among gender, depression, and needle sharing in a sample of injection drug users. **Psychol Addict Behav**. n.16, v. 4, 2002, p.338-341.

JUNGERMAN, F. S. Prevenção de Recaída. In: CORDEIRO, D. C.; FIGLIE, N. F.; LARANJEIRA, Ronaldo. **Boas Práticas no Tratamento do Uso e Dependência de Substâncias**. São Paulo: Roca, 2007.

JUNGERMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. R. Characteristics of cannabis users seeking treatment in São Paulo, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, n. 23, v. 6, 2008, p. 384-93.

KING AC, BERNARDY NC, HAUNER K. Stressful events, personality, and mood disturbance: gender differences in alcoholics and problem drinkers. **Addict Behav**. n. 28, v. 1, 2003, p.171-87.

LANGÁS AM, MALT UF, OPJORDSMOEN S. Comorbid mental disorders in substance users from a single catchment area: a clinical study. *BMC Psychiatry*. 2011, v. 11, n. 25.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a síndrome de abstinência do álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 22, São Paulo, 2000, p. 62-71. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2017.

LARANJEIRA, R. et al. **II LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, 2012.

LARANJEIRA, R. et al. **LENAD-Família: Levantamento Nacional de famílias dos dependentes Químicos**. Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas (INPAD). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, 2013.

LARANJEIRA, R. et al. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2003.

LARANJEIRA, Ronaldo; JERÔNIMO, Cláudio. **Dependência e uso nocivo do álcool**. UNIAD – Unidade de pesquisa em álcool e drogas, 2014. Disponível em: <<http://uniad.org.br>>. Acesso em: 17/03/2018.

LIPP, M. E. N. Stress e suas implicações. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v.1, n.3, ago/dez, 1984, p. 5-19.

LOPES, Andressa Pereira; REZENDE, Manuel Morgado. Ansiedade e consumo de substâncias psicoativas em adolescentes. **Estud. psicol.**, Campinas, v.30, n.1, 2013, p.49-56.

LOTUFO-NETO F, GENTIL, V. Alcoholism and phobic anxiety—a clinical-demographic comparison. **Addiction**. v. 89, n.4, 1994, p. 447-453

LOVIBOND, S.H., LOVIBOND, P.F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales, fourth ed. **Psychology Foundation**, Sydney, 2004.

LUCENA, R.; VERSOLATO, M. **Depressão já é a doença mais incapacitante, afirma a OMS**. Caderno Equilíbrio e Saúde. In: Folha de São Paulo, Dez., 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2014/12/1563458-depressao-ja-e-a-doenca-mais-incapacitante-afirma-a-oms.shtml>>. Acesso em: 05 de março de 2018.

MARLATT, A G. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. **Addiction**, 1996, n. 91 (Supplement), S37± S49.

MARLATT, Alan. WITKIEWITZ, Katie. Problemas com álcool e drogas. In: MARLATT; DONOVAN. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, cap. 1, 2009, p. 15-50.

MARQUES, A.C.P.R.; RIBEIRO, M. **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. Prefeitura da Cidade de São Paulo, 2006.

MARQUES, Ana Cecília P. R.; RIBEIRO, Marcelo. **Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais da Saúde**. São Paulo, 2006.

MARTINS, R. O. **Substâncias Psicoativas e seus efeitos nos motoristas profissionais**. Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Faculdade de Psicologia, UNIP, Maceió, 2013.

MARTINS, V. M. S. **Adaptação brasileira do Urge Specific Strategies Questionnaire (USSQ)**. (Relatório PIBIC não publicado). Universidade Federal do Maranhão, 2017.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, Software e aplicações**, 2. ed. Pêro Pinheiro, Portugal: Report Number, 2014.

MONTI D. et al. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. **Addiction**. v.92, n.12, 1997, p. 1717-1728.

MONTI, P.M., KADDEN, R.M., ROHSENOW, D.J., COONEY, N.L., & ABRAMS, D.B. (2005). **Tratando a dependência de álcool: um guia de treinamento das habilidades de enfrentamento**. São Paulo: Roca.

MURTA, Sheila Giardini. Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: análise da produção nacional. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Relatório Mundial sobre Drogas**. Publication Sales No., 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças Relacionadas à Saúde**. 10. ed. revista. São Paulo: Centro colaborador da OMS para classificação de doenças em português, 2007.

PÉREZ, E.; AMEDRANO, L. ; SÁNCHE, R. J. El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación.. **Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento**, v. 1, 5, abr.2013. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/257938003_El_Path_Analysis_conceptos_basicos_y_ejemplos_de_aplicacion> Acesso em: 14 ago. 2016.

PINTO, A. E. S. Governo Temer engaveta pesquisa sobre uso de drogas que custou R\$ 7 milhões. Caderno Cotidiano. **Folha de São Paulo**, set. 2018. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/09/governo-temer-engaveta-pesquisa-sobre-uso-de-drogas-que-custou-r-7-milhoes.shtml>>. Acesso em: 22 de set. 2018.

PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC, NORCROSS J. In search of how people change. **Am Psychologist**. v. 47, n. 9, 1992, p. 1102-1114.

PUTNINS SI, GRIFFIN ML, FITZMAURICE GM, DODD DR, WEISS RD. Poor sleep at baseline 1 predicts worse mood outcomes in patients with co-occurring bipolar disorder and substance dependence. **J Clin Psychiatry**. 2012.

RENNÓ, J. **Depressão é a doença mais incapacitante do mundo**. Estadão, março, 2017. Disponível em: <<http://emails.estadao.com.br/blogs/joel-renno/depressao-e-a-doenca-mais-incapacitante-do-mundo/>>. Acesso em: 05 de março de 2018.

RIBEIRO, D.; CARVALHO, D. O padrão de uso de drogas por grupos em diferentes fases de tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). **J. bras. psiquiatr.** vol.64, n.3, Rio de Janeiro July/Sept. 2015.

RODRIGUES, A. Stress, trabalho e doenças de adaptação. In: Franco, a.c.l. &Rodrigues, a.l. Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

ROMANINI, M.; DIAS, A. C. G.; PEREIRA; A. S. P. Grupo de prevenção de recaídas como dispositivo para o tratamento da dependência química. **Disc. Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 11, n. 1, p. 115-132, 2010.

ROSEN JB, SCHILKIN J. From normal fear to pathological anxiety. **Psychol Ver**, v. 105, 1998, p. 325-350.

ROSS, H.E., GLASER, F.B., GERMANSON, T. The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. **Arch Gen Psychiatry**. V.45, n.11, p. 1023-1031, 1988.

SÁ, L. G. C.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades de enfrentamento antecipatório para abstinência de substâncias: construção de um novo instrumento de medida (Anticipatory coping skills for substance abstinence: Construction of a new measuring scale). **Avances en Psicología Latinoamericana**, v.34, n. 2, 2016, p. 351-363.

SÁ, Lucas Guimarães Cardoso de. **Propriedades psicométricas do inventário de Habilidades de enfrentamento para a abstinência de álcool e outras drogas (IDHEA-AD)**. 2013. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

SAKIYAMA, H.M.T., RIBEIRO, M.; PADIN, M. F. R. Prevenção de recaída e habilidades sociais. In: M. Ribeiro & R. Laranjeira. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 337-350)

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; DE ALMEIDA, R. M. M. Dependência de Álcool, Cocaína e Crack e Transtornos Psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Jul-Set, n. 26, v.3, 2010, p. 533-541.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). **SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento)**. Módulo 1. São Paulo: UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), 2016.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). **SUPERA (Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento)**. Módulo 2. São Paulo: UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), 2016.

SINHA, R. How does stress increase risk of drug abuse and relapse? **Psychopharmacology**, 2001, n. 158, p. 343–359.

SWIFT, Robert M.; LEWIS, David C. Farmacologia da dependência e abuso de drogas. In: GOLAN, David E.; et al. **Princípios de farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia**. 2 ed.: Nova Quabara, 2009, p 260-278.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS (UNIAD). Conceitos básicos e diagnóstico, 2013. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br>>. Acesso em: 17/12/2017.

UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS (UNIAD). Abuso de álcool e drogas, 2013. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br>>. Acesso em: 17/10/2017

VASCONCELOS, E. M., Cenário econômico, social e psicossocial no Brasil recente, e a crescente difusão do crack: balanço e perspectivas de ação. **O Social em Questão**, n. 28, 2012.

VIEIRA, A.C.S.; FELDENS, A.C.M. **Habilidades sociais, dependência química e abuso de drogas: uma revisão das publicações científicas dos últimos 6 anos**. 2013. Disponível em: <<https://psicologia.faccat.br/blog/wp-content/uploads/2013/07/Ana-Caroline-Sari-Vieira.pdf>>. Acesso em: 01/11/2018.

VIGNOLA, R.; TUCCI, A. Adaptation and validation of the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, n.155, 2014 p.104-109.

WASHTON, A.M., STONE-WASHTON, N. Abstinence and relapse in outpatient cocaine addicts. **J Psycho Drugs**. v. 22, 1990, p. 135-147.

XAVIER, Rosane Terezinha; MONTEIRO, Janine Kieling. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psicologia Revista**, [S.l.], v. 22, n. 1, p. 61-82, set. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16658>>. Acesso em: 31 out. 2018.

ZALESKI, M., et al. Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v.28, n.2, 2006, p.142-148

ZANELATTO, N.; LARANJEIRA, R. **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. 568 p.

ZOLDAN, L. G. V.; RIBEIRO, M. **Cratod – 15 anos**: uma proposta de cuidado ao dependente químico. São Paulo: Secretaria de Saúde de São Paulo, 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



Universidade Federal do Maranhão – UFMA
 Centro de Ciências Humanas – CCH
 Departamento de Psicologia - DEPSI
 Campus Universitário do Bacanga, Av. dos Portugueses s/n

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Propriedades Psicométricas do questionário de estratégias específicas para a fissura (USSQ)”, sob a responsabilidade do pesquisador Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão. Você foi selecionado por ter buscado ajuda para parar de beber ou usar drogas e sua participação não é obrigatória.

Eu entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro estar ciente do seguinte:

1. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão, que funciona na Avenida dos Portugueses, s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho, PPPG, Bloco C Sala 07. Coordenação: Prof. Dr. Francisco Navarro. E-mail para correspondência: cepufma@ufma.br. Telefone: (98) 3272-8708.
6. A minha participação na pesquisa consiste em marcar um X na resposta que melhor representa o quanto eu tenho feito aquilo que está descrito. Anotarei as respostas em uma folha que o pesquisador vai me entregar. Caso eu me sinta desconfortável ou cansado (a), por qualquer motivo, posso interromper minha participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo;
7. Se eu sentir algum incômodo emocional enquanto estiver respondendo a pesquisa, devo comunicar ao pesquisador. Ele é doutor em Psicologia, com experiência profissional no tratamento da dependência química, estando, portanto, capacitado para lidar com imprevistos que possam ocorrer durante a pesquisa.
8. Não haverá nenhum custo para participar desta pesquisa nem qualquer gratificação por parte do pesquisador ou qualquer pessoa envolvida na pesquisa. Também não terei nenhuma despesa, uma vez que todos os materiais e deslocamentos serão de responsabilidade do pesquisador.
9. Como benefício por responder as perguntas, receberei uma breve orientação sobre o que preciso fazer ou continuar fazendo para aumentar as chances de ficar sem beber ou usar drogas. Também ajudarei outras pessoas que passam pelo mesmo problema que o meu, para serem avaliadas e tratadas de uma maneira melhor no futuro.
10. Está assegurado meu anonimato e o sigilo sobre minhas informações. Os resultados do estudo serão publicados, sejam eles favoráveis ou não, em congressos e jornais científicos, mas minha identidade será preservada. Os instrumentos serão guardados em local seguro por 5 anos e, depois desse tempo, serão descartados.

7. Posso me recusar a participar ou retirar minha autorização em qualquer fase da pesquisa, e isso não prejudicará minha relação com o pesquisador ou com a instituição.

8. Receberei uma cópia deste termo, com as páginas rubricadas e assinadas ao final pelo pesquisador. Posso tirar dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

Considerando estes elementos, autorizo a divulgação dos dados coletados referentes à minha participação.

São Luis, _____ de _____ de 2018,

Coordenador da Pesquisa

Lucas Guimarães Cardoso de Sá
Fone (98) 98166-3450
E-mail: lucas.gcsa@yahoo.com.br

Assinatura do participante

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE SUBMISSÃO E APROVAÇÃO DO PROJETO NO COMITÊ DE ÉTICA
EM PESQUISA DA UFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD): Estudos psicométricos adicionais e elaboração de manual para aplicação, apuração e interpretação

Pesquisador: Lucas Guimarães Cardoso de Sá

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47551315.0.0000.5087

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.304.309

Apresentação do Projeto:

Habilidades de enfrentamento são descritas como uma das variáveis mais importantes para a promoção ou manutenção da abstinência de substâncias psicoativas. Apesar disso, ao longo dos anos pouca atenção foi dada ao desenvolvimento de instrumentos capazes de avaliar esta variável, nesse contexto específico. Recentemente, esforços têm sido empreendidos para mudar a situação, inclusive no Brasil, onde foi desenvolvido o Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência de Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD). Embora estudos iniciais indiquem boas qualidades psicométricas do instrumento, a Resolução 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia recomenda a necessidade de acumular e apresentar uma série de outras evidências de validade que permitam interpretar com segurança as características de um indivíduo. O objetivo geral desta proposta é atender aos requisitos exigidos para que o IDHEA-AD seja considerado apto para utilização por profissionais. Para isso serão investigadas evidências de validade e fidedignidade por confirmação da estrutura interna. Adicionalmente serão estabelecidos padrões normativos de interpretação para os escores obtidos e elaborado um manual técnico de aplicação, apuração e interpretação dos resultados do instrumento que será submetido ao Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (Satepsi).

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/MA**



Continuação do Parecer: 1.304.309

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pelo autor e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_509374.pdf	22/10/2015 10:55:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_doc.doc	22/10/2015 10:55:07	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Outros	Temo_anuencia.pdf	01/09/2015 01:51:44	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Outros	InstrumentoC.pdf	01/09/2015 01:50:39	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Outros	InstrumentoB.pdf	01/09/2015 01:50:15	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Outros	InstrumentoA.pdf	01/09/2015 01:49:34	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta_ao_parecer_pendente_do_CEP.pdf	01/09/2015 01:48:50	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Institucional.pdf	01/09/2015 01:48:20	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	01/09/2015 01:47:55	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	01/09/2015 01:47:25	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	31/08/2015 19:48:37	Lucas Guimarães Cardoso de Sá	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br