Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cristiana Dionísia da Silva Gonçalves

Autoeficácia e Vulnerabilidade ao *Stress* no Tratamento de Toxicodependentes em Reclusão e em Liberdade

outubro de 2020

Autoeficácia e Vulnerabilidade ao *Stress* no Tratamento de Toxicodependentes em Reclusão e em Liberdade
Cristiana Gonçalves
UMinho | 2020

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Cristiana Dionísia da Silva Gonçalves

Autoeficácia e Vulnerabilidade ao *Stress* no Tratatamento de Toxicodependentes em Reclusão e em Liberdade

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor Rui Abrunhosa Gonçalves

outubro de 2020

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Agradecimentos

Esta viagem pode não ter sido fácil, mas com as pessoas certas do meu lado todos os percalços foram superados. A todos aqueles que fizeram parte desta viagem e me fizeram crescer, o meu mais sincero obrigada.

Agradeço ao Doutor Professor Rui Abrunhosa Gonçalves, todo o tempo despendido e por toda a orientação dada.

Ao Grupo de Investigação "Ofensores e Sistema Legal" agradeço por todo o apoio e sugestões dadas ao longo da construção desta dissertação.

A todos os funcionários da DGRSP, por abrirem as portas a uma pequena com vontade de saber mais sobre tudo o que vê, por todo o apoio e ajuda dada.

Aos funcionários do Projeto Homem de Braga e de Abrantes por toda a disponibilidade e por toda a ajuda dada para que esta dissertação fosse possível, especialmente à Débora e ao Dr. Luís por toda a ajuda.

Aos meus pais nenhum agradecimento será suficiente, por todo o suor e lágrimas derramadas pelo meu sucesso, por todo o apoio, por nunca me deixarem desistir e por acreditarem sempre que eu ia conseguir, obrigada por serem os melhores pais do mundo.

Ao meu irmão por ter sempre exigido mais e melhor de mim, por acreditar e por me fazer acreditar que eu sou sempre capaz de alcançar tudo o que desejar com esforço e dedicação.

Ao Daniel por ter sempre paciência para mim, principalmente nos meus piores dias, foi uma caminhada difícil que do teu lado se fez muito melhor.

À Cindy, à Daniela, à Ana Pinto, ao Marcos e ao Tiago, obrigada por serem os melhores seres humanos que conheço, por serem a 'família' que compreende e escuta. Por todos os abraços, todas as lágrimas, todos os momentos que nos tornaram no que somos hoje. Sem vocês esta caminhada teria sido mais dolorosa e sem cor, com vocês os momentos difíceis foram mais ténues e os momentos bons foram melhores por serem partilhados convosco.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 13/10/2020

Assinatura: 

Autoeficácia e Vulnerabilidade ao *Stress* no Tratamento de Toxicodependentes em Reclusão e em Liberdade

Resumo

Existem atualmente diversos programas de reabilitação para indivíduos dependentes de drogas. No entanto, a sua eficácia ainda é discutida, uma vez que a taxa de recaída após frequentar um programa de reabilitação continua a ser muito elevada. Vários estudos têm apontado a baixa autoeficácia e a alta vulnerabilidade ao *stress* como pontos chave para este efeito. Deste modo, revela-se importante perceber as competências do indivíduo a este nível e se necessário trabalhá-las de forma mais afincada nos programas de reabilitação. Neste estudo foram avaliadas a autoeficácia e a vulnerabilidade ao *stress* em indivíduos que frequentavam programas de reabilitação, 22 em Estabelecimentos Prisionais e 28 em liberdade. Os dados foram recolhidos através do uso do Questionário de Vulnerabilidade ao *Stress*, da Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral e do Inventário de Sintomas Psicopatológicos. Os resultados revelaram que indivíduos em liberdade apresentam maiores défices nas variáveis estudadas em comparação com os indivíduos em reclusão e, ainda, que quanto mais tempo os indivíduos frequentam um programa de reabilitação maior a sua autoeficácia e menor a sua vulnerabilidade ao *stress*. Esta investigação poderá trazer importantes avanços na literatura existente e oferecer indicações significativas ao desenvolvimento dos programas de reabilitação, a fim de potencializar a lucratividade dos seus trabalhos.

Palavras-Chave: Autoeficácia; Programas de reabilitação; Toxicodependência; Vulnerabilidade ao *stress*

Self-Efficiency and Vulnerability to stress in the Treatment of Drug Addicts in Reclusion and in Freedom

Abstract

There is currently a variety of rehabilitation programs for drug dependent individuals. However, their effectiveness is often discussed as the rate of relapse after attending a rehabilitation programme remains very high. Several studies have identified low self-efficacy and high vulnerability to stress as key points for this effect. It is therefore important to understand the individual's skills at this level and, if necessary, to work them more intensively in rehabilitation programmes. In this study, self-efficacy and vulnerability to stress were assessed in 50 individuals who attended rehabilitation programmes, 22 in Prisons and 28 in the community. The data collection was obtained using the Stress Vulnerability Questionnaire, the General Self-efficacy Assessment Scale and the Brief Symptom Inventory. The results revealed that individuals in the community have greater deficits in stress vulnerability and self-efficacy and more psychopathology symptoms compared to prisoners and, furthermore, that the longer the individuals attend a rehabilitation program the greater their self-efficacy and the lower their vulnerability to stress appear. This research could bring important highlights in the current literature and offer significant indications for the development of well succeed rehabilitation programmes.

Keywords: Drug addiction; Rehabilitation programs; Self-efficacy; Vulnerability to stress

Índice Geral

Parte I: Enquadramento Teórico 8
Toxicodependência 8
Autoeficácia 12
Vulnerabilidade ao *Stress* 13
Parte II: Estudo Empírico 14
Metodologia 15
Amostra 15
Instrumentos 16
Procedimento de Recolha de Dados 18
Procedimento de Análise de Dados 18
Resultados 19
Dados Clínicos da Amostra 19
Estatísticas Descritivas das Variáveis em Estudo 21
Associações entre variáveis 26
Discussão 26
Conclusão 29
Referências 31
Anexo 40

Índice de Tabelas

Tabela 1. *Caracterização sociodemográfica da amostra* 19
Tabela 2. *Caracterização dos dados clínicos da amostra* 20
Tabela 3. *Caracterização das variáveis em estudo* 21
Tabela 4. T*este de diferenças para a variável Vulnerabilidade ao Stress em função do local de frequência em Programa de Reabilitação* 23
Tabela 5. *Teste de diferenças para a variável Autoeficácia em função do local de frequência em Programa de Reabilitação* 24
Tabela 6. *Teste de diferenças para a variável Vulnerabilidade ao Stress em função do nº de vezes que frequentou um Programa de Reabilitação* 24
Tabela 7. *Teste de diferenças para a variável Autoeficácia em função do nº de vezes que frequentou um Programa de Reabilitação* 25

Parte I: Enquadramento Teórico

Toxicodependência

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018) e o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, 2014), a toxicodependência consiste num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que se desenvolvem após o consumo repetido de uma substância, refletindo-se em diversos domínios da vida do indivíduo. A toxicodependência é vista como uma perturbação médica que é diagnosticada com base em quatro áreas: baixo controlo (Shaffer, 1999), persistência no uso da substância apesar das suas consequências adversas (Nestler, 2001; Goldstein, 2002), e critérios farmacológicos como a tolerância e a abstinência (Koob & Le Moal, 2001; Everitt & Robbins, 2005; Kalivas & Volkow, 2005). Esta perturbação pode ainda ser caracterizada por recaídas frequentes (Machado et al., 2005), alta taxa de morbilidade, consequências sociais e mortalidade (Hser, 2004; Machado & Klein, 2007; Darke, 2009; Degenhardt, 2011; Darke, 2011; Hser, 2015; Nosyk, 2015; Seth, 2018; Degenhardt, 2019a; Hurst, 2019).

O abuso e dependência de substâncias é um problema que atinge dimensões consideráveis (Torres, Chagas, & Ribeiro, 2008; Lake, 2015; Hayhurst, 2017) e que causa dano não só ao indivíduo que consome, mas também ao seu espectro relacional mais próximo, i.e., familiares e amigos (Ekendahl, 2007; De Maeyer, 2010). São igualmente evidentes dificuldades a nível laboral (Stewart, 2000; Best, 2001; Hser, 2001) e ainda complicações ao nível da saúde que se podem tornar agudas e crónicas, como as doenças infeciosas HIV e Hepatite C (Klevens, 2012; Nosyk, 2015; Degenhardt, 2019a).

Uma outra consequência que advém do consumo de substâncias é a entrada na atividade criminal. A população toxicodependente recorre muitas vezes ao cometimento de crimes para adquirir meios para sustentar o consumo o que leva inevitavelmente a um crescimento da população carcerária (O'Malley, 1992; Schumann, 2003), acabando por afetar a sociedade e causando consequentes custos ao sistema de justiça criminal (Kreek, 2005). Um estudo de Teesson (2008) evidenciou que 25% dos indivíduos consumidores de heroína reportam a atividade criminal como fonte primária de rendimento. A literatura reporta também que consumidores que se encontram em fase de tratamento têm historial prévio de condenações anteriores à entrada no tratamento (Steadman, 1998; Grann, 2004; Mufti, 2004; Hayhurst, 2017). Estes dados revelam que é na atividade criminal que muitos toxicodependentes se refugiam para conseguir combater as suas necessidades de consumo, podendo indicar que, se o indivíduo diminuir ou

extinguir o consumo, é provável que a atividade criminal também diminua (Hanlon, 1990; Hser, 1993; Sheehan, 1993; Hser, 2007; Comiskey, 2009). A relação entre a droga e o crime levou Agra e Matos (1997) a conceberem três tipos de perfis – o "delinquente-toxicodependente", o "especialista droga-crime" e o "toxicodependente-delinquente" – que espelham essa relação. Assim, o perfil de delinquente-toxicodependente é o mais predominante em meio prisional, personificando os indivíduos que desde cedo estiveram expostos a situações desestruturantes, que levaram a uma infância pautada pela delinquência juvenil e consequentemente ao consumo de substâncias. O perfil de toxicodependente-delinquente apresenta uma boa vinculação familiar, iniciando a vida criminal e os consumos mais tarde na adolescência, precedendo o crime que surge por sua vez, em função de motivações instrumentais. O último perfil é o de especialista droga-crime sendo um grupo onde o desligamento familiar ocorre mais tarde do que no primeiro perfil mencionado, apresentando um desenvolvimento mais normativo e estruturado, sendo o tráfico o principal motivo de ligação à droga.

Desde novembro de 2001 que o consumo de drogas deixou de ser considerado crime em Portugal. Apesar do consumo ser descriminalizado, consumir substâncias psicoativas ilícitas, continua a ser um ato punível por lei, contudo deixou de ser um comportamento alvo de processo crime e passou a constituir uma contraordenação social. Com a nova lei da descriminalização do consumo (Lei nº30/2000, de 29 de novembro) os consumidores de drogas passam a ser vistos como pessoas que necessitam de ajuda e de apoio especializado. Desta forma, muitos toxicodependentes são enviados para comunidades terapêuticas para cumprimento de medidas alternativas a pena de prisão onde podem realizar um tratamento.

Após a entrada em vigor da descriminalização o número de indivíduos envolvidos em processos de contraordenação por consumos de drogas sofreu um aumento progressivo ao longo dos anos (SICAD, 2018). Por sua vez, segundo o inquérito nacional sobre comportamentos aditivos em meio prisional realizado pelo SICAD (2014), verifica-se ainda que grande parte da população recluída consome ou consumiu algum tipo de substância ao longo da vida. Assim, 69.1% dos reclusos consumiu algum tipo de substância ao longo da vida, sendo que 30% já consumiu alguma vez durante a reclusão e 25.9% consumiu nos últimos 12 meses em reclusão. Adicionalmente, 22% declarou como motivo do/s crime/s que levaram à sua reclusão, a obtenção de dinheiro para o consumo de drogas e 42% declarou estar sob o efeito de drogas quando cometeu o/os crime/s que motivavam a reclusão.

Segundo o *United Nations World Drug Report* (2013), aproximadamente 16.5 milhões de pessoas em todo o mundo consomem algum tipo de substância (Hurst, 2019). As razões pelas quais apenas

alguns dos que consomem drogas recreativamente se tornam dependentes não são bem claras. Existem estudos que afirmam que tal resulta de uma interação entre os traços de vulnerabilidade antecedentes ao início do consumo e os mecanismos de plasticidade neural induzidos pelo consumo de drogas. Isto leva a que o individuo fique sob um controlo volitivo que o levará a enveredar por comportamentos compulsivos de consumo e uma propensão duradoura à recaída (Nestler 2001; Everitt et al. 2008; Nader et al. 2008; Luscher & Malenka 2011).

Os fatores de risco para a dependência de substâncias incluem fatores genéticos e familiares (i.e., conflitos parentais, relações parentais problemáticas, psicopatologia/abuso de drogas dos pais), eventos de vida adversos precoces (i.e., maus-tratos na infância, histórico de abuso físico e sexual e comportamentos impulsivos durante a infância), fatores ambientais (i.e., disponibilidade de drogas, normas sociais de uso de substâncias entre pares e nível socioeconómico desfavorecido) (Lascala, 2005; Conroy, 2009; Lander et al., 2013; Amin-Esmaeili, 2016; Athamneh, 2017). É ainda conhecido que os dependentes apresentam traços comuns, como elevada propensão para exibirem atitudes apelativas, impulsividade, imaturidade e grande dificuldade em lidarem com frustrações e contrariedades. Aliado a isto, reconhece-se ainda dificuldades em lidarem e resolverem problemas do foro quotidiano (Filipe-Saraiva, 2016). Estas caraterísticas, facilmente podem ser associadas a outras, presentes nas dependências, como a impulsividade, neuroticismo, busca de sensações, extroversão e perturbação da personalidade antissocial (Grant, Schreiber, & Harvanko, 2012).

Nesse sentido, é de extrema relevância que todos os fatores que contribuem para a dependência, incluindo as fragilidades pessoais, sejam estudados e compreendidos, de forma a melhorar a prevenção primária e secundária, a intervenção precoce e o tratamento de situações crónicas (Kreek, 2005).

Sendo difícil a deteção precoce, muitas vezes o tratamento só ocorre em indivíduos já dependentes, não deixando de ser o meio mais poderoso de combater os males do consumo de substâncias (Muller, 2011). Diversos estudos relacionam o tratamento para a Perturbação de Uso de Substâncias (DSM-V) como um meio de redução das problemáticas já mencionadas resultantes do consumo continuado (Prendergast, 2002; Degenhardt, 2011; Degenhardt, 2019b; Krebs, 2014; Nosyk, 2015; Benjamin, 2017). Os programas de tratamento têm impacto em diversas áreas, refletindo-se, entre outros aspetos, na abstinência, na baixa taxa de atividade criminosa, menos recaídas, ganhos na qualidade de vida e satisfação, melhoria dos sintomas, melhor funcionamento na comunidade e na família, melhoria nas relações sociais, na saúde física e emocional e maiores níveis de empregabilidade (Stark, 1992; Holcomb, 1997; Perreaulta, 2010; McNeese-Smith, 2014; Benjamin, 2017).

Assim, um dos pilares na Europa na luta contra as drogas é o tratamento de pessoas com problemas de consumo de substâncias (OEDT, 2010). Os tratamentos mais comumente usados são os programas onde é utilizada medicação (metadona, naltrexona e bruprenorfina) e os programas psicoterapêuticos (abordagem da terapia cognitivo-comportamental, a abordagem em 12 etapas e a abordagem estruturada em comunidade terapêutica). A abordagem da terapia cognitivo-comportamental possui diferentes níveis de intensidade, onde o objetivo é obter experiências de aprendizagem social e entender e tratar o comportamento problemático relacionado com as drogas e agressões relacionadas com as substâncias. A abordagem em 12 etapas é baseada na aprendizagem social dentro de uma abordagem entre pares, onde os novos membros do grupo recebem instruções sobre formas de ingressar numa vida livre de drogas por indivíduos com mais experiência. A abordagem estruturada da comunidade terapêutica baseia-se no tratamento hierárquico e visa ensinar novos comportamentos, atitudes e valores, reforçados pelo apoio da comunidade terapêutica e de pares. São geralmente programas residenciais de longo prazo que enfatizam a socialização, estilo de vida e mudança de comportamento onde não é usado tratamento farmacológico. Os programas psicoterapêuticos consistem na educação do paciente para lidar com sintomas negativos e com a angústia emocional e ainda, no uso de técnicas de aconselhamento, com o objetivo de proporcionar ao paciente conforto psicológico que lhe permita orientar a sua atenção para um estilo de vida em direção à abstinência (Schumann, 2003; Rangé, 2008; Gomes, 2011; Stover, 2014).

No entanto, uma das críticas apontada aos programas de tratamento é que os seus efeitos não tendem a prolongar-se no tempo. Muitos indivíduos recaem pouco tempo após deixarem o tratamento tendo, geralmente, episódios de tratamento subsequentes (Hser, 2015). Este resultado desanimador é sentido tanto em indivíduos saídos de programa de reabilitação em reclusão ou em liberdade. Desse modo, estima-se que a taxa de recaída atinja os 75% no período de 3 a 6 meses após o tratamento (McLellan, 2000). Foram, por isso, realizadas várias investigações para tentar perceber quais os fatores que explicam esta alta taxa de recaída, tendo sido identificados fatores cognitivos e situacionais (Marlatt, 1985), a autoeficácia (Bandura, 1997), a intensidade do stressor (Sinha, 2001) e o desejo (Drummond, 2001). Aliado a isto, existe evidência para a influência de estados emocionais negativos, conflitos interpessoais, pressão social, frustração ou raiva, assim como sistemas de crenças tendenciosos e ausência de recursos atuais de confronto (Miller, 2008).

Daremos especial destaque nesta dissertação aos fatores referentes à autoeficácia e ao *stress*, pois foi encontrado suporte teórico (Brown, 1990; Allsop, 2000; McLellan, 2000; Sinha, 2001; Gordon,

2002; Kreek, 2005; Darke, 2007; Machado & Klein, 2007; Miller, 2008; Rangé, 2008) de que a baixa autoeficácia acerca da capacidade de mudar e/ou lidar com os desafios que possam ser colocados levará a que as competências de confronto não sejam empregues ou, se as houver, é provável que o individuo acabe por não resistir diante das dificuldades constantes. A literatura também afirma que stressores graves agudos e dificuldades crónicas em lidar com situações percecionadas como ameaçadoras também possam estar associadas ao risco elevado de recaída.

Autoeficácia

A autoeficácia diz respeito à crença que um indivíduo possui nas suas capacidades para organizar e executar ações desejadas, de forma a obter resultados esperados (Bandura, 1997; Martínez & Salanova, 2006). Esta crença influencia pensamentos, sentimentos e comportamentos que são fundamentais para que o indivíduo atinja as suas metas e execute com sucesso as tarefas às quais se propõe. A autoeficácia assenta na ideia de que os indivíduos são os principais responsáveis por criar e desenvolver perceções sobre si mesmos. Essas perceções vão definir o percurso para atingir os objetivos pretendidos e controlar o próprio ambiente (Costa, 2002). Assim, a forma como o indivíduo interpreta os resultados do seu próprio comportamento altera os seus ambientes e as suas interpretações que, por sua vez, modificam os seus comportamentos futuros (Freire & Oliveira, 2011). Segundo Bandura (1977), o esforço dedicado a determinada atividade, o tempo que o indivíduo despenderá na mesma, quanto tempo será capaz de perseverar ao defrontar-se com obstáculos e quanta resiliência demonstrará perante situações adversas, é mediado pelas crenças de autoeficácia. Compreende-se, assim, que as crenças de autoeficácia poderão favorecer ou dificultar a capacidade de enfrentar obstáculos, bem como serão determinantes na resiliência do indivíduo (Barros, 2010).

A autoeficácia é reconhecida como um mediador do desempenho em tarefas futuras, ou seja, maior autoeficácia levará a um melhor desempenho e vice-versa (Freire & Oliveira, 2011). Dessa forma estabeleceu-se que, se ocorrerem mudanças no nível de autoeficácia e existirem competências e incentivos adequados, poderão ocorrer mudanças no comportamento (Velicer et al., 1990). A perceção de autoeficácia pode ser aumentada se o indivíduo realizar atividades que são subjetivamente ameaçadoras, mas relativamente seguras, de forma a que se sinta no domínio dessas atividades. Isto irá traduzir-se no aprimoramento da autoeficácia e na redução do comportamento defensivo relativamente à atividade (Bandura, 1977).

Nos estudos conduzidos por Freire e Oliveira (2011) a autoeficácia foi identificada como sendo um fator preditivo de abstinência, tanto de álcool quanto de drogas, quando comparado a outros fatores, tais

como, a prontidão para a mudança e estratégias de confronto. Noutro estudo, com 400 reincidentes no consumo de substâncias, Ibrahim e colaboradores (2011) verificaram que quanto menor o nível de autoeficácia, maior a tendência de os indivíduos se tornarem dependentes e recaírem, demonstrando que existe uma relação significativa entre a autoeficácia e a recaída na dependência. Nesse sentido, Allsop (2000) constatara também que maior autoeficácia pós-tratamento está associada a melhores resultados no *follow-up* de 6 meses e a um menor risco de recaída no *follow-up* de 12 meses, concluindo assim que a autoeficácia pós-tratamento é um preditor do resultado do tratamento e do lapso de tempo para a recaída. Além disso, Grau, Salanova e Peiró (2001) sustentam que baixos níveis de autoeficácia estão associados a maiores níveis de *stress* vivido, sugerindo que pode ser importante que as estratégias de tratamento tenham como objetivo aumentar a autoeficácia em lidar com situações stressoras de alto risco e que os níveis de autoeficácia pós-tratamento possam fornecer uma indicação do risco de recaída.

Assim, pode concluir-se que a autoeficácia pós-tratamento é um dos principais preditores do resultado do tratamento, pelo que um dos objetivos das intervenções deve ser o desenvolvimento da autoeficácia que, pode ser usada para avaliar a eficácia do tratamento e o risco de recaída (Allsop. 2000).

Vulnerabilidade ao *Stress*

Durante o quotidiano realizamos múltiplas tarefas que devido à sua repetição geram certos hábitos somáticos ao nível físico e respostas apropriadas a nível mental. Esses hábitos adquiridos permitem-nos responder, positivamente e de forma regular, às circunstâncias envolventes mais comuns tornando-as tarefas de fácil execução. Contudo, surgem circunstâncias que saem dos hábitos vivenciados normalmente e que exigem uma nova adaptação. Se a circunstância for semelhante às já experienciadas e resolvidas pelo indivíduo, ele vai utilizar estratégias semelhantes para a resolução dessa situação. Porém, existem outras circunstâncias desconhecidas em que a pessoa se sente inapta e, deste modo, incapaz de encontrar uma resolução, que leva ao surgimento de *stress* (Serra, 2000a).

O *stress* é algo experienciado por todos em algum momento e ocorre quando algo inesperado e tendencialmente ameaçador é vivenciado. Consideramos, por isso, que um indivíduo se encontra em *stress* quando julga não ter aptidões ou recursos para fazer face a determinada circunstância que é importante para si, passando a ter a perceção de falta de controlo sobre a mesma, o que leva a um sentimento de vulnerabilidade em relação a essa circunstância (Serra, 2005). É, no entanto, a avaliação que o próprio indivíduo faz dos acontecimentos que lhe indica se terá ou não recursos suficientes para lidar com os mesmos. Com isto podemos concluir que se o acontecimento exigir recursos para os quais

o indivíduo sente não ter capacidade de controlo, ele irá experienciar o *stress* (Pocinho, 2009), surgindo assim os sintomas de mal-estar ou de *distress* (Jesus, 2005).

No modelo compreensivo de *stress* proposto por Vaz Serra (2007), o autor considera que o *stress* só se verifica perante situações de tensão desencadeadas por experiências stressantes, podendo ser subjetivas (i.e., pensamentos, imagens ou sensações internas), ou objetivas (i.e., acontecimentos relevantes da vida ou acontecimentos incomodativos do dia a dia).

O modelo existente da dependência relativo ao *stress* teoriza que o uso de substâncias aditivas se deve ao desejo de reduzir o afeto negativo e aumentar o afeto positivo, surgindo o consumo de drogas como uma estratégia de confronto eficaz. No entanto, trata-se de uma estratégia não adaptativa (Wills & Shiffman, 1985), uma vez que a substância é utilizada para modular a tensão ou a angústia que, com sucesso repetido, pode tornar-se numa resposta omnipresente para o alívio do *stress* e para a melhoria do humor (Sinha, 2001).

Já o modelo de prevenção de recaída de Marlatt e Gordon (1985) afirma que, além de outros fatores de risco biopsicossociais (e.g., uso de substâncias pelos pais, pressão dos colegas, expectativas positivas sobre os benefícios potenciais do uso de substâncias), indivíduos com recursos de confronto insuficientes correm um risco aumentado no que concerne ao uso problemático de substâncias aditivas. Também Gordon (2002) identificou o *stress* como um denominador comum entre fatores biológicos, psicológicos e ambientais que pode tornar um indivíduo mais vulnerável ao uso de drogas. Ainda assim, não se pode descartar o impacto que os fatores de vulnerabilidade detêm numa situação de *stress*, pois estes levam a uma resposta inadequada ao *stress* o que aumenta o risco de abuso de drogas. Podemos concluir que melhorar esta resposta ao *stress* reduziria a vulnerabilidade ao *stress* e o risco de abuso de drogas (Sinha, 2000).

Torna-se, por isso, evidente, que uma intervenção ao nível das competências de confronto de situações stressoras poderá levar a uma maior capacidade de resistir à recaída.

Parte II: Estudo Empírico

Uma vez que os programas de reabilitação são eficazes na medida em que o indivíduo reduz ou termina o consumo de substâncias e resiste à recaída e, tal como a literatura apresentada revela, a autoeficácia e a vulnerabilidade ao *stress* são aspetos importantes a desenvolver durante os tratamentos. Torna-se relevante avaliar estas duas variáveis de forma a antecipar os resultados obtidos ao longo da administração de um programa de reabilitação. Desta forma, será possível verificar se estes programas

precisam de ser modificados. Pois é necessário capacitar os indivíduos que os frequentam de competências que evitem a recaída e os problemas já mencionados como recorrentes nesta problemática de dependência.

Um outro objetivo compatível é perceber a importância destas variáveis no desenvolvimento de problemáticas relacionadas com o abuso de substâncias e dessa forma intervir o mais precocemente possível junto de jovens que apresentem vulnerabilidades comprovadas como relevantes para o início do uso de substâncias. Também se considerou pertinente comparar os dois grupos, para perceber o impacto da reclusão no tratamento. Assim, com este estudo, pretendemos avaliar a autoeficácia e a vulnerabilidade ao *stress* de indivíduos a frequentar um programa de reabilitação com diferentes períodos e em dois contextos diferentes, nomeadamente em reclusão e em liberdade já que, tanto quanto se pôde apurar, existe uma lacuna na literatura no que se refere à avaliação ou comparação destes grupos e fenómenos em Portugal.

Deste modo, este estudo tem como objetivos: a) compreender a capacidade de programas de reabilitação responderem às necessidades dos indivíduos que os frequentam; e, b) avaliar a eficácia e a necessidade destes programas serem mais frequentemente apontados como soluções válidas para esta problemática. Assim, com base na literatura existente esta investigação coloca as seguintes hipóteses: H1: Indivíduos em reclusão apresentam valores mais deficitários nas variáveis de autoeficácia e vulnerabilidade ao *stress* do que indivíduos em liberdade; H2: Indivíduos a frequentar um programa pela primeira vez apresentam valores mais deficitários nas variáveis de autoeficácia e vulnerabilidade ao *stress* do que indivíduos que já frequentaram programas mais do que uma vez. H3: Indivíduos no programa há mais tempo apresentam maior autoeficácia e menor vulnerabilidade ao *stress*.

Metodologia

Amostra

A amostra do presente estudo é constituída por 50 participantes, sendo que 22 participavam em programas de reabilitação nos Estabelecimentos Prisionais de Custóias, Paços de Ferreira e Santa Cruz do Bispo e 28 participavam em programas de reabilitação em liberdade frequentando em Comunidade Terapêutica o Projeto Homem de Braga e o Projeto Homem de Abrantes. Os critérios de inclusão resumiam-se a serem indivíduos do sexo masculino com idade superior a 18 anos e com literacia básica de forma a poderem responder aos instrumentos. Dos 50 participantes que responderam aos questionários, apenas foram admitidos para análise 43, sendo eliminados 3 dos estabelecimentos prisionais ficando com um total de 19 (44.2%) e foram eliminados 4 da comunidade terapêutica ficando

com um total de 24 (55.8%). O motivo da eliminação foi a não resposta à totalidade das questões. A idade média dos participantes em reclusão foi de 37.68 com um desvio-padrão de 6.08, variando entre 26 e 50 anos, para os indivíduos em liberdade a idade média foi ligeiramente superior (*M*= 48.75, *DP*=9.35), variando entre 30 e 66 anos. No que diz respeito ao estado civil a maioria dos participantes em reclusão era solteiro (n=17, 89.5%) e apresentavam em média um nível socioeconómico médio (n=12, 63.2%). Relativamente aos indivíduos em liberdade 54.2% (n=13) era solteiro e a maioria apresentava um nível socioeconómico baixo (n=19, 79.2%). Os indivíduos em reclusão tinham em média o 3º ciclo completo (n=11, 57.9%), assim como os indivíduos em liberdade (n=8, 33.4%). A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos que caracterizam a amostra.

Tabela 1.
Características Sociodemográficas da Amostra (N=43)

	Indivíduos em Reclusão (44.2%)		Indivíduos em Liberdade (55.8%)	
	M±DP	N	*M±DP*	N
Idade	37.68 ± 6.08		48.75 ± 9.35	
Nível de escolaridade				
1º Ciclo	0%	0	8.3%	2
2º Ciclo	21.1%	4	29.2%	7
3º Ciclo	57.9%	11	33.4%	8
Ensino Secundário	21.1%	4	29.2%	7
Estado Civil (%)				
Solteiro	89.5%	17	54.2%	13
Casado	10.5%	2	8.3%	2
Divorciado	0%	0	37.5%	9
Nível Socioeconómico				
Baixo	31.6%	6	79.2%	19
Médio	63.2%	12	16.7%	4
Alto	5.3%	1	4.2%	1

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Clínico. De forma a recolher dados sociodemográficos e informação clínica, foi construído um questionário composto por itens de resposta direta breve. Sendo a parte inicial referente a informação como o género, idade, zona de residência antes de entrar na comunidade/estabelecimento prisional, suporte familiar e nível económico, e os itens finais relativos a

informação acerca dos antecedentes clínicos do indivíduo - história familiar de consumos, idade de início de consumo, duração do consumo, tempo de tratamento na comunidade terapêutica/estabelecimento prisional, se é a primeira vez que estão a frequentar um programa de reabilitação, entre outras.

Questionário de Vulnerabilidade ao Stress - 23 QVS (Vaz Serra, 2000b). Este instrumento tem como objetivo avaliar a vulnerabilidade do indivíduo ao *stress* e é composto por 23 questões avaliadas através de uma escala de *likert* de cinco pontos, variando entre "concordo em absoluto" (0 pontos) e "discordo em absoluto" (4 pontos). Além disso esta escala apresenta 7 fatores relativos à vulnerabilidade ao *stress*: perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da existência; subjugação; e privação de afeto e rejeição, não sendo apontados pontos de corte para os diferentes fatores, sendo apenas indicativos do tamanho da vulnerabilidade. Quanto maior a cotação final, mais vulnerável ao *stress* o indivíduo é (pontuação igual ou acima dos 43 pontos indica vulnerabilidade ao *stress*). Os estudos psicométricos da escala (Serra, 2000b) revelaram que a escala apresenta níveis adequados de consistência interna, com um valor de alfa de *Cronbach* total de .82.

Escala de Avaliação de Autoeficácia Geral – GSE (Schwarzer & Jerusalem, 1995; versão portuguesa adaptada por Araújo & Moura, 2011). Este instrumento pretende avaliar o sentimento geral de competência pessoal para lidar eficazmente com um conjunto de situações stressantes, sendo constituído por 10 itens avaliados através de uma escala de *likert* com quatro alternativas de resposta, variando entre 1 ponto "De modo nenhum é verdade" e 4 pontos "Exatamente verdade". Podendo-se obter uma pontuação total entre os 10 e os 40 pontos. No estudo realizado para a adaptação e validação da escala para a população portuguesa a média obtida para a pontuação total foi de 32.43. Todos os itens estão formulados no sentido positivo, pelo que, valores elevados indicam a presença de uma elevada autoeficácia geral. A análise da consistência interna, das correlações item-total e inter-item apoiam a natureza unifatorial deste instrumento. O valor de alfa de *Cronbach* foi de .87, o que evidencia uma boa consistência interna da mesma.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI (Derogatis, 1982; versão portuguesa adaptada por Canavarro, 1999). Este inventário avalia sintomas psicopatológicos ao nível de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional, tendo um total de 53 itens. As nove dimensões primárias foram descritas por Derogatis (1993, pp. 7-10) da seguinte forma: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide, psicoticismo. Quatro dos itens

do BSI (itens 11, 25, 39 e 52) embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas não pertencem inequivocamente a nenhuma delas, sendo apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais. Estas três pontuações gerais foram descritas por Derogatis (1993) do seguinte modo: Índice Geral de Sintomas (IGS), Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas Positivos (TSP). Os níveis de consistência interna para as nove escalas variam com valores de alfa entre .71 (Psicoticismo) e .85 (Depressão) são indicadores da unidade e solidez do ponto de vista conceptual.

Procedimento de Recolha de Dados

Primeiramente, o estudo foi submetido à Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho e, após ser aceite (CEICSH 016-2020) e de forma a obter acesso aos indivíduos a frequentar um programa de reabilitação em reclusão, procedeu-se ao contacto com a Direção-Geral da Reinserção e Serviços Prisionais – DGRSP, de forma a informar o propósito deste estudo. De igual modo, para obter acesso aos indivíduos a frequentar um programa de reabilitação em liberdade efetuou-se o contacto com os responsáveis pelo Projeto Homem.

Após a autorização por parte destas entidades, o investigador principal deslocou-se a todas as instituições mencionadas excetuando o Estabelecimento Prisional do Porto e o Projeto Homem em Abrantes, pois devido à situação epidemiológica do Coronavírus – COVID-19 não foi possível o deslocamento e recolha de dados presencial nestes locais. Todos os indivíduos foram questionados se pretendiam participar no estudo e foram informados acerca do que se pretendia no mesmo, após este breve esclarecimento foi fornecido o consentimento informado a cada indivíduo com a indicação de que a sua participação sendo voluntária poderia ocorrer desistência a qualquer momento se assim o entendessem.

O consentimento informado serviu como garantia da confidencialidade dos dados recolhidos e do anonimato do participante e também esclarece que os dados recolhidos estão ao abrigo do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), com entrada em vigor em 25 de maio de 2018.

Posto isto, foi fornecido aos participantes o conjunto dos quatro questionários, não tendo sido estabelecido um tempo limite e a recolha foi realizada num único momento temporal, tratando-se assim, de um estudo transversal e quantitativo. Os dados foram recolhidos entre o mês de janeiro de 2020 e julho de 2020.

Procedimento de Análise de Dados

Os dados foram analisados através da versão 25.0 do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). A análise estatística dos dados recolhidos envolveu dois momentos: (1) análise

estatística descritiva, que incluiu medidas de tendência central e de dispersão, nomeadamente média, desvio-padrão e frequências; (2) análise estatística inferencial da qual fizeram parte testes de comparação entre grupos (testes t para amostras independentes e testes de *Mann-Whitney*) e testes de associação - coeficiente de correlação de *Pearson* e *Spearman*.

Importa salientar que a amostra não seguiu uma distribuição normal para a variável "autoeficácia", pelo que as análises que envolviam esta variável foram executadas através de testes não-paramétricos- testes de *Mann-Whitney* e teste de correlação de *Spearman*.

Resultados

Dados Clínicos da Amostra

De acordo com a tabela 2, relativamente aos indivíduos em reclusão a idade de início de consumos variou entre os 11 e os 22 anos (*M*= 16, *DP*= 3.15) e os anos de consumo variaram entre os 4 e os 30 anos (*M*= 18.05, *DP*= 7.70). Para os indivíduos em liberdade a idade de início de consumos variou entre os 11 e os 40 anos (M= 17.17, DP= 6.92) e os anos de consumo variaram entre os 7 e os 47 anos (M= 27.17, DP= 8.43). As substâncias consumidas pelos indivíduos foram haxixe, cocaína, heroína, MD, LSD, erva, ecstasy, sendo que dos 19 participantes em reclusão, 18 (94.7%) referiu policonsumo e a totalidade dos indivíduos em liberdade referiu consumir mais de uma substância. Relativamente ao número de vezes que frequentaram um programa de reabilitação, dos indivíduos em reclusão 11 (57.9%) referiram que não era o primeiro programa de reabilitação que estavam a frequentar e os restantes (42.1%) referiram ser a sua primeira vez num programa de reabilitação, dos indivíduos em liberdade 11 (45.9%) referiram ser a primeira vez em tratamento sendo que os restantes eram reincidentes (54.2%). Relativamente à duração do tratamento no momento da avaliação, 14 (73.7%) dos participantes em reclusão já frequentavam o programa há mais de 6 meses e 5 (26.4%) encontravam-se a frequentar o programa de reabilitação há menos de 6 meses. Já no que respeita aos indivíduos em liberdade 14 (58.3%) já frequentavam o programa há mais de 6 meses e 10 (41.6%) encontravam-se a frequentar o programa de reabilitação há menos de 6 meses. No que concerne à existência de consumos na família, 16 (84.2%) dos indivíduos em reclusão afirmaram não haver consumo de substâncias pelos familiares mais próximos e 17 (70.8%) dos inquiridos em liberdade revelaram a não existência de consumos por familiares. A respeito do apoio prestado por familiares para a sua recuperação, 18 (94.7%) participantes em reclusão e 21 (87.5%) em liberdade afirmaram ter apoio de familiares. Na tabela 2 são reportados os dados clínicos da amostra.

Tabela 2.
Caracterização dos dados clínicos da amostra

	Indivíduos em Reclusão					Indivíduos em Liberdade				
	N	%	*M*	*DP*	Min-Máx	N	%	*M*	*DP*	Min-Máx
Idade de início dos consumos	19		16.00	3.15	11-22	24		17.17	6.92	11-40
Anos de consumo	19		18.05	7.70	4-30	24		27.17	8.43	7-47
Policonsumo	18	94.7%					100%			
Nº de vezes que participaram em Programas de Reabilitação										
1ª vez	8	42.1%				11	45.9%			
2ª vez	5	26.3%				4	16.7%			
3ª vez	4	21.1%				5	20.8%			
Mais de 3 vezes	2	10.5%				4	16.7%			
Tempo de frequência em Programa										
De 0 a 2 meses	1	5.3%				2	8.3%			
De 2 a 4 meses	1	5.3%				3	12.5%			
De 4 a 6 meses	3	15.8%				5	20.8%			
De 6 meses a 1 ano	3	15.8%				10	41.7%			
Mais de 1 ano	11	57.9%				4	16.6%			
História familiar de consumos										
Sim	3	15.8%				7	29.2%			
Não	16	84.2%				17	70.8%			
Apoio de familiares										
Sim	18	94.7%				21	87.5			
Não	1	5.26%				3	12.5			

Estatísticas Descritivas das Variáveis em Estudo

A autoeficácia para indivíduos em reclusão apresentou uma média de 21.53 (*DP*= 3.20), ligeiramente superior à verificada para indivíduos em liberdade (*M*=17.13; *DP*=5.92). No que concerne à vulnerabilidade ao *stress*, a amostra reclusa apresentou uma média 40.63 (*DP*=7.84), significativamente inferior à verificada nos indivíduos em liberdade (*M*=47.96; *DP*=10.93). Relativamente à sintomatologia psicopatológica, não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos, no entanto, a amostra apresentou para todos os fatores do BSI valores que excedem os valores normativos, sendo que ambos os grupos apresentaram ainda valores superiores aos da população clínica para os fatores de hostilidade e ideação paranoide, assim como para o índice total de sintomas positivos (TSP) e para o índice de sintomas positivos (ISP).

Na tabela 3 são apresentadas, de forma detalhada, as medidas descritivas relativas às variáveis em estudo e aos respetivos fatores e subescalas.

Tabela 3.

Caracterização das variáveis em estudo

	Indivíduos em Reclusão		Indivíduos em Liberdade			
	M	*DP*	*M*	*DP*	*M* Valores normativos	*M* Valores clínicos
Vulnerabilidade ao *Stress*	40.63	7.84	47.96	10.93	43 (ponto de corte)	-
Perfecionismo e Intolerância à Frustração	14.58	3.35	14.58	4.03	-	-
Inibição e Dependência Funcional	7.70	3.75	9.25	3.78	-	-
Carência de Apoio Social	2.67	1.54	2.75	1.67	-	-
Condições de Vida Adversas	4.28	1.92	5.04	1.55	-	-
Dramatização da Existência	6.58	2.11	6.29	2.05	-	-
Subjugação	8.12	2.90	8.88	2.92	-	-
Deprivação de Afeto e Rejeição	5.56	2.05	6.04	2.07	-	-
Autoeficácia	21.53	3.20	17.13	5.92	32.43	-
Sintomas Psicopatológicos (BSI)						
Somatização	.71	.63	.95	.58	.57	1.35
Obsessões-Compulsões	1.31	.82	1.46	.57	1.29	1.92
Sensibilidade Interpessoal	1.32	.93	1.67	.95	.96	1.59
Depressão	1.29	.75	1.66	.93	.89	1.83
Ansiedade	1.19	.83	1.43	.69	.94	1.75
Hostilidade	1.50	1.07	1.51	.78	.89	1.41
Ansiedade fóbica	.43	.43	.76	.65	.42	1.02
Ideação Paranoide	1.71	.84	1.84	.66	1.06	1.53
Psicoticismo	1.36	.92	1.36	.81	.67	1.40
IGS	1.21	.71	1.41	.58	.84	1.43
TSP	35.00	13.99	39.95	9.36	25.99	37.34
ISP	1.78	.59	1.84	.47	1.56	2.11

Nota: * existem várias modas, mas apenas o valor menor é apresentado

Comparação entre Grupos

Local do Programa de Reabilitação

De modo a verificar as diferenças entre os grupos "indivíduos a frequentar um programa de reabilitação em liberdade (comunidade terapêutica)" e "indivíduos a frequentar um programa de reabilitação em reclusão" relativamente à sua autoeficácia e à sua vulnerabilidade ao *stress*, foram realizados testes de diferenças através do teste t para amostras independentes e do teste de *Mann-Whitney*, respetivamente.

Relativamente à vulnerabilidade ao *stress*, verificou-se que os grupos são significativamente diferentes, $t(41)= -2.46$; $p= .018$, tendo os indivíduos a frequentar um programa de reabilitação em comunidade terapêutica relatado uma vulnerabilidade ao *stress* significativamente superior aos indivíduos a frequentar um programa de reabilitação em reclusão. Denotando-se uma maior diferença entre os dois grupos para os fatores de "Inibição e dependência funcional" que representa 10.5 da variância explicada, e para o fator "Condições de vida adversas" que explica 7,6 da variância (cf., Tabela 4).

No que concerne à autoeficácia, verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos, $U= 121$, $p= .009$, revelando que são os indivíduos em reclusão que apresentam valores mais elevados de autoeficácia (cf., Tabela 5).

Frequência em Programas de Reabilitação

Com o objetivo de comparar o grupo de indivíduos que frequentavam o programa pela primeira vez e o grupo de indivíduos reincidentes (i.e., indivíduos que já frequentaram o programa de reabilitação mais do que uma vez) no que diz respeito à autoeficácia e à vulnerabilidade ao s*tress*, recorreu-se ao teste t para amostras independentes e ao teste de *Mann-Whitney*.

Não foram verificadas quaisquer diferenças significativas entre os grupos relativamente às variáveis em estudo. Tal como é possível verificar na Tabela 6, indivíduos a frequentar um programa de reabilitação pela primeira vez e indivíduos que já frequentaram um programa de reabilitação mais do que uma vez não diferem substancialmente ao nível da sua vulnerabilidade ao *stress,* $t(40)= -.33$, $p= .747$. Além disso, estes dois grupos de indivíduos também não diferente no que respeita à sua autoeficácia, $U= 215$, $p= .089$ (cf., Tabela 7).

Tabela 4.

Teste de diferenças para a variável Vulnerabilidade ao Stress em função do local de frequência em Programa de Reabilitação

	Indivíduos em Reclusão (N=19)		Indivíduos em Comunidade Terapêutica (N=24)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*(41)
Vulnerabilidade ao *Stress*	40.63	7.84	47.96	10.94	-2.46*
Perfecionismo e Intolerância à Frustração	14.58	2.32	14.58	4.03	-.00
Inibição e Dependência Funcional	5.74	2.71	9.25	3.78	-3.42*
Carência de Apoio Social	2.58	1.39	2.75	1.68	-.36
Condições de Vida Adversas	3.32	1.95	5.04	1.55	-3.24*
Dramatização da Existência	6.95	2.17	6.29	2.05	1.01
Subjugação	7.16	2.63	8.88	2.92	-2
Deprivação de Afeto e Rejeição	4.95	1.90	6.04	2.07	-1.78

Nota: *p< .05.

Tabela 5.

Teste de diferenças para a variável Autoeficácia em função do local de frequência em Programa de Reabilitação

	Indivíduos em Reclusão (N=19)	Indivíduos em Comunidade Terapêutica (N=24)	
	M±DP	*M±DP*	*U*
Autoeficácia	21.53±3.20	17.13±5.92	121*

Nota: *p< .05.

Tabela 6.

Teste de diferenças para a variável Vulnerabilidade ao Stress em função do nº de vezes que frequentou um Programa de Reabilitação

	Indivíduos pela primeira vez em programa (N=19)		Indivíduos que frequentaram o programa mais de uma vez (N=23)		
	M	*DP*	*M*	*DP*	*t*(40)
Vulnerabilidade ao *Stress*	44.16	11.28	45.22	9.83	-.33
Perfecionismo e Intolerância à Frustração	14.58	3.92	14.61	2.97	-.03
Inibição e Dependência Funcional	8.05	4.18	7.35	3.50	.60
Carência de Apoio Social	2.53	1.61	2.83	1.53	-.62
Condições de Vida Adversas	3.84	1.86	4.74	1.89	-1.54
Dramatização da Existência	6.47	2.25	6.57	2.02	-.139
Subjugação	7.95	3.12	8.30	2.82	-.38
Deprivação de Afeto e Rejeição	5.68	2.24	5.43	1.97	.38

Tabela 7.

Teste de diferenças para a variável Autoeficácia em função do nº de vezes que frequentou um Programa de Reabilitação

	Indivíduos pela primeira vez em programa (N=19)	Indivíduos que frequentaram o programa mais de uma vez (N=23)	
	M±DP	*M±DP*	*U*
Autoeficácia	21.32±3.34	21.65±2.78	215.00

Associações entre variáveis

De forma a averiguar se o tempo de frequência em programa de reabilitação está relacionado com os valores da vulnerabilidade ao *stress* e da autoeficácia, foram executados os testes de correlação de *Pearson* e *Spearman*, respetivamente.

Através das análises, verificou-se que o tempo em programas de reabilitação apresentou correlações estatisticamente significativas com a vulnerabilidade ao *stress*, r= -. 31, p= .047, e com a autoeficácia, r_s= .31, p= .044. Assim, quanto maior o tempo em programas de reabilitação, menor a vulnerabilidade ao *stress* e maior a autoeficácia.

	Tempo em Programa	
	Correlação	*p*
Vulnerabilidade ao stress	-.31[a]	.047
Autoeficácia	.31[b]*	.044

Nota: [a]r; [b]r_s

Discussão

Dos fatores mencionados no enquadramento teórico consideramos que os que poderiam ser aperfeiçoados em indivíduos a frequentar programas de reabilitação seriam fatores passíveis de mudança. Assim, neste estudo, foram avaliados os fatores autoeficácia e vulnerabilidade ao *stress* por serem frequentemente relatados como tendo grande impacto na recaída após a frequência em programas de reabilitação (Brown, 1990; Allsop, 2000; McLellan, 2000; Sinha, 2001; Gordon, 2002; Kreek, 2005; Darke, 2007; Machado & Klein, 2007; Miller, 2008; Rangé, 2008). A utilização de dois grupos – indivíduos em liberdade e indivíduos em reclusão – deve-se ao facto de ser pertinente perceber o impacto da reclusão neste tipo de problemáticas. Além disso, também se constituiu como fator de interesse perceber se os programas de reabilitação utilizados em reclusão, apresentariam resultados semelhantes aos obtidos em liberdade.

A literatura retrata a dependência de substâncias como um fenómeno influenciado por diversos fatores biológicos, pessoais e sociais (Fergusson, 1994; Gilbert et al., 2001; Sinha, 2001; Westermeyer et al., 2001; Chambers, 2003; Lascala, 2005; Conroy, 2009; Lander et al., 2013; Amin-Esmaeili, 2016; Athamneh, 2017). Deste modo, e uma vez que os indivíduos em reclusão se encontram em situação de elevado nível de *stress*, afastados da sociedade, controlados e constrangidos (Gonçalves, 1999, 2005, 2008; Moller & Hespanha, 2002; Palma, 2003), seria de esperar que os resultados obtidos em programas de reabilitação fossem inferiores aos obtidos em liberdade. Partindo disto, estipulou-se a

primeira hipótese, de que indivíduos em reclusão apresentam valores mais deficitários nas variáveis de autoeficácia e de vulnerabilidade ao *stress,* comparando com os indivíduos em liberdade. No entanto, os resultados não corroboraram esta hipótese, demonstrando que indivíduos a frequentar o programa de reabilitação em liberdade apresentam valores de vulnerabilidade ao *stress* mais elevados e valores de autoeficácia mais baixos do que os indivíduos a frequentar o programa em reclusão. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que, estando inseridos e adaptados ao meio prisional, com a subcultura prisional interiorizada, os reclusos dependentes poderão sentir-se mais capazes de lidar com situações stressantes de forma adequada em meio prisional. Os reclusos vivem também sob um código de hipermasculinidade, pelo que as respostas aos questionários poderão ter sido dadas em função desta tentativa de não demonstrar fragilidades e de se protegerem (Clemmer, 1940; Gonçalves, 2008). A diferença entre os dois grupos foi ainda mais significativa para os fatores de "Inibição e dependência funcional", e "Condições de vida adversas", o que nos dá uma indicação de qual o aspeto, no perfil do individuo que o torna mais vulnerável. O facto de os indivíduos em comunidade terem pontuado mais no fator de "Inibição e dependência funcional" pode dever-se ao facto de que em comunidade terapêutica se sentem mais dependentes do apoio dos técnicos e auxiliares e assumem que é um ambiente seguro em que não terão que assumir totalmente o rumo do seu dia. Relativamente ao fator "Condições de vida adversas" ter sido ainda mais elevado nos indivíduos em comunidade pode dever-se a todo o seu percurso, pois os indivíduos em comunidade geralmente, apresentam mais anos de consumo até terem entrado em tratamento, pelo que o nível de degradação pessoal, físico e social é mais marcado. Além disso, os resultados obtidos podem ainda ser explicados pela desejabilidade social. Indivíduos em reclusão precisam de responder a um conjunto de critérios para poderem entrar no programa de reabilitação, pelo que poderão ter respondido de forma a que não prejudicassem a sua permanência no mesmo (Crowne & Marlowe,1960; Roustaei, Jafari, Sadeghi & Jamali, 2015) dado que, nos programas de reabilitação têm um estilo de vida com maior qualidade e com mais regalias, quando comparados com os indivíduos na população comum no Estabelecimento Prisional. O facto de os indivíduos a frequentar um programa de reabilitação em comunidade terapêutica apresentarem maiores défices nas variáveis avaliadas pode ir de encontro à literatura que afirma que o estilo de vida preconizado pela comunidade terapêutica fornece modelos muito rígidos para as características do mundo contemporâneo (Raupp & Milnitiski-Sapiro, 2008). Esta rigidez pode inibir o individuo de desenvolver as suas potencialidades e gerar algumas contrariedades e resistência à recuperação.

Alguns estudos afirmam que indivíduos que frequentaram mais do que um programa de reabilitação, apresentam um maior nível de competências pessoais e sociais (Luchansky et al., 2000;

Ball et al., 2006). Outros estudos revelam que tais indivíduos apresentam défices a vários níveis, incluindo competências em lidar com situações de *stress*, sentindo-se menos capazes de se reabilitarem (Tomasson, 1998; Callaghan, 2003). Posto isto, formulou-se a segunda hipótese de que indivíduos que frequentaram mais do que um programa de reabilitação, apresentariam melhores resultados nas variáveis estudadas, comparativamente a indivíduos que frequentavam um programa pela primeira vez. No entanto, os dados não confirmaram a hipótese estipulada, uma vez que os indivíduos que frequentaram mais do que um programa, apresentaram valores mais deficitários nas variáveis de autoeficácia e de vulnerabilidade ao *stress* do que indivíduos a frequentar um programa pela primeira vez. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de os indivíduos que recaíram se sentirem menos capazes, dado que já frequentaram um programa de reabilitação e voltaram a consumir, ficando descrentes nos resultados possíveis. No entanto, existem fatores que podem influenciar estes resultados, como o facto de não terem frequentado os anteriores programas até ao final, a idade dos indivíduos, apoio social e familiar e as complicações sentidas durante a frequência do programa (Luchansky et al., 2000; Hser, 2015). Neste estudo apenas foram recolhidos dados acerca do apoio familiar, sendo os outros fatores ignorados, pelo que é necessária mais investigação para se conhecer este fenómeno mais profundamente.

A literatura afirma que os programas de reabilitação desenvolvem competências pessoais e sociais e que à medida que o tempo em programa aumenta, aumentam também as competências a nível pessoal relativamente a essas variáveis (Stelle, Mauser & Moberg, 1994; Ball et al., 2006; Brochu et al., 2006). Assim, a terceira hipótese postula que o tempo de permanência no programa estaria associado a melhores competências ao nível da autoeficácia e da vulnerabilidade ao *stress*. Esta hipótese foi comprovada pelos resultados obtidos, ou seja, indivíduos há mais tempo em programa apresentaram uma menor vulnerabilidade ao *stress* e uma maior autoeficácia. No entanto, os estudos afirmam igualmente a existência de outras variáveis que facilitam o aumento da autoeficácia e a diminuição da vulnerabilidade ao *stress*, tais como a idade dos indivíduos, a ausência de comorbidades, terem terminado os programas de reabilitação frequentados anteriormente e fatores cognitivos e situacionais, entre outros. No entanto, a recaída ainda é frequente, pelo que essas recaídas são atribuídas a situações de policonsumo, existência de perturbações mentais, falta de estabilidade, região de residência, história parental de dependência, entre outras (Athamneh, 2017; Marques et al., 2011). Uma vez que não sabemos se alguma destas situações ocorreu com esta amostra, seria relevante, que em investigações futuras, as mesmas fossem controladas. Por outro lado, importa entender se a prisão que exclui os reclusos da sociedade durante o cumprimento da sua pena lhes dá as ferramentas e competências

necessárias para que estes se reintegrem. Também é importante que se avalie se após a saída os indivíduos são capazes de colocar em prática as competências adquiridas em programa e se são capazes de enfrentar as dificuldades que surgem no processo de integração na sociedade. Para colmatar algumas destas situações seria relevante efetuar estudos que avaliassem a autoeficácia e a vulnerabilidade ao *stress* em indivíduos que frequentaram programas tanto em reclusão, como em liberdade, para perceber as diferenças entre os dois momentos, antes de saírem do tratamento e no follow-up de 3 ou 6 meses.

Conclusão

O presente estudo apresenta alguns méritos, mas possui igualmente limitações que passaremos a expor. Assim, apesar da existência de diversa literatura que estuda estes fenómenos, é escassa a referência à comparação entre os dois tipos de grupos estudados. É relevante também perceber se o individuo em reclusão, comparando com o individuo em comunidade terapêutica, irá sofrer repercussões mais acentuadas em diversos níveis, nomeadamente ao nível da inclusão na sociedade e da integração no mercado de trabalho. De facto, os toxicodependentes que estiveram presos sofrem de uma dupla estigmatização, que afeta a sua estabilidade e consequentemente aumenta a probabilidade de recaída nos consumos. É por isso importante pensar se os perfis desviantes propostos por Agra e Matos (1997), deveriam ou não ser tidos em conta para a alocação dos indivíduos, já que é possível que os que encaixam no perfil "toxicodependente-delinquente" teriam melhores resultados se não fossem colocados em reclusão num estabelecimento prisional, mas em comunidades terapêuticas, ainda que com uma pena associada. De facto, alguns estudos afirmam que a pressão judicial colocada no criminoso toxicodependente pode ser importante para que o individuo frequente o programa e se mantenha nele o tempo necessário para adquirir competências necessárias para uma vida longe dos consumos (Brochu et al., 2006).

Sabendo também que os dependentes apresentam traços comuns que podem ser identificados cedo no seu percurso consumidor e até criminal, seria importante que fossem aplicados alguns instrumentos em jovens adolescentes que apresentem alguns dos traços e características mencionadas. Visto que identificando jovens que apresentem vulnerabilidades ao nível pessoal, social e familiar, com facilidades de acesso a drogas, pode ser aplicado um programa de prevenção e consciencialização da dependência e os resultados a longo prazo poderiam demonstrar-se positivos, podendo ser trabalhadas competências de autorregulação, comunicação, competências sociais e pessoais. Nestes programas, o individuo poderia melhorar o seu funcionamento em comunidade e na família, a sua saúde física e emocional, podendo-se evitar uma dependência futura de substâncias aditivas. Considerando que a intervenção precoce em jovens e adolescentes se refletiria em resultados positivos, a investigação deve

prosseguir no sentido de continuar a explorar as competências do sentido de autoeficácia e vulnerabilidade ao *stress*. No entanto, é importante perceber, de forma mais aprofundada, qual o impacto de uma intervenção mais precoce no desenvolvimento de competências sociocognitivas, de modo a se poderem delinear intervenções mais eficazes e dirigidas a esta população específica.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível da amostra, pois tratando-se de uma amostra de conveniência de tamanho reduzido, limita a possibilidade de extrapolação dos resultados para a totalidade de indivíduos em programa de reabilitação de substâncias aditivas e até a aplicação de análises estatísticas mais aprofundadas. Além disso, este estudo não é demograficamente abrangente, uma vez que a amostra foi recolhida essencialmente na zona norte do país. A replicação deste estudo com uma amostra mais robusta pode ajudar a clarificar melhor o papel da vulnerabilidade ao *stress* e da autoeficácia enquanto variáveis preditoras do (in)sucesso terapêutico e da reinserção social dos toxicodependentes.

Ainda assim, através deste estudo foi possível compreender que os programas de reabilitação podem não responder às necessidades dos indivíduos na sua totalidade, sendo imprescindível investigar mais aprofundadamente os motivos que levam à desistência e, sobretudo, à recaída. O facto de a generalidade da amostra evidenciar sintomatologia psicopatológica significativa, implica a necessidade de aposta em programas de intervenção que abranjam variáveis como a vulnerabilidade ao *stress* e a autoeficácia, porquanto se sabe as mesmas desempenham um papel importante na resiliência dos consumidores de substâncias. Deste modo, a frequência em programas de reabilitação em reclusão ou em comunidade terapêutica deve ser uma solução mais frequentemente apontada como válida e, se possível, o mais precocemente na vida do toxicodependente.

Referências

Agra, C. & Matos, A. P. (1997). Droga-Crime – Estudo Interdisciplinares. *Trajectórias Desviantes. 11*. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Lisboa, Ministério da Justiça.

Allsop, S., Saunders, B., & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction (Abingdon, England)*, *95*(1), 95–106. doi: 10.1046/j.1360-0443.2000.9519510.x

American Psychiatric Association, DSM-V Task Force (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing, Inc

Amin-Esmaeili, M., Rahimi-Movaghar, A., Sharifi, V., Hajebi, A., Radgoodarzi, R., Mojtabai, R., Hefazi, M., & Motevalian, A. (2016). Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction (Abingdon, England), 111(*10), 1836–1847. doi: 10.1111/add.13453

Araújo, M., & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, *9*(1), 95–105. doi: 10.14417/lp.638

Athamneh, L. N., Stein, J. S., Quisenberry, A. J., Pope, D., & Bickel, W. K. (2017). The association between parental history and delay discounting among individuals in recovery from addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, *179*(June), 153–158. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2017.06.037

Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive Behaviors*, *31*(2), 320–330. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.05.013

Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, *84*(2), 191–215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company

Barros, M., & Batista-dos-santos, A. C. (2010). Por dentro da autoeficácia: um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, (112), 1–9.

Best, D., Sidwell, C., Gossop, M., Harris, J., & Strang, J. (2001). Crime and expenditure amongst polydrug misusers seeking treatment: The connection between prescribed methadone and crack use, and criminal involvement. *British Journal of Criminology*, *41*(1), 119–126. doi: 10.1093/bjc/41.1.119

Brochu, S., Cournoyer, L. G., Tremblay, J., Bergeron, J., Brunelle, N., & Landry, M. (2006). Understanding treatment impact on drug-addicted offenders. *Substance Use and Misuse*, *41*(14), 1937–1949. doi: 10.1080/10826080601025995

Brown, S. A., Vik, P. W., McQuaid, J. R., Patterson, T. L., Irwin, M. R., & Grant, I. (1990). Severity of Psychosocial Stress and Outcome of Alcoholism Treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, *99*(4), 344–348. doi: 10.1037/0021-843X.99.4.344

Callaghan, R. C. (2003). Risk factors associated with dropout and readmission among First Nations individuals admitted to an inpatient alcohol and drug detoxification program. *Cmaj*, *169*(1), 23–27.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO-APPORT.

Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *The American journal of psychiatry, 160*(6), 1041–1052. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1041

Clemmer, D. (1940). The prison community. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Comiskey C., Kelly P., Leckey Y., McCullough L., O'Duill B., Stapleton R., White E. (2009). The ROSIE Study: drug treatment outcomes in Ireland. A report from the National Advisory Committee on Drugs. Dublin: Stationery Office.

Conroy E., Degenhardt L., Mattick R. P., Nelson E. C. (2009). Child maltreatment as a risk factor for opioid dependence: comparison of family characteristics and type and severity of child maltreatment with a matched control group. *Child Abuse Negl*, *33*: 343–52.

Costa, A. E. B. (2002). Auto-eficácia e burnout. *Interação psy, 20*(1), 34-67.

Darke, S., Ross, J., Mills, K. L., Williamson, A., Havard, A., & Teesson, M. (2007). Patterns of sustained heroin abstinence amongst long-term, dependent heroin users: 36 months findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addictive Behaviors*, *32*(9), 1897–1906. doi: 10.1016/j.addbeh.2007.01.014

Darke, S., Mills, K., Teesson, M., Ross, J., Williamson, A., & Havard, A. (2009). Patterns of major depression and drug-related problems amongst heroin users across 36 months. *Psychiatry Research*, *166*(1), 7–14. doi: 10.1016/j.psychres.2007.12.007

Darke, S., Mills, K. L., Ross, J., & Teesson, M. (2011). Rates and correlates of mortality amongst heroin users: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS), 2001-2009. *Drug and Alcohol Dependence*, *115*(3), 190–195. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.10.021

Decreto Lei no nº30/2000 de 29 de novembro da Assembleia da República. Diário da República n.º 276/2000, Série I-A de 2000-11-29. Acedido a 6 de maio de 2020. Disponível em www.dre.pt

Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M., & McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction, 106*(1), 32–51. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03140.x

Degenhardt, L., Wolfe, D., Hall, W., Hickman, M., Chang, J., Bruneau, J., Griffiths, P. (2019b). Strategies to reduce drug-related harm: responding to the evidence base. *The Lancet*, *394*(10208), 1490–1493. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32232-9

Degenhardt, L., Grebely, J., Stone, J., Hickman, M., Vickerman, P., Marshall, B., Bruneau, J., Altice, F. L., Henderson, G., Rahimi-Movaghar, A., & Larney, S. (2019a). Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *Lancet (London, England), 394*(10208), 1560–1579. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32229-9

De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, *21*(5), 364–380. doi: 10.1016/j.drugpo.2010.01.010

Derogatis, L. R. (1982). Self-report measures of stress. In L. Goldberger & S. Brenznitz (Eds.), Handbook of stress (pp. 270-294). New York: Free Press.

Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptom Inventory (BSI) administration, scoring, and procedures manual* (3.ª ed.). Minneapolis, MN: Pearson.

Drummond, D.C., (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction, 96*, 33-46.

Ekendahl, M. (2007). Time to Change – An Exploratory Study of Motivation Among Untreated and Treated Substance Abusers. *Addiction Research and Theory, 15*, (3), 247-61.

Everitt, B. J., & Robbins, T. W. (2005). Neural systems of reinforcement for drug addiction: From actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience, 8*, 1481–1489. doi:10.1038/nn1579

Everitt, B. J., Belin, D., Economidou, D., Pelloux, Y., Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2008). Neural mechanisms underlying the vulnerability to develop compulsive drug-seeking habits and addiction. *Proceedings of the Royal Society B: Biological*

Fergusson, D., Lynskey, M., Horwood, J. (1994). *Childhood exposure to alcohol and adolescent drinking patterns. Addiction*, *89*, 1007-1016.

Filipe-Saraiva, C. (2016). *"Drogas": Conhecer para prevenir. A experiência do psicólogo clínico em contexto prisional.* Lisboa: Chiado editora.

Freire, S. D., Oliveira, M. S. (2011). Auto-eficácia para abstinência e tentação para uso de drogas ilícitas: uma revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *27*(4), 527-536. doi: 10.1590/S0102-37722011000400018

Gilbert, L., El-Bassel, N., Rajah, V., Foleno, A., Frye, V. (2001). *Linking drug related activities with experiences of partner violence: A focus group study of women in methadone treatment.* Violence and Victims, *16*, 517-536.

Goldstein, R. Z., & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry, 159(10)*, 1642–1652. doi: 10.1176/appi.ajp.159.10.1642

Gomes, D. F. (2011). *Qualidade de vida, psicopatologia e programas terapêuticos na toxicodependência: um estudo realizado no CRI de Braga* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Braga.

Gonçalves, R., A. (1999). *Psicopatia e processos adaptativos à prisão.* Braga: Centro de estudos em educação e psicologia

Gonçalves, R., A. (2005). Stress e vitimização em contexto prisional. In Pinto, A. M., & Silva, A. L. (Coords.), *Stress e bem-estar*, 135-149. Lisboa: Climepsi.

Gonçalves, R. A (2008). *Crime, delinquência e adaptação à prisão (3ª. Ed. Revista).* Coimbra: Quarteto Editora

Gordon, Harold. (2002). Early environmental stress and biological vulnerability to drug abuse. *Psychoneuroendocrinology 27*, 115-126. doi: 10.1016/S0306-4530(01)00039-7.

Grann, M., & Fazel, S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. *BMJ (Clinical research ed.), 328*(7450), 1233–1234. doi: 10.1136/bmj.328.7450.1233

Grant, J. E., Schreiber, L. R. N., & Harvanko, A. M. (2012). *Neurobiology of addiction: Support for a syndrome model of addiction.* In H. J. Shaffer, D. A. LaPlante, & S. E. Nelson (Eds.), *APA handbooks in psychology. APA addiction syndrome handbook, Vol. 1. Foundations, influences, and expressions of addiction.* pp. 121–146. American Psychological Association. doi: 10.1037/13751-006

Grau, R.; Salanova, M.; Peiró, J. (2001). Moderator effects of self-efficacy on occupational stress. *Psychology in Spain, 5(1)*, 63-74.

Hanlon, T. E., Nurco, D. N., Kinlock, T. W., & Duszynski, K. R. (1990). Trends in criminal activity and drug use Over an addiction career. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *16*(3–4), 223–238. doi: 10.3109/00952999009001585

Hayhurst, K. P., Pierce, M., Hickman, M., Seddon, T., Dunn, G., Keane, J., & Millar, T. (2017). Pathways through opiate use and offending: A systematic review. *The International journal on drug policy, 39*, 1–13. doi: 10.1016/j.drugpo.2016.08.015

Holcomb, W. R., Parker, J. C., & Leong, G. B. (1997). Outcomes of inpatients treated on a VA psychiatric unit and a substance abuse treatment unit. *Psychiatric Services, 48(5)*, 699–704.

Hser, Y. I., Anglin, D., & Powers, K. (1993). A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of general psychiatry, 50*(7), 577–584. doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820190079008

Hser, Y. I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, *58*(5), 503–508. doi: 10.1001/archpsyc.58.5.503

Hser, Y. I., Gelberg, L., Hoffman, V., Grella, C. E., McCarthy, W., & Anglin, M. D. (2004). Health conditions among aging narcotics addicts: Medical examination results. *Journal of Behavioral Medicine*, *27*(6), 607–622. doi: 10.1007/s10865-004-0005-x

Hser, Y. I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Evaluation review, 31*(6), 515–547. doi: 10.1177/0193841X07307316

Hser, Y. I., Evans, E., Grella, C., Ling, W., & Anglin, D. (2015). Long-term course of opioid addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, *23*(2), 76–89. doi: 10.1097/HRP.0000000000000052

Hurst, T. (2019). World Drug Report. *The Encyclopedia of Women and Crime*, 1–2. doi: 10.1002/9781118929803.ewac0543

Ibrahim, F., Kumar, N., & Samh, B. (2011). Self efficacy and relapsed addiction tendency: an empirical study. *The Social Sciences, 6* (4), 277-282.

Jesus, S. (2005). Bem-estar docente: perspectivas para superar o mal-estar dos professores. In: Pinto, A. e Silva, A. (Coords.). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi, pp. 17-42.

Klevens, R. M., Hu, D. J., Jiles, R., & Holmberg, S. D. (2012). Evolving Epidemiology of Hepatitis C Virus in the United States, *55*(Suppl 1), 3–9. doi: 10.1093/cid/cis393

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 24*(2), 97–129. doi: 10.1016/S0893-133X(00)00195-0

Krebs, E., Kerr, T., Montaner, J., Wood, E., & Nosyk, B. (2014). Dynamics in the costs of criminality among opioid dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, *144*, 193–200. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.09.007

Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R., & LaForge, K. S. (2005). Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, *8*(11), 1450–1457. doi: 10.1038/nn1583

Lake, S., Wood, E., Dong, H., Dobrer, S., Montaner, J., & Kerr, T. (2015). The impact of childhood emotional abuse on violence among people who inject drugs. *Drug and alcohol review, 34*(1), 4–9. doi: 10.1111/dar.12133

Lander, L., Howsare, J., Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Soc. Work Public Health 28*, 194–205.

Lascala, E., Friesthler, B., Gruenwald, P. J. (2005). Population ecologies of drug use, drinking and related problems. *Preventing harmful substance use: the evidence base for policy and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.

Luchansky, B., He, L., Krupski, A., & Stark, K. D. (2000). Predicting readmission to substance abuse treatment using state information systems: The impact of client and treatment characteristics. *Journal of Substance Abuse*, *12*(3), 255–270. doi: 10.1016/S0899-3289(00)00055-9

Lüscher, C., & Malenka, R. C. (2011). Drug-evoked synaptic plasticity in addiction: from molecular changes to circuit remodeling. *Neuron, 69*(4), 650–663. doi: 10.1016/j.neuron.2011.01.017

Machado, P. P., Klein, J. M. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 1,* 19-29.

Machado, P. P. P., & Klein, J. M. (2007). Drug dependence and psychological distress in Portuguese patients entering a substance abuse treatment center. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *7*(1), 83–91.

Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.

Marques, M. E., Lourenço, P., & Costa, S. (2011). Risco de recaída numa amostra de adictos portugueses; da compreensão à intervenção, *17*, 77–83.

Martínez, I. M., Salanova, M. (2006). Autoeficacia en el trabajo: el poder de creer que tú puedes. *Estudios financieros, [s.l.],45*.

McLellan A. T., Lewis D. C., O'Brien C. P., Kleber H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA, 284*:1689-95.

McNeese-Smith, D. K., Faivre, C. L., Grauvogl, C., Warda, N. U. S., & Kurzbard, M. A. (2014). Substance abuse treatment processes and outcomes in day/outpatient health maintenance organization setting. *Journal of Addictions Nursing*, *25*(3), 130–136. doi: 10.1097/JAN.0000000000000035

Miller, N. S., & Gold, M. S. (2008). Opiate prescription, medication dependence and pain perceptions. *Analgesics adversely affect, (September 2012*), 37–41. doi: 10.1300/J069v26S01

Møller, I. H., & Hespanha, P. (2002). Padrões de exclusão e estratégias pessoais. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (64), 55–79. doi: 10.4000/rccs.1232

Mufti, K. A., Said, S., Farooq, S., Haroon, A., Nazeer, A., Naeem, S., & Hussain, I. (2004). Five year follow up of 100 heroin addicts in Peshawar. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, *16*(3), 5–9.

Müller, C., & Schumann, G. (2011). To use or not to use: Expanding the view on non-addictive psychoactive drug consumption and its implications. *Behavioral and Brain Sciences, 34*(6), 328-347. doi: 10.1017/S0140525X1100135X

Nader, M. A., Czoty, P. W., Gould, R. W. & Riddick, N. V. (2008). Positron emission tomography imaging studies of dopamine receptors in primate models of addiction. *Phil. Trans. R. Soc. B 363*, 3223–3232. doi: 10.1098/rstb. 2008.0092

Nestler E. J. (2001). Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature reviews. Neuroscience, 2*(2), 119–128. doi: 10.1038/35053570

Nosyk, B., Min, J. E., Evans, E., Li, L., Liu, L., Lima, V. D., & Montaner, J. S. G. (2015). The Effects of Opioid Substitution Treatment and Highly Active Antiretroviral Therapy on the Cause-Specific Risk of Mortality among HIV-Positive People Who Inject Drugs. *Clinical Infectious Diseases*, *61*(7), 1157–1165. doi: 10.1093/cid/civ476

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). Relatório Anual 2010. *A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Retirado de http://www.emcdda.europa.eu/

O'Malley, S. S., Jaffe, A. J., Chang, G., Schottenfeld, R.S., Meyer, R. E., & Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: a controlled study. *Arch. Gen. Psychiatry 49*(11):881–87

Palinkas, L. A., Horwitz, S. M., Green, C. A., Wisdom, J. P., Duan, N., & Hoagwood, K. (2013). Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis inmixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health, 42*, 533–544.

Perreault, M., White, N. D., Fabrès, É., Landry, M., Anestin, A. S., & Rabouin, D. (2010). Relationship between perceived improvement and treatment satisfaction among clients of a methadone maintenance program. *Evaluation and Program Planning*, *33*(4), 410–417. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2009.12.003

Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, *35*(2), 351–367. doi: 10.1590/S1517-97022009000200009

Prendergast, C. (2002). Consumers and agency problems. *The Economic Journal, 112*(478), C34–C51. doi:10.1111/1468-0297.00023

Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*(SUPPL. 2), 88–95. doi: 10.1590/S1516-44462008000600006

Schumann, G. L. (2003). Innovations in Teaching Plant Pathology. *Annual Review of Phytopathology*, *41*(1), 377–398. doi: 10.1146/annurev.phyto.41.052002.095546

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In J. Weinman, S. Wright & M. Johnston (Eds.), Measures in health psychology: A user's portfolio. *Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor: NFER-NELSON.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019). Descriminalização do consumo. Consultado em site: http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/DesConsumo/Paginas/default.aspx

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). Inquérito nacional sobre comportamentos aditivos em meio prisional. Consultado em site: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/158/INCAMP_2016_Volume1.pdf

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018). Sinopse estatística 2018. Consultado em site: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/2020/sinopses/SinopseEstatistica18_substanciasIlicitas.pdf

Seth, P., Scholl, L., Rudd, R. A., & Bacon, S. (2018). Overdose deaths involving opioids, cocaine, and psychostimulants—United States, 2015–2016. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, *67*, 349–358. doi: 10.15585/mmwr.mm6712a1.

Shaffer, M. (1982). Life after stress. New York: Plenum Press.

Sheehan, M., & Oppenheimer, E. (1993). Opiate users and the first years after treatment: outcome analysis of the proportion of follow up time spent in abstinence, 1679–1689.

Sinha R, Fuse T, Aubin L, O'Malley S (2000) Psychological stress, drug-related cues and cocaine craving. *Psychopharmacology, 152*, 140–148

Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, *158*(4), 343–359. doi: 10.1007/s002130100917

Stark, M., & College, C. (1992). Dropping out of substance abuse treatment: A clinically oriented review, *12*, 93–116.

Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, Roth LH, Silver E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry, 55*(5):393–401.

Stelle, K. R., Mauser, E., & Moberg, D. P. (1994). Recidivism to the Criminal Justice System of Substance-Abusing Offenders Diverted into Treatment. *Crime & Delinquency, 40*(2), 175–196. doi: 10.1177/0011128794040002003

Stewart, D., Gossop, M., Marsden, J., & Rolfe, A. (2000). Drug misuse and acquisitive crime among clients recruited to the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Criminal Behaviour and Mental Health*, *10*(1), 10–20. doi: 10.1002/cbm.339

Stöver, H., Kastelic, A. (2014). Drug treatment and harm reduction in prisons. *Prisons and Health, WHO Europe*, (1), 113–130.

Teesson, M., Mills, K., Ross, J., Darke, S., Williamson, A., & Havard, A. (2008). The impact of treatment on 3 years' outcome for heroin dependence: Findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Addiction*, *103*(1), 80–88. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.02029.x

Tómasson, K., & Vaglum, P. (1998). The role of psychiatric comorbidity in the prediction of readmission for detoxification. *Comprehensive Psychiatry*, *39*(3), 129–136. doi: 10.1016/S0010-440X(98)90071-2

Torres, N., Chagas, T., Ribeiro, J. (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoactivas: um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressupostos básicos de W. R. Bion. *Revista Toxicodependências, 14*, (3), 35-48.

United Nations Office on Drugs and Crime (2013). World Drug Report. Consultado em site: https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf

Vaz Serra, A. (2000a). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica, 21*(4), 261-278.

Vaz Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clinica, 21*(4), 279-308.

Vaz Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In: PINTO, A.; SILVA, A. (Coords.). *Stress e bem-estar*. Lisboa: Climepsi, p. 17-42.

Vaz Serra, A. (2007). O Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Adriano Vaz Serra, 3ª edição.

Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Rossi, J. S., & Prochaska, J. O. (1990). Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. *Addictive Behaviour, 15*, 271-283.

Westermeyer, J.,Wahmanholm, K., & Thuras, P. (2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *The American Journal on Addictions, 10*(2), 101–110.

Wills, T. A., & Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. In S. Shiffman, & T. A. Wills (Eds.). *Coping and substance use*, 3–24. Orlando, FL: Academic Press Inc..

World Health Organization. (WHO, 2019) Retrieved from https://www.who.int/substance_abuse/en/

Xu, Benjamin & LaBar, Kevin. (2019). Advances in understanding addiction treatment and recovery. Science Advances. doi: 10.1126/sciadv.aaz6596.

Anexo

Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 016/2020

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Autoeficácia e Vulnerabilidade ao Stress no Tratamento de Toxicodependentes em Reclusão e em Liberdade*

Equipa de Investigação: Cristiana Dionísia da Silva Gonçalves, Aluna de Mestrado em Psicologia, Escola de Psicologia, Universidade do Minho; Rui Abrunhosa Gonçalves (orientador), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Autoeficácia e Vulnerabilidade ao Stress no Tratamento de Toxicodependentes em Reclusão e em Liberdade.*

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 18 de março de 2020.

O Presidente da CEICSH



(Acílio Estanqueiro Rocha)

Anexo: Formulário de identificação e caracterização do projeto