



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

TÍTULO:

**Toxicodependentes Sem-Abrigo Em Centros De Acolhimento
Temporário e Funcionamento Familiar: Estudo Exploratório**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autor: Marisa Dolores

Orientador: Professora Doutora Mónica Taveira Pires

Número do candidato: 20150139

(abril) de 2018

Lisboa

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

TÍTULO:

**Toxicodependentes Sem-Abrigo Em Centros De Acolhimento
Temporário e Funcionamento Familiar: Estudo Exploratório**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autor: Marisa Dolores

Orientador: Professora Doutora Mónica Taveira Pires

Número do candidato: 20150139

(abril) de 2018

Lisboa

Em memória à minha avó
Deolinda Gonçalves Vieira

“Concedei-me Senhor serenidade para:
Aceitar as coisas que eu não posso modificar,
Coragem para modificar aquelas que eu posso, e
Sabedoria para distinguir umas das outras.”

Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
(Ricardo Reis, in "Odes")

“Aqueles que passam por nós não vão sós,
Não nos deixam sós.
Deixam um pouco de si,
Levam um pouco de nós.”
(Antoine de Saint-Exupéry)

Agradecimentos

Esta dissertação é muito mais que o culminar de uma etapa académica. Esta dissertação representa todo um caminho de crescimento pessoal, emocional, académico e até familiar.

Nada disto teria sido possível sem ter ao meu lado alguns pilares. Sempre partilhei do pensamento de Newton e hoje mais do que nunca “Se eu vi mais longe, foi por estar sobre os ombros de gigantes”, e que gigantes eu tenho...

A ti mãe que sempre me apoiaste, sempre me mostraste o melhor caminho, sempre me permitiste ter opção de escolha, sempre me deste o meu tempo e tiveste a paciência e a serenidade para esperar por mim. Por esperares este meu desabrochar e por me ensinares que é na simplicidade das coisas que residem os momentos mais felizes. Um obrigada não é suficiente para te agradecer tudo... nunca será.

A vocês Zé e Janete que, não pertencendo à minha família biológica, são a família que me completa e realiza, com a qual me identifico e os irmãos que nunca tive. A minha família é mais completa com vocês e sem o vosso apoio e a vossa dedicação não teria conseguido percorrer este caminho. Toda uma história se escreve e a minha não existe sem a vossa presença.

Obrigada Daniel por seres o meu mundo nestes anos, por me ajudares a crescer, por me estimulares sempre neste percurso académico Por me apoiares incondicionalmente, por me incentivares a continuar, inclusive, por me chateares com os teus discursos infinitos sobre todas as teorias relativas da vida sem os quais eu não conseguiria aprender a pensar... e que discursos.

Um enorme agradecimento aos meus colegas de trabalho que me apoiaram e me acompanharam neste processo académico, especialmente pela empatia tida comigo nos dias de maior desgaste. Também aos meus colegas de Universidade que me acompanharam neste percurso académico especialmente à Ângela, Inês, Marina e Rita pelos nossos bons e maus momentos que nos tornaram mais fortes e coesas.

Um especial agradecimento a todos os que participaram de forma voluntária nesta investigação e que sem eles não me teria sido possível a construção deste trabalho. Em cada história de vida, em cada momento de partilha e em cada hora de estágio passada com esta população foi um pouco mais de crescimento em mim e um pouco mais de sabedoria. Em

mim está um pouco de todos vós e por isso agradeço. Porque me permitiram este percurso. Como forma de agradecimento cumprirei a minha promessa: o desenho feito por todos vós será eternizado nesta dissertação.

Quero agradecer também a todos os que aqui não cabem e que de uma forma direta ou indireta contribuíram para o meu crescimento enquanto pessoa, enquanto académica e enquanto profissional. Sem eles não conseguiria estar onde me encontro no aqui e agora. São também parte da minha história e deste livro que escrevo todos os dias.

Quero agradecer ainda à minha orientadora de Dissertação Professora Doutora Mónica Pires e aos meus orientadores de local de estágio Professor Doutor Joaquim dos Vultos, Dr. Nuno Gonçalves e ao Dr. Pedro Oliveira que me orientaram e me acompanharam neste processo. Mais do que a orientação académica foi a orientação pessoal recebida por vós que representou um colossal impacto em mim. Porque existem marcas que nos seguem uma vida inteira, a vossa estará gravada eternamente.

Por fim, e não menos importante, Avó ...sinto a tua falta e daria muito de mim para te ter aqui apenas para te dizer o que não tive oportunidade um dia: Obrigada por me ensinares a amar. Foste mãe, amiga, companheira, confidente...foste o nosso porto de abrigo, foste aquela que nos ensinou que sempre existe espaço para mais um à mesa e que apesar de todas as adversidades a tua porta estaria sempre aberta para nos abrigar e acolher. Foste o meu colo, o meu ombro e a minha base. Sinto a tua falta, sentimos todos. Este trabalho e esta investigação é para ti. Nela tenho muito de mim e outro tanto de ti. Obrigada Avó por teres sido a nossa base... compete-nos agora continuar a tua obra feita ...uma família unida... e assim será.



Desenho realizado em parceria com todos os utentes do CAT. Foi-nos pedido pelos participantes desta investigação que o desenho fosse adicionado à Dissertação como forma expressiva do que pensam e do que sentem quanto às suas vivências como toxicodependentes sem-abrigo em recuperação. O autor do desenho foi identificado a pedido do próprio.

Resumo

O conhecimento e a compreensão da população sem-abrigo residente num CAT é um fator fundamental para o desenvolvimento e aplicação de técnicas e estratégias adequadas e adaptadas a cada um dos seus utentes. Definimos como objetivo geral caracterizar, conhecer e compreender a população toxicodependente sem-abrigo em recuperação num CAT ao nível da sintomatologia psicopatológica, vinculação e funcionamento familiar segundo a sua perspetiva. Esta investigação parte um paradigma pós-positivista com o objetivo de alcançar o máximo de compreensão possível da realidade existente e é composta por dois estudos: o estudo 1 e o estudo 2.

No estudo 1 (qualitativo) foi possível verificar que até ao momento do início dos consumos nem todos os participantes têm origens familiares semelhantes, no entanto aproxima-os a tipologia de funcionamento destas famílias, a forma de relacionamento e o fator determinante que os impulsionou para o início dos consumos. Após a iniciação dos consumos verifica-se que existem percursos de vida semelhantes onde a maioria destes participantes tem ou já teve relações cortadas com a sua família, viveram na rua e consideram que estabelecer contacto com a família é um fator importante para a sua recuperação e para a manutenção da abstinência.

No estudo 2 (quantitativo) verificamos que os participantes têm índices gerais de sintomas psicopatológicos e níveis de vinculação ansiosa mais elevados que a população geral. Quanto à tipologia de funcionamento das famílias ao nível da coesão e da flexibilidade estamos perante famílias com um funcionamento pouco adaptativo, a comunicação existente é pouco investida e o nível de satisfação muito baixo. Por fim, foi possível verificar que a psicopatologia existente está diretamente relacionada com o funcionamento familiar ao nível da flexibilidade e com o padrão de vinculação.

Concluimos que trabalhar com os toxicodependentes sem-abrigo em CAT ao nível dos seus padrões de vinculação e ao nível da estrutura e funcionamento familiar, assim como, com os elementos que compõem a sua família, poderá contribuir para uma diminuição da sintomatologia apresentada e para um aumento das taxas de sucesso na manutenção da abstinência e na continuação do seu percurso de recuperação e tratamento.

Palavras-chave: Sem-abrigo, Toxicodependência, Psicopatologia, Vinculação, Famílias Multiproblemáticas.

Abstract

The knowledge and understanding of the homeless population residing in a Centre for Drug addicts (CAT) is a fundamental factor for the development and application of suitable techniques and strategies adapted to each of its users. We define as general objective to characterize, to know and to understand the homeless drug addicts recovering in a CAT at the level of the psychopathological symptomatology, connection and familiar functioning according to their perspective. This research starts with a post-positivist paradigm with the objective of reaching the maximum possible understanding of the existing reality and is composed of two studies: study 1 and study 2.

In study 1 (qualitative) it was possible to verify that up to the moment of the beginning of the consumptions not all participants have similar family origins. Nevertheless, the type of functioning of these families, the form of relationship and the determinant factor that propelled them to start consuming approximates them. After the initiation of the consumption it is verified that there are similar life paths where the majority of these participants have or have had broken relationships with their family, lived in the street and consider that establishing contact with the family is an important factor for their recovery and to maintain abstinence.

In study 2 (quantitative) we found that the participants had general indexes of psychopathological symptoms and levels of anxiety higher than the general population. As for the typology of families functioning at the level of cohesion and flexibility, we are faced with families with a low adaptive function, that invest little in existing communication and whose level of satisfaction is very low. Finally, it was possible to verify that the existing psychopathology is directly related to family functioning in terms of flexibility and the pattern of attachment.

We conclude that working with homeless drug addicts in a CAT at the level of their attachment patterns and family structure and functioning, as well as with the elements that make up their family, may contribute to a decrease in the symptomatology presented and to increased rates of success in maintaining abstinence, and continuing their recovery and treatment path.

Keywords: Homelessness, Drug Addiction, Psychopathology, Binding, Multiple problem Families.

Índice

Dedicatória	IV
Agradecimentos.....	VI
Resumo.....	IX
Abstract	X
Índice	XI
Índice de tabelas	XIII
Índice de figuras	XIV
Lista de abreviaturas.....	XV
Introdução.....	16
Parte I – Enquadramento Teórico	19
1.1. Família	20
1.1.1. Famílias multiproblemáticas e Toxicodependência	26
1.2. Vinculação	34
1.3. Adição, psicopatologia e situação de sem-abrigo.....	43
Parte II – Estudos Empíricos – Estudo 1	49
2.1. Metodologia.....	50
2.1.1. Problema e Objetivos	50
2.1.2. Questões de investigação	50
2.1.3. Participantes	51
2.1.4. Instrumentos	52
2.1.4.1. <i>Entrevista clínica semiestruturada</i>	53
2.1.4.2. <i>Genograma</i>	53
2.1.5. Procedimentos	55
2.1.5.1. <i>Procedimentos de análise</i>	56
2.2. Resultados.....	58
2.2.1. Análise lexical	58
2.2.2. Genogramas.....	73
2.2.2.1. <i>Análise Clínica</i>	74
2.2.2.2. <i>Análise de conteúdo</i>	77
2.3. Discussão	81
Parte III – Estudos Empíricos – Estudo 2.....	88
3.1. Metodologia.....	89
3.1.1. Problema e objetivos	89

3.1.2.	Hipóteses	90
3.1.3.	Participantes	93
3.1.4.	Instrumentos	93
3.1.4.1.	<i>Questionário Sociodemográfico</i>	93
3.1.4.2.	<i>BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos</i>	94
3.1.4.3.	<i>EVA - Escala de Vinculação para Adultos</i>	95
3.1.4.4.	<i>FACES IV - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar</i> ..	96
3.1.5.	Procedimentos	98
3.1.5.1.	<i>Procedimentos de análise</i>	99
3.2.	Resultados.....	100
3.2.1.	Análise dos Clusters	100
3.2.2.	Estatística Descritiva	103
3.2.3.	Estatística Inferencial: Correlações entre sintomas psicopatológicos, vinculação e funcionamento familiar	104
3.2.4.	Regressão entre IGS e FACES - funcionamento familiar -, vinculação e sintomas psicopatológicos	108
3.3.	Discussão	109
Parte IV – Discussão Geral		115
4.1.	Conclusão	119
Referências Bibliográficas		124
Anexos		141
Anexo I – Questionário Sociodemográfico		142
Anexo II - Entrevista Clínica Semiestruturada		143
Anexo III – Minuta do pedido de autorização à direção do CAT para a aplicação dos instrumentos		145
Anexo IV – Minuta exemplificativa do consentimento dos utentes para participação voluntária nesta investigação		147
Anexo V – Consentimento aos autores que validaram as escalas para a população portuguesa dos instrumentos a aplicar		148

Índice de tabelas

Tabela 1	
Caracterização sociodemográfica dos participantes	52
Tabela 2	
Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 1.....	64
Tabela 3	
Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 2.....	65
Tabela 4	
Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 3.....	66
Tabela 5	
Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 4.....	67
Tabela 6	
Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 5.....	69
Tabela 7	
Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 6.....	71
Tabela 8	
Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 7.....	72
Tabela 9	
Caracterização familiar e dos relacionamentos familiares e afetivos	79
Tabela 10	
Descrição e operacionalização das variáveis utilizadas na investigação	92
Tabela 11	
Consistência interna do inventário de sintomas psicopatológicos	95
Tabela 12	
Consistência interna da AAR-S e EVA adaptada à população portuguesa.....	96
Tabela 13	
Consistência interna da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar	98
Tabela 14	
Resultados centrais e de dispersão dos instrumentos: BSI, EVA, FACES-IV	104
Tabela 15	
Tabela de normalidade de dimensões dos instrumentos	105
Tabela 16	
Análise inferencial: Correlação de Pearson entre BSI, EVA e FACES IV	107
Tabela 17	
Análise de multicolinearidade.....	108
Tabela 18	
Regressão hierárquica dos preditores para o IGS.....	109

Índice de figuras

Figura 1. Modelo e funcionamento do sistema de vinculação.....	42
Figura 2. Representação gráfica no genograma da simbologia dos elementos familiares e dos seus relacionamentos.....	54
Figura 3. Classificação Hierárquica Descendente (CHD).....	58
Figura 4. Classificação Hierárquica Ascendente (CHA)	58
Figura 5. Formas reduzidas e distribuídas por classes	61
Figura 6. Análise Factorial de Correspondência por contributo	62
Figura 7. Análise Factorial de Correspondência por correlação	63
Figura 8. Proximidade das palavras significativas na Classe 1.....	65
Figura 9. Proximidade das palavras significativas na Classe 2.....	66
Figura 10. Proximidade das palavras significativas na Classe 3.....	67
Figura 11. Proximidade das palavras significativas na Classe 4.....	68
Figura 12. Proximidade das palavras significativas na Classe 5.....	70
Figura 13. Proximidade das palavras significativas na Classe 6.....	72
Figura 14. Proximidade das palavras significativas na Classe 7.....	73
Figura 15. Genograma representativo da tipologia relacional e comunicacional mais comum das famílias.....	77
Figura 16. Genograma tipo de família de utente.....	80
Figura 17. Genograma tipo de família de utente	80
Figura 18. Dendograma com ligação Ward	101
Figura 19. Medida de silhueta de coesão e de separação para K=2	102
Figura 20. Importância do previsor	102
Figura 21. Caracterização sociodemográfica da população	111

Lista de abreviaturas

AFC – Análise Factorial de Correspondência
ALCEST - Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte
BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos
CAT – Centro de Acolhimento Temporário
CHA - Classificação Hierárquica Ascendente
CHD – Classificação Hierárquica Descendente
CT – Comunidade Terapêutica
EVA – Escala de Vinculação para Adultos
FACES IV – Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar
IGS – Índice Geral de Sintomas
IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social
SCM – Santa Casa da Misericórdia
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
TLC – Teorema do Limite Central
UAL – Universidade Autónoma de Lisboa
UCE – Unidade de Contexto Elementar
UCI – Inidade de Contexto Inicial

Introdução

Segundo os dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), estima-se que aproximadamente 250 milhões de pessoas entre os 15 e 64 anos consumiu, pelo menos, uma vez na vida substâncias psicoactivas e destas, aproximadamente entre 16 a 29 milhões de pessoas apresentaram hábitos de consumo regular. Na Europa, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências refere que pelo menos $\frac{1}{4}$ da população já consumiu estupefacientes em algum momento da sua vida (SICAD, 2013). Em Portugal os valores de consumo no ano de 2012 rondam os 9.5% da população (SICAD, 2014). Segundo o relatório anual de 2016 do SICAD, entre 2012 e 2016/17 verificou-se um aumento do consumo de estupefacientes que chega aos 10%, em particular o consumo de cannabis (SICAD, 2017).

Apesar do consumo de estupefacientes ser considerado um fenómeno da sociedade moderna, a adesão e a prática de consumo não o são e desde sempre existiram hábitos de consumo de substâncias psicoactivas com o objetivo de proporcionar bem-estar (Toscano, 2001; Sommer, 2004). O consumo recorrente induz à dependência física e psíquica embora o consumidor saiba que esta prática lhe é prejudicial (Canário & Ricou, 2007).

Para alguns autores, a toxicodependência é sinónimo de uma perturbação que surge a partir de um conjunto de fatores que podem ser divididos em três categorias: individuais, contextuais (Dias, 2003) e familiares (Conner, Hellemann, Ritchie, & Noble, 2010; Ouzir & Errami, 2016).

Quanto à existência de psicopatologia nos toxicodependentes, segundo o Observatório Europeu de Combate à Droga e Adição (EMCDDA, 2016), a população toxicodependente, quando comparada com a população geral, tem um índice mais elevado de psicopatologia.

Segundo Schindler et al. (2005), a psicopatologia e a toxicodependência podem estar associadas ao tipo de interações com as figuras parentais durante a infância e a adolescência e para Mickelson, Kessler e Shaver (1997) indivíduos toxicodependentes apresentam índices mais elevados de vinculação insegura.

Outro fator que tem sido apontado como preditivo para o consumo de estupefacientes é a pertença a uma família multiproblemática. A revisão da literatura demonstra que pessoas com um histórico de consumos pertencem frequentemente a famílias que têm um funcionamento pouco adaptativo e com problemas de comunicação entre os elementos que as compõem

(Anderson & Henry, 1994; Kumpfer, 1998). Moen e Ohlund (2003) vêm solidificar as informações postuladas pelos autores anteriores ao verificarem que aproximadamente 50% dos indivíduos a fazer tratamento de substituição com metadona provinham de famílias desestruturadas, com episódios de divórcios, acontecimentos traumáticos, mortes prematuras e progenitores dependentes ou portadores de psicopatologia.

Apesar das famílias poderem ser ao mesmo tempo as causadoras e indutoras da iniciação e da continuação dos consumos de estupefacientes, também elas exercem uma função protetora e têm um papel importante no processo de desintoxicação (Schenker & Minayo, 2003). Estudos empíricos revelam que as abordagens que incluem a família são mais bem-sucedidas do que outras abordagens (Coatsworth, Santisteban, McBride, & Szapocznik, 2001), principalmente aquando do início da fase de tratamento ou quando os indivíduos pretendem abandonar o programa por desmotivação ou outro fator (Stanton & Shadish, 1997).

Em Portugal existem poucos estudos que incidam sobre a população sem-abrigo e uma lacuna no estudo quanto à relação entre a psicopatologia, a vinculação e o funcionamento familiar bem como a sua importância no processo de recuperação nos toxicodependentes sem-abrigo em Centros de Acolhimento Temporário (CAT's), segundo a sua perspectiva. A literatura existente, embora seja reduzida, é de índole descritiva quanto à caracterização desta população e quanto aos aspectos de compreensão das suas vivências e das suas relações familiares, segundo a sua perspectiva.

Com o objetivo de melhor caracterizar e compreender esta população foi por nós realizada uma investigação com metodologia mista o que nos permitiu alcançar mais informação e uma maior riqueza nos dados recolhidos. Através da sua confrontação, e recorrendo à triangulação dos dados, pretendemos alcançar uma maior objectividade e consolidação dos resultados obtidos.

Na elaboração desta dissertação temos como objetivo principal caracterizar a população toxicodependente sem-abrigo em CAT's e conhecer e compreender o seu percurso de vida e as suas relações familiares. Para tal foram elaborados dois estudos e colocados dois problemas: “Quais as histórias de vida dos toxicodependentes sem-abrigo a residir num CAT e a sua percepção das relações familiares?” (estudo 1) e “Qual será a relação entre os sintomas psicopatológicos, os níveis de vinculação e o funcionamento familiar segundo a perspectiva do toxicodependente sem-abrigo em recuperação?” (estudo 2).

Para responder ao que acima questionamos elaboramos esta investigação que é constituída por quatro partes.

A primeira parte é constituída por três capítulos ao longo dos quais foi feita uma revisão da literatura existente quanto às temáticas da família, da vinculação, da adição e da situação de sem-abrigo.

A segunda parte é composta pelo estudo 1 (qualitativo) que tem como principal objetivo conhecer e compreender de forma mais aprofundada a história de vida e familiar dos utentes residentes num CAT. Ao longo desta segunda parte são ainda apresentados os resultados dos dados recolhidos através da aplicação da entrevista clínica semiestruturada e da elaboração dos genogramas, assim como, a discussão dos mesmos.

A terceira parte deste trabalho é constituída pelo estudo 2 (quantitativo) cujo objetivo principal é caracterizar a população toxicodependente sem-abrigo a residir num CAT ao nível individual e familiar, nomeadamente quanto aos sintomas psicopatológicos prevalentes, o vínculo afetivo e a percepção do funcionamento familiar ao nível da coesão, flexibilidade, satisfação e comunicação. É também ao longo desta terceira parte que são apresentados os resultados dos dados recolhidos e analisados estatisticamente, bem como a sua discussão.

Por fim, na quarta parte pretendemos apresentar uma discussão geral com recurso à triangulação dos dados recolhidos e dos resultados obtidos o que nos permitiu adquirir uma melhor caracterização e compreensão desta população, validando os resultados obtidos.

Os resultados permitiram-nos obter uma maior e mais completa informação contribuindo, assim, para a investigação desta temática a nível nacional. Primeiramente, pretendemos com este trabalho contribuir para uma maior sensibilização da população para a problemática da toxicodependência como doença, assim como, promover uma visão diferenciada aos técnicos dos CAT's que trabalham com esta população para a importância de trabalhar e intervir com os utentes e com as suas famílias ao nível das relações familiares e afetivas. Em segundo plano pretendemos que esta informação e estes resultados possam contribuir para a mudança de paradigma de intervenção nos CAT's e nas Comunidades Terapêuticas (CT) através do desenvolvimento e implementação de programas de intervenção diferenciados e devidamente adaptados aos toxicodependentes e às suas famílias numa fase inicial do programa de tratamento.

Parte I – Enquadramento Teórico

1.1. Família

À luz do paradigma sistêmico, a família deve ser compreendida como um sistema aberto que tem uma finalidade, que se desenvolve e que cresce tal como um organismo vivo, cujo objetivo final é a autorregulação (Dias, 2011).

A família é entendida como um fenômeno complexo e dinâmico que assume diferentes configurações estruturais e relacionais (Bateson, 1987). Ao estar em constante transformação tem necessidade de se adaptar às exigências interpostas durante as diferentes fases do seu ciclo de desenvolvimento que são proporcionadas pelas solicitações e interações sociais, às quais existe uma necessidade de equilíbrio constante (homeostase).

A tendência homeostática tanto pode ser promovida pela manutenção do sistema familiar como pela sua transformação. Para que tal aconteça é necessário que na troca de informações entre o sistema familiar e os outros sistemas exista um conjunto de regras e funções definidas que permitam a importação de uma energia dinâmica e que contribuam para permitir a mudança e o estabelecimento da ordem (Bertalanffy, 1973). Caso esta interação seja contrária, verifica-se o surgimento de uma desordem interna que causa perdas e desperdícios já que a entropia levará o sistema à decomposição e à desintegração (Gouveia, Pires, & Hipólito, 2015).

Pensar na família como um sistema complexo implica que se deve considerar que o comportamento de cada um dos seus elementos irá influenciar os demais e que é imperativo compreender tanto as partes como o todo que o compõem, onde o subsistema familiar é também parte integrante de outros sistemas mais alargados (Relvas & Major, 2015).

Numa perspectiva transgeracional devemos olhar e compreender a relação entre os elementos que compõem o sistema familiar tanto ao nível horizontal (ex.: relação entre cônjuges, relação entre irmãos), como ao nível vertical (com o sistema familiar de origem dos quais fazem parte os pais, tios, etc.) (Bowen, 1991). É através desta relação que se tem conhecimento de quais as necessidades que regulam a forma de funcionamento das famílias e pelas quais estas se organizam e interagem com outros sistemas (Minuchin, Colapinto, & Minuchin, 2009).

Os vários subsistemas dentro da família são definidos pelas suas funções e pelos seus papéis e, segundo Minuchin (1982), existem três modelos a ser mencionados: o conjugal, o parental e o fraternal. Já para Alarcão (2000), a família é composta por quatro tipos de subsistemas sendo eles o individual (composto pelo próprio indivíduo), o conjugal (relação que se

estabelece entre marido e mulher), o parental (relação existente entre pais e filhos) e o fraternal (relação entre irmãos). Deste modo, cada elemento da família pode pertencer a mais do que um subsistema ao mesmo tempo e em cada um deles desempenhar diferentes papéis e funções (Minuchin & Fishman, 1990; Alarcão, 2000).

A forma como os membros de uma família interagem entre si, se relacionam, como criam vínculos, como lidam com os problemas e com os conflitos, o tipo de rituais que mantêm, as regras internas existentes ou mesmo a definição de papéis e a estrutura da sua hierarquia irá permitir indicar qual a dinâmica familiar existente (Cerveny & Berthoud, 2002). Estes sistemas e a forma como são constituídos podem ser influenciados tanto por fatores externos como por fatores internos (Minuchin, 1982).

Os subsistemas são ainda delimitados por fronteiras (barreiras emocionais) e regras (Minuchin et al., 2009), que, não sendo estáticas, definem quem participa e como participa com o propósito de proteger e aumentar a integridade dos membros da família. Estas fronteiras e regras têm ainda como função estabelecer limites próprios e regular o tipo de trocas estabelecidas entre os subsistemas, o que permite a manutenção e o equilíbrio dos mesmos (Minuchin, 1982; Calil, 1987; Nichols & Schwartz, 2007).

As fronteiras podem ser rígidas, claras ou difusas tal como referem Minuchin (1982) e Nichols e Schwartz (2007), senão vejamos: quando existe a presença de fronteiras rígidas num subsistema familiar verifica-se um elevado nível de independência dos seus elementos mas também uma limitação de afeto e de comunicação entre eles o que resulta no afastamento de outros subsistemas externos (Minuchin, 1982; Nichols & Schwartz, 2007); já quando as fronteiras são claras, os limites são sólidos e as regras entre os seus subsistemas são nítidas, o que permite a definição dos papéis e o cumprimento das funções de cada elemento familiar sem que a interação com outros subsistemas interfira indevidamente (Minuchin, 1982). Também nestes subsistemas com fronteiras claras se observa a existência de uma maior comunicação entre os seus elementos e a demonstração de afeto é consideravelmente maior (Nichols & Schwartz, 2007). Por fim, quando os limites entre os subsistemas não estão definidos e as regras são pouco claras, as fronteiras tornam-se difusas resultando numa grande aproximação entre subsistemas o que não permite a diferenciação dos elementos que compõem o subsistema familiar (Minuchin, 1982).

Pode-se afirmar então que, é a forma de interação e a definição de papéis dos elementos dentro da estrutura familiar que irá contribuir para o funcionamento e para o modo como se

organiza o sistema familiar (Lawson, Peterson, & Lawson, 1983). Quando esta interação e definição de papéis e funções está difusa ou é inapropriada, tal indica que as regras implícitas e explícitas pelo qual o sistema se rege não estão a permitir a definição clara das condutas apropriadas originando, deste modo, uma família com um funcionamento pouco adaptativo (Lawson et al., 1983).

Segundo Falcão (2005), as famílias podem ser divididas em dois grandes grupos. No grupo das famílias com um funcionamento mais adaptado os membros que as compõem mostram-se seguros da sua identidade, comunicam entre si e possuem uma auto-estima elevada. São também consideradas como sistemas permeáveis ou semiabertos que permitem o intercâmbio, o relacionamento e a troca de informação com o meio ambiente onde estão inseridas (Lawson et al., 1983; Falcão, 2005). Já no grupo das famílias com funcionamento pouco adaptativo, estas são compostas por pessoas que se auto limitam e cujos papéis e funções aparentam estar inibidos ou difusos (Lawson et al., 1983). Neste segundo grupo, frequentemente, os elementos da família apresentam problemas de comunicação e quando se expressam surgem, com alguma regularidade, comportamentos violentos (Falcão, 2005). Estas famílias têm ainda dificuldade em adotar comportamentos devidamente adaptados ao contexto social onde estão inseridas ou a acontecimentos de vida imprevisíveis (Falcão, 2005).

Tal como a análise da estrutura familiar e dos seus subsistemas, também os padrões transacionais definem a forma como a família e os seus elementos atuam e interagem entre si e com os outros sistemas ou subsistemas (Minuchin, 1982). Segundo o autor, os padrões transacionais e transgeracionais determinam a tipologia de relacionamentos (compostos por trocas cognitivas, comportamentais e afetivas), que se estabelecem entre os elementos da família e que reforçam e regulam o próprio sistema familiar.

Embora a família mantenha uma resistência à mudança com a manutenção de padrões pré-estabelecidos, estes podem ser substituídos por padrões alternativos (Minuchin & Fishman, 1990). Aqui, a flexibilidade e a capacidade de aceitação à mudança por parte dos elementos da família são cruciais e essenciais para conseguirem aceder a padrões transacionais alternativos. Estes padrões poderão ser utilizados quando estas famílias se deparam com situações ou acontecimentos de conflito ou de mudança (Minuchin, 1982; Minuchin & Fishman, 1990).

Também as tipologias familiares e a sua constituição são importantes para a compreensão das famílias. De acordo com Minuchin e Fishman (1990), existem nove tipologias familiares

sendo elas: 1) pas de deux (relação íntima entre duas pessoas); 2) de três gerações (quando várias gerações vivem em conjunto (pais, avós e netos); 3) com suporte ou com filho parental (quando um elemento da família adota o papel e a função de cuidar dos demais elementos da família); 4) acordeão (quando um elemento da família está ausente por longos períodos); 4) flutuante (quando a família muda com muita frequência de local de residência); 5) hóspede ou adaptativa (quando no núcleo familiar se acolhe um outro elemento da família temporariamente ou ocasionalmente); 6) reconstruída ou reconstituída (quando um pai ou uma mãe é substituído por um outro externo à família de origem); 7) com um fantasma (quando um dos elementos da família desaparece ou morre); 8) descontrolada (quando existem problemáticas na orgânica familiar e estas são refletidas nas funções e papéis dos elementos que a compõem); e 9) psicossomática (quando se verifica uma união excessiva entre os elementos que compõem a família).

Também Malpique (1997) e Alarcão (2000) fazem referência à importância das tipologias familiares para a compreensão do sistema familiar destacando quatro tipologias: 1) família nuclear como aquela que é composta por todos os elementos que estejam interligados por laços biológicos e/ou afetivos e que realizem atividades em conjunto; 2) família extensa quando é composta pelos membros ascendentes (pais), descendentes (filhos) e colaterais à família nuclear (irmãos e tios); 3) família de origem onde apenas se faz referência à família de origem de cada um dos cônjuges; e 4) família monoparental composta por apenas um dos cônjuges.

Por fim, Olson e Gorall (2006), através da análise das relações familiares no seu Modelo Circumplexo, fazem referência a novas tipologias familiares e identificam seis tipos: 1) as famílias equilibradas que são caracterizadas pelo seu funcionamento saudável onde os seus elementos conseguem trabalhar bem as adversidades diárias e implementam mudanças adaptativas ao longo do tempo; 2) as famílias rigidamente equilibradas que têm um maior nível de aproximação emocional entre os seus membros e são mais rígidas. Estas famílias apesar de deterem um bom nível de funcionamento são adversas à mudança devido à sua menor flexibilidade; 3) as famílias médias que são todas aquelas que hipoteticamente funcionariam de forma equilibrada em todos os níveis de coesão e flexibilidade, ou seja, seriam a caracterização da família perfeita; 4) as famílias flexivelmente desequilibradas como todas aquelas que apesar de terem um funcionamento interno problemático conseguem ter elevados níveis de flexibilidade o que lhes permite adquirir competências necessárias e promover e aceitar a mudança com o objetivo de resolução de adversidades existentes; 5) as

famílias caoticamente desligadas que são famílias caracteristicamente problemáticas com baixos níveis de flexibilidade e de capacidade de mudança e com um distanciamento emocional entre os membros que a compõem; e 6) as famílias desequilibradas que são as famílias com mais problemáticas existentes ao nível do funcionamento e com níveis extremos de coesão e flexibilidade.

No Modelo Circumplexo de Olson e Gorall (2003), o funcionamento familiar pode ser equilibrado ou desequilibrado dependendo do seu nível de coesão e flexibilidade. Quando as famílias têm um nível equilibrado de funcionamento, os seus níveis de coesão e de flexibilidade são harmoniosos e traduzem-se num funcionamento familiar saudável e adaptativo. Mas quando os níveis de coesão e de flexibilidade se encontram nos extremos, estas famílias são consideradas emaranhadas ou desligadas e com um funcionamento familiar pouco adaptativo (Olson & Gorall, 2006; Olson, 2010).

Famílias com níveis de coesão extremamente altos são designadas como emaranhadas, já as famílias com níveis de coesão extremamente baixos são descritas como desmembradas ou desligadas (Olson & Gorall, 2003). Quanto aos níveis de flexibilidade, quando estes são muito altos estas famílias são consideradas caóticas, quando são níveis extremamente baixos as famílias são denominadas rígidas (Olson & Gorall, 2003).

Segundo Olson e Gorall (2006, p.3), a coesão é definida como “a ligação emocional que os elementos da família têm uns com os outros” e associa-se ao modo como estes vivem os momentos de separação e de aproximação, no entanto, a família pode ir alterando os seus níveis de coesão ao longo do seu ciclo de vida familiar. Numa família com um funcionamento equilibrado os seus elementos são um tanto ligados e apesar de terem algum distanciamento emocional e de exercerem apenas algumas atividades em conjunto ou terem poucos interesses em comum, são também capazes de atuar em parceria quando se verifica a necessidade de tomada de decisões (Olson & Gorall, 2003). Por sua vez, nas famílias com uma relação ligada existe maior equilíbrio entre a separação e a aproximação. Já nas famílias muito ligadas dá-se mais importância à coletividade em prol da individualidade, com interesses comuns e atividades partilhadas maioritariamente em conjunto (Olson & Gorall, 2003).

Estas famílias com um funcionamento adaptativo contrapõem-se às famílias cujo funcionamento é menos adaptativo com níveis extremos de coesão familiar (desligada e emaranhada) e que são tendencialmente desequilibradas e potencialmente problemáticas (Olson & Gorall, 2003). Famílias com um elevado nível de coesão (emaranhadas)

caracterizam-se pela união excessiva entre os seus elementos, com papéis rígidos mas pouco diferenciados no seu subsistema e com fronteiras internas difusas e externas rígidas (Relvas, 1999). Não permitem uma relação com o meio envolvente e dificultam o processo de autonomia e socialização dos seus elementos com outros subsistemas (Alarcão, 2000). Nestas famílias a proximidade emocional é muito elevada e os indivíduos são muito dependentes uns dos outros pois focam a sua energia na família e nas atividades e interesses em comum (Olson & Gorall, 2003).

No outro extremo, encontramos as famílias desmembradas ou desligadas que, embora também sejam disfuncionais, são o oposto das emaranhadas. Têm fronteiras excessivamente abertas para o exterior e os papéis, apesar de rígidos, são instáveis e com uma prevalência de foco mais no individual do que no coletivo (Relvas, 1999; Alarcão, 2000). Nestas famílias prevalecem frequentemente relações emocionais mais distantes, com um envolvimento escasso entre os elementos e uma incapacidade ou desinteresse na resolução de problemáticas em conjunto (Olson & Gorall, 2003).

Quanto à flexibilidade esta é definida como “a forma de expressão da liderança, a organização, a definição de papéis, as regras relacionais e os processos de negociações na família” (Olson, 2011, p.65), podendo ainda incluir os processos de comunicação (Olson & Gorall, 2003).

Famílias com sistemas flexivelmente equilibrados são detentoras de uma liderança democrática e com capacidade para promover a mudança e se adaptarem ao contexto envolvente. No seu núcleo, os papéis e as regras são claras e existe espaço para a negociação quando se verifica uma necessidade de tomada de decisão em conjunto. Já no nível de funcionamento um pouco flexível as regras são claras e firmes e os papéis de cada sujeito são rigorosamente definidos embora ainda exista espaço para o diálogo, partilha e discussão de ideias. Por fim, no nível de funcionamento flexível, apesar das regras e dos papéis serem igualmente claras e definidas, existe espaço para adaptação e alteração tanto das regras quanto dos papéis ao longo do ciclo de vida, com funções igualmente partilhadas e com uma posição democrática entre os elementos na tomada de decisões e na resolução de problemas em conjunto (Olson & Gorall, 2003).

Contrariamente às famílias flexivelmente equilibradas, nas famílias com um nível de funcionamento desequilibrado encontramos famílias muito rígidas, sem espaço para a mudança e com capacidades de negociação muito limitadas já que detêm pelo menos um dos

elementos do subsistema familiar com características ditatoriais e altamente controlador. Aqui, as regras e os papéis são fixos e inalteráveis ao longo da vida familiar. No outro extremo encontramos as famílias caóticas, onde a liderança permissiva impera, com tomadas de decisão em prol do individual e com papéis e regras pouco claras e instáveis (Olson & Gorall, 2003).

Em suma, tal como os níveis de coesão extremos, também os níveis de flexibilidade muito baixos (rígido) ou muito elevados (caótico) tendem a ser problemáticos e comprometem o desenvolvimento individual e relacional dos sujeitos a médio longo prazo. As relações familiares que se encontram nos níveis intermédios de coesão e de flexibilidade são as que detêm um melhor funcionamento e onde a comunicação é mais fluente e evidente (Olson & Gorall, 2003).

Segundo Olson e Gorall (2003), também a comunicação deve ser invocada pois esta é uma dimensão facilitadora do funcionamento familiar permitindo a alteração e a mudança nos níveis de coesão e flexibilidade. Para estes autores é através das habilidades comunicacionais que os elementos que compõem a família conseguem gerir as suas diferenças e resolver as suas problemáticas. Num bom processo de comunicação devem estar presentes competências comunicacionais positivas e facilitadoras que permitam abrir espaço ao diálogo e promover a mudança tais como a empatia, a escuta ativa, a capacidade de argumentação, o respeito mútuo e a consideração pela opinião dos outros (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). Estas capacidades comunicacionais permitem à família a sua adaptação a novos níveis de coesão e de flexibilidade, assim como, a capacidade para se ajustarem às novas exigências situacionais (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003). Famílias equilibradas detêm boas capacidades comunicacionais, contrariamente às famílias desequilibradas, que tendem a ter uma comunicação mais limitada e pobre (Olson, 2000; Olson & Gorall, 2003).

Verifica-se ainda que famílias equilibradas e com níveis intermédios de coesão e flexibilidade e com uma boa comunicação entre os seus elementos, são famílias mais satisfeitas comparativamente às famílias com características disfuncionais e desequilibradas (Olson, 1999, 2010, 2011; Olson & Gorall, 2003, 2006).

1.1.1. Famílias multiproblemáticas e Toxicodependência

Para Carter e McGoldrick (2001), as fases do ciclo familiar correspondem às várias etapas que uma família passa durante a sua constituição e ao longo do seu percurso podem existir alterações significativas neste ciclo de vida familiar tais como, formação de um novo casal,

nascimento de filhos, separações ou até mortes. O surgimento de problemáticas no seio familiar acontece em diferentes fases do ciclo de vida e são influenciadas por fatores internos e externos (Alarcão, 2000).

Quando se verifica a existência de um conjunto de fatores de risco que podem ter repercussões negativas num número indeterminado de elementos da família e nas diferentes dimensões do seu funcionamento, estes são contributivos para denominar estas famílias como multiproblemáticas (Alarcão, 2000). Para compreender as características destas famílias deve-se ter em conta um conjunto de fatores e condições a que estão sujeitas sendo elas os seus padrões interacionais, as suas problemáticas, as suas competências, os seus recursos e a forma como se relacionam com a rede social formal e informal (Matos & Sousa, 2006).

Às famílias multiproblemáticas é também, frequentemente, associada a condição de pobreza, com baixos recursos socioeconómicos e com um funcionamento pouco adaptativo e desorganizado quanto à sua dinâmica familiar (Cunningham & Henggeler, 1999; Cerqueira, Pires, Figueiredo, Matos, & Sousa, 2003; Sousa & Eusébio, 2005a). Mas ser carenciado economicamente não significa necessariamente que se tenha que pertencer a uma família pouco funcional e desorganizada, embora as problemáticas associadas a estas famílias possam ser causadoras de uma destruturação interna dos seus elementos e dos seus subsistemas (Minuchin, 1967, citado por Martínez, 2003). Deste modo, não se pode afirmar que existe uma relação de causa-efeito entre a pobreza e a pertença a uma família multiproblemática (Sousa & Ribeiro, 2005). Embora sejam as famílias multiproblemáticas pobres que constituam a maior fatia das famílias disfuncionais (Cunningham & Henggeler, 1999) esta é uma condição transversal a todas as tipologias familiares e de diferentes origens sociais, culturais e económicas (Sousa & Ribeiro, 2005; Sousa & Eusébio, 2005b).

Nos anos 50 do Séc. XX, a origem do conceito de famílias multiproblemáticas estava diretamente associado ao baixo nível socioeconómico (Scott, 1959 citado por Alarcão, 2000; Martínez, 2003), sendo posteriormente utilizado na área da saúde mental (Linares, 1997) sem que houvesse características específicas destas famílias quanto à tipologia das suas relações interpessoais, familiares e sociais (Alarcão, 2000; Sousa, 2005).

Atualmente este conceito está diretamente relacionado às áreas das ciências sociais e humanas (Martínez, 2003) e centra-se no conjunto das características adjacentes a estas famílias como a sua tipologia, estrutura e dinâmica relacional (Sousa, 2005). Para Sousa e Eusébio (2005a), a particularidade do conceito das famílias multiproblemáticas centra-se no conjunto dos

problemas que estas detêm e que são complexos, intensos, graves, crônicos e que afetam mais do que um membro da família tornando-as polissintomáticas (Gómez, Muñoz & Haz, 2007).

Ainda que existam várias designações utilizadas na literatura para definir as famílias multiproblemáticas é a operacionalização do conceito desenvolvido por Cancrini, Gregorio e Nocerino (1997) que é a mais utilizada. Segundo estes autores, as famílias multiproblemáticas devem ser detentoras de seis critérios e/ou características em simultâneo: 1) existência de mais do que um elemento na família com problemáticas graves e continuadas no tempo e que necessitem de intervenção externa para a sua resolução; 2) existência de negligência parental ao nível das necessidades primárias dos cuidados físicos e de acompanhamento; 3) relação direta entre o ponto 1 e o ponto 2, ou seja, as problemáticas existentes comprometem a prestação de cuidados a outros elementos da família; 4) incapacidade dos elementos da família assumirem os seus papéis e funções, os quais são exercidos por técnicos externos à família 5) existência de uma relação de co-dependência das famílias com os serviços sociais e que sem os quais não são capazes de alcançar o equilíbrio inter-sistémico; e 6) presença de um elemento sintoma ou desenvolvimento de comportamentos sintomáticos tais como adições a álcool ou estupefacientes.

Quanto à estrutura das famílias multiproblemáticas estas apresentam relações que se caracterizam por um elevado número de rupturas e reconciliações frequentemente marcadas pela instabilidade (Linares, 1997; Sousa, 2005) o que se traduz num genograma complexo e emaranhado (Matos & Sousa, 2006).

Cancrini et al. (1997) referem que estes subsistemas familiares têm configurações estruturais evidentes na maioria destas famílias tais como, a existência de um pai periférico (com um papel secundário ou ausente no subsistema parental tanto ao nível afetivo quanto ao nível económico), a presença de um casal instável (com casamentos ou relações amorosas com pouca durabilidade e geralmente pautadas por relações conflituosas e hostis), a existência de famílias monoparentais compostas pela mulher só ou com famílias reconstituídas e com filhos provenientes de várias relações e por último, a existência de uma família petrificada que se caracteriza pela presença de alterações severas no seu funcionamento devido a acontecimentos dramáticos ou traumáticos.

No subsistema conjugal verifica-se uma fraca ligação emocional e a presença de limites muito difusos entre os indivíduos o que permite o aumento de conflitos e da instabilidade interna no seio familiar (Sousa, Pires, Matos, Cerqueira, & Figueiredo, 2004). As relações conjugais

destas famílias são caracterizadas pela instabilidade e pela imaturidade com consequências negativas ao nível das funções parentais (Neves, 2007). Cancrini et al. (1997) afirmam que cônjuges imaturos e com relações instáveis tendem a negligenciar as suas funções e papéis parentais apresentando um elevado grau de inadequação. Em situações limite, estas crianças negligenciadas e fruto destas relações instáveis e conflituosas são frequentemente retiradas aos pais e colocadas em instituições (Barudy, 1998, citado por Gómez et al., 2007) ou mesmo entregues aos cuidados de outros membros da família alargada (Alarcão, 2000).

Neste contexto, verifica-se que a falha na prestação dos cuidados básicos à criança pode levar a modelos de vinculação inseguros (Alarcão, 2000; Neves, 2007) e à necessidade de substituição de figuras parentais por outras figuras de referência (Sousa, 2005; Sousa Hespanha, Rodrigues, & Grilo, 2007).

Estas famílias são, ainda, frequentemente compostas por agregados familiares numerosos (Cancrini et al., 1997), com um número elevado de filhos, fruto de diferentes relacionamentos (Sousa & Eusébio, 2005a), e onde as responsabilidades parentais e os papéis são frequentemente adotados pelos irmãos mais velhos perante os mais novos (Sousa et al., 2007).

Ao nível do funcionamento, estas famílias têm relacionamentos marcados por uma desorganização interna a vários níveis onde impera a incoerência dos papéis, com regras pouco claras e pouco definidas (Alarcão, 2000; Cerqueira et al., 2003). Segundo Martínez (2003), os comportamentos disfuncionais surgem quando se verificam alterações ou mudanças no ciclo de vida familiar tais como o início de formação de um casal ou quando acontece o nascimento de um filho. A isto vem associado o histórico familiar dos hábitos e costumes da família de origem, assim como, os problemas que estão aliados às dificuldades de comunicação e de resolução de problemas (Sousa, 2005).

Também a forma de comunicar é negligenciada. Caracteriza-se por ser fraca e com pouco investimento (Alarcão, 2000). Em 1993, Epstein et al. (citado por Sousa et al., 2004), verificou que estas famílias adotam um estilo comunicacional pouco saudável e caracterizado pelo discurso indireto e mascarado. Ao comunicar, as famílias revelam um elevado sentido de crítica, tendência à culpabilização do outro e uso de um discurso muito generalista onde não expressam de forma clara o seu ponto de vista ou o seu pensamento (Sousa, 2005). Minuchin (1967, citado por Sousa et al., 2007), refere que estas famílias têm uma tipologia discursiva e comunicacional própria onde impera a transmissão de mensagens por canais fechados, pouca

troca de informação entre os elementos da família, pouco investimento afetivo nas mensagens transmitidas e pouca empatia e capacidade de escuta do outro.

Alarcão (2000), refere, assim, que o estilo comunicacional das famílias multiproblemáticas é o reflexo da sua organização interna e do modo de funcionamento e estrutura familiar em que vivem. Não parecem dar importância aos estilos comunicacionais nem ao modo de funcionamento dominante na sociedade em que se inserem. Por esse motivo, a sua proximidade da marginalidade é maior, bem como, a indiferença pelo cumprimento das leis e das normas sociais. Este fator leva a que, muitas vezes, elementos destas famílias estejam associados a estilos de vida mais delinquentes e com a prática de atividades ilegais (Alarcão, 2000).

Segundo Fleming (2001), foram Ganger e Shugart os primeiros autores a trabalhar com pessoas aditas em substâncias psicoativas e com elas a implementar a abordagem sistémica. A adição deveria ser vista como uma patologia familiar, pois o caminho para a recuperação não seria possível apenas com intervenção terapêutica com o adito mas também com a sua família já que ela seria o contributo para os comportamentos de risco adotados e consumados. Bowen (1991) referia que as patologias físicas e as disfunções sociais existentes no seio familiar seriam oriundas das dificuldades de relacionamento entre os elementos que compõem a família. Desta forma, segundo Fleming (2001), deve ser dada importância ao papel da família tanto para a compreensão da toxicod dependência como para a compreensão da relação do indivíduo com a sua adição.

Ao recorrer ao Manual da Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID – 10), a adição ou a dependência química de substâncias psicoativas apenas é considerada doença quando preenche três ou mais critérios em conjunto: um grande desejo ou compulsão para consumir substâncias nocivas ao organismo; dificuldade em controlar este impulso de consumo; ficar em estado de abstinência fisiológica na ausência do consumo da substância; presença de tolerância onde é necessário o aumento da dose consumida para alcançar os mesmos efeitos; abandono gradual dos interesses pessoais em prol de investimento no tempo e na quantidade de consumo; e persistência no uso da substância nociva mesmo sabendo das suas consequências adversas (Caetano, 1993).

Embora a toxicod dependência tenha uma natureza biopsicossocial, alguns autores tentaram explicar a causalidade existente entre a estrutura familiar e o seu início ou o seu agravamento, afirmando que a estrutura familiar está diretamente relacionada com o processo de iniciação

dos consumos (Carter & McGoldrick, 2001; Bravo et al., 1982). Contudo, Ferros (2003) afirma que não se pode concluir que as diferentes estruturas e tipologias familiares possam funcionar apenas como causa-efeito único para a dependência de estupefacientes, embora reconheça que a família e a toxicodependência estejam relacionadas. Ora, sendo a família um dos pilares para a construção da personalidade do indivíduo, esta ocupa um lugar primordial na compreensão da toxicodependência (Rosa, Gomes, & Carvalho, 2000).

Nos fatores de génese social que possam também indicar a tendência para o consumo de substâncias psicoativas, vários autores (NIDA, 2002; Pérez, Villoria, Torres, Rodrigues, & Méndez, 2002; Santos et al., 2011; Morim, 2014), ressaltam que estes incluem a integração do indivíduo numa família onde um dos elementos é dependente de uma substância (álcool, drogas ou medicamentos), bem como estarem inseridos num contexto de exclusão social, família desestruturada, desagregada ou em vias de rutura (NIDA, 2002), com ambiente ora muito permissivo ora muito rígido, conflitos familiares, fraco vínculo familiar, rejeição parental (Amaro, 2014), com coesão familiar fraca onde os indivíduos são pouco reconhecidos (Cannon, 1976), ausência de regras, conflitos familiares constantes, comunicação limitada e pouca satisfação familiar (Pérez et al., 2002).

Para Relvas (1998), as famílias com um elemento toxicodependente são usualmente caracterizadas como emaranhadas, com ausência de regras, com limites difusos entre sistemas e com pouca definição das posições hierárquicas no seio familiar. Smart, Chibucos e Didier (1990, citado por Gonçalves & Pereira, 2011) referem que os adolescentes que iniciaram os consumos de drogas percebem as suas famílias ou como as mais próximas do nível extremo de coesão ou, por outro lado, do nível máximo de flexibilidade, contrariamente aos adolescentes que não consomem.

Quanto aos fatores parentais de risco estes podem incluir o consumo de drogas pelos pais perante os seus filhos, a adoção de estilos educativos muito coercivos ou pelo contrário muito permissivos e desprovidos de regras (Hawkins et al., 1992, citado por Gonçalves & Pereira, 2011), fraca monitorização, pouco investimento nos vínculos, fraca comunicação entre pais e filhos, demonstração de baixas expectativas em relação às crianças, ou mesmo a existência de inversão de papéis (Kodjo & Klein, 2002, citado por Gonçalves & Pereira, 2011).

Outro elemento diferenciador dos indivíduos toxicodependentes diz respeito à distorção do seu núcleo familiar e às alterações significativas no ciclo de vida tais como, mortes ou separações físicas e/ou emocionais (Fleming & Vaz, 1981; Fleming, Figueiredo, Vicente, &

Sousa 1988; Weiner, 1995; Fleming, 2001). Estudos realizados por Rosch (1988) demonstram que nas famílias onde existe um indivíduo consumidor de estupefacientes a taxa de separação/divórcio é superior à população geral e nos estudos de Angel e Angel (2005) o número de pais ou mães que são consumidores ou aditos a álcool ou drogas é também significativo (15% dos pais são alcoólicos e 29% das mães toxicodependentes).

Alguns estudos mencionam que nas famílias onde existe uso de substâncias químicas existe também uma maior probabilidade de outros elementos consumirem estas substâncias (Gorsuch & Butler, 1976; Barret, 1990; Johnson, 1996, citados por Beman, 1995). Numa leitura horizontal do sistema familiar Coleman (1979, citado por Angel & Angel, 2005) alude à importância do subsistema fraternal onde revela que em grupos de consumidores de cocaína e de heroína existe uma forte prevalência destes terem também irmãos aditos, comparativamente ao grupo de controlo. Rosenberg (1971, citado por Fleming, 2001, p.66) diz que “a dependência de droga não é só uma manifestação de uma perturbação da personalidade, mas é também uma manifestação sintomática de um problema familiar mais vasto”.

Farate (2000) acrescenta ainda a qualidade da vinculação referindo que esta é igualmente importante. O desapego afetivo de indivíduos provenientes de várias tentativas de reconciliação com as suas figuras significativas, e o respectivo insucesso alcançado, transportam o indivíduo para a procura de outras relações satisfatórias que o possam compensar nesta ausência de ligação afetiva verdadeira e necessária àqueles com quem deveria ter uma vinculação primária (figuras significativas). Também os relacionamentos amorosos e a tendência que os pares têm para o consumo de droga influenciam significativamente os indivíduos na iniciação e continuação deste consumo (Adrados, 1995; Frazão et al., 2005). Desta forma, o indivíduo usará a dependência a uma substância como um mecanismo estabilizador quando sentir que o equilíbrio familiar se encontra em rutura (Stanton & Todd, 1982).

Quanto aos padrões de comunicação utilizados, Jurich, Polson, Jurich, e Bates (1985) referem que no seio de famílias onde existe um elemento com dependência às drogas é possível verificar falhas de comunicação entre os seus elementos e entre as suas relações. Os pais têm tendência para bloquear a comunicação. Apresentam papéis rígidos e estereotipados com grandes níveis de conflito, um estilo autoritário, falta de intimidade entre eles e isolamento emocional. Deutsch (1982, citado por Rebelo, 2008) menciona que em famílias com

elementos aditos o tabu impera e assuntos como adição ou consumo de estupefacientes são sempre abordados de forma generalista ou vaga, com predomínio de ocultação de sentimentos ou mesmo onde a partilha de expressões como “não sinto, não confio, não falo” imperam. Ainda nos padrões comunicacionais, alguns autores referem que estes são rígidos e inflexíveis gerando elevados níveis de conflito. São acompanhados de um estilo autoritário nos pais, com falta de intimidade e prazer no discurso e onde as críticas aos filhos são frequentes (Stanton & Todd, 1982).

Para Minuchin e Fishman (1981), as famílias com elementos toxicodependentes opõem-se à mudança, são inflexíveis, têm fronteiras e barreiras difusas e não permitem a expressão da individualidade do elemento adito. Frequentemente, o elemento da família que recorre a estupefacientes é utilizado como o alvo onde recaem as culpas das problemáticas existentes e a família não tem capacidade para perceber que ele é apenas o sintoma da sua disfuncionalidade (Gonçalves & Pereira, 2011). A toxicodependência é, assim, utilizada como função estabilizadora do equilíbrio familiar sobre a qual a família se organiza e estrutura (Fleming, 2001).

Schweitzer e Lawton (1989), referem que os aditos percecionam os seus pais como mais distantes e a sua família como mais desligada. Já a família destes aditos caracteriza-se como separada ou com proximidade limitada, com pouca responsabilidade afetiva, fronteiras geracionais claras, com amizades menos partilhadas e tomada de decisões mais individuais. Num estudo realizado por Gonçalves e Pereira (2011), com o objetivo de avaliar o impacto das variáveis familiares coesão e adaptabilidade no toxicodependente e na sua família, este revelou que dos 113 toxicodependentes e das 95 famílias que compõem a amostra, apenas as famílias com toxicodependentes reabilitados têm melhores níveis de coesão e de adaptabilidade comparativamente a famílias com toxicodependentes com recaídas ou em tratamento pela 1ª vez. Por sua vez, no grupo dos toxicodependentes com recaídas, estes percecionam a família como desmembrada e com um nível de coesão muito baixo. A sua família perceciona-se como separada.

Quando surge a descoberta da problemática da toxicodependência pelos elementos da família, esta irá provocar uma crise e toda a orgânica interna familiar, assim como, todas as relações estabelecidas entre os membros que a compõem ir-se-ão redefinir e alterar (Stanton & Todd, 1982). Isto acontece porque o adito tendencialmente culpa a sua família pela sua dependência e transporta consigo sentimentos de raiva, medo, ansiedade, culpa e solidão já que, para ele, a

família não estará preparada ou sensibilizada para lidar com esta sua problemática (Ortiz & Tostes, 1992 citado por Gonçalves & Pereira, 2011). Como consequência surgem relações hostis ou mesmo rúpturas nos relacionamentos o que desencadeará sofrimento e a desestabilização na organização e na forma de funcionamento interno da família (Dias, 2001).

Morel, Hervé e Fontaine (1998) mencionam que as mudanças mais notórias no seio familiar recaem essencialmente na mudança de hábitos e rotinas, no surgimento de novas regras e rituais e até a redefinição dos papéis e a interação entre os elementos da família. Surge uma necessidade de reorganização e de reestruturação da família e dos elementos que a compõem em função do adito e da sua dependência, o que pode levar esta família a um isolamento social (Morel et al., 1998).

Em suma, e tal como refere Campos (2004), sempre que uma família tenha um elemento adito também ela está doente e todos necessitam de ajuda e tratamento. Kalina (1999) e Orth (2005) acrescentam que o processo de tratamento e de reabilitação do adito para além de passar por uma intervenção no elemento doente deve também incidir na sua família com o objetivo de promover a mudança dos padrões disfuncionais e o crescimento e a transformação do núcleo familiar.

1.2. Vinculação

Para Bowlby (1969, 1979), o contacto e a promoção de uma base segura são importantes e cruciais na relação mãe-bebé e o stresse e a ansiedade sentidos quando associados à separação são algo que ocorre em diferentes espécies. Com uma natureza fundamentalmente instintiva e biológica, os comportamentos de vinculação têm como objetivo a minimização do surgimento destes sintomas (Bailly, 1997).

Bowlby apresenta a Teoria da Vinculação em 1958 referindo que o desenvolvimento mental e afetivo do indivíduo é fortemente influenciado pela qualidade das relações que este estabelece com a sua figura significativa nos primeiros anos de vida (mãe ou figura cuidadora) e que o acompanha "do berço ao túmulo" (1988). Na sua teoria refere que a disponibilidade e a acessibilidade das figuras parentais, ou de apego, para com a criança são capazes de desenvolver sentimentos de segurança e de proteção dando a este tipo de relação o nome de vinculação (Bowlby, 1973; 1980).

As relações existentes entre a figura de vinculação e a criança tanto podem promover fatores de proteção (caso promovam sentimentos de segurança e contribuam para o bem-estar da

criança e do indivíduo em geral), como podem ser fatores de risco (caso despertem sentimentos geradores de sofrimento) (Canavarro, 1999; Machado, 2004). Quando a criança percebe que o seu suporte de proteção e segurança não se encontra disponível ela desenvolve sentimentos de angústia e entra num estado de tensão podendo parar o que estaria a fazer inicialmente para retomar a procura da proteção inicial que lhe garanta o sentimento de conforto e segurança (Bowlby, 1973; 1980).

Esta necessidade de vinculação é primária pois surge no primeiro momento de separação entre a mãe e o bebé e apenas ocorre quando a criança se encontra exposta a situações traumáticas ou causadoras de stresse. A figura da vinculação serve como base segura permitindo à criança explorar o meio envolvente e regressar à sua base quando se sente ameaçada (Bowlby, 1973; 1980).

Esta dinâmica entre explorar o ambiente que a rodeia e a manutenção da proximidade com a sua figura cuidadora é gerida pela criança e é a qualidade dos vínculos existentes que irá definir a qualidade e a capacidade da autonomização da criança para a exploração do mundo promovendo-lhe novas aprendizagens (Fleming, 1993; Soares, 1996).

Embora as experiências de separação promovam a oportunidade de exploração e aprendizagem ao mesmo tempo que promovem a tomada de consciência e construção da identidade de si mesmo e do outro, estas experiências de separação da figura de vinculação podem também desenvolver estruturas doentes capazes de direcionar o indivíduo para a psicopatologia (Bailly, 1997).

Num estudo experimental denominado situação estranha, Ainsworth e os seus colaboradores, conjuntamente com Bowlby, pretenderam criar em laboratório acontecimentos ocorridos no contexto diário da criança com o objetivo de estudar o sistema de vinculação entre o bebé e a sua figura de vinculação. Através da inserção de uma variável externa pretendiam verificar a ativação ou intensificação do sistema de vinculação (Ainsworth, 1982; Soares, 1996). Desta investigação surgiu a identificação de três grupos de bebés com tipologias de interação diferenciadas e que se relacionavam diretamente com três padrões distintos de vinculação, sendo eles: o Grupo A – inseguro evitante; o Grupo B – seguro; e o Grupo C - inseguro resistente/ambivalente (Bowlby, 1973; Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

No grupo A os bebés não manifestavam resistência nem protestavam quando a mãe se ausentava ou mesmo quando confrontados com uma situação stressante. Quando se voltavam

a reunir, o bebê ignorava-a ou afastava-se dela privilegiando o comportamento de exploração em prol do da vinculação. O comportamento apresentado pelo bebê demonstrava que este tinha poucas expectativas relativamente à sua fonte segura quando se encontrava numa situação de crise ou perigo (Ainsworth et al., 1978). Machado (2004) refere que mães de bebês com um padrão de vinculação inseguro evitante têm uma aversão ao contacto físico e às demonstrações físicas de afeto, assim como, uma menor expressividade emocional para com o seu bebê. Apresentam ainda um padrão de comunicação com características sarcásticas e comentários depreciativos para com a criança mostrando-se, usualmente, insensíveis às necessidades apresentadas pelo seu bebê. Como consequência, as crianças desenvolvem modelos dinâmicos internos que as leva a apresentar maior dificuldade na relação futura com os outros e com tendências para o isolamento social e emocionalmente distantes (Machado, 2004).

Contrariamente ao grupo A, as crianças do Grupo B revelavam algum desconforto com a ausência da mãe ou mesmo quando deparadas com situações que lhe provocavam stresse. Demonstravam comportamentos protestantes e no momento em que a mãe regressava à sala a criança procurava ativamente a sua proteção e o sentimento de segurança que esta lhe proporcionava (Ainsworth et al., 1978). Esta interação podia ser feita através da procura ativa de proximidade física ou através de um contacto à distância (olhar), ao mesmo tempo que continuava a explorar o meio envolvente. A criança ao sentir confiança na sua fonte segura sabia que esta estaria disponível para si quando assim o necessitasse (Ainsworth et al., 1978). Mães de crianças com um padrão de vinculação seguro caracterizam-se por ter uma maior disponibilidade física e emocional para colmatar as necessidades e pedidos do seu bebê e, conseqüentemente, uma maior disponibilidade para confortar a criança potenciando o seu desenvolvimento ativo e promovendo a sua autoestima e autoconfiança (Machado, 2004). Crianças com um padrão de vinculação seguro desenvolvem modelos internos que se refletem em comportamentos mais resilientes face às adversidades, com uma maior capacidade para desenvolver competências sociais e pessoais e com uma elevada tolerância ao stresse (Ainsworth et al., 1978).

Por fim, no grupo C, as crianças dividiam-se em dois subgrupos quanto à sua forma comportamental. Quando confrontadas com a ausência da mãe ou com situações que lhes causavam desconforto, existiam crianças que apresentavam uma maior passividade e outras que apresentavam uma maior irritação (Ainsworth et al., 1978). Quando a mãe regressava à sala estas crianças procuravam-na ativamente embora com alguma relutância pois não

confiavam na capacidade da sua fonte segura para promover a proteção adequada, no entanto, prevalecia o comportamento de vinculação em prejuízo do comportamento de exploração (Ainsworth et al., 1978). Para Machado (2004), as mães de bebês que apresentam um padrão de vinculação insegura ambivalente são caracterizadas por demonstrarem comportamentos imprevisíveis e incoerentes perante as solicitações e necessidades do bebê. Alguns autores (Soares & Machado, 1993; Soares, 1996; Bailly, 1997, Machado 2004) referem que este padrão de vinculação foi modelado na mãe através de experiências anteriormente vivenciadas com os seus progenitores/cuidadores em que estes adotavam comportamentos de ameaça de abandono como forma de pressão, controlo e disciplina ou mesmo quando respondiam de forma inadequada a uma necessidade sua. Assim, esta mãe tende a replicar este padrão com o seu bebê. Segundo Ainsworth et al. (1978), crianças com uma vinculação insegura ambivalente demonstram um comportamento exploratório pobre, dificuldade de interação com os outros e uma elevada intolerância à frustração e ao stress.

Posteriormente, foi identificado um quarto grupo, denominado grupo D, composto pelo conjunto de bebês que não se enquadravam nos três padrões de vinculação anteriores devido aos seus comportamentos contraditórios. Estes bebês tinham posturas desadequadas e movimentos despropositados sempre acompanhados de sinais que expressavam alguma apreensão relativamente à figura de vinculação (Soares & Machado, 1993; Goldberg, 1993; Main, 1996; Soares, 1996, 2000). Este grupo foi intitulado de desorganizado pois ao mesmo tempo que os bebês identificavam o seu cuidador como fonte segura e de protecção, também o sentiam como um perigo ou uma ameaça (Deklyen & Speltz, 2001). Trickett e Susman (1989) referem que as mães dos bebês pertencentes ao grupo D foram elas mesmas bebês com uma vinculação insegura com presença de ocorrências traumatizantes tais como, perdas permanentes ou abusos físicos e/ou sexuais e que não foram capazes de ultrapassar essas mesmas experiências. Crianças expostas a comportamentos dissociativos, a maus-tratos físicos e psicológicos, a experiências de violação ou de negligência dos seus direitos fundamentais e das suas necessidades por parte da sua figura de vinculação entram num conflito interno e apresentam confusão e desorganização. Este conflito pode levá-las à inadaptabilidade futura para com os outros ou em alguns sectores da sua vida e ao desenvolvimento de psicopatologias quando adolescentes ou na idade adulta (Main & Hesse, 1999).

Em analogia aos estudos e às teorias de Bowlby e de Ainsworth, Skolnick (1987) desenvolveu um estudo com o objetivo de verificar se existia uma relação entre o padrão de vinculação

desenvolvido na infância e a qualidade das relações estabelecidas durante a adolescência e adultícia concluindo que apesar de existir consistência nesta relação ela não era de todo linear.

Embora as relações precoces sejam importantes e fundamentais para o desenvolvimento da criança deve-se ter em conta que este é um processo que acompanha o adolescente e o adulto ao longo do seu ciclo de vida. No entanto, o padrão vincutivo não é estático e pode ser moldado ao longo da vida. Para isso devem-se ter em conta os modelos de funcionamento das relações (Beckett, Castle, Groothues, O'Connor, Rutter, & the ERA Study Team, 2003). Deste modo, podem-se criar novos mecanismos dinâmicos internos que estimulem uma vinculação segura, ou pelo contrário, podem-se criar situações que desencadeiem uma maior vulnerabilidade e consequentemente um caminho para uma vinculação insegura (Cicchetti et al., 1995). Segundo Van IJzendoorn (1995),

em qualquer fase (...) mudanças nos cuidados prestados e acontecimentos da vida como rejeições, separações e perdas, mas também experiências positivas como os pais arranjam um emprego ou os adolescentes encontrarem um parceiro que dá apoio, ou iniciando terapia, podem provocar alterações no decurso do desenvolvimento da vinculação (p.412).

É no período da adolescência que é questionada a natureza e a qualidade das relações de vinculação com os pais ou com os cuidadores. É também neste período que se verifica um alargamento da teia relacional e da sua complexidade mas também uma reorganização e uma clarificação das relações previamente estabelecidas, e uma delimitação dos papéis sociais existentes (Main, 1991; Ko bak & Cole, 1994; Arnett, 1997, 2004, 2006). Existe uma maior necessidade de autonomia e de individualização com o desenvolvimento de uma identidade própria. Este fenómeno leva a uma distância emocional das suas figuras de vinculação primárias e ao estabelecimento de novas relações significativas (Machado, 2007). Este processo origina o surgimento de novas figuras de vínculo afetivo, usualmente pares, o que permite o alargamento das experiências relacionais (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985, Freeman & Brown, 2001; Nickerson & Nagle, 2005). As relações são geralmente intensas, carregadas de cumplicidade (física e sexual) e acompanhadas de uma carga afetiva única o que leva a uma sobreposição nas relações existentes entre pais e filhos (Soares, 1996; Guedeney & Guedeney, 2004).

Quanto à vinculação no adulto, as investigações têm incidido em áreas tão diversificadas como clínica (Sund & Wickstrom, 2002; Golder, Rogers, Gillmore, Spieker, & Morrison, 2005; Newcomb-Rekart, Mineka, Zinbarg, & Griffith, 2007), educativa (Andersson & Perris,

2000), social entre pares (Shaver, Belsky, & Brennan, 2000;), e a relação entre díades amorosas e íntimas (Hazan & Shaver, 1987; Shaver et al., 2000).

Estas investigações permitiram perceber que, para além dos três estilos de vinculação existentes (seguro, evitante e ambivalente) também nos adultos é possível identificar o quarto estilo de vinculação a que Bartholomew e Horowitz (1991) denominaram desorganizado ou evitante receoso, como sendo um padrão de vinculação que reúne as características do padrão de vinculação ambivalente e o padrão de vinculação evitante num só.

Machado (2004) refere que 70% das crianças têm um padrão de vinculação seguro, 20% têm um padrão de vinculação inseguro evitante e 10% têm um padrão de vinculação inseguro ambivalente. Hazan e Shaver (1987) encontraram valores aproximados entre os padrões de vinculação na criança e os padrões de vinculação no adulto onde 56% se caracteriza como um adulto com vinculação segura, 23% com vinculação evitante e 20% com um estilo de vinculação ambivalente.

Segundo Soares (2007), indivíduos com uma vinculação segura são pessoas que confiam no seu parceiro, sentem-se confortáveis na sua presença e detêm maior competência social e emocional com capacidade para exprimir os seus sentimentos e pensamentos de forma clara, o que contribui para a partilha de perspetivas e para a resolução de problemas e conflitos. São mais resilientes face a obstáculos e situações ameaçadoras à relação e conseguem resolver os problemas de forma construtiva, para além de serem considerados “mais pacíficos e menos ansiosos” (Soares, 2007, p. 142). Conseguem com mais facilidade interpretar “marcas de perturbação no outro” (p. 149) e adaptar o seu comportamento e o seu discurso às necessidades expressas pelo seu parceiro (Soares, 2007).

Já os indivíduos que possuem um sistema de vinculação inseguro são caracterizados como “mais ansiosos” (Soares, 2007, p. 142) e adotam estratégias de resolução de problemas entre pares como a distância e a frieza por um lado, ou a intrusão abusiva no espaço do seu parceiro por outro (Soares, 2007). Para Sochos (2013), pessoas que possuem um sistema de vinculação insegura são indivíduos que não têm noção do seu self, com um histórico de relações interpessoais pouco investidas e com pouca capacidade comunicacional o que origina conflitos entre pares. Este autor refere ainda que indivíduos com uma vinculação insegura apresentam com frequência depressão ou ansiedade e poucas competências sociais o que pode contribuir para a presença de padrões comportamentais pouco adaptativos e hostis na sua relação conjugal.

Segundo Sochos (2013), a vinculação insegura pode ser ambivalente, evitante ou evitante receosa. Os indivíduos com uma vinculação insegura ambivalente são dotados de um elevado desejo de aproximação do seu par e sentem-se frequentemente ansiosos com a separação da sua figura de vinculação o que os leva a adotarem comportamentos característicos de hiperativação de proximidade do outro. Já os indivíduos com um padrão de vinculação inseguro evitante apresentam um comportamento de desconforto quando estão muito próximos do outro e preferem ter relações com uma certa distância emocional. Por fim, as pessoas com uma vinculação insegura evitante receosa apesar de se sentirem desconfortáveis com a proximidade emocional do outro são pessoas que têm necessidade de se sentir próximas da sua figura de vinculação embora não consigam confiar completamente nela pois têm medo de serem magoados ou enganados quanto às suas expectativas (Sochos, 2013).

O conceito de vinculação no adulto foi definido por Sperling e Berman (1991) como sendo “uma tendência estável do indivíduo para manter a proximidade e o contacto com uma ou algumas figuras específicas, percebidas como potenciais fontes de segurança física e/ou psicológica” (p. 8). Outros autores afirmam que a vinculação no adulto é apenas um padrão vinculativo, que representa um modelo interno e dinâmico específico e que influencia o comportamento da pessoa. Este padrão pode ser considerado um traço, um estilo ou um perfil (Mikulincer & Shaver, 2007).

Como forma de contributo para a compreensão da activação do sistema e do funcionamento da vinculação no adulto, Mikulincer e Shaver (2007) desenvolveram um modelo esquematizado que compreende 3 etapas (fig. 1). Este modelo de vinculação no adulto tem a capacidade de representar, simultaneamente, a realidade do indivíduo (através do contexto em que cada pessoa está inserida) e as suas fantasias (que são representadas pelos modelos internos do self que cada indivíduo possui). Estes modelos influenciam a forma como cada pessoa percebe as ameaças que a rodeiam e a forma como desenvolve estratégias para a resolução de problemas. Os modelos estão ainda ligados às influências cognitivas, que por sua vez estão associadas aos padrões e aos estilos comportamentais, que são específicos do padrão de vinculação estabelecido na infância e que tende a repetir-se nas relações enquanto adulto (Mikulincer & Shaver, 2007).

Na primeira fase, o indivíduo após avaliar as situações e os acontecimentos que o rodeiam, e caso estes sejam ameaçadores, ativa o sistema de vinculação com a procura da proximidade da sua figura de vinculação. Numa segunda fase, o indivíduo percebe o seu sucesso ou o

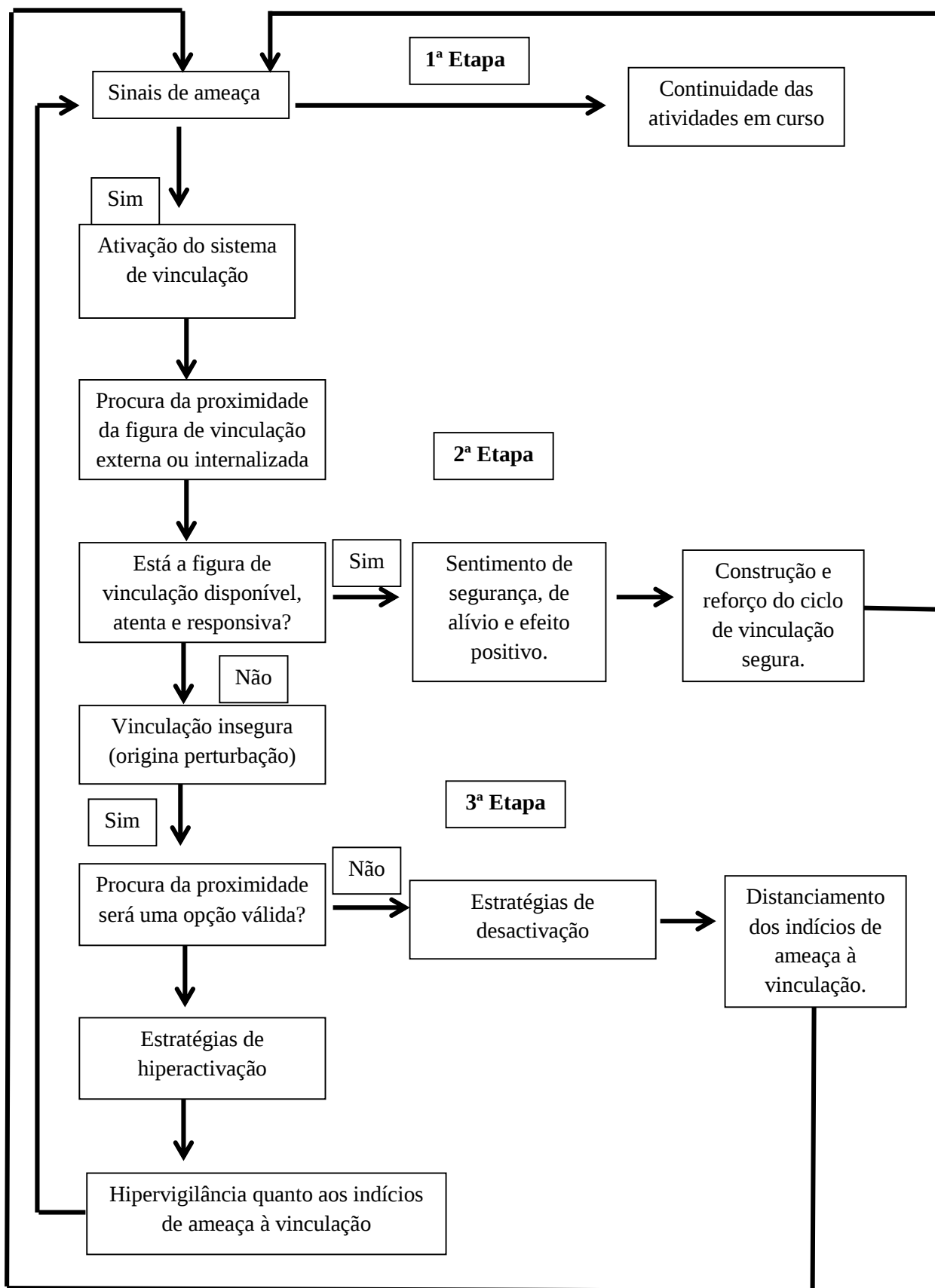
seu insucesso. Na terceira fase, caso o indivíduo perceba indisponibilidade da sua fonte segura, este ativa estratégias secundárias de vinculação (híperativação ansiosa ou desativação evitante) que o ajudem a lidar com a insegurança sentida e que lhes permitem gerir esta indisponibilidade (Mikulincer & Shaver, 2007).

Indivíduos que recorrem à estratégia de híperativação adotam, frequentemente, comportamentos ansiosos e agressivos acompanhados de ameaças e pressões físicas e psicológicas (Mikulincer & Shaver, 2007). Revelam tendência para protestar dramaticamente a ausência da sua figura de vinculação e expressam de forma infantilizada as suas necessidades e vulnerabilidades com a esperança de captar a atenção do outro, culpando-o pela necessidade de recorrer a estes comportamentos (Cassidy & Berlin, 1994; Mikulincer & Shaver, 2003).

Os indivíduos que recorrem a estratégias de desativação fazem-no porque consideram que a aproximação à figura de vinculação pode representar um perigo e por esse motivo desvalorizam-na. Estas estratégias expressam-se por comportamentos como a negação das necessidades físicas e psicológicas do outro, ou até a incorreta perceção e desvalorização de sinais de ameaça que coloquem em causa a sua capacidade para lidar com situações conflituosas ou que lhes despertem pensamentos e sentimentos de rejeição e abandono (Mikulincer & Shaver, 2007).

Os indivíduos que têm um padrão de vinculação inseguro evitante receoso utilizam simultaneamente as estratégias de híperativação e de desativação de uma forma caótica e confusa. São incapazes de decidir a melhor estratégia a adotar perante determinadas situações ou acontecimentos. Se por um lado, evitam a aproximação e a manutenção de relações afetivas exigentes, por outro, demonstram ansiedade e desejo de ter um parceiro afectivo e uma base segura como suporte emocional (Simpsons & Rholes, 2002). Este grupo de indivíduos são os que apresentam maior índice de insegurança e baixa auto-estima, envolvem-se com maior frequência em situações violentas e conflituosas e demonstram pouca empatia pelo sofrimento dos outros (Shaver & Clark, 1994). Carlson (1998) refere que o padrão de vinculação evitante receoso é característico de indivíduos que foram abusados sexualmente na infância ou pertencentes a famílias desestruturadas, com pais toxicodependentes ou em condição familiar semelhante.

Figura 1. Modelo e funcionamento do sistema de vinculação no adulto (adaptado de Mikulincer & Shaver, 2007)



Existem alguns fatores que podem ser propícios ao desenvolvimento de padrões de vinculação insegura que estarão diretamente relacionados com a transmissão destes de geração em geração tais como: a parentalidade precoce, a vivência da criança em ambientes hostis e providos de violência (psicológica e/ou física) a existência de um histórico de psicopatologia nos progenitores/cuidadores ou a existência de pais aditos a substâncias nocivas ao organismo (Dixon, Browne, & Hamilton-Giachritsis, 2005).

De entre os vários estudos feitos para compreender a relação entre o desenvolvimento de psicopatologia e os padrões de vinculação, alguns autores concluíram que a qualidade das relações afetivas e da vinculação pode constituir-se como um fator de risco para o desenvolvimento de psicopatologias (Golder et al., 2005; Newcomb-Rekart et al., 2007; Sund & Wickstrom, 2002). São os padrões de vinculação insegura os mais susceptíveis de levar ao desenvolvimento de psicopatologias (Allen & Hauser, 1996; Troisi & Argenio, 2004) e o padrão de vinculação desorganizado o mais fortemente associado (Sroufe et al., 2005). Estudos desenvolvidos por Amini et al. (1996) e corroborados os seus resultados por Goldberg (2003) verificaram que em indivíduos com um padrão de vinculação inseguro existe uma elevada predominância de perturbações do humor. Também Mikilincer e Shaver (2012) referem o predomínio de psicopatologias em indivíduos com um padrão inseguro de vinculação entre as quais depressão, ansiedade, stresse pós-traumático, perturbações obsessivo-compulsivas, perturbações do foro alimentar e tendências suicidas.

Assim, e tal como referem Zimié e Jukié (2012), a existência de um histórico de psicopatologia na família, a presença de violência doméstica, a negligência ou os abusos físicos, psicológicos e/ou sexuais são condições familiares que terão inevitavelmente algum efeito adverso no desenvolvimento psicológico da criança e, conseqüentemente, na sua vinculação. Estes fatores podem ainda contribuir como uma provável causa para futuros comportamentos de risco incluindo a adição. Estes autores defendem que o consumo de drogas será apenas uma estratégia adotada pelos adolescentes para a obtenção de um alívio emocional ou a procura de algum conforto psicológico, mas também, uma forma de fuga ao seu contexto familiar com um funcionamento menos saudável e marcado por episódios traumáticos.

1.3. Adição, psicopatologia e situação de sem-abrigo

O consumo e a dependência química são considerados um problema de saúde pública (SICAD, 2017). Para Matos (2005) torna-se importante conhecer quais são os fatores

determinantes para a adoção deste tipo de comportamentos de risco pois só após se ter uma perspectiva alargada destes fatores se podem delinear planos e projetos para a prevenção da adição.

Para melhor conhecer e compreender o adito em substâncias psicoativas devemos perceber qual a relação que ele tem consigo próprio e com os outros, assim como, com o meio que o rodeia e com sua família (Neves, 2015). Para além de compreender qual o grau de dependência química, social e psicológica, devemos também conseguir identificar e compreender as suas vivências passadas e presentes, bem como, quais as suas projeções para o futuro (Rosa et al., 2000).

Para Chandler et al. (2009) e McLellan et al. (2000), a toxicodependência é sinónimo de uma perturbação que surge e se desenvolve em pessoas mais frágeis. Esta vulnerabilidade pode ter na sua origem um conjunto de fatores, que embora sejam distintos entre si, se complementam e exercem uma sinergia conjunta, podendo ser eles: individuais, contextuais (Dias, 2003) e familiares (Conner, et. al., 2010; Ouzir & Errami, 2016).

Nas características individuais podemos encontrar a curiosidade sentida para a experimentação, a interação entre pares (Dias, 2003), a tipologia de traço de personalidade (Merikangas et al., 2009), ou a existência de psicopatologia prévia ao consumo (Fergusson, Boden, & Horwood, 2008; Zucker, Donovan, Masten, Mattson, & Moss, 2008). Nos fatores contextuais e familiares verificamos que indivíduos que consomem estupefacientes pertencem maioritariamente a classes sociais mais desfavorecidas (Merikangas et al., 2009) com contextos familiares desestruturados, vivências de acontecimentos adversos na infância, carência de vínculos positivos, isolamento social ou uma educação precária (Fergusson et al., 2008; Zucker et al., 2008).

A revisão da literatura demonstra ainda que, pessoas com histórico de consumos pertencem frequentemente a famílias desestruturadas e com problemas de comunicação entre os elementos que as compõem (Anderson & Henry, 1994; Relvas 1998, 1999). Moen e Ohlund (2003) vêm solidificar as informações postuladas pelos autores anteriores ao verificarem que, aproximadamente 50% dos indivíduos a fazer tratamento de substituição com metadona provinham de famílias desestruturadas, com episódios de divórcios, acontecimentos traumáticos, mortes prematuras e progenitores dependentes ou portadores de psicopatologia. Também Morim (2014) refere que os aditos tiveram vivências traumatizantes em cenários de

negligência física e emocional assim como, relações familiares desestruturadas e inseridos num ambiente familiar onde as situações de alcoolismo e dependência estavam presentes.

Segundo Jadranka e Jukié (2012, citado por Morim, 2014), as experiências traumáticas vivenciadas durante idades precoces poderão comprometer o normal funcionamento cognitivo das crianças e adolescentes levando-os a adotar comportamentos de risco e à iniciação do consumo de drogas. Se por um lado, os adolescentes encontram na droga e no álcool a sua base segura e de conforto, passando esta a desempenhar o papel da figura de vinculação sentida como ausente, por outro lado, o seu consumo também proporciona o prazer desejado e o alívio da raiva e da dor emocional sentidas (Morim, 2014).

Dos fatores individuais que podem ser propícios à iniciação do consumo de estupefacientes estes incluem a curiosidade na experiência de consumo, a necessidade de integração entre pares (Dias, 2003) o tipo de traço de personalidade do indivíduo (Merikangas et al., 2009) ou a existência de perturbações psicopatológicas prévias ao consumo (Fergusson et al., 2008; Zucker et al., 2008).

Embora Fergusson et al. (2008) refiram que a psicopatologia possa ser pré-existente aos consumos e dependência de substâncias psicoativas, Karch (2008) refere que o uso de substâncias e a existência de perturbações psicopatológicas podem coexistir não sendo, no entanto, uma causa-efeito, ou seja, o consumo de substâncias pode originar sintomatologia psicopatológica, assim como, as perturbações psicopatológicas podem induzir ao consumo de substâncias psicoativas.

Segundo o European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2016), a população toxicodependente tem um índice mais elevado de psicopatologia quando comparada com a população geral, principalmente nas perturbações de humor (depressão) nas perturbações da ansiedade e nas perturbações da personalidade, quando associado a duplo diagnóstico (comorbilidade da toxicodependência).

Estudos realizados por Formiga, Vasconcelos, Galdino e Lima (2015) revelam que 71,8% dos seus participantes aditos a álcool e droga têm presença de duplo diagnóstico maioritariamente nas perturbações do humor (depressão) e nas perturbações da personalidade (antissocial). Outros autores referem também uma relação entre o abuso de drogas e a existência de psicopatologia com a presença de perturbações afetivas bipolares como as mais acentuadas seguidas de perturbações do pânico (Swendsen et al., 2011). Já Santos et al.,

(2011) referem que os níveis de psicopatologia em toxicodependentes são superiores nas dimensões Somatização, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Hostilidade e Psicotismo assim com no Índice Geral de Sintomas e no Total de Sintomas Positivos. Isto revela que, para além de existir uma abundância de psicopatologias associadas existe também um acentuado mau estar sentido.

Por outro lado, a psicopatologia e a toxicodependência podem também estar associadas ao tipo de interações com as figuras parentais durante a infância e a adolescência. Alguns estudos têm demonstrado que o bonding parental precoce pode desempenhar um papel fundamental na prevenção de fatores de risco, assim como, um fator protetor contributivo para a prevenção do desenvolvimento de psicopatologias (Mickelson et al., 1997; Schindler et al., 2005).

A toxicodependência é, assim, um problema de saúde pública (OMS, 2015) que se apresenta como uma problemática com múltiplos fatores contributivos e com uma dimensão sistémica (Dias, 2003). Tem consequências graves para a pessoa ao nível físico, psicológico, emocional, social e familiar (Breslau, Lane, Sampson, & Kessler, 2008; EMCDDA, 2016) e muitas vezes encontra-se diretamente associada a comportamentos desviantes e antissociais, tais como, comportamentos violentos, crimes sexuais e criminalidade associada ao consumo de drogas ilícitas tais como tráfico entre outros (Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime, 2010; Henriques, 2013; OMS, 2015).

Segundo Godinho et al. (2007), a continuidade dos anos de consumo leva o adito à rutura com os laços familiares acabando por pernoitar nas ruas. Também devido à necessidade de sobrevivência nas ruas e à necessidade de manutenção dos consumos é inevitável a adoção de comportamentos delinquentes. A população toxicodependente que vive na rua ou em CAT's apresenta maioritariamente uma situação socioprofissional mais fragilizada, com um contato recorrente com o sistema prisional e acentuados problemas com a justiça (Godinho et al., 2007; Godinho, 2007; Santos et al., 2011).

Em Portugal, as investigações sobre toxicodependentes sem-abrigo em CAT são maioritariamente de carácter descritivo. As de carácter compreensivo incidem numa fase de recuperação mais avançada, nomeadamente, no momento de permanência nas CT's. No entanto, não existe nenhum estudo no nosso país que tenha como objetivo principal a caracterização e a compreensão dos toxicodependentes sem-abrigo num CAT, na sua fase inicial de recuperação e manutenção da abstinência, ao nível da sintomatologia psicopatológica, vinculação e funcionamento familiar.

A pertinência deste estudo centra-se na necessidade emergente em conhecer e compreender de forma mais aprofundada esta população. Apenas deste modo se conseguirão encontrar as respostas que melhor se adequam e adaptam às necessidades sentidas no seu percurso inicial de recuperação aquando da sua permanência num CAT.

Assim, esta investigação parte de um paradigma pós-positivista. Este paradigma considera que a realidade existe e é impulsionada por diversas causas e fatores que são externos e alheios ao ser humano sendo por isso impossível de ser captada na sua totalidade pelo investigador (Guba, 1990, citado por Coutinho, 2016). Os diversos métodos a que este paradigma recorre têm como principal objetivo alcançar o máximo de compreensão possível da realidade existente (Richardson, Denzin, & Lincoln, 2000).

Com o objetivo de caracterizar, conhecer e compreender mais profundamente a população sem-abrigo com problemas de adição em regime de estadia num CAT, desenvolvemos esta investigação com base nos alicerces teóricos de Johnson, Onwuegbuzie e Turner (2007). Para os autores a metodologia mista permite-nos responder a uma mesma questão de investigação de forma expansiva e complementar, conseguindo maior riqueza nos dados recolhidos e, através da sua confrontação, uma maior objetividade nos resultados obtidos.

A escolha deste tipo de metodologia é a que melhor se adequa aos objetivos do nosso estudo pois ao recorrer ao processo de triangulação de dados podemos clarificar e complementar os resultados obtidos, assim como, expandir o seu alcance (Johnson et al., 2007). Segundo Bell (2004, p. 19-20) os “investigadores quantitativos recolhem os factos e estudam a relação entre eles”, já os investigadores qualitativos “estão mais interessados em compreender as perceções individuais do mundo. Procuram compreensão, em vez de análise estatística”.

A presente investigação é, assim, composta por dois estudos: o estudo 1 (qualitativo) e o estudo 2 (quantitativo). Os dados recolhidos e analisados no estudo 2 (quantitativo) foram utilizados para validar e reinterpretar os dados recolhidos qualitativamente com a mesma população (estudo 1) permitindo ultrapassar uma visão determinista do nosso objetivo de estudo.

O estudo 1 é de carácter exploratório. Com ele pretendemos conhecer de forma mais profunda os fenómenos e compreender melhor as histórias de vida dos toxicodependentes sem-abrigo em recuperação. A nível conceptual pretendemos identificar e conhecer as vivências dos participantes segundo a sua perspectiva. A nível metodológico, pretendemos compreender as

suas histórias de vida “sem impor expectativas ao fenómeno estudado” (Mertens, 1998, p.160, citado por Coutinho, 2016).

O estudo 2 é descritivo e pretende caracterizar a população e o estabelecimento de relações existentes entre as variáveis. É também de carácter exploratório pois existe pouco conhecimento sobre o problema a ser estudado. É ainda correlacional já que nos permite explorar a relação ou associação entre variáveis sem que exista uma relação direta de causa-efeito (Coutinho, 2016). Recorrendo à análise estatística dos instrumentos utilizados pretendemos caracterizar a população toxicodependente sem-abrigo quanto à sua sintomatologia psicopatológica, quanto à vinculação e quanto ao funcionamento familiar ao nível da coesão, flexibilidade, satisfação e comunicação.

Deste modo, tentaremos identificar possíveis preditores que expliquem a chegada ao culminar de condição de sem-abrigo toxicodependente em recuperação.

A presente investigação é ainda transversal, com informação recolhida apenas num único ponto do tempo e com a mesma amostra para os dois estudos.

Para a recolha da amostra foi utilizado o método de amostragem não probabilística pois trata-se de um grupo pré-existente que representa a totalidade dos utentes que residem num CAT num determinado período. Sendo esta uma população clínica, os resultados obtidos não se poderão generalizar para além da tipologia do grupo em estudo (Coutinho, 2016).

Todos os instrumentos foram aplicados num único momento mas apenas após 6 meses de contacto bi-semanal com os utentes do CAT no âmbito do estágio académico. Só deste modo conseguimos criar um vínculo e uma relação com os participantes deste estudo o que facilitou a obtenção de dados e informações relevantes.

Parte II – Estudos Empíricos – Estudo 1

2.1. Metodologia

Em Portugal, os estudos que pretendem conhecer e compreender de uma forma mais profunda a população toxicodependente sem-abrigo num CAT são escassos, com amostras reduzidas e de índole descritiva. Quanto à compreensão da família segundo a perspectiva do toxicodependente e a sua situação actual de sem-abrigo não existe investigação feita (Matos, 2005; Morim, 2014; Mendes, 2015; António, Daminello & Chaves, 2016).

Nesta senda, para o estudo 1, recorreremos à entrevista clínica semiestruturada e ao genograma com o objetivo principal de conhecer e compreender de forma mais profunda as histórias de vida e o percurso dos utentes num CAT, desde a sua infância até ao atual momento de vivência como toxicodependente sem-abrigo em recuperação, assim como, a percepção que têm da relação com a sua família.

2.1.1. Problema e Objetivos

Para a presente investigação pretendemos conhecer melhor as histórias de vida de cada um dos participantes e para tal foi colocado o seguinte problema: Quais as histórias de vida dos toxicodependentes sem-abrigo em recuperação a residir num CAT e a sua percepção das relações familiares?

Após a definição do problema, e tendo como objetivo geral conhecer e compreender de forma mais aprofundada a história de vida e familiar dos utentes residentes num CAT, definimos como objetivos específicos os seguintes:

1. Conhecer os percursos de vida, caracterização familiar e clínica de utentes toxicodependentes sem-abrigo em recuperação a residir num CAT;
2. Explorar as características familiares partilhadas neste grupo de sujeitos;
3. Conhecer a sua percepção da família de origem, do seu percurso de vida e de recuperação.

2.1.2. Questões de investigação

Para atingir os objetivos propostos e dar resposta ao problema colocado foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

QI 1) Quais são as características individuais e familiares comuns encontradas nas histórias de vida dos toxicodependentes sem-abrigo em recuperação?

QI 2) Qual a percepção que têm da sua infância e da sua adolescência?

QI 3) Qual o momento e fator determinante para o início do consumo de estupefacientes?

QI 4) Qual a percepção que têm do consumo de estupefacientes?

QI 5) Qual a percepção sobre a sua situação de vida atualmente?

QI 6) Como se projetam no futuro?

2.1.3. Participantes

O universo que gostaríamos de estudar seriam todos os toxicodependentes sem-abrigo em recuperação a residir em CAT's de Portugal, no entanto, este estudo restringe-se apenas à totalidade da população residente no CAT escolhido como local de recolha desta amostra e apenas num determinado período de tempo de estadia.

Numa média anual de 300 utentes que frequentam este CAT, toda a população de utentes que participa nesta investigação estaria a frequentar o espaço nos meses compreendidos entre maio e junho de 2017 ¹.

A nossa amostra é composta por 50 utentes com idades compreendidas entre os 27 e os 54 anos ($M = 43$ anos; $DP = 6$). A média de idades para o início de consumo de estupefacientes é de 16 anos ($DP = 4.25$) com idade mínima no início de consumos de 10 anos e idade máxima de 28, apresentando, assim, um tempo médio de consumos de 27 anos ($DP = 6.61$).

Quanto ao processo de recuperação, 76% ($n = 38$) afirma ter entrado em programa de metadona, 82% já teria recorrido anteriormente a um CAT e 80% já ingressou pelo menos uma vez numa CT para continuar o programa de recuperação.

Questionados sobre se mantêm contacto com os seus familiares, 62% ($n = 31$) refere não ter qualquer tipo de contacto com os familiares, e à questão “é importante para si ter contacto com os seus familiares neste processo de recuperação”, 84% ($n = 42$) responderam afirmativamente contra 16% ($n = 8$) que referiram não ser importante ter contacto com a família naquela fase de recuperação.

¹ O CAT tem capacidade para 50 utentes de cada vez, com as respectivas entradas e saídas para preenchimento de vagas que vão surgindo.

Quanto ao número de irmãos podemos verificar que dos 47 utentes (94%) que têm irmãos, existem em média 3 irmãos por utente ($DP = 2.34$). A restante caracterização sociodemográfica encontra-se na tabela 1:

Tabela 1.

Caracterização sociodemográfica dos participantes (N = 50)

		<i>n</i>	%
Género	Masculino	45	90
	Feminino	5	10
Estado Civil	Solteiro	38	76
	União de facto	8	16
	Casado	4	4
Filhos	Sim	24	48
	Não	26	52
Situação profissional	Empregado	2	4
	Desempregado	48	96
Escolaridade	1º ciclo	5	10
	2º ciclo	34	68
	3º ciclo	10	20
	Ensino superior	1	2
Processo de recuperação	Frequentou programa de metadona	38	76
	Frequentou CAT's	41	82
	Ingressou em comunidade terapêutica	40	80
Tempo de permanência no CAT	Uma semana	17	34
	Duas semanas	3	6
	1 mês	10	20
	2 meses	7	14
	3 meses	1	2
	4 meses	4	8
	5 meses	2	4
	6 meses	6	12
Cumprimento de pena	Sim	19	38
	Não	31	62
Contacto com a família	Sim	19	38
	Não	31	62
Considera importante ter contacto com a família neste processo de recuperação	Sim	42	84
	Não	8	16

2.1.4. Instrumentos

Para o presente estudo, e para nos permitir um mais vasto conhecimento e uma melhor compreensão desta população, foram utilizados dois instrumentos para a recolha da história de vida e construção do mapa familiar de cada um dos participantes: a entrevista clínica semiestruturada e o genograma.

2.1.4.1. Entrevista clínica semiestruturada

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas para a recolha de dados em ciências sociais (Quivy & Campenhoudt, 1992) mas também um dos instrumentos mais poderosos para a recolha de informações que os psicólogos possuem quando adaptada à prática clínica (Gil, 1999; Tavares, 2000). A maior vantagem é a sua versatilidade pois permite a aplicação em diferentes contextos de intervenção e de atuação dos psicólogos (Garcia-Santos, 2008; Nunes, Noronha, & Ambiel, 2012).

Para esta investigação recorremos a uma entrevista clínica semiestruturada (anexo II) composta por doze questões o que nos permitiu uma ampla recolha de dados e informações pertinentes para este estudo (Manzini, 2003) e favoreceu “não só a descrição dos fenómenos, mas também a compreensão da sua totalidade.” (Triviños, 1987, p. 146).

Ao entrevistado permitiu-lhe exprimir os seus pensamentos e sentimentos livremente, bem como, relatar a sua história de vida (Grawitz, 1976). Ao entrevistador permitiu fazer a recolha e o levantamento dos aspetos pessoais e relacionais do entrevistado (Tavares, 2000).

As questões apresentadas no guião de entrevista derivam da revisão da literatura quanto à temática desta investigação, nomeadamente, relativos aos aspectos vivenciais, existenciais, relacionais, familiares e clínicos. Estes aspetos são apontados em estudos anteriores como relevantes para a investigação da dependência química e condição de sem-abrigo.

Em suma, as questões têm como objetivo a recolha de dados quanto ao estado de saúde do utente, aos acontecimentos da sua vida desde a sua infância até à presente data, a iniciação de estupefacientes, a sua vivência como sem-abrigo e as suas expectativas quanto ao futuro. Pretendemos também com esta entrevista conhecer a tipologia de relacionamento e funcionamento familiar, assim como, a importância para os utentes quanto ao acompanhamento pelos seus familiares.

2.1.4.2. Genograma

Desde a década de 50 do Séc. XX que o Genograma é utilizado na área da terapia familiar como instrumento facilitador de recolha de informações sobre a família e os elementos que a compõem (Bowen, 1991).

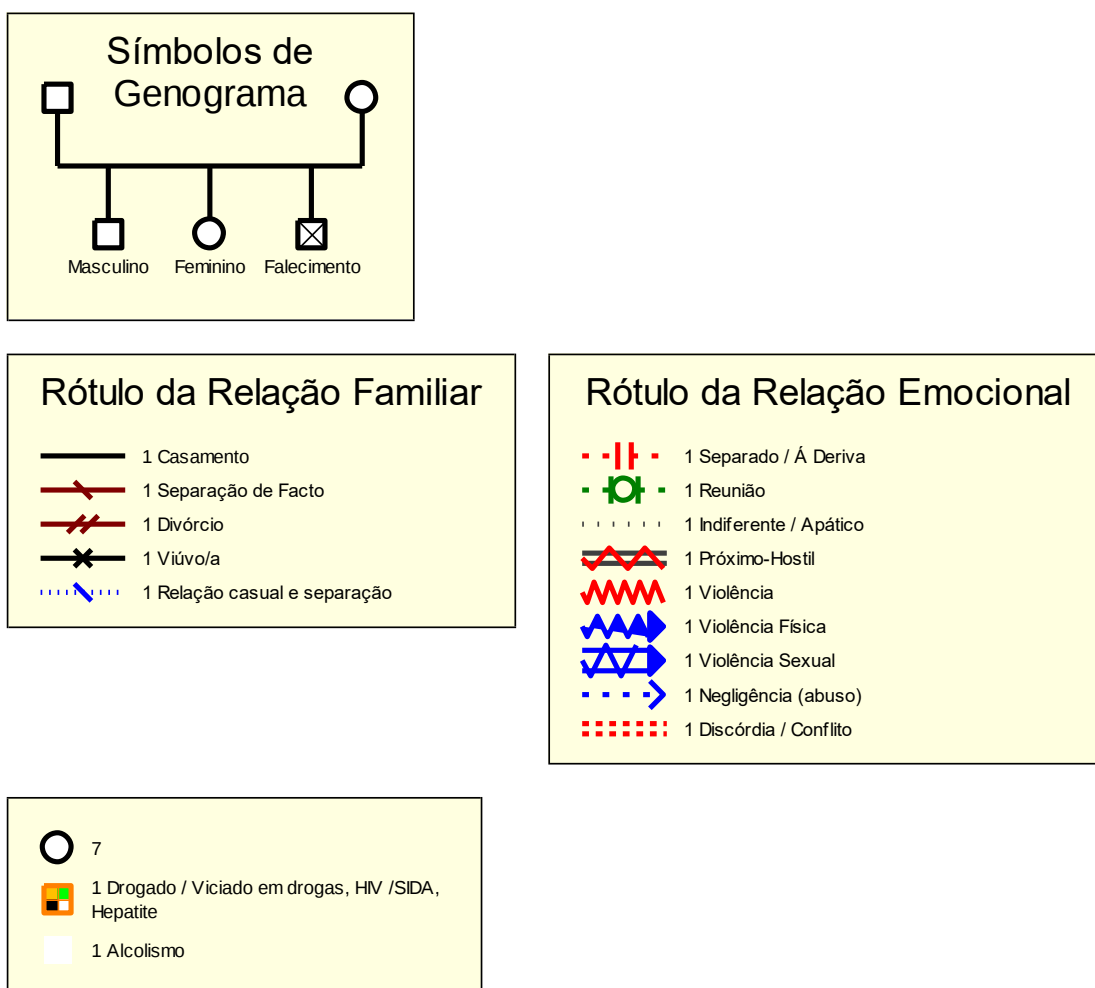
Este é um instrumento que pode ser utilizado como complemento às entrevistas clínicas elaboradas. É através da informação contida nas entrevistas que se constrói o Genograma pois este permite a representação gráfica de uma família e da sua estrutura familiar com recurso a

simbologia e regras padrão que caracterizam os elementos que compõem a família assim como, a tipologia de relacionamentos existentes entre os subsistemas (McGoldrick & Gerson, 1995). Permite também a recolha e organização de informações importantes sobre o sistema familiar e mostra a estrutura básica da família, o seu funcionamento e os tipos de relacionamentos existentes e os dados da história e dos indivíduos que a compõe (McGoldrick & Gerson, 1995; Cervený, 2011).

O Genograma permite ainda verificar as etapas do ciclo de vida familiar e os movimentos emocionais, relacionais e comunicacionais a ele associados (Bowen, 1991).

Na figura 2 encontram-se os símbolos que representam graficamente os géneros, as filiações e as relações familiares e relacionais/emocionais mais relevantes e comuns encontradas ao longo desta investigação, bem como, a tipificação simbólica utilizada para caracterizar patologias físicas e/ou mentais.

Figura 2. Representação gráfica no genograma da simbologia dos elementos familiares e dos seus relacionamentos



Embora a análise do Genograma seja maioritariamente quantitativa, através da cotação dos símbolos existentes (Minuchin, 1982; McGoldrick & Gerson, 1995; Greenwald, Grant, Kamps, & Haas-Cunningham, 1998), também é possível fazer a análise qualitativa através dos dados recolhidos durante a entrevista que lhe serve de apoio e complemento (Wendt, 2006; Wendt & Crepaldi 2008).

2.1.5. Procedimentos

Para a realização da presente investigação foi inicialmente elaborado um projeto de proposta de elaboração desta dissertação e submetido à Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa (UAL). Após a sua aprovação foi solicitada a autorização à Direção do CAT para a realização do presente estudo e a aplicação dos instrumentos aos utentes (Anexo III).

Sendo a amostra composta pela totalidade dos utentes alojados no CAT, foi realizada uma sessão de esclarecimento com todos eles onde foram convidados a participar voluntariamente nesta investigação e informados do seu objetivo principal, da sua importância e da sua pertinência. Foram igualmente elucidados que para a recolha das histórias de vida seria necessário realizar uma entrevista que seria gravada em áudio e posteriormente transcrita com o propósito de recolher o mais fielmente possível as informações facultadas por cada um deles.

Todos os utentes assinaram um consentimento individual de participação voluntária nesta investigação (Anexo IV) onde lhes era comunicado que todos os dados recolhidos seriam apenas utilizados no âmbito desta investigação académica e a sua identidade preservada. As entrevistas foram realizadas individualmente e em gabinete fechado permitindo assim a privacidade e a confidencialidade dos utentes e da informação facultada.

A entrevista clínica semiestruturada e a construção do Genograma foram realizadas apenas após o fim do preenchimento dos questionários utilizados no estudo 2.

Para a realização da entrevista clínica, tal como recomenda Quivy e Campenhoudt (1992), o guião esteve sempre visível tanto ao entrevistado como ao entrevistador. Serviu como orientador dos tópicos que se desejaram explorar ao mesmo tempo que permitiu o desenrolar da entrevista de forma flexível e fluente. Desta forma tentámos evitar a diretividade na entrevista e anular a sensação de interrogatório.

Gerson e McGoldrick (1993) referem que se deve considerar que as histórias de vida são contadas no presente a partir de uma construção do passado. Estas memórias narradas podem

despertar sentimentos de angústia ou sofrimento e a sua alternância temporal pode não corresponder exatamente à faixa cronológica em que decorreram. Deste modo, e porque alguns utentes demonstraram dificuldades em relatar a sua história de vida e falar sobre vivências passadas ou acontecimentos familiares que os deixava tensos e apreensivos, foi o Genograma utilizado, também, como técnica de quebra-gelo. A construção do desenho familiar foi realizada em parceria com cada utente, pois apenas deste modo se conseguiu corrigir possíveis equívocos e acrescentar informações relevantes. Também uma postura empática por parte do investigador foi crucial para a construção de um ambiente acolhedor e de uma relação de confiança.

No fim da entrevista cada utente pôde acrescentar informação que achasse pertinente e relevante para o contributo da presente investigação.

Após a realização e transcrição das entrevistas recorremos ao Software ALCESTE® (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de Texte) para fazer a análise fatorial dos dados recolhidos e a análise lexical do seu conteúdo. Quanto aos genogramas, estes foram inicialmente desenhados em parceria com os utentes e posteriormente recorremos ao Software GenoPro® (2013) para a sua construção em formato digital e com simbologia adequada.

Para a construção e análise dos genogramas teria sido ideal a apresentação das entrevistas clínicas semiestruturadas devidamente transcritas a mais três juízes para que os mesmos classificassem as relações e os padrões familiares seguindo a simbologia e os procedimentos utilizados na metodologia definida para a construção e análise de um Genograma. Posteriormente deveria ser realizada a comparação dos três resultados obtidos com a finalidade de encontrar um resultado mais consistente e homogéneo, no entanto, não nos foi possível recorrer aos juízes. Deste modo, a análise clínica dos genogramas foi elaborada apenas pelo investigador deste estudo, no entanto, foram realizados três tipos de análises a partir das entrevistas clínicas: a análise lexical do conteúdo das entrevistas, a análise qualitativa (clínica) e a análise quantitativa (conteúdo) dos genogramas. O objetivo foi tentar alcançar uma triangulação dos dados e, deste modo, resultados mais sólidos e consistentes.

2.1.5.1. Procedimentos de análise

Para a análise dos dados nas entrevistas, foi inicialmente construído um único arquivo com todas as entrevistas transcritas. Seguidamente a análise das histórias de vida realizaram-se em quatro etapas, conforme recomendado por Sousa (2009):

- 1) A leitura do *corpus*² e o reconhecimento das UCIs (Unidades de Contexto Inicial)³ assim, como a divisão destas em UCEs (Unidades de Contexto Elementares)⁴. Nesta etapa foi utilizado o método da classificação hierárquica descendente (CHD) e o método da classificação hierárquica ascendente (CHA) o que nos permitiu verificar a distribuição dos dados textuais, observar a existência de “laços de vizinhança ou sinónimos” entre eles (Reinert, 1998, p. 33) e identificar as classes e os grupos nas quais as UCEs foram inseridas. Esta divisória prende-se com os diferentes vocabulários utilizados em cada classe e a forma e importância como eles se relacionam (Kronberger & Wagner, 2002);
- 2) Análise do vocabulário característico em cada uma das classes e a sua representatividade recorrendo ao gráfico das formas reduzidas e distribuídas por classes onde é possível verificar o número total de UCE classificadas e a sua distribuição;
- 3) Análise fatorial de correspondência (AFC) entre classes para verificar a relação e a associação entre as mesmas e a tipologia da sua interação ainda que esta observação gráfica não nos permita uma contextualização do discurso tido pelos participantes neste estudo (Lorenzi-Cioldi, 1997);
- 4) Análise do conteúdo através da fragmentação do texto o que nos permitiu identificar as palavras que mais se repetiam, a relação destas com as demais (Vala, 2003) e o seu impacto no “mapa do conhecimento” das histórias de vida recolhidas (Bauer, 2002, p. 194). Para a reconstrução desse conhecimento recorreremos à elaboração de tabelas onde foram sintetizados os discursos que mais contribuíram para a análise e aos gráficos que ilustram a proximidade das palavras distribuídas no discurso às três palavras mais significativas de cada classe.

Quanto à análise dos dados recolhidos sobre o funcionamento e estrutura familiar de cada utente recorreremos à utilização do Software GenoPro® e à sua simbologia standard para a definição dos elementos familiares e para a caracterização da tipologia de relação afectiva/emocional assim como, para identificar o funcionamento familiar. A análise quantitativa dos

² Corresponde ao conjunto final de dados do texto que será analisado.

³ UCI's – Unidades do texto a partir das quais o programa efectua a fragmentação inicial.

⁴ UCE's – Corresponde ao número de palavras passíveis de ser analisadas que correspondem apenas a uma parte do texto com um determinado sentido.

dados (de conteúdo) foi feita através da cotação e da pontuação da simbologia que caracteriza cada elemento familiar, bem como, das relações familiares existentes. Já a análise qualitativa (clínica) foi feita recorrendo à análise das entrevistas clínicas realizadas.

2.2. Resultados

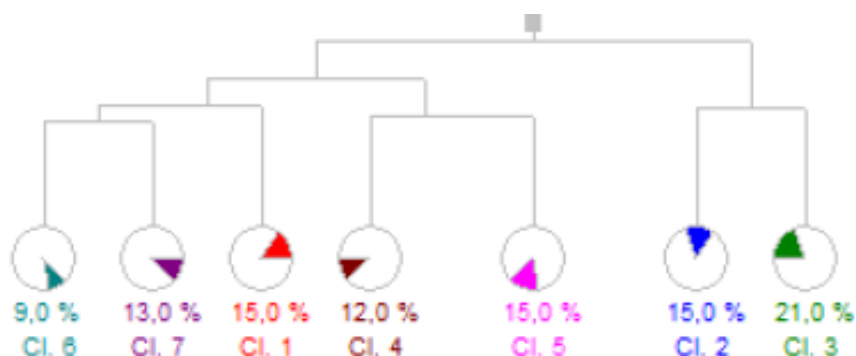
2.2.1. Análise lexical

A análise efectuada às entrevistas resultou num conjunto de 50 UCI's composto por 122578 palavras das quais, 7713 são distintas e com 99.31% de riqueza de vocabulário, sendo este o corpus final para a nossa análise.

Do corpus foram analisadas 68% das unidades textuais o que corresponde a 1627 UCE's divididas em sete classes que estão distribuídas por dois grandes grupos: o primeiro grande grupo composto pelas classes três (12%) e dois (15%); e o segundo grande grupo composto pelas classes um (15%), cinco (15%), sete (13%), quatro (12%) e seis (9%) (figs. 3 e 5).

Podemos ainda destacar que a classe 0 é composta por 32% das unidades textuais que foram rejeitadas da análise e não incluídas nas restantes classes (fig. 5).

Figura 3. Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

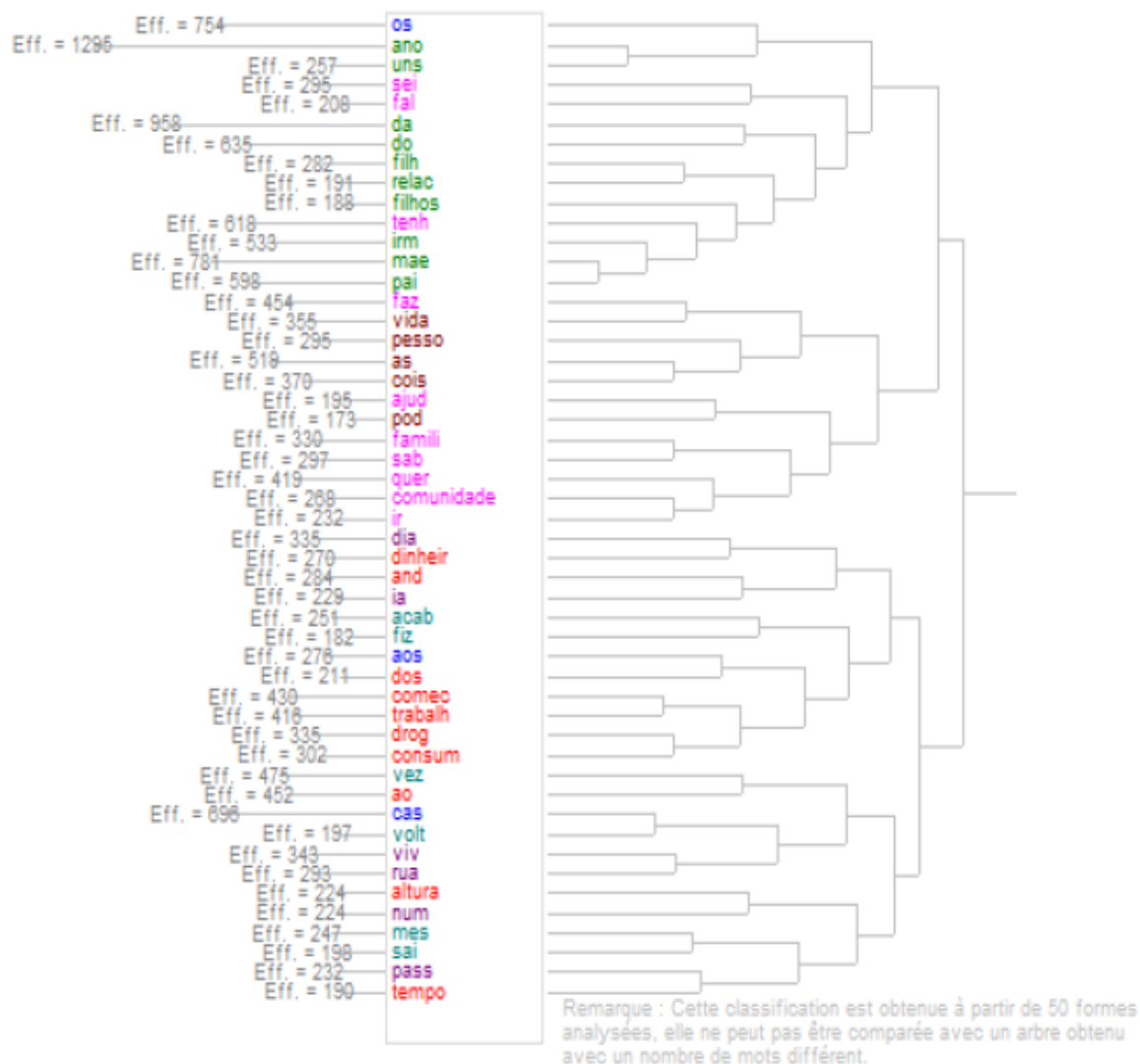


Seguidamente, através da classificação hierárquica ascendente (CHA) podemos observar as UCE's reduzidas às classes correspondentes (fig. 4) que anteriormente teriam sido formadas na classificação hierárquica descendente (CHD). Aqui podemos verificar quais as palavras mais significativas para cada classe e a sua importância.

Para a definição das categorias e respetiva denominação das classes baseamo-nos na sequência dos conteúdos semânticos apresentados na CHA (fig. 4) e na estrutura apresentada na CHD (fig. 3) onde foram identificados os dois grandes grupos independentes: um grupo

associado à família e outro grupo associado ao consumo de estupefacientes. Para esta análise apoiamo-nos igualmente na análise das formas reduzidas e distribuídas por classes (fig. 5).

Figura 4. Classificação Hierárquica Ascendente (CHA)



Na figura cinco, podemos verificar que no grupo que associamos à família se destacam as classes dois e três as quais denominamos de “Infância e Família de origem” e “Família”, respetivamente, sendo que estas duas classes têm uma maior relação entre ambas e pouca ou nenhuma relação com as restantes classes representadas no segundo grupo.

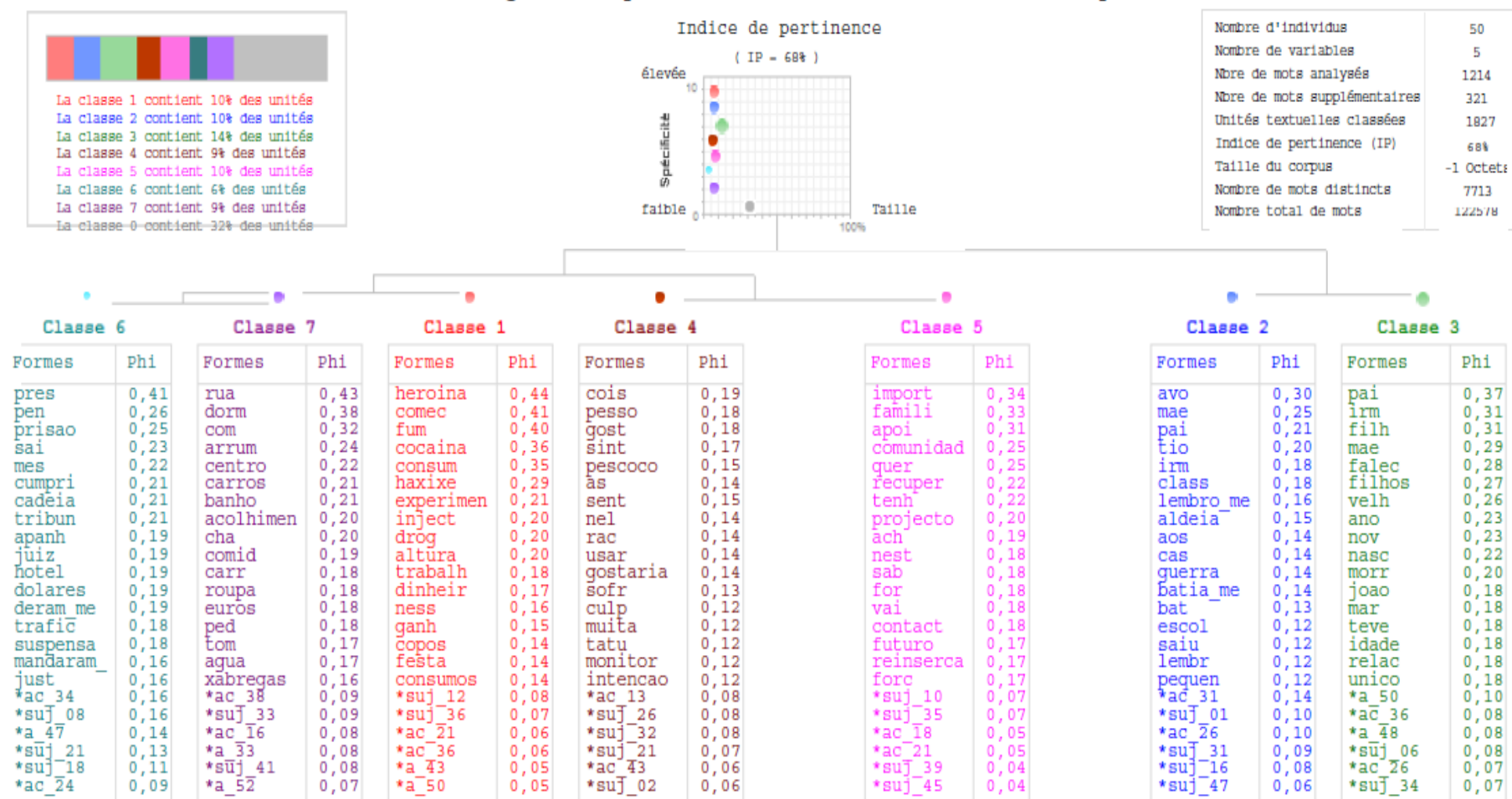
No segundo grupo, ao qual associamos o consumo de estupefacientes, identificamos as classes um, cinco, sete, quatro e seis as quais denominamos de “Consumo de Estupefacientes”, “Importância da família na recuperação e projeto de vida futura”, “Vivência na rua”, “Sentimentos e adição”, e “Problemas com a justiça”, respetivamente.

Neste grupo podemos observar que toda a envolvimento da adição e dos componentes a ela associados como os problemas com a justiça, a vivência na rua, os sentimentos e o fator família como determinante na recuperação, são fatores que se conjugam de forma harmoniosa e complementar não sendo dissociadas as suas dimensões.

Por fim, podemos observar que as classes que mais se destacam são a classe um, dois e três. Embora as restantes classes não sejam as que mais se destacam são as que mais se relacionam com a classe um “Consumo de estupefacientes”.

Ou seja, os utentes relacionam a classe da “Infância e Família de origem” como as classes “Família” e “Consumo de estupefacientes”. Podemos observar que estas três classes se encontram agregadas na sua importância para o desenvolvimento do fenómeno da adição e da iniciação dos consumos.

Figura 5. Formas reduzidas e distribuídas por classes



Posteriormente, através da análise fatorial de correspondência (figs. 6 e 7) podemos observar que, embora as classes três e cinco tenham uma representação positiva são as que mais se distanciam entre si, ou seja, verifica-se uma relação incompatível entre a “Família” e a “Importância da família na recuperação e projecto de vida futura”.

Ainda recorrendo à análise fatorial de correspondência (fig. 6 e 7), podemos verificar que, sendo a classe cinco uma das que mais se destaca esta está, contudo, mais próxima da classe quatro “Sentimentos e adição”. Observamos então que a questão sentimental e dos afetos está diretamente relacionada com a importância da família no processo de recuperação e no projeto de vida no futuro.

Quanto às classes sete “Vivência na rua”, classe seis “Problemas com a justiça” e classe um “Consumo de estupefacientes”, embora tenham uma representação negativa, são as classes que mais se relacionam entre si. Ou seja, verifica-se que o consumo de estupefacientes está diretamente relacionado tanto com o percurso de vida destes utentes como com a adoção de comportamentos de risco e desviantes. Estes despoletam problemas com a justiça e todas as consequências daí adjacentes tais como o cumprimento de penas judiciais e consequentemente o culminar de uma vivência nas ruas ou como sem-abrigo.

Por último, verifica-se que a classe dois “Infância e família de origem”, tem uma representatividade negativa mas com uma relação mais próxima da classe 3 “Família”.

Figura 6. Análise Fatorial de Correspondência por contributo

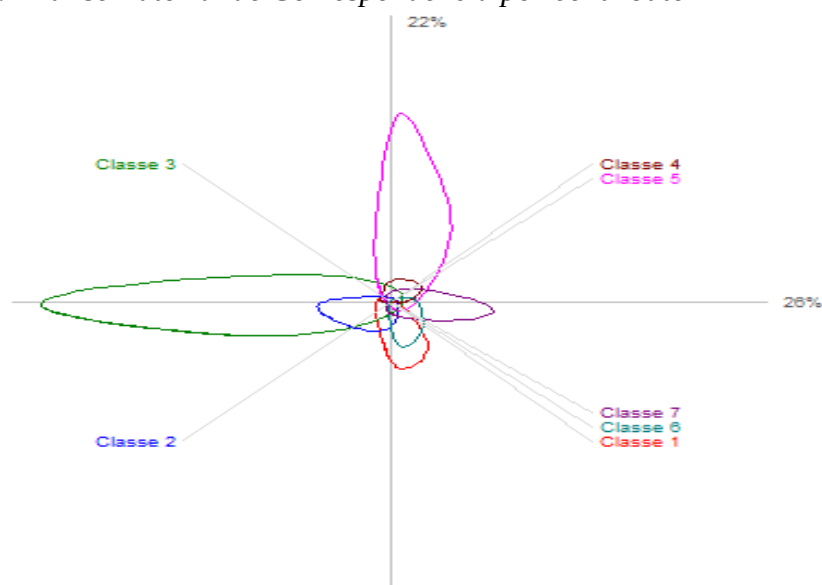


Figura 6. Classe 1 - Consumo de Estupefacientes; Classe 2 - Infância e Família de origem; Classe 3 -Família; Classe 4 - Sentimentos e adição; Classe 5 - Importância da família no processo de recuperação e projeto de vida futura; Classe 6 - Problemas com a justiça; Classe 7 - Vivência na rua.

Figura 7. Análise Fatorial de Correspondência por correlação

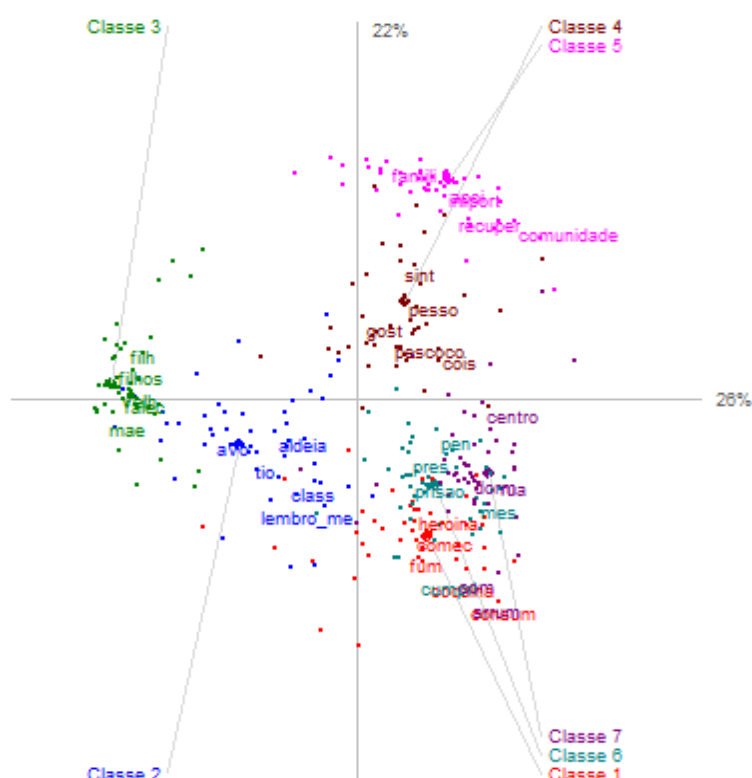


Figura 7. Classe 1 - Consumo de Estupefacientes; Classe 2 - Infância e Família de origem; Classe 3 -Família; Classe 4 - Sentimentos e adição; Classe 5 - Importância da família no processo de recuperação e projeto de vida futura; Classe 6 - Problemas com a justiça; Classe 7 - Vivência na rua.

Quanto à análise lexical do conteúdo das entrevistas, suportada pela representação gráfica das palavras mais significativas (figura 8) e pela tabela de Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características de cada classe, podemos observar que a classe um é a mais específica e a primeira a ser destacada no gráfico de classes. O seu vocabulário é o mais homogêneo com 267 UCE's e representa 15% das unidades de classes de texto (10 % do *corpus* inicial) estando caracterizada por palavras como heroína ($\Phi = .44$), começo ($\Phi = .41$), fumar/fumada ($\Phi = .40$), cocaína ($\Phi = .36$), consumo ($\Phi = .35$) e haxixe ($\Phi = .29$). Na tabela 2 apresentamos exemplos de discurso correspondentes à classe 1.

Tabela 2.

Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 1

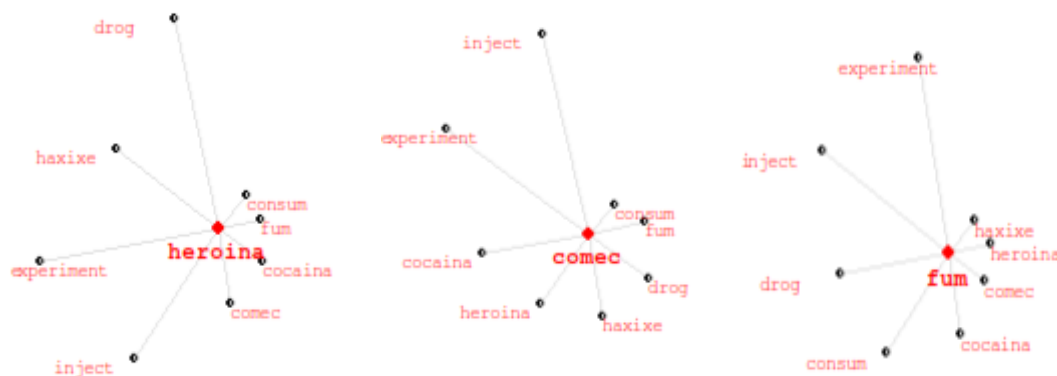
Classe e Categoria	Palavras significativas	Unidade de Contexto Elementar (UCEs)
Classe 1: Consumo de estupefacientes		uce nº 632 $\Phi = .03$ uci nº 16 : *suj_19 - (comecei) (a) ir para la (trabalhar) com eles, (ganhei) imenso (dinheiro/) e tinha uma vida boa. eu (vendia) (droga) para eles. (nessa) (altura) eu ainda nao/ (consumia). so (comecei) (a) (consumir) (cocaina) (cheirada) um ano (depois-de) (trabalhar/) para eles. era (a) unica maneira de (aguentar) tantas horas. (sic)
	Heroína, começo,	
	fumar/fumada	uce nº 40 $\Phi = .03$ uci nº 2 : *suj_50
	, cocaína, consumo, haxixe	- eu sabia que eles (fumavam) (haxixe) e eu tambem (quis) (experimentar) e e isso. (cocaina) (comecei) (a) (consumir) aos (vinte) e dois anos e (heroína) (comecei) (a) (consumir) (nessa) escola (profissional). (sic) uce nº 2396 $\Phi = .03$ uci nº 45 : *suj_12 - O (facto) e que/ (nessa) (altura) (comecei) (a) sair com uns (colegas) do (trabalho) e (a) conhecer (auce a noite) de/ (lisboa) e dentro do (banco) acabei por ter (colegas) que me (influenciaram) de alguma/ (forma) (a) conhecer aa (drogas), (a) (cocaina) principalmente e o (haxixe). (sic)

Conforme a representação gráfica da figura 8, podemos observar que a palavra heroína surge em primeiro lugar e com maior destaque. A ela aparecem associadas as palavras haxixe e cocaína. Estas são as duas substâncias mais consumidas em conjunto com a heroína ou como segunda substância de eleição. Quanto à modalidade de consumo, a forma fumada é a que mais se associa à heroína, no entanto, esta modalidade é igualmente utilizada aquando do consumo de cocaína e de haxixe.

Vincamos que a forma mais usual de consumo é fumada e está associada ao momento da iniciação do consumo de estupefacientes, sendo a modalidade injectável numa fase posterior (“*suj_24 A partir (dai) estive dois anos (a) (fumar), mas (depois), olhe, (foi) (injectado).” (sic).

Através da análise das UCE’s podemos detacar uma frase que nos permite vislumbrar a associação de palavras acima descrita: “*suj_15 E os (consumos) (comecaram) aos (dezasais). (primeiro) (foi) (haxixe), (depois) aos (dezanove) (foi) (heroína) e aos (vinte) e um (cocaina). (ao) (princípio) era (fumado) e (depois) (injetado).” (sic).

Figura 8. Proximidade das palavras significativas na Classe 1



Quanto à classe dois esta é composta por 269 UCE's o que representa 15% das unidades de classes textuais (10% do *corpus* original) e tem como palavras mais significativas avó/ô ($\Phi = .30$), mãe ($\Phi = .25$), pai ($\Phi = .21$), tio ($\Phi = .20$) e irmão/ão ($\Phi = .18$), conforme se pode verificar na tabela 3.

Tabela 3.

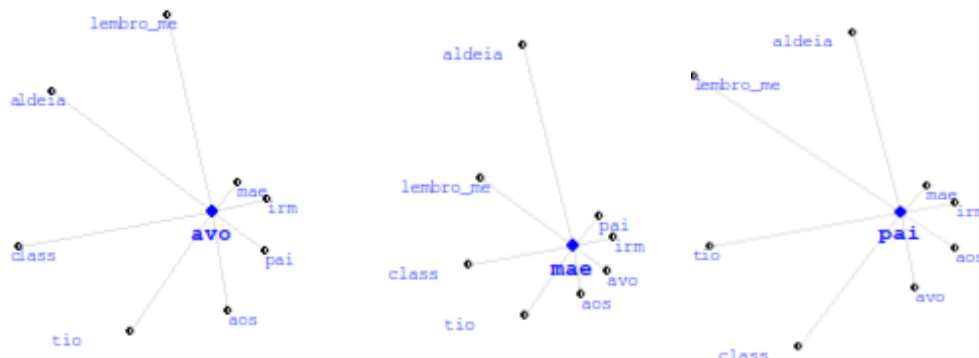
Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 2

Classe e Categoria	Palavras significativas	Unidade de Contexto Elementar (UCEs)
		uce nº 1584 $\Phi = .02$ uci nº 31 : *subj_25
		- mas depois o (miúdo) começou a (crescer) e toda a gente diz que (ele) e a minha cara. um filme. Depois pronto. foi a (historia) de (ele) dizer que eu lhe (tinha) (metido) a irma na droga e andou tambem a inventar que eu nunca quis (assumir) a (crianca). (sic)
Classe 2:		uce nº 376 $\Phi = .02$ uci nº 10 : *subj_49
Infância, Família de origem	Avó, mãe, pai, tio, irmão/ã.	- E em (angola) nao e como ca em portugal em-que a tropa e so treinar e tal. la nao. la em (angola) eu (tinha) que ir para a (guerra), (pegar) em armas e se calhar ja estava (morto), pronto.
		uce nº 141 $\Phi = .02$ uci nº 6 : *subj_04
		- sei que viviamos em cascais. tinhamos uma (grande) (casa). O meu pai (tinha) muito dinheiro e andava (praticamente) sempre a viajar. tanto que, quando (ele) (chegava) a (casa), eu chamava_lhe (tio), enganava_me, em-vez-de lhe chamar pai. isso eu (lembro_me). (sic)

Conforme representação gráfica da figura 9, a importância da palavra avó é destacada pela maioria das vivências dos utentes que referem que ora foram entregues aos cuidados dos avós ainda muito novos, ora que em algum momento das suas vidas seriam os avós os seus cuidadores e os seus pilares (“*subj_18 eu e o meu irmao fomos criados com (os) (meus) (avos) (paternos) (ate) (aos) (meus) (dez) anos.” (sic); “*subj_01 (tinha) eu cinco anos. depois

a minha (avo) (disse_me) que algo (tinha) acontecido a minha mae, um (acidente), ... e eu (cresci) com a (ideia) que a minha mae (tinha) falecido.”) (sic). As palavras associadas a avó/ô, mãe e pai, são representativas da descrição feita pelos utentes quanto à sua composição familiar.

Figura 9. Proximidade das palavras significativas na Classe 2



Segue-se a classe três (tabela 4) composta por 367 UCE's que representam 21% das unidades de classes textuais (14% do *corpus* inicial) cujas palavras mais significativas são pai ($\Phi = .37$), irmã/o ($\Phi = .31$), filha/o ($\Phi = .31$), mãe ($\Phi = .29$), falecido/a ($\Phi = .28$), representado na tabela 4.

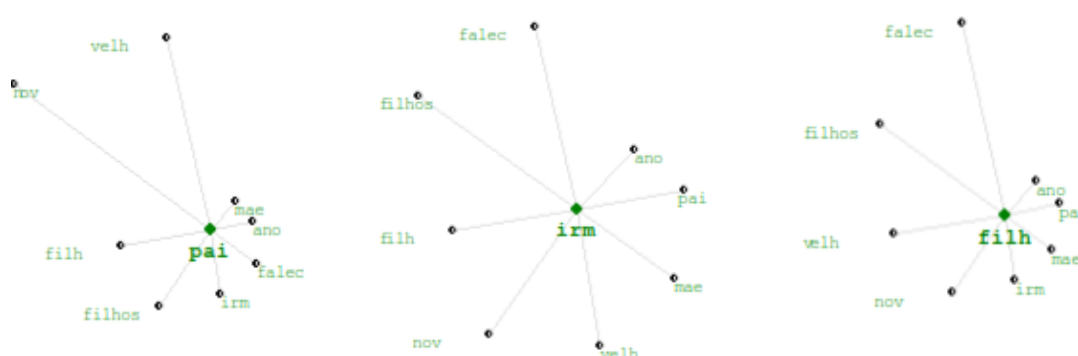
Tabela 4.

Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 3

Classe e Categoria	Palavras significativas	Unidade de Contexto Elementar (UCEs)
Classe 3: Família	Pai, irmão(ã), filho (a), mãe, falecido (a), filhos.	uce nº 752 $\Phi = .03$ uci nº 19 : *suj_35 .
		- depois (teve) (outra) (relacao) (amorosa), onde (nasceu) (o) (joao) que (esse) e que (esta) na (marinha). E na (terceira) (relacao) foi (com) (o) (meu) (pai). (do) primeiro (casamento) ficou (viuva) (com) (seis) (filhos). depois (conheceu) (um) homem e (teve) (outro) (filho) e enviuvou (outra) vez. depois (casou_se) (com) (o) (meu) (pai) e teve_me a mim, a (ana) e ao (paulo), que (ja) (morreu). (sic)
		uce nº 1436 $\Phi = .03$ uci nº 30 : *suj_34
		- depois os meus (pais) (separaram_se). mas antes (do) (meu) (pai), a (minha) (mãe) (ja) tinha (tido) (um) (marido) (de-quem) (teve) (quatro) (filhos) que (sao) os meus (irmaos) (mais) (velhos)- (sic)
		uce nº 365 $\Phi = .03$ uci nº 10 : *suj_49
		- E a (senhora) brigida pereira (da) costa. (deve) ter os seus (sessenta) e tal (anos). entao, (o) (meu) (pai) vai para (luanda), junta_se (com) a (minha) (madrasta) e engravida_. tenho (dois) (irmaos) por (parte) de (pai). (O) (joao) e a (bela). (da) (parte) de (mãe) (sao) (sete). (O) (joao) (deve) ter (trinta) e (dois) e a (bela) (trinta) e (oito). (sic)

Nesta classe existe maioritariamente uma descrição da constituição familiar e dos elementos que compõem a família sendo maior a referência às palavras pai, irmã/o e filha/o (fig. 19). Ao longo das entrevistas foi verificado que as mães e os pais destes utentes constituíram novas famílias com novas companhias/os e que têm filhos destas relações, conforme referido na seguinte frase: (“*suj_10 nos (somos) (cinco) (irmaos), mas nao (somos) (todos) (filhos) (do) (mesmo) (pai) e (da) (mesma) (mae), e (um) (bocado) complicado. (da) (parte) (da) (minha) (mae) tenho (quatro) (irmaos) e eu (sou) (filho) (unico) (da) (minha) (mae) e (do) (meu) (pai)” (sic).

Figura 10. Proximidade das palavras significativas na Classe 3



Quanto à classe quatro esta é constituída por 223 UCE's que representam 12% das classes textuais (9% do *corpus* inicial) com palavras em destaque como coisa ($\Phi = .19$), pessoa ($\Phi = .18$), gosto (a) ($\Phi = .18$), sinto ($\Phi = .17$). Esta classe está mais associada à questão dos sentimentos relacionados com o consumo de estupefacientes e adição (tabela 5).

Tabela 5.

Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 4

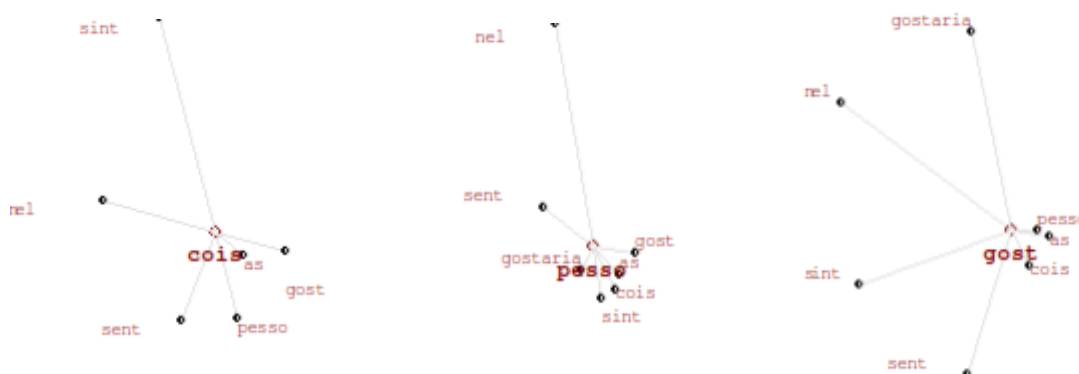
Classe e Categoria	Palavras significativas	Unidade de Contexto Elementar (UCEs)
Classe 4: Sentimentos e adição	Consigo, Coisa, pessoa, gosto/gostaria, sinto.	uce nº 2206 $\Phi = .03$ uci nº 42 : *suj_40 - (voce) (entende) e (uma) (cena) muito a (frente) isso. foda_se tal e qual. O (doutora) (desculpe), la a (asneira). saiu_me. mas e isso. (parece) (que) (me) leu a (mente) e (o-que) (sinto). foda_se. O pa, desculpe_me saiu_me. nao, nao, claro (que) nao, mas, o (doutora), saiu_me (porque) (voce) foi ao (ponto). (sic)
		uce nº 539 $\Phi = .03$ uci nº 13 : *suj_11 - aqui ja nao posso. (eu) isolo_me muito e sou (uma) (pessoa) muito (solitaria). nao (gosto) muito de (estar) ao (pe) de (muita) (gente). sinto_me bem e na minha (solidao). acho (que) (as) (minhas) filhas, se (tivessem) algum contacto comigo, (as) (coisas) (mudavam) um bocadinho. mas ja-que isso nao e possivel, agora vou (pensar) um bocadinho em mim, sei la. (sic)

Podemos observar na figura 11 que à palavra “consigo” estão associadas as palavras “sentimento”, “pessoas”, “gosto”, e “sinto” sendo esta última palavra a que está mais distante da palavra “consigo”. Este fator revela uma distância relativa entre o que os utentes conseguem fazer com a sua adição e o que os utentes sentem relativamente a ela e ao controlo que têm sobre essa mesma adição.

Pode-se ainda verificar que a segunda palavra com mais representatividade nesta classe é “pessoa”. A maioria dos utentes quando fala dos seus sentimentos fala frequentemente na terceira pessoa e com um determinado distanciamento emocional para conseguir explicar as emoções que têm e que os acompanha ao longo da sua vida. O desejo de obtenção de sucesso quanto ao controlo da sua adição é referido com recurso às palavras “gostaria” e “gostava”, embora demonstrem sentir-se impotentes no seu domínio.

Quanto às emoções e sentimentos que têm nesta fase da sua vida, estes são usualmente de tendência menos positiva conforme exemplificado pelas seguintes frases: “*suj_28 quando fico sobrio e vejo os anos e tudo (o-que) (perdi) para mim e um choque, so (me) apetece (meter) (uma) (corda) ao (pescoco), e muito dificil essa (vida). (porque) a droga so deixa o cerebro (anestesiado), e tudo falso, e tudo (uma) ilusao, aquilo nao (existe). (parece) (que) esta (tudo-bem), mas, na verdade, nao está.” (sic); “*suj_26 O (nosso) (sofrimento) e (enorme). (eu) (sinto) e (sempre) (senti) (muita) vergonha (daquilo) (que) tenho de fazer para conseguir arranjar droga e foi por-isso-que (eu) tambem (me) (afastei) deles. (eu) nao queria (que) eles (vissem) a minha degradacao (moral) e (fisica). (eu) arrependo_me muito de ter (estado) anos entregues (as) drogas e nao ter (estado) em contacto com a minha mae, e agora nao (consigo) voltar atras” (sic).

Figura 11. Proximidade das palavras significativas na Classe 4



A classe cinco, com 284 UCE's, representa 15% das unidades de classe textual (10% do *corpus* inicial) e está marcada por palavras como importante ($\Phi = .34$), família ($\Phi = .33$), apoio ($\Phi = .31$), comunidade ($\Phi = .25$), querer ($\Phi = .25$) e recuperar ($\Phi = .22$) estando esta classe associada à “importância da família na recuperação e no projeto de vida futura”, conforme representado na tabela 6.

Tabela 6.

Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 5

Classe e Categoria	Palavras significativas	Unidade de Contexto Elementar (UCEs)
Classe 5: Importância da família no processo de recuperação e projeto de vida futura	Importante, família, apoio, comunidade, querer, recuperar.	uce nº 2651 $\Phi = .03$ uci nº 49 : *suj_14
		- vez e (isso) da_lhes alento. (E) mais (facil) (fazer) a (recuperacao) quando (se) tem (contacto) com a (familia) e o seu (apoio) e quem diz o (contrario) ou e porque e (orgulho) ou porque e burro ou então coitado e porque (nao) tem (ninguem) mesmo. (sic)
		uce nº 987 $\Phi = .03$ uci nº 23 : *suj_48
		- eu podia (ter) (evitado) isto (tudo) e sofro com isto, em-silencio, (mas) sofro porque eu (sei) que podia (evitado) isto (tudo). (tenho) que procurar (curar) isto, (sabe), (mas) ha danos que eu nunca (vou) (conseguir) reparar e (apesar-de) me perdoarem, (eles) nunca (vao) esquecer e a ferida que (lhes) (deixei) eu (sei) que estar sempre la (aberta). (sic)
		uce nº 1586 $\Phi = .03$ uci nº 31 : *suj_25
		- A minha tecnica (vai) (tratar) disso. depois (tenho) (projecto) de (reinsercao) (social) e (queria) arranjar um quarto e começar (tudo) (zero). (quero) continuar no/ (programa) de metadona e (quero) reduzir. Para ja sao estes os meus (objetivos). (E/) (tambem) (nao) (estou) em condicoes de sonhar alto (neste) (momento). (sic)

A palavra mais representativa da classe cinco é “importante” e está diretamente relacionada ao “apoio familiar”, à “comunidade” e à “recuperação”. A palavra que mais se distâcia é “projeto” (fig. 12). Podemos, assim, afirmar que a importância da família durante o processo de recuperação e o seu apoio é essencial para estes utentes assim como a perspectiva de ingressarem numa comunidade para a continuação do seu tratamento.

No entanto, a palavra “projecto”, embora esteja associada à palavra “ importante”, é a palavra que mais se distancia pois tal como referem não lhes faz sentido ter um projecto sem que tenham pilares de apoio ou fontes inspiradoras e motivacionais para a recuperação da adição:

Também de referir que associada à palavra “família” está a “comunidade”, a “importância” do apoio e a “recuperação” sendo que, mais uma vez, a palavra “projecto” se encontra associada, embora distante. O mesmo se passa com a palavra “apoio” que se encontra muito próxima e relacionada com a “importância da família”, assim como, “comunidade” e “recuperação” estando igualmente a palavra “querer” referida e relacionada com o apoio necessário que estes utentes esperam da sua família.

70

Tabela 7.

Correspondência entre a CHD e o sistema categorial de UCEs características da classe 6

Classe e Categoria	Palavras significativas	Unidade de Contexto Elementar (UCEs)
Classe 6: Problemas com a justiça	Preso, pena, prisão, sai, meses,	uce nº 2673 $\Phi = .04$ uci nº 50 : *suj_18
		- apos vinte (e) oito (meses), (voltei) a (suica) (e) (quando) me (apanharam), em-vez-de me meterem (preso), obrigaram_me a apresentacoes (semanais) numa (esquadra). eu (quando) (fui) para a (croacia) com a minha (companheira), eu (fui) trabalhar para um (parque) de (campismo) que (pertencia) a um (italiano) que tinha (negocios) na (suica), (so/) que a minha (companheira), como era croata, não (pertencia) a comunidade europeia,
		uce nº 563 $\Phi = .03$ uci nº 14 : *suj_28 (sic)
		- voce (rouba) qualquer coisa (e) se nao tiver (residencia) fixa automaticamente fica (logo) (preso). Aqui (em) (portugal) nunca (estive) (preso), ja (fui) ao (juiz), mas pronto (tive) (pena) (suspensa) (e) vai (acabar) este (mes). (sic)
		uce nº 2269 $\Phi = .03$ uci nº 43 : *suj_44
		- depois, trabalhava como (auditor) nesse (hotel) (em) (franca), mas de tres (em) tres (meses) dava_me o (bichinho) (e) la ia eu aos (estados) (unidos), consumir (durante) um (fim_de_semana) (e) depois (voltava). (sic)

Esta classe denominada de “Problemas com a justiça” reflete maioritariamente as consequências jurídicas que o consumo de drogas tem e todas as condições que a ele estão associadas (“*suj_40 agora ha dois (meses) atras (fui) (apanhado) com droga (e) (fui) (levado) a (tribunal) (e) como ja tinha muitos (processos) deu_me um ano de (pena)” (sic); “*suj_21 (assim-que) (sai) da (prisao) (fui) (logo) (deportado) para (portugal).” (sic); “ *suj_37 (levado) ao (juiz) (e) (fui) (preso) (pela) (primeira) (vez) (durante) quatro anos. (estive) no estabelecimento prisional de lisboa (e) de la (fui) para o (linho). E da (segunda) (vez) que (estive) (preso) (apanhei) tres anos (e) seis (meses). A (primeira) (vez) que (fui) (preso) foi (por) (roubo) (e) tinha vinte (e) nove anos.” (sic).

Associada à palavra “preso”, “pena” e “prisão”, estão associadas as palavras que caracterizam todo o percurso jurídico e todas as consequências penais dos crimes cometidos ao longo dos anos de consumo de estupefacientes destes utentes conforme se pode verificar na figura 13.

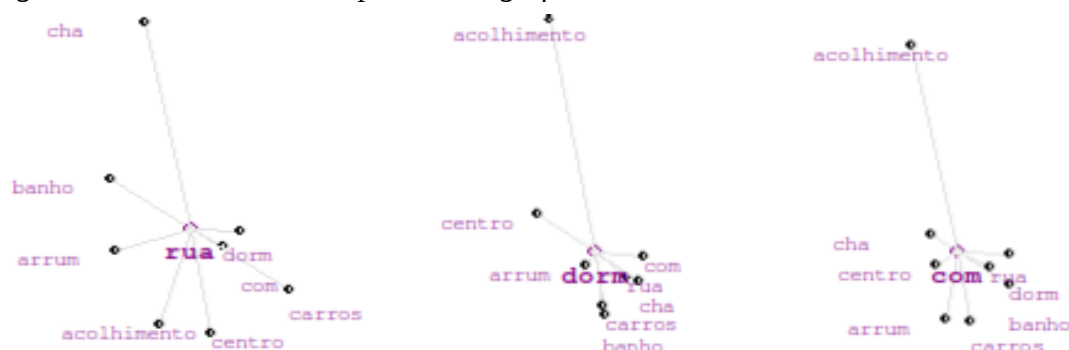
Tabela 8.

Classe e Categoria	Palavras significativas	Unidade de Contexto Elementar (UCEs)
Classe 7: Vivência na rua	Rua, dormitório, comer, arrumar, centro, carros.	uce nº 821 $\Phi = .03$ uci nº 20 : *suj_26 - E os/ ultimos (dias) que estive (na) (rua) (antes-de) (vir) (para) (aqui) foram (passados) dentro-de/ um (carro) (abandonado) que tinha as (janelas) (partidas), mas eu meti (la) um (cobertor) a/ tapar o vento e foi ai que apanhei a pneumonia. (sic) uce nº 469 $\Phi = .03$ uci nº 12 : *suj_17 - (aqui) ja tinha trinta e tal anos ou quarenta. (nas) outras pastelarias estive (la) quatro meses (numa), cinco meses, seis meses (noutra). depois estive (na) (rua) a (viver). primeiro estive dois anos (na) (rua), depois fui (para) o (beato), depois estive mais ano e (meio) (na) (rua) e depois (vim) (para) (aqui). (sic) uce nº 470 $\Phi = .03$ uci nº 12 : *suj_17 - (na) (rua) (vivia) (debaixo) das pontes, (vivia) ao pe da (bomba) da gasolina (ali) pe da estacao (de) (comboios). ano e (meio) (vivi) (la). aquilo fechava as dez (horas) e eu as dez (horas) (arranjava) um (cobertor) e (ia) (para) (la) (dormir) (num) (cantinho). (sic)

Estas palavras exprimem o percurso dos utentes antes de entrarem no CAT como a experiência de viver na rua e toda a logística necessária para conseguirem dormir, comer e arranjar dinheiro para a sua sobrevivência no dia-a-dia (“*suj_45 quando (ca) cheguei tambem nao conhecia (nada), mas acabei por conhecer outros (sem_abrigo) e foram eles que me foram (dando) a conhecer os (sitios) (onde) (come), (onde) se (dorme), (onde) se pode (tomar) (banho) e ate me indicaram um (centro) (para) (sem_abrigos) e acabei por (pedir) (la) ajuda, mas aquilo praticamente e so (para) (tomar) (banho), (jantar) e (passar) a-noite porque (no) outro (dia) temos (de) sair (de-manha).” (sic); “*suj_34 (viver) (na) (rua) foi muito complicado, (sem) (comer), (sem) (nada). andava/ sempre com a mesma (roupa), tinha (de) (pedir) (para) (comer) e foi (horrivel).” (sic); “*suj_49 quando acabou o dinheiro sai do (quarto) porque ja nao tinha dinheiro (para) (pagar) e (vivi) em casas (abandonadas), (dormi) (na) (rua), (passei) muita (fome). andava a (arrumar) (carros) A (chuva).” (sic).

Sendo a palavra “rua” a mais representativa desta Classe, e através da análise da figura 14, podemos observar que associada a esta palavra encontramos “dormir”, “carros”, “centro”, “acolhimento” e “banho” pois todos os relatos de vivência na rua incidem maioritariamente no pernoitar na rua, em carros abandonados ou, em último recurso, em centros de acolhimento onde lhes são fornecidas refeições (“comer”) e a oportunidade de fazer a sua higiene pessoal. Na impossibilidade de pernoitarem em centros de acolhimento, o banho é a rotina diária que mais fica negligenciada e o recurso a uma refeição é escasso e pontual.

Figura 14. Proximidade das palavras significativas na Classe 7



2.2.2. Genogramas

Após a construção dos genogramas, em parceria com os utentes, foi realizada a análise clínica de cada genograma em conjunto com a entrevista clínica semiestruturada feita a cada utente. Posteriormente foi feita a análise de conteúdo dos genogramas com o objetivo de não parasitar os resultados obtidos.

2.2.2.1. *Análise Clínica*

A análise clínica dos genogramas foi feita com recurso às transcrições das histórias de vida.

Dos 50 participantes podemos observar que ao fazerem a descrição da história da sua vida desde as suas origens, nem todos têm o mesmo percurso familiar ou se enquadram numa única contextualização socio-económica. Existem participantes que falam da sua infância como “...relativamente feliz onde nada falta...” (sic) e com todo o “...apoio dos ... pais...” (sic), no entanto, outros participantes referem que tiveram uma infância munida de “...maus tratos físicos e psicológicos...” (sic) e sem acompanhamento dos seus progenitores “...compleamente negligentes e nem queriam saber do que se passava...” (sic). Na análise dos genogramas podemos verificar que os utentes que estão de relações cortadas com a sua família são os mesmos que não tiveram um contacto permanente com os seus pais durante a sua infância e/ou a sua adolescência, ora porque foram entregues ao cuidado de IPSS’s ou ao cuidado de outras pessoas (tais como os avós, vizinhos ou outros familiares), ora porque apesar de terem passado a sua infância e a sua adolescência com os seus progenitores revelaram que durante este período da sua vida foram negligenciados (“... ninguém queria saber de mim nem de nós...”; “A minha mãe nem se preocupava.”) (sic). Os comportamentos de negligência referidos pelos participantes são frequentemente associados ao afastamento dos seus pais em prol da constituição de uma nova família ou mesmo como consequência do consumo de estupefacientes que estes também mantinham. É importante destacar aqui que, existem participantes que referem que foram abandonados pelos seus pais e entregues a IPSS’s pois são fruto de uma relação casual entre os seus pais ou mesmo porque não foram o filho desejado (“... eu nasci mulato e ela nunca me aceitou por causa disso...”; “...nunca conheci o meu pai porque a minha mãe engravidou de mim numa noite por aí...”) (sic).

Quanto à caracterização das suas famílias podemos observar que 28 utentes têm pais separados e que constituíram novas famílias de onde nasceram novos filhos. Na primeira geração (dos seus avós) não se verificam separações de facto ou divórcios, no entanto, os pais dos participantes frequentemente apresentam múltiplas relações de facto com novos companheiros/as e filhos. Também é passível de ser observado que, frequentemente, após a separação dos seus pais, estes participantes perderem contacto com um dos seus pais pois ficariam ao cuidado do outro e integrado na nova família que este constituiria. Os participantes que têm irmãos/ãs provenientes da relação/casamento dos seus pais ainda mantêm contacto com estes irmãos/ãs, mas quanto aos irmãos/ãs dos segundos casamentos

(ou relações de facto) dos seus pais, o contacto ou a relação afectiva mantida é mais subtil ou mesmo inexistente.

Quanto à presença de doenças físicas ou mentais não se verificam que as mesmas sejam de carácter significativo, ou seja, apenas 10 participantes têm na sua família elementos portadores de doenças físicas e/ou mentais. Também se verifica que existem 10 utentes que têm na sua família elementos aditos ora na primeira ora na segunda geração, o que nos leva a afirmar que a maioria dos participantes desta investigação não tem avós ou pais aditos a álcool ou estupefacientes. Os elementos da família que são dependentes de substâncias psicoactivas são maioritariamente irmãos ou primos dos participantes.

Quanto aos consumos, podemos verificar que 49 participantes começaram a sua iniciação durante o período da adolescência ou no início da adultícia com o seu grupo de pares ou com familiares directos tais como primos e/ou irmãos. As justificações apresentadas para a experimentação de substâncias psicoactivas prendem-se com três razões apresentadas: ora porque referem que experimentaram no grupo de amigos para se sentirem integrados (“Eu era uma pessoa tímida, fechada, falava pouco e quando comecei a experimentar as drogas eu tornava-me noutra pessoa mais sociável”; “...eu como queria estar com eles também comecei a consumir senão não me aceitavam...” (sic), ora porque tinham curiosidade e quiseram experimentar (“Eu sempre fui muito curioso e sempre quis experimentar tudo e acabei por me estampar”) (sic), ora porque não se sentiam compreendidos e integrados na sua família e necessitavam de se integrar no seu grupo de amigos (“... por causa disso tudo acabei por ir buscar muito cedo o apoio dos outros fora de casa e fazer o caminho que eles faziam” (sic).

Existe ainda um utente que refere o início dos seus consumos com a própria mãe pois queria “...acabar com aquele sofrimento de ser utilizado por ela para tudo o que lhe interessava... a primeira vez foi cocaína injectada, porque a minha mãe nunca quis saber a vida que eu levava...eu só queria morrer e acabar com tudo... foi com ela que aprendi a fazer aquilo...” (sic). Há exceção deste utente, todos os restantes participantes iniciaram os seus consumos com haxixe (“...comecei a experimentar por haxixe...” (sic). Posteriormente começaram a consumir heroína na forma fumada pois o consumo de haxixe já não os satisfazia ou não lhes proporcionava a sensação que procuravam (“Comecei com haxixe, aos dezoito anos experimentei heroína, aos vinte experimentei cocaína”; “Depois o haxixe já não me batia e comecei a fumar heroína...” (sic). De referir que os consumos de heroína verificados nesta população não são transversais a todos eles, ou seja, os consumidores cuja droga de eleição

seja a cocaína apenas introduziram a heroína nos seus hábitos de consumo porque “... a heroína serve para acalmar, para equilibrar, para tirar a ansiedade que a cocaína sozinha dá.” (sic).

No Genograma podemos ainda observar a presença de doenças físicas e mentais que surgiram como consequência do consumo prolongado de estupefacientes e da adopção de comportamentos de risco como sendo a partilha de seringas, sexo desprotegido, multiplicidade de parceiros sexuais, entre outros. As patologias mais frequentemente observadas são o HIV, a Hepatite C e a dependência química.

Nas relações familiares e afectivas podemos verificar dois grupos distintos:: existem utentes que estão de relações cortadas com os seus familiares porque a família, segundo a sua percepção, “... já está farta disto tudo, eles já não acreditam na minha recuperação...” e por esse motivo não conseguem restabelecer as relações afectivas com os elementos familiares; e existem utentes que já conseguiram restabelecer as suas relações com os seus familiares embora sejam relações frágeis e carregadas de “...desconfiança porque eles perdoam-me mas não me aceitam enquanto eu não me tratar.” (sic). Os utentes que mantêm relações cortadas com os seus familiares por vontade própria alegam que não pretendem restabelecer estas relações pois sentem vergonha e não querem que saibam o seu estado atual de “...degradação e miséria...” (Eu nunca quis manter contacto com a minha família ... é melhor assim...). Existem ainda utentes que referem que a sua família não os compreende a si nem à sua adição (“Eles deviam ser mais sensíveis ao meu problema e compreender-me mais.”) (sic) e que por esse motivo “...é necessário fazer o caminho sozinho quando não se tem o apoio e a compreensão da família...” (sic).

Por fim, verificamos que a maioria dos participantes teve relações casuais com diversos parceiros e destes, metade teve filhos, sendo que, a maioria destes utentes não mantém relações de contacto nem com os seus filhos nem com as mães/pais dos seus filhos. Na figura 15 foi construído um exemplar de um mapa familiar com a representação da tipologia familiar mais comum nestas famílias, assim como a caracterização das suas relações emocionais/afetivas.

Figura 15. Genograma representativo da tipologia relacional e comunicacional mais comum das famílias

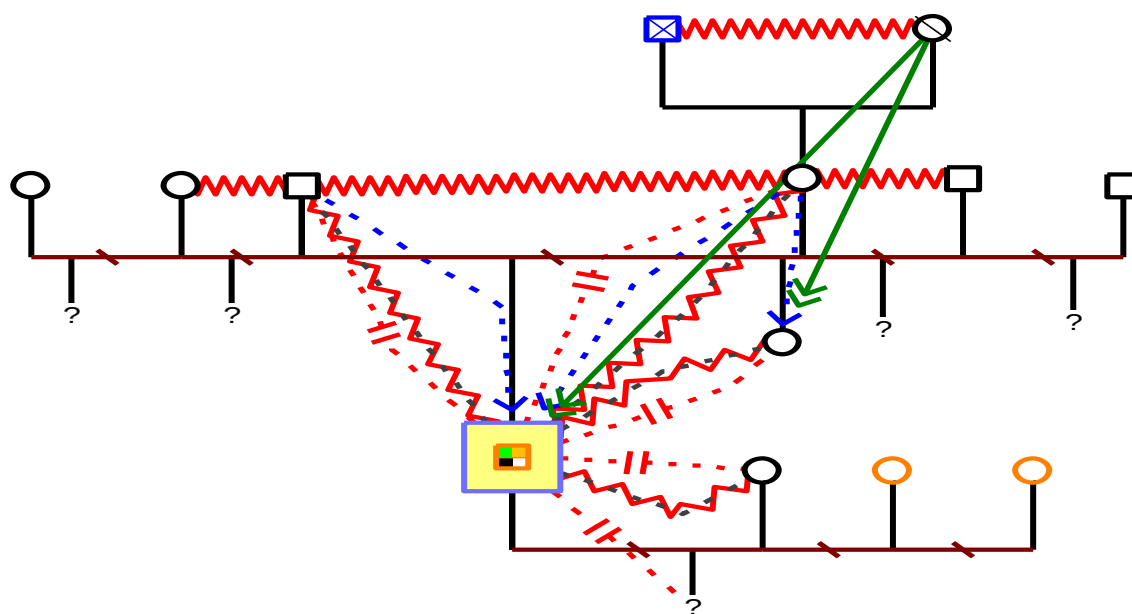


Figura 15. O símbolo “?” representa a existência de filhos, no entanto não específica, intencionalmente, o género.

2.2.2.2. *Análise de conteúdo*

Na análise de conteúdo efetuada aos 50 genogramas existem 689 pessoas entre elas 10 crianças entre os zero e os 12 anos ($fo = 1.45\%$) e 679 adolescentes e adultos ($fo = 15.24\%$), dos quais 105 já falecidos ($fo = 15.24\%$).

Assim, 62% ($n=31$) são filhos de pais divorciados ou separados de facto e 4% ($n=2$) são filhos de relações de uma noite apenas. Destes 33 sujeitos, dez (20%) foram entregues ao cuidado de IPSS's ou a cuidadores externos e sete (14%) ficaram ao cuidado dos seus avós ou familiares diretos (tios/as e madrinhas).

Das 244 relações familiares registadas, verifica-se que a maioria são constituídas por indivíduos divorciados, separados de facto, com uma relação casual e separados, ou com um caso de amor e separados perfazendo um total de 48.4% ($n = 118$), seguido de 31.15 % ($n = 76$) de relações familiares com casamento, sendo estas relações maioritariamente apenas mantidas na 1ª geração.

Da leitura das relações afectivas podemos verificar que ao nível da qualidade existe uma prevalência de relações cortadas com 19.91% ($n = 86$) seguidas de relacionamentos indiferentes ($n = 63$; 14.58%) e distantes ($n = 31$; 7.18%). Estes relacionamentos são maioritariamente caracterizados pela existência de abusos físicos ($n = 24$; 5.56%), violência

($n = 22$; 5.09%) e negligência ($n = 13$; 3.01%). Já nas relações afectivas com um carácter positivo temos a destacar que das 432 relações existentes e mencionadas pelos utentes do CAT, 54 (12.5%) são referentes a relações de harmonia entre os elementos que compõem a família, acompanhadas de 29 (6.71%) relações restauradas com os seus familiares.

Quanto às doenças, 29 utentes (58%) referem ter contraído doenças como consequência da utilização de estupefacientes e devido à adoção de comportamentos de risco tais como a Hepatite C e a HIV.

Ao nível dos padrões transgeracionais, podemos verificar que no consumo abusivo de estupefacientes, em 11 participantes (22%) foi possível observar em linha directa de parentesco (pai/mãe ou filho/a) a repetição do uso abusivo de substâncias nocivas ao organismo (nove pais/mães com abuso de álcool e dois pais/mães com abuso de estupefacientes).

Um outro padrão de repetição transgeracional observado encontra-se ao nível dos relacionamentos entre pai/mãe e utente e destes com os seus filhos, onde dos 24 utentes que têm filhos, nove (37,5%) têm relações de amizade e harmonia tanto com os seus pais como com os seus filhos e 12 utentes (50%) mantêm relacionamentos conflituosos e distantes tanto com os seus pais como com os seus filhos.

De referir que existem dois (8,33%) participantes que têm filhos e que mantêm relações cortadas com os seus pais e familiares directos, no entanto têm relações de harmonia e amizade com os filhos. Num outro participante a situação inversa também se verifica, onde embora mantenha boas relações com os seus pais, as relações com os seus filhos estão cortadas.

Na tabela 9 apresentamos a estatística descritiva dos elementos mais significativos para a caracterização familiar dos utentes.

Tabela 9.

Caracterização familiar e dos relacionamentos familiares e afetivos

Categoria	Elementos	n	fó
Adição N = 689	Uso abusivo de estupefacientes	81	11.70
	Histórico de adição ao álcool	21	3.05
Família n = 50	Filhos de pais divorciados ou separados de facto	31	62
	Filhos oriundos de relação de uma noite	2	4
	Ficaram aos cuidados de familiares directos	7	14
	Foram entregues ao cuidado de IPSS's	10	20
	Mantêm contacto com família	19	38
Relações familiares n = 244	Casamentos	76	31.15
	Divorciados / Separados de facto/ Relação casual e separados	118	48.40
	Viuvês	20	8.20
	Noivos e a viver juntos	1	0.40
	Noivos e a viver separados	2	0.80
	A viver juntos legalmente	10	4.10
	Relação de namoro / compromisso de longa duração	6	2.46
	Relação casual (curta duração)	7	2.87
	Relação de uma noite	4	1.64
	Indiferente / Apático	63	14.58
Relações afectivas n = 432	Distante / Inferior	31	7.18
	Relações cortadas / Distante	86	19.91
	Desacordo / Conflito	7	1.62
	Ódio	1	0.23
	Hostilidade distante	19	4.40
	Hostilidade próxima	8	1.85
	Desconfiança	3	0.69
	Violência	22	5.09
	Abusos físicos	24	5.56
	Abusos emocionais	3	0.69
	Abusos sexuais	6	.139
	Negligência	13	3.01
	Manipulação	1	0.23
	Elemento controlador / ciumento	13	3.01
	Relações cortadas e posteriormente restauradas	29	6.71
	Harmonia	54	12.50
	Amizade / Próximo	17	3.94
	Melhores amigos	24	5.56
	Relação de Amor	8	1.85

Nas figuras 16 e 17 são representadas graficamente os genogramas tipo de duas famílias (com nomes fictícios), que caracterizam as relações familiares e os padrões comunicacionais com mais representatividade neste estudo e com tipologias diferenciadas.

Figura 16. Genograma tipo de família de utente

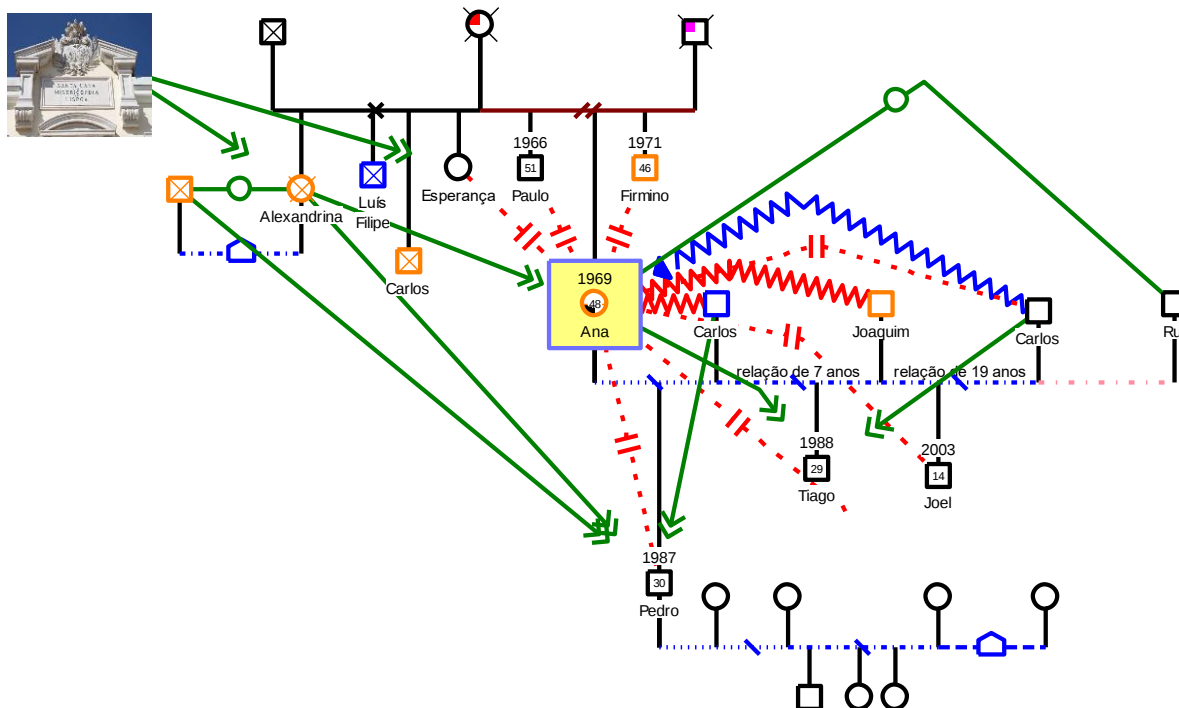


Figura 16. No Genograma é possível observar um utente com relações cortadas com todos os seus familiares. A única relação que mantém é com o seu actual companheiro.

Figura 17. Genograma tipo de família de utente

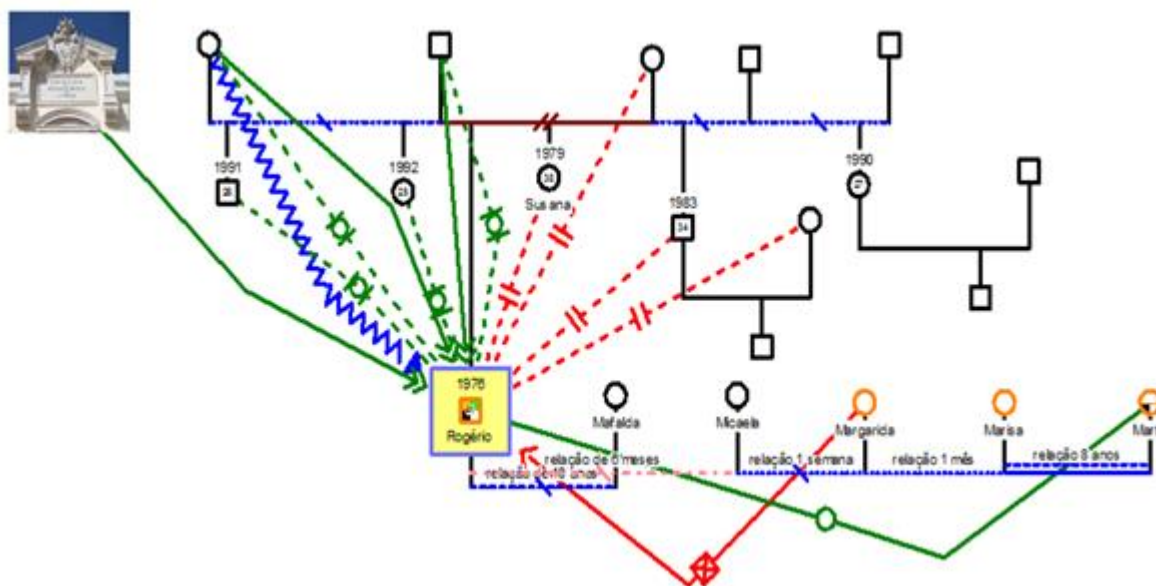


Figura 17. No Genograma é possível observar um utente que está num processo de restauração das relações anteriormente cortadas com os seus familiares.

2.3. Discussão

Em populações clínicas, provenientes de famílias multiproblemáticas e que têm um historial de dependência e de psicopatologia, os instrumentos quantitativos ainda que possam ser utilizados nesta tipologia de investigação, os seus resultados estatísticos muitas vezes não têm a robustez dos resultados apresentados numa população normal. Por esse motivo existiu a importância de olharmos para os dados qualitativos pois estes conseguem recolher uma maior quantidade de informação e mais pertinente para a caracterização e compreensão desta população.

À questão “Quais são as características individuais e familiares comuns encontradas nas histórias de vida dos toxicodependentes sem-abrigo em recuperação”, verifica-se que existem características comuns entre os sem-abrigo toxicodependentes em recuperação desde o início dos seus consumos até ao momento em que são acolhidos num CAT. No entanto, quanto ao seu percurso de vida familiar e quanto às suas vivências na infância e na adolescência estes percursos não são, de todo, semelhantes. Verificam-se percursos de vida dissemelhantes com pertença a contextos socioeconómicos e culturais distintos e com acesso a recursos diferenciados. Embora Godinho et al. (2007) e Merikangas et al. (2009) refiram que a maioria dos consumidores de estupefacientes sejam oriundos de contextos com condições mais desfavorecidas, também não deixam de excluir a existência de consumidores pertencentes a família de extratos sociais mais elevados o que nos leva a afirmar que o consumo de estupefacientes é um fenómeno presente e transversal em todas as classes socioeconómicas.

A maioria dos utentes refere ser oriundo de famílias reconstituídas, com divórcios, separações e momentos de afastamento dos seus familiares diretos ficando alguns, inclusivamente, entregues a instituições ou a familiares próximos para que estes lhes proporcionassem os cuidados básicos, sendo deste modo negligenciados pelos progenitores diretos. No entanto, devemos destacar que existem utentes que tiveram uma infância provida de relações afetuosas e com pais presentes, integrados num núcleo familiar dito normal, onde lhes foram promovidas as condições ideais e necessárias para o seu crescimento e desenvolvimento enquanto pessoa. Quanto aos seus progenitores, e segundo a percepção dos utentes, verifica-se que em algumas famílias encontramos, ora pais/cuidadores que não incutiam regras e que não mantinham interesse ao longo do crescimento dos seus filhos, ora famílias cujos pais/cuidadores eram percecionados como castradores, com regras excessivas e fronteiras demasiado definidas. Autores como Relvas (1998), Ferros (2003), Amaro (2014) entre outros, referem que famílias onde existe um elemento adito são usualmente famílias com relações

enfraquecidas, onde um dos pais ora tem um estilo parental permissivo ora tem um estilo parental autoritário. Não se verifica a existência de fronteiras ou barreiras e as regras ora são definidas e rígidas, (no caso de pais com um estilo autoritário), ora são demasiado flexíveis ou inexistentes (frequentemente presente em famílias com um estilo permissivo). Os mesmos autores referem ainda que usualmente as famílias com aditos são desestruturadas ou emaranhadas. Godinho (2007) e Morim (2014), assim como outros autores, referem que, usualmente estes indivíduos, independentemente do seu extrato socioeconómico, são pessoas oriundas de famílias com um funcionamento desorganizado e que não foram capazes de promover um vínculo positivo entre os seus elementos, assim como, a presença de situações vivenciais ao longo do percurso de vida destes utentes, o que os leva de alguma forma ao consumo como forma de colmatar um défice sentido na sua vida.

No estudo de Sousa e Macedo (2016), relativamente à composição do agregado familiar dos indivíduos consumidores de estupefacientes, foi possível observar que durante o período de infância 60.6% viveu com a sua família nuclear e 33.3% com outros elementos da sua família alargada, sendo que apenas 3.3% viveu com apenas um dos progenitores. Já no período na adolescência, e ainda com a mesma amostra, verificou-se um decréscimo destas percentagens embora não significativo, onde 57.6% dos participantes diz ter continuado a viver com a sua família nuclear neste período. Mas quanto aos 33.3% dos indivíduos que viveriam com a sua família alargada na infância, verifica-se que destes apenas 18.2% permaneceria nesta composição familiar. Verificou-se ainda que houve um aumento dos indivíduos que viviam apenas um progenitor na sua infância, passando de 3.3% para 12.1% no período da adolescência (Sousa & Macedo, 2016).

Após o início nos consumos, verificamos que, apesar de existirem dissemelhanças entre os utentes quanto à sua origem familiar e quanto ao seu percurso de vida na infância e na adolescência, constatamos que o período que precede à iniciação se reflete num caminho de vida semelhante entre os utentes. Constata-se um afastamento dos familiares da maioria destes utentes, refletido numa forma de estar e viver solitária com recurso a instituições de carácter social para manter a sua sobrevivência (tal como comer e dormir) e a adoção de comportamentos de risco e vivência no limiar da lei para garantir a promoção da continuidade diária dos seus consumos, tais como o tráfico de drogas e comportamentos ardilosos para angariar dinheiro. Ou seja, se existe uma diferenciação entre estes utentes quanto à sua origem e tipologia familiar, nos recursos existentes e no estilo de vida aquando da sua infância e na

adolescência, após o início dos consumos, observamos uma similitude e constância no percurso de vida destes utentes até ao momento da sua entrada num CAT.

Quanto à tipologia relacional podemos afirmar que antes dos consumos existiam relações familiares, ainda que frágeis, mas atualmente os utentes que mantêm relações com os seus familiares, referem que são relações frágeis e carregadas de desconfiança quanto ao seu processo de recuperação e quanto maior é o tempo de consumo maior é a fragilidade das relações familiares. Verifica-se que a maioria das famílias tem relações marcadas pela presença de hostilidade, comportamentos agressivos, com presença de violência e abusos físicos e psicológicos. Também as relações existentes são relações maioritariamente cortadas devido ao consumo de drogas e à violência presente no seio familiar acompanhada de comportamentos aditos. Também aqui os autores acima mencionados (Relvas, 1998; Ferros, 2003; Amaro, 2014) mencionam que em famílias “aditas” os estilos comunicacionais são desorganizados e com uma fraca comunicação existente entre os elementos que compõem a família levando ao surgimento de conflitos entre os mesmos ou mesmo a ruturas comunicacionais o que não promove a melhoria do estado relacional entre os seus elementos.

À questão “Qual a perceção que os participantes têm da sua infância e da sua adolescência”, a maioria dos utentes associa a esta fase da sua vida sentimentos de tristeza (com 23 palavras) sempre relacionado às recordações de infância e adolescência e aos sentimentos a que lhes estão associados. Podemos observar nas entrevistas, o peso de um discurso carregado e doloroso onde se encontram associadas recordações traumáticas que têm da sua infância e da sua adolescência (“fui muito mal tratado”, “ eu tive tudo na minha infância mas faltou-e amor”, a a porrada era muita”) (sic). Os utentes referem ainda que sentiam a sua família como distante e com a qual não se conseguiam identificar. Mencionam também uma incapacidade para manterem manter relações saudáveis com os seus familiares durante a sua infância e adolescência, motivo pelo qual procuravam aprovação e apoio junto dos amigos ou de outras pessoas. Pratta e Santos (2006), referem que a qualidade das relações familiares é um dos principais preditores para o afastamento do consumo de estupefacientes e que a pertença a uma família desagregada e sem capacidade relacional entre os seus membros é fator determinante para levar o adolescente ao consumo de substâncias psicoactivas com o objetivo único de aliviar o sofrimento sentido e de fugir à realidade vivenciada em casa.

Quanto à questão “ Qual o momento e fator determinante para o início dos consumos de estupefacientes, a maioria dos utentes refere que iniciou o consumo durante a adolescência

com o seu grupo de pares ou com familiares diretos, quase sempre levados pela curiosidade. Aqui iremos ao encontro dos dados encontrados por Schindler et al. (2005), que refere que a iniciação se pode dever à tipologia de interação entre pais e filhos com a aprendizagem da iniciação entre parentes próximos, bem como, a iniciação de estupefacientes devido à curiosidade de experimentação ou mesmo devido e pela interação entre pares (Dias, 2003). Também Santos et al. (2011), refere na sua investigação que verificou que 30% do aditos tinham pais com consumo excessivo de bebidas alcoólicas e que 7.8% eram filhos de pais que consumiam substâncias psicoactivas.

Quanto ao fator determinante para o início do consumo de estupefacientes, estes prendem-se maioritariamente com a necessidade de preenchimento de um vazio que dizem sentir muitas vezes pela ausência de cuidados, atenção e carinho por parte da sua família ou mesmo para conseguirem ultrapassar alguns episódios traumáticos vivenciados ao longo da sua vida. Tal como menciona Morim (2014), o consumo apesar de se iniciar entre pares ou através de outros elementos provenientes do seio família, a vontade e iniciativa para esta iniciação tem um antecedente que os catapulta para este comportamento de consumo primário, muitas vezes associado aos sentimentos que carregam em si de raiva por se sentirem negligenciados dentro da sua família de origem. Este consumo torna-se, para além de uma forma de fuga e escape aos sentimentos negativos sentidos, uma forma de colmatar o vazio e a dor sentida ao mesmo tempo que se sentem integrados, mesmo que temporariamente, entre pares (Sequeira, 2006; Morim, 2014). Também Mendes (2017), refere que os participantes da sua amostra mencionavam que o uso e/ou o abuso de substâncias seria, em parte, utilizado como uma estratégia de coping para conseguir lidar com os sentimentos de solidão, frustração e/ou tristeza que sentiam, bem como uma estratégia ardilosa de tentar “escapar à realidade” (expressão utilizada por alguns participantes entrevistados para a investigação desta autora). Por fim, devemos, ainda, fazer menção a esta investigação de Mendes (2017), que nos indica, também que a maioria da sua população começou a iniciação de consumos no período da adolescência tal como a maioria da população deste estudo.

Na resposta à questão sobre “Qual a percepção que têm do consumo de estupefacientes”, todos os utentes referem que o consumo de drogas não os beneficiou e que “a procura de preencher este vazio sentido não foi alcançado e o consumo de droga apenas nos destruiu por dentro e por fora. Este é um percurso de autodestruição.” (sic). Alguns utentes referem que “a ilusão sentida quando se consome é mais amena e menos dolorosa do que a realização da vida sem drogas” (sic). Lutman, Lynch e Monk-Turner (2015), referem que os aditos a drogas são

frequentemente classificados como pessoas autodestrutivas para si e para as demais pessoas que os envolvem. No presente estudo, os participantes referem que consumir drogas tem consequências dolorosas e irreversíveis tais como: o surgimento de doenças, as problemáticas jurídicas associadas ao consumo de estupefacientes, a vergonha dos atos ilícitos praticados para conseguir dinheiro para o consumo, o desgaste e o rompimento das relações familiares e sociais. O isolamento e a vivência na rua resultam frequentemente na impossibilidade de manterem uma higiene adequada e de não conseguirem promover a prevenção de comportamentos de risco o que os leva a contrair doenças tais como HIV e Hepatites. Tal como é referido pelo Escritório da Nações Unidas sobre Drogas e Crime (EMCDDA, 2016) e pela OMS (2015) as consequências acima descritas pelos utentes são frequentemente observadas e vivenciadas pelos consumidores de estupefacientes estando estes muitas vezes associados a comportamentos desviantes, criminalidade associada ao consumo de drogas ilícitas, bem como o contágio de patologias como a hepatite C e o HIV que têm uma maior prevalência neste tipo de população devido aos comportamentos de risco adotados (como a troca de seringas e a prática de relações sexuais desprotegidas) (Araújo, de Mendonça Pinheiro, Araújo, Bernardo, Bernardo, Parente, & Telles, 2018).

Quanto às consequências do consumo de estupefacientes incidentes no seio familiar, os utentes referem que “As famílias acabam destruídas por causa da droga e de alguém que esteja metido nela.” (sic), assim como, o desgaste e a rutura das relações existentes entre os elementos que a compõe. Verifica-se ainda que, todos os utentes do CAT referem um afastamento das suas famílias em determinado momento das suas vidas, embora atualmente apenas metade dos utentes mantenha esse afastamento. Numa tentativa de reconciliação, a maioria dos utentes integraram pelo menos uma vez numa comunidade terapêutica no entanto, todos eles recaíram e acabaram a viver na rua. No seu percurso de vivência na rua e de ingresso em CAT's, alguns destes participantes saem das ruas, entram em CAT's, posteriormente são encaminhados para CT's, acabam o tratamento e ingressam no denominado programa de reintegração social. Posteriormente recaem nos consumos e retornam às ruas iniciando o ciclo novamente. A este fenómeno Ferreira (2009) denomina ciclo da porta giratória (Ferreira, 2009).

Quanto à resposta à questão “Qual a perceção sobre a sua situação de vida atualmente”, podemos verificar que a maioria dos utentes faz uma comparação entre o período entre antes e depois do início dos consumos de estupefacientes. Esta é uma estratégia que adoptam para se conseguirem posicionar no espaço e no tempo tal como refere este utente: “para responder a

essa pergunta eu tenho de agarrar na balança da vida e ver o antes e o depois. Só assim consigo saber como estou agora. Mas no geral, sinto-me desgastado, miserável, diminuído. Sou um nada neste mundo. Se antes tinha quase tudo, agora tenho quase nada” (sic). Para estes utentes, nem sempre o momento inicial de consumo fora um período marcante para a alteração do seu estilo de vida. No entanto, devido à necessidade de manutenção de consumo, referem que este foi o período de vida em que sentiram mais alterações pois “...as coisas mudam e começamos a ver que só se consegue viver para sustentar o vício e não existe tempo para mais nada...” (sic). É no momento em que percebem que perdem “...todo o controlo no consumo e quem manda é a droga...” (sic) que começam a moldar a sua vivência no dia-a-dia com um isolamento social maior e com o corte de relações familiares “...primeiro para não sabermos que consumimos e depois para não passarmos a vergonha de nos verem todos agarrados, sujos, magros e a bater no fundo do poço...” (sic). Esta alteração na dinâmica social, familiar e profissional deixa os utentes desgastados, fragilizados e “...isolados de tudo e de todos e se antes eu tinha tudo e todos, agora e não tenho nada nem ninguém.” (sic). Da sua vivência atual como toxicodependente sem-abrigo afirmam que se sentem tristes, angustiados, com sentimentos de raiva e “...isolados de tudo e de todos...” (sic). Após pesquisa meticulosa verificamos que não existe nenhuma investigação que aborde os utentes quanto à sua percepção sobre o seu estado actual de vivência, pelo que não nos é possível comparar com outros estudos o resultado desta questão de investigação.

Quanto à forma “Como se projetam no futuro”, todos os utentes referem que a sua prioridade é conseguirem acabar o programa de reabilitação e posteriormente arranjam trabalho o que lhes permitirá serem independentes monetariamente. Revelam ainda que têm como projeto de vida a integração numa CT pois só desta forma se vêem capazes de conseguir restabelecer os laços familiares e reintegrarem-se socialmente. Alguns utentes mencionam ainda ter como projeto, para além da sua integração no mundo do trabalho, continuarem os estudos e fazer um curso que lhes permita ter maiores qualificações profissionais. Embora exista o desejo de continuação no seu processo de abstinência e de recuperação, existem alguns utentes, que pelo isolamento social e pelo afastamento que têm das suas famílias, referem não ser este um propósito consolidado pois sentem necessidade de ter um apoio familiar que os motive neste caminho e que lhes dê a sensação de ter um objetivo, uma meta. Quando verificamos a relação existente entre a classe três “Família” e a classe 5 “Importância da família no processo de recuperação e projecto de vida futura”, podemos afirmar que apesar de a família ser um fator importante no processo de recuperação e no projeto de vida futura, esta encontra-

se afastada e distante segundo a perspectiva dos utentes do CAT. Ou seja, verificasse que a sua projeção no futuro fica comprometida e condicionada pelo apoio familiar sendo este um fator determinante para mais de metade dos utentes para o desenvolvimento de projectos de vida e para a manutenção da abstinência. Quanto à forma como estes utentes se projectam no futuro, conseguimos encontrar na literatura os diferentes projetos existentes nos quais os utentes de CAT's e de CT's podem integrar (Relvas, 1998; Tinoco, 2006; Vieira, 2007; Brandão & Carvalho, 2016), no entanto, não existem investigações que abordem diretamente os utentes quanto à sua escolha para o seu projecto de vida no futuro. Aqui, verificamos que ao longo dos anos foram as modalidades interventivas elaboradas como um padrão que deve assentar na generalidade dos utentes e das pessoas que apresentem uma patologia ligada à adição.

Parte III – Estudos Empíricos – Estudo 2

3.1. Metodologia

Em Portugal, já existem algumas investigações que se centram no estudo da relação entre a psicopatologia e a toxicodependência (Godinho, 2007; Pinto, 2011; Santos et al., 2011; Sousa & Macedo, 2016), assim como investigações de carácter quantitativo que incidam na relação entre a toxicodependência e a vinculação (Saraiva & Miguel, 2004; Rocha, 2009; António, 2009; Ramalho, 2009; Abreu, 2011; Carrinho & Pereira, 2011; Gago, 2013) ou na relação entre a toxicodependência e a avaliação do impacto das variáveis familiares coesão, adaptabilidade, recursos familiares, satisfação familiar e exaustão familiar, (Catarino, 2002; Rebelo, 2008).

Apenas Pinto (2017) apresenta uma investigação onde se propõem verificar se as relações de vinculação e os sintomas psicopatológicos são explicativos para a iniciação e continuidade do consumo de estupefacientes em indivíduos dependentes de substâncias psicoativas ilícitas. Chegou à conclusão que existe uma relação entre o consumo de estupefacientes e a vinculação no adulto, no entanto, esta relação é tanto mais forte quanto o tempo de consumo, ou seja, a vinculação tem uma relação forte com o consumo ao longo da vida e não com os primeiros consumos.

Assim, e porque não existe em Portugal um estudo que verifique a existência de relação entre a toxicodependência e a psicopatologia, a vinculação e o funcionamento familiar na perspectiva do toxicodependente, foi nossa intenção desenvolver o presente estudo exploratório para verificar se o início dos consumos de substâncias ilícitas e a dependência às mesmas está diretamente relacionado com a existência de psicopatologia, com a qualidade da vinculação no adulto e/ou com a tipologia de funcionamento familiar.

3.1.1. Problema e objetivos

Com o propósito de melhor conhecer os participantes desta investigação colocamos o seguinte problema: Qual será a relação entre os sintomas psicopatológicos, os níveis de vinculação e o funcionamento familiar segundo a perspectiva do toxicodependente sem-abrigo em recuperação?

Definimos como objetivo geral caracterizar a população toxicodependente sem-abrigo num CAT ao nível individual e familiar, nomeadamente: conhecer a sintomatologia psicopatológica prevalente, o vínculo afetivo, e a percepção do funcionamento familiar ao nível da coesão, flexibilidade, satisfação e comunicação.

Com base neste objetivo geral, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Identificar as características sociodemográficas da população toxicodependente sem-abrigo;
2. Verificar sintomatologia psicopatológica nos toxicodependentes sem-abrigo em recuperação;
3. Conhecer os níveis de vinculação do adulto na população toxicodependente sem-abrigo em recuperação;
4. Conhecer o funcionamento familiar dos toxicodependentes sem-abrigo em recuperação;
5. Verificar a relação entre os níveis de vinculação e a sintomatologia psicopatológica;
6. Verificar a relação entre a tipologia de funcionamento familiar e a presença sintomatologia psicopatológica;
7. Verificar se existe uma relação entre o Índice Geral de Sintomas, os níveis de vinculação e o funcionamento familiar.

3.1.2. Hipóteses

Para o estudo de natureza quantitativa elaboramos as seguintes hipóteses:

H1. Os toxicodependentes sem-abrigo têm características sociodemográficas comuns. Os Toxicodependentes sem-abrigo são maioritariamente do género masculino, solteiros e com um longo percurso de consumos de substâncias psicoactivas. Os resultados encontrados por Godinho et al. (2007) referem que 90% dos consumidores são do género masculino, dos quais 80% solteiros e com uma média de consumos de 13.8 anos.

H2. Os toxicodependentes sem-abrigo em recuperação apresentam valores elevados de sintomatologia psicopatológica. Segundo o Observatório Europeu (EMCDDA, 2016) os toxicodependentes possuem índices de sintomatologia psicopatológica mais elevados comparativamente à população geral sobretudo ao nível das perturbações de humor, de ansiedade e de personalidade.

H3. Os toxicodependentes sem-abrigo em recuperação apresentam valores de vinculação insegura elevados. Segundo a literatura, existe uma correlação significativa entre o abuso de substâncias psicoactivas e os estilos de vinculação (Cooper, Shaver & Collins, 1998, cit. in Schindler et al., 2005) verificando-se uma prevalência de vinculação insegura evitante em

indivíduos toxicodependentes (Mickelson et al., 1997; Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir & Weizman, 2003);

H4. As famílias às quais pertencem os toxicodependentes são frequentemente pouco funcionais. Segundo Relvas (1998), as famílias dos toxicodependentes são caracterizadas por serem emaranhadas, com limites difusos nas suas fronteiras, ausência clara de regras e inversão de papéis entre os seus elementos. Relações tensas no sistema familiar, fracos vínculos afetivos positivos, ausência de confiança e padrões comunicacionais pouco claros;

H5. Quanto maior o nível de vinculação insegura/ansiedade existente maior a prevalência de psicopatologia. Para Bowlby a psicopatologia é uma consequência de más experiências vivenciadas pelo indivíduo em idade precoce promovendo a vinculação insegura (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). Segundo Sochos (2013), um estilo de vinculação inseguro favorece o surgimento de psicopatologias tais como depressão, ansiedade, funcionamento social pobre e distúrbios de personalidade;

H6. Quanto menos funcional for o sistema familiar maior a prevalência de psicopatologia. Segundo Fleming (1993), os desenvolvimentos de perturbações psicológicas têm início durante a infância e devido ao tipo de dinâmica do funcionamento familiar;

H7. Partindo da literatura existente sobre as temáticas e na ausência de investigações que relacionem a existência de psicopatologia, os níveis de vinculação e o funcionamento familiar, podemos avançar que os níveis de vinculação e o funcionamento familiar exercem um efeito no Índice Geral de Sintomas.

Assim, para responder aos objetivos definidos e para testar as hipóteses acima mencionadas foram utilizadas as seguintes variáveis:

Tabela 10.

Descrição e operacionalização das variáveis utilizadas na investigação

Medida	Variáveis	Tipo	Escala
Caracterização sociodemográfica	Idade	Rácio	Questionário Sociodemográfico
	Género	Dicotómica	
	Estado civil	Nominal	
	Escolaridade	Ordinal	
	Filhos	Dicotómica	
	Situação profissional	Dicotómica	
	Consumo de estupefacientes	Dicotómica	
	Idade de início de consumos	Rácio	
	Anos de consumo	Rácio	
	Em programa de metadona	Dicotómica	
	Tempo no CAT	Ordinal	
	Recurso a outros CAT's	Dicotómica	
	N.º de CAT's frequentados	Rácio	
	Ingresso em comunidade terapêutica	Dicotómica	
	Nº de Comunidades terapêuticas	Rácio	
Avaliação dos sintomas psicopatológicos	Somatização	Escala intervalar Tipo Likert (0 – 4)	The Brief Symptom Inventory (Derogatis & Melisaratos, 1983); BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999).
	Obsessões e Compulsões		
	Sensibilidade Interpessoal		
	Depressão		
	Ansiedade		
	Hostilidade		
	Ansiedade Fóbica		
	Ideação Paranóide		
	Psicoticismo		
	IGS - Índice Geral de Sintomas		
	TSP - Total de Sintomas Positivos		
Vinculação	Conforto com a proximidade	Escala intervalar Tipo Likert (1 – 5)	AAS-R - Adult Attachment Scale-R (Collins & Read, 1990); EVA - Escala de Vinculação no Adulto (Canavarro, Dias & Lima, 2006).
	Confiança nos outros		
	Ansiedade		
Funcionamento familiar	Coesão equilibrada	Escala intervalar Tipo Likert (1 – 5) (1 – 4)	FACES IV – Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar, 4ª versão. (Olson, Gorall, & Tiesel, 2006); Validação da FACES IV para a população portuguesa foi feita por diversos autores (Rolim, Rodrigues, Coelho & Lopes, 2005, citado por Videira, 2013; Rebelo, 2008; Pereira & Teixeira, 2013; Neves, 2015).
	Flexibilidade equilibrada		
	Desmembrada		
	Emaranhada		
	Rígida		
	Caótica		
	Comunicação Satisfação		

3.1.3. Participantes

Porque se trata de uma amostra clínica, os participantes neste estudo 2 são os mesmos que constituem a população descrita no estudo 1, embora agora analisados ao nível dos instrumentos quantitativos utilizados para esta investigação.

Na tabela 1 (p. 52) são apresentadas as características sociodemográficas e os dados históricos de consumo assim como outras informações relevantes descritas ao longo do ponto 2.1.3 do estudo 1 desta investigação (Participantes).

3.1.4. Instrumentos

No estudo 2 recorreremos ao questionário sociodemográfico, ao BSI, à EVA e ao FACES IV. Para a análise da sua consistência interna e das suas dimensões recorreu-se ao coeficiente Alfa de Cronbach tendo sido considerado como limite inferior aceitável valores iguais ou superiores a .60 (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009; Pestana & Gageiro, 2008).

3.1.4.1. *Questionário Sociodemográfico*

Sendo o inquérito uma das técnicas mais utilizadas na Sociologia e na Psicologia para obter a caracterização sociodemográfica de uma população ou dos indivíduos que a representam (Foddy, 2002), foi construído o questionário sociodemográfico cujas questões se encontram estruturadas com o objetivo de caracterizar a população a que esta investigação se dirige (Ferreira, 1999; Foddy, 2002).

Para a elaboração das questões foi efectuada uma análise exaustiva da literatura com o propósito de verificar qual a pertinência das questões a serem colocadas durante a aplicação do questionário sociodemográfico.

Quanto à forma das perguntas, o questionário utilizado é composto por questões fechadas que nos permitiram recolher dados referentes à idade, escolaridade, género, estado civil, situação profissional, consumo de estupefacientes, permanência em programa de metadona, tempo de permanência no CAT e a frequência de alojamento em CAT's e/ou CT's (Anexo I).

A elaboração do questionário passou por catorze etapas necessárias à sua construção (Javeau, 1982) e na formulação das questões foi tomada em consideração a sua forma, as reações suscitadas com as questões colocadas e a disposição geral das perguntas criando assim um conjunto e uma estrutura harmoniosa (Foddy, 2002). As questões foram ainda elaboradas atendendo às características linguísticas e mentais da população sendo as mesmas elaboradas de forma clara e de modo a que todos possam compreender o que se pergunta (Ferreira, 1999).

3.1.4.2. BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

Derogatis e Melisaratos (1983), realizaram estudos preliminares do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) com o objetivo deste ser uma versão abreviada do SCL-90 (Derogatis, 1993). Este é um questionário de avaliação da sintomatologia psicopatológica constituído por 53 itens numa escala likert de 5 pontos (de 0 – “nunca” até 4 – “muitíssimas vezes”) que avalia nove dimensões de psicopatologia (Somatização, Obsessões e Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três índices globais (Índice Geral de Sintomas – IGS, Total de Sintomas Positivos – TSP e o Índice de Sintomas Positivos – ISP). Os índices globais permitem repensar aspetos diferentes de psicopatologia e fazer avaliações sumárias da perturbação emocional existente. Os seus resultados finais revelaram bons índices de validade e de estabilidade temporal nos Alfas de Cronbach para as nove dimensões da escala (Derogatis, 1993).

Em 1999 foi o BSI foi adaptado para a população portuguesa por Canavarro e as suas características psicométricas (tabela 6) apresentam valores de referência que se situam nos intervalos entre .72 (dimensão Ideação Paranóide) e .80 (dimensão Somatização) sendo a exceção as dimensões Ansiedade Fóbica e Psicoticismo que apresentam valores ligeiramente inferiores (Canavarro, 1999). Também Lemos, Valadas e Faísca (2008), realizaram procedimentos de adaptação e de validação do BSI numa amostra de adolescentes que revelaram coeficientes de confiabilidade aceitáveis (entre .70 para a dimensão Ansiedade Fóbica e .84 para a dimensão Depressão) (tabela 11). Nos estudos de Canavarro (1999) e de Lemos, Valadas e Faísca (2008), não foram calculados os *Alfas de Cronbach* para os três índices globais, sendo apenas na teste de Derogatis (1993) que foi o *Alfa de Cronbach* calculado para o IGS.

Na presente investigação foi possível verificar que a maioria dos coeficientes se revelaram aceitáveis (entre .62 para a dimensão Ansiedade Fóbica e .84 para a dimensão Depressão) sendo que, apenas a dimensão Psicoticismo não apresentou uma boa consistência interna (.38), motivo pelo qual não foi esta dimensão utilizada neste estudo. Foi também verificada a consistência interna do instrumento através da dimensão global do Índice Geral de Sintomas (IGS) revelando este um Alfa de Cronbach de .94, conforme tabela 11.

Tabela 11.

Consistência interna do inventário de sintomas psicopatológicos

	Derogatis (1993) (teste: $n = 2034$) (reteste: $n = 60$)	Canavarro (1999) ($n = 551$)	Lemos, Valadas e Faísca (2008) ($n = 656$)	Presente estudo (2017) ($n = 50$)
Somatização	.68	.80	.80	.78
Obsessões e Compulsões	.83	.77	.75	.66
Sensibilidade Interpessoal	.85	.76	.81	.76
Depressão	.85	.73	.84	.84
Ansiedade		.77	.78	.82
Hostilidade		.76	.79	.78
Ansiedade Fóbica	.91	.62	.70	.62
Ideação Paranóide		.72	.77	.76
Psicoticismo	.71	.62	.71	.38
Índice Geral de Sintomas (IGS)	.90	Não calculado	Não calculado	.94

3.1.4.3. EVA - Escala de Vinculação para Adultos

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) foi adaptada por Canavarro da *Adult Attachment Scale-R* (AAS-R) de Collins e Read (1990, citado por Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Esta escala é composta por 18 itens tipo likert de 5 pontos (1 – “Nada característico em mim” até 5 – “Extremamente característico em mim”), divididos em três subescalas. Estas subescalas têm como objetivo identificar e avaliar três dimensões que estão associadas aos três estilos de vinculação no adulto propostos por Hazan e Shaver (1987) que se basearam nos padrões de vinculação seguro, evitante e ansioso, identificados por Ainsworth para a infância.

As três dimensões avaliadas na EVA como sendo Conforto com a proximidade, Confiança nos outros, e Ansiedade são um paralelismo com as designações adotadas por Collins e Read (*Close, Depend e Anxiety*, respectivamente) e com os padrões de vinculação de Ainsworth (Segura, Evitante e Ansiosa, respetivamente) (1989; 1994). Nos estudos de Collins e Read (1990, citado por Canavarro, Dias, & Lima, 2006) a escala apresentou uma boa fiabilidade (com valores entre .69 e .75). Nos primeiros estudos psicométricos da versão portuguesa da AAS-R o instrumento apresentou uma boa consistência interna para as subescalas (valores entre .68 e .75) (Canavarro, 1997, citado por Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Em estudos

posteriores os resultados revelaram valores de consistência interna entre .57 e .84 para as respectivas subescalas (tabela 12) (Canavarro, Dias & Lima, 2006) e um valor de .81 para o instrumento no seu todo (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Na presente investigação, os dados da EVA apresentam resultados satisfatórios com valores de Alfa de Cronbach para o total da amostra de .73 e para a subescala “Ansiedade” com valores de .76. Já nas dimensões “Conforto com a Proximidade” e “Confiança” nos outros apresenta valores muito baixos sendo estes insatisfatórios para a presente investigação (Pestana & Gageiro, 2008).

Tabela 12.

Consistência interna da AAR-S e EVA adaptada à população portuguesa

	Collins e Read (1990, citado por Canavarro, Dias, & Lima,2006)	Canavarro (2006)	Presente estudo (2017)
Ansiedade (Vinculação ansiosa)	.72	.84	.76
Conforto com a proximidade (Vinculação segura)	.69	.67	.30
Confiança nos Outros (Vinculação evitante)	.75	.54	.51
EVA total		.81	.73

3.1.4.4. FACES IV - Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar

Em 1978 foi desenvolvida por Olson, Bell e Portner uma escala de autorresposta que permitiria avaliar a coesão e a adaptabilidade do sistema familiar segundo a perspetiva de cada elemento (FACES - *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale*). Esta escala sofreu várias revisões e tem várias versões (FACES I, II, III e IV) (Olson & Gorall, 2003) sendo a versão IV a mais recente.

Em todas as versões da FACES está presente o Modelo Circumplexo desenvolvido por Olson e seus colaboradores (Olson, 2011). Este modelo tem como objetivo avaliar e compreender as formas de funcionamento familiar compostas por 3 dimensões: Coesão, Flexibilidade e Comunicação (Olson, 2000, 2010; Olson & Gorall, 2003; Olson, Gorall, & Tiesel, 2006).

A escala é composta por 62 itens tipo likert. Os 52 primeiros itens são compostos pelas questões 1 a 52 (1 – “Discordo totalmente” até 5 - “Concordo totalmente”) e distribuídos por oito subescalas, sendo duas subescalas equilibradas e quatro subescalas desequilibradas (Olson, Gorall & Tiesel, 2006). Os últimos 10 itens são compostos pelas questões 53 a 62 (1 - “Insatisfeito” até 4 - “Totalmente satisfeito”) e permitem identificar o nível de comunicação e satisfação (Olson, Gorall, & Tiesel, 2006).

As duas subescalas equilibradas são: coesão equilibrada e flexibilidade equilibrada (Olson, Gorall, & Tiesel, 2006). As quatro subescalas desequilibradas são: desmembrada, emaranhada, rígida e caótica (Olson, Gorall, & Tiesel, 2006). Todas as subescalas equilibradas e desequilibradas são compostas por sete itens cada. As subescalas Comunicação e Satisfação são constituídas por 10 itens cada (Olson, Gorall, & Tiesel, 2006). Esta versão permite medir no global as dimensões do Modelo Circumplexo (coesão, flexibilidade, comunicação e satisfação) através da apreensão da relação hipotética com o funcionamento existente na família (Rebelo, 2008). Ao nível da consistência interna nas suas subescalas os valores variam entre .77 e .93 (Rebelo, 2008).

A tradução e validação da FACES IV para a população portuguesa já foi realizada por diversos autores (Rolim, Rodrigues, Coelho & Lopes, 2005, citado por Videira, 2013; Rebelo, 2008; Pereira & Teixeira, 2013; Neves, 2015) mas os resultados obtidos em algumas destas validações têm limitado os investigadores na identificação da estrutura familiar definida por Olson e Gorall (Rebelo, 2008; Videira, 2013), mesmo quando a população estudada tem características clínicas relevantes (Rebelo, 2008; Videira, 2013). Quanto à consistência interna do instrumento e das suas subescalas, nas diversas validações para a população portuguesa, apresentam-se resultados diferenciados, conforme verificado na tabela 8.

No nosso estudo os valores de Alphas de Cronbach variam entre .61 e .93 sendo as subescalas desequilibradas Emaranhada e Rígida as que não apresentam valores aceitáveis quanto à sua confiabilidade (-.04 e .58 respetivamente), pelo que não serão utilizadas no presente estudo.

Tabela13.

Consistência interna da Escala de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiar

	Olson, Gorall, & Tiesel (2006).	Rebelo (2008).	Pereira & Teixeira (2013).	Neves (2015)	Presente estudo (2017)
Coesão	.89		.83	.72	.87
Flexibilidade	.80		.70	.60	.62
Desligada	.87		.73	.78	.77
Emaranhada	.77		.67	.34	-.04
Caótica	.85		.75	.77	.76
Rígida	.83	.646	.67	.55	.58
Comunicação		.875		.91	.91
Satisfação	.93	.926		.94	.93
FACES IV Total		.792			.87

3.1.5. Procedimentos

Para a realização do estudo 2 a forma de procedimento para a seleção da amostra e para a recolha dos dados e informações foi igual aos procedimentos adotados no estudo 1. Após o aval positivo da comissão de ética da UAL foi pedida autorização à direção do CAT para a realização da presente investigação (Anexo III) e posteriormente foi promovido um encontro com todos os utentes onde foram elucidados do objetivo da investigação.

Antes da aplicação dos questionários cada utente assinou um consentimento informado (Anexo IV) onde nos comprometíamos a garantir o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas sob pena caso as mesmas fossem divulgadas poderiam comprometer todos os pressupostos em que a investigação se fundamenta.

O preenchimento dos questionários foi realizado individualmente por cada participante nas instalações do CAT em gabinete fechado, permitindo a privacidade e confidencialidade dos dados recolhidos.

Para a utilização dos instrumentos nesta investigação foi pedido (via e-mail) o consentimento aos autores que validaram as escalas para a população portuguesa. Este consentimento foi-nos facultado pela mesma via (Anexo V).

Foi ainda elaborado um questionário sociodemográfico com o objetivo de caracterizar de forma mas profunda a população residente naquele CAT.

3.1.5.1. Procedimentos de análise

Os dados recolhidos foram inseridos e analisados com recurso ao Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão IBM 20.0 para Windows, sendo que apenas utilizamos nesta investigação as dimensões com uma fiabilidade aceitável (Hair et al., 2009; Pestana & Gageiro, 2008).

Após a inserção dos dados em SPSS foi feita uma verificação exaustiva da base para prevenir dados em falta ou informações não correspondentes à veracidade da informação recolhida.

A análise dos clusters foi realizada com o objetivo de caracterizar os elementos que compõem a população e perceber o que têm de comum entre si ou o que os separa e distingue. Primariamente, empregamos o método hierárquico Ward, usando a distância euclidiana quadrada como medida de dissemelhança por se pretender o agrupamento de sujeitos e não de variáveis (Marôco, 2014). Esta técnica exploratória permitiu-nos a criação de clusters mais compactos e homogêneos (Marôco, 2014), em detrimento do método hierárquico da menor distância pois, embora este seja mais utilizado em investigações nas áreas de Ciências Sociais e Humanas, a sua preferência é questionável (Reis, 2001 citado por Marôco, 2014). Posteriormente recorreu-se ao método de análise de Clusters *TwoStep* que foi ser realizado em dois passos (Zhang, Ramakrishnon, & Livny, 1996). Num primeiro passo pretendemos reduzir o tamanho da matriz das distâncias entre os sujeitos formando uma série de pré-clusters e num segundo as variáveis de acordo com pré-clusters formados na etapa anterior.

Foi também realizado o teste paramétrico *t-test* para amostras independentes com o objetivo de comparar a média das variáveis em estudo do grupo 1 e do grupo 2, resultantes da análise de clusters.

De seguida recorremos à estatística descritiva para caracterizar a população e os valores médios e de discrepância das variáveis. Para verificar a curvatura normal da amostra recorremos à análise de assimetria e da Kurtose assim como à utilização do teste de Shapiro-Wilk. Verificada que a amostra não possuía uma curvatura normal em todas as dimensões em estudo foi, deste modo, assumida a normalidade invocando o Teorema do Limite Central (TLC) (Pestana & Gameiro, 2003; Marôco, 2014).

Para testar a correlação entre as variáveis foi utilizado o teste paramétrico de Pearson (Pestana & Gameiro, 2003; Marôco, 2014).

Por fim, ao efetuar a regressão linear pretendeu-se modelar relações entre uma variável dependente (Índice Geral de Sintomas) e um conjunto de variáveis preditivas. Foi definido o método *Stepwise* (tabela 7) por ser um “híbrido dos outros dois métodos de seleção – *Forward* e *Backward*” (Marôco, 2014, pág. 720). A utilização deste modelo permitiu-nos, de forma simples, prever se existia uma relação entre a variável IGS as restantes variáveis preditivas (Satisfação, Comunicação, Coesão, Desligada, Caótica, Ansiedade, EVA e Flexibilidade). Este modelo teve também a vantagem de remover variáveis caso as mesmas não fossem importantes (Marôco, 2014).

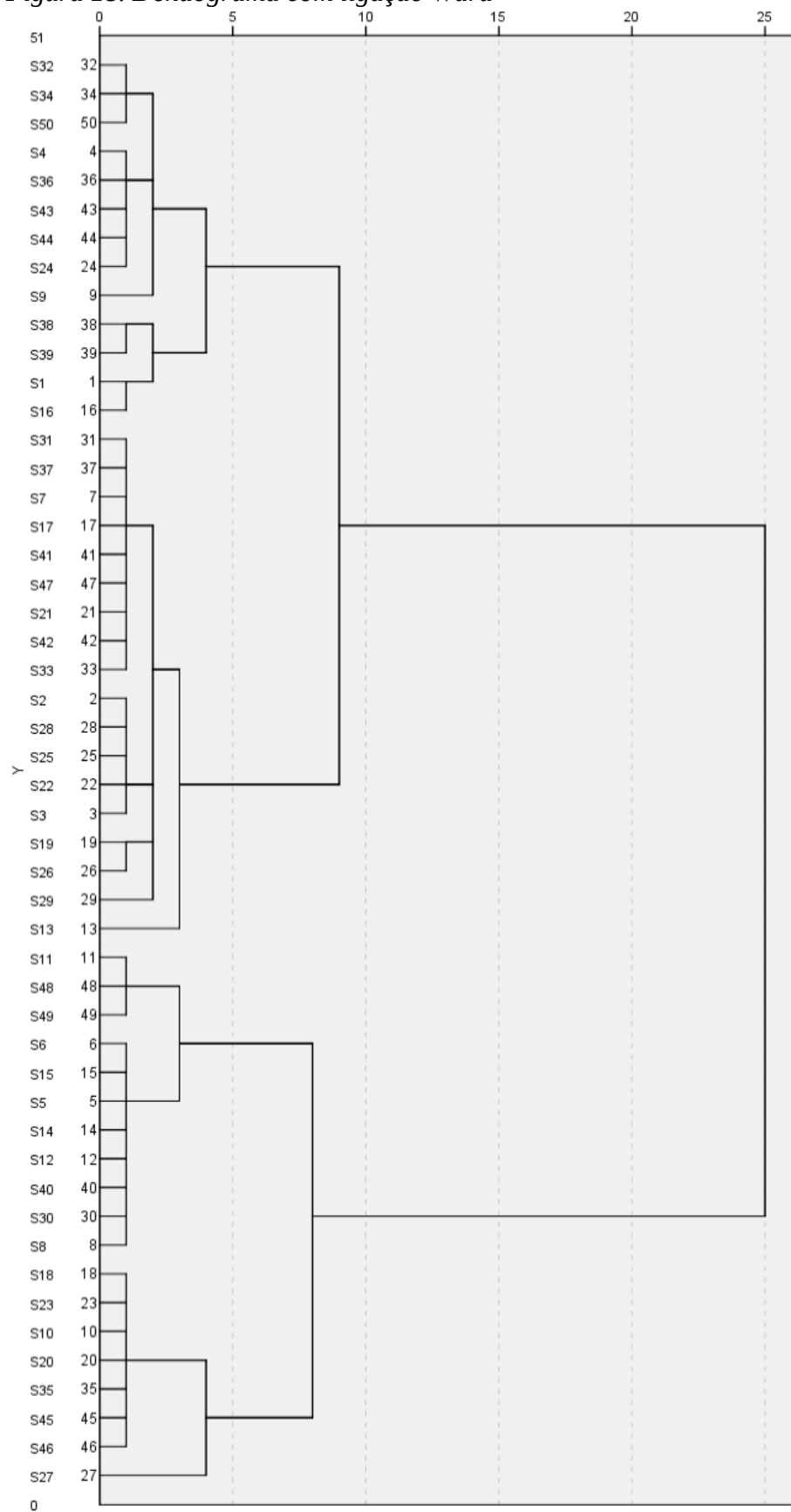
3.2. Resultados

3.2.1. Análise dos Clusters

De forma a nós conhecermos melhor quais as características comuns deste grupo de sujeitos efetuamos uma análise de Clusters. Não existindo um conhecimento empírico para definir inicialmente o número de Clusters, seguimos os procedimentos recomendados por Marôco (2014), que recomenda a utilização de vários métodos em simultâneo para a realização do agrupamento.

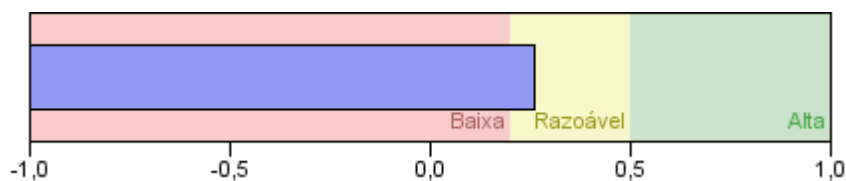
Ao efetuar a análise dos Clusters nas variáveis sociodemográficas e recorrendo ao método hierárquico Ward verificamos a presença de 3 Clusters naturais ($K=3$) conforme reproduzido no dendograma da figura 18.

Figura 18. Dendograma com ligação Ward



Se da primeira análise gráfica surge a possibilidade de 3 clusters, após a aplicação do método *TwoStep* numa segunda fase, ao testar uma solução para $K=3$ e para $K=2$ escolhemos a melhor solução para 2 clusters sendo esta coesão a mais significativa, conforme figura 19.

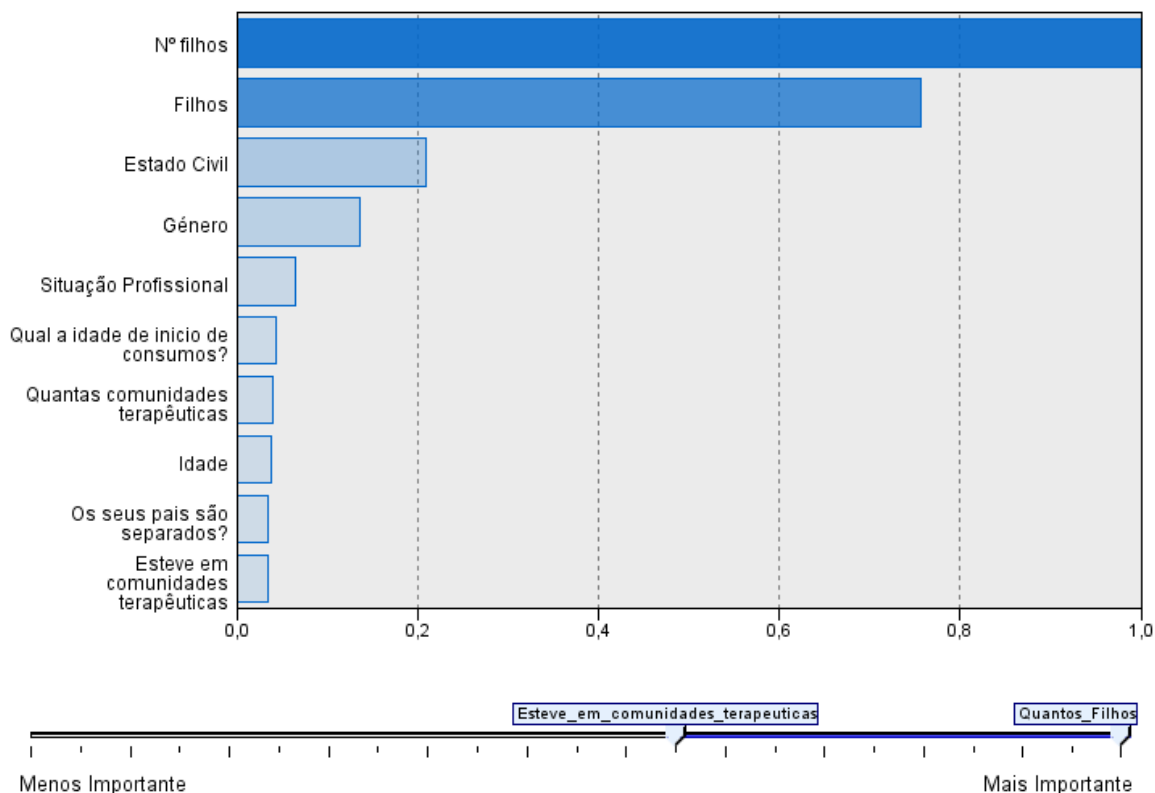
Figura 19. Medida de silhueta de coesão e de separação para $K=2$



Para $K=2$, com 24 entradas, o cluster de maior dimensão representa 54% da amostra sendo constituído por 27 utentes, dos quais 96,3% não têm filhos (nível 2) e cujo estado civil é solteiro e do género masculino (nível 3 e 4 respetivamente com 96.3% e 100%). No Cluster 2, o grupo tem preferencialmente filhos (100%; nível 2), são do género masculino (78.3%; nível4) e o estado civil mantém-se é solteiro (52.2%; nível 3).

Na figura 20 podemos observar a importâncias das variáveis agrupadas onde se verifica que a variável mais importante é o número de filhos, seguida da existência de filhos. As variáveis estado civil e género não são significativas para o agrupamento, mas encontram-se na linha imediatamente a seguir.

Figura 20. Importância do predictor



Assim, para responder à H1 (Os toxicodependentes sem-abrigo têm uma caracterização socio-demográfica comum) podemos verificar que não existem diferenças sociodemográficas relevantes que os diferenciem e que o único fator que os distancia e separa é a variável “ter filhos”, ou seja, ter constituída uma família.

Uma vez verificada a existência de homogeneidade das variâncias (recorrendo ao teste de Levene), para verificarmos se existiriam diferenças entre o Grupo 1 (sem filhos) e o Grupo 2 (com filhos) ao nível da existência de psicopatologia, recorremos ao *t-teste* para amostras independentes. Podemos verificar que o teste não mostra diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de 95% de confiança. Deste modo, não podemos afirmar que existam diferenças entre o Grupo 1 e o Grupo 2 ao nível do IGS ($T_{(48)} = .61; p = .55$).

3.2.2. Estatística Descritiva

Através da análise descritiva apresentamos os valores médios e de discrepância das variáveis em estudo conforme tabela 14 onde se verifica também que ao nível do achatamento a amostra apresenta uma maior dispersão dos dados em relação à média do que seria esperado, sendo exceção as dimensões do BSI de Somatização, Obsessão-Compulsão, Depressão, da EVA a dimensão Ansiedade e do FACES IV a dimensão Desligada onde se apresentam valores que representam os dados mais concentrados em torno da média (Marôco, 2014). Já ao nível da assimetria verifica-se uma assimetria moderada em todas as dimensões embora nas dimensões Ideação Paranóide e Desligada seja uma assimetria negativa (Marôco, 2014).

Para responder à H2 (Os toxicodependentes apresentam valores elevados de sintomatologia psicopatológica) podemos verificar que ao nível do IGS apresentam uma média de 1.45 ($DP = 0.61$) sendo as psicopatologias que se destacam com os valores mais elevados como a Hostilidade ($M = 2.38; DP = 0.47$), a Depressão ($M = 1.92; DP = 0.86$) e a Ideação Paranóide ($M = 1.71; DP = 0.83$).

Na resposta à H3 (Os toxicodependentes sem-abrigo em recuperação apresentam valores de vinculação insegura elevados) podemos verificar que a média é de 2.69 ($DP = 0.81$) na dimensão ansiedade.

Quanto à resposta à hipótese H4 (As famílias às quais pertencem os toxicodependentes são frequentemente pouco funcionais) podemos observar que a subescala Comunicação apresenta uma média elevada de 27.36 ($DP = 7.38$) assim como no tipo Desligada com uma média de 23.58 ($DP = 4.57$).

Tabela 14.

Resultados centrais e de dispersão dos instrumentos: BSI, EVA, FACES-IV

	Dimensões	<i>M (DP)</i>	<i>IC 95%</i>	<i>Ku</i>	<i>Assi</i>
BSI	IGS	1.45 (0.61)	[1.28, 1.63]	.63	.37
	Somatização	0.93 (0.70)	[.73, 1.13]	.11	.79
	Obsessão-Compulsão	1.53 (0.70)	[1.33, 1.73]	.23	.36
	Sensibilidade Interpessoal	1.46 (0.86)	[1.21, 1.70]	-.40	.30
	Depressão	1.92 (0.86)	[1.68, 2.17]	-.10	.31
	Ansiedade	1.49 (0.82)	[1.25, 1.72]	-.34	.33
	Hostilidade	2.38 (0.47)	[2.25, 2.51]	.79	.33
	Ansiedade Fóbica	0.68 (0.60)	[.51, 0.85]	-.61	.62
	Ideação Paranóide	1.71 (0.83)	[1.47, 1.94]	-.31	-.14
EVA	Ansiedade	2.69 (0.81)	[2.46, 2.92]	-.26	.26
	Total	2.78 (0.30)	[2.69, 2.86]	-.50	.11
FACES - IV	Coesão	19.58 (5.74)	[17.95, 21.21]	-.43	.06
	Flexibilidade	19.50 (3.97)	[18.37, 20.63]	-.66	.28
	Desligada	23.58 (4.57)	[22.28, 24.88]	.00	-.85
	Caótica	21.06 (4.59)	[19.76, 22.36]	-.99	-.12
	Satisfação	18.54 (8.84)	[16.03, 21.05]	-.40	.72
	Comunicação	27.36 (7.38)	[25.26, 29.46]	-.51	.33

3.2.3. Estatística Inferencial: Correlações entre sintomas psicopatológicos, vinculação e funcionamento familiar

Para o ajustamento à normalidade (tabela 15) foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* pois segundo Laureano (2013) e Marôco (2014) este é o teste mais adequado quando se têm amostras com $n \geq 50$.

Verifica-se que nas dimensões Somatização ($SW_{(50)} = .94$; $p < .01$), Ansiedade Fóbica ($SW_{(50)} = .91$; $p < .01$), Desligada ($SW_{(50)} = .91$; $p < .01$) e Satisfação ($SW_{(50)} = .862$; $p < .01$) existem evidências significativas para se afirmar que estas variáveis não seguem uma distribuição normal, conforme tabela 15.

Tabela 15.

Tabela de normalidade de dimensões dos instrumentos

		Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk	
		Estatística	Sig.	Estatística	Sig.
BSI	IGS	.09	.20*	.96	.13
	Somatização	.12	.06	.94	.01
	Obsessão-Compulsão	.12	.08	.96	.10
	Sensibilidade Interpessoal	.12	.06	.97	.28
	Depressão	.11	.20*	.98	.47
	Ansiedade	.09	.20*	.97	.34
	Hostilidade	.13	.04	.96	.10
	Ansiedade Fóbica	.16	.00	.91	.00
	Ideação Paranoíde	.08	.20*	.98	.54
EVA	Ansiedade	.11	.17	.98	.43
	Total	.08	.20*	.98	.71
FACES - IV	Coesão	.12	.10	.98	.57
	Flexibilidade	.13	.03	.97	.22
	Desligada	.16	.00	.91	.00
	Caótica	.12	.07	.96	.05
	Satisfação	.22	.00	.86	.00
	Comunicação	.12	.07	.96	.06

Porque se trata de uma amostra clínica, nem todos os valores seguem uma distribuição normal, deste modo, invocamos o Teorema do Limite Central (TLC) onde se assume que para amostras com uma dimensão ≥ 30 , a distribuição da média amostral aproxima-se da normalidade (Marôco, 2014; Pestana & Gameiro, 2003).

Assim, para testar a correlação entre as dimensões recorreremos ao teste de Pearson (tabela 16).

Ao testarmos a H5 (Quanto maior o nível de vinculação insegura/ansiedade maior a prevalência de psicopatologia) verificamos que existe uma correlação moderada entre o Índice Geral de Sintomas Psicopatológicos (IGS) e a subescala da Eva que avalia a dimensão Ansiedade ($r = .409$; $p < .01$). Podemos, assim, afirmar que quanto mais sintomas psicopatológicos existirem maior ansiedade será sentida pelo utente e maior o nível de vinculação insegura apresentado. Também se verifica uma correlação moderada entre a existência de psicopatologia Obsessão-Compulsão e o nível de vinculação Ansiedade ($r = .408$; $p < .01$). Quanto à correlação entre a dimensão Ansiedade na EVA e as dimensões do

BSI Sensibilidade-Interpessoal ($r = .40$; $p < .01$), Hostilidade ($r = .38$; $p < .01$), Depressão ($r = -.37$; $p < .01$) e Ansiedade ($r = .28$; $p < .01$), a sua correlação é significativa. Ou seja, verifica-se que existe uma correlação entre a vinculação insegura e a existência de psicopatologia.

Quanto à H6 (Quanto menos funcional for o funcionamento familiar maior a prevalência de psicopatologia) podemos verificar que existe uma correlação estatisticamente significativa, embora fraca entre o IGS e as tipologias familiares Desligada ($r = .32$; $p < .05$) e Caótica ($r = .31$; $p < .05$). A Coesão ($r = -.36$; $p < .05$) e a Flexibilidade ($r = -.41$; $p < .05$) apresentam valores significativos embora negativos, ou seja, quanto maior a presença de IGS menor a Coesão e menor a Flexibilidade (tabela 9). Existe, ainda, uma correlação estatisticamente significativa, embora fraca e negativa entre o nível de Comunicação e o IGS ($r = -.30$; $p < .05$), assim, quanto menores são as competências comunicacionais existentes no sistema familiar, maior é a prevalência de sintomas psicopatológicos (tabela 16).

Relacionadas a escala de Satisfação com a escala de Comunicação podemos afirmar que quanto maior a Satisfação sentida maior a presença de competências comunicacionais no seio familiar, com uma relação estatisticamente significativa forte entre as escalas ($r = .76$; $p < .01$).

Verificamos também que o número de irmãos que cada utente possui está diretamente correlacionado com o nível de Somatização sentida ($r = .317$; $p < .05$) e com a presença de Ansiedade Fóbica ($r = .309$; $p < .05$), ou seja, quanto maior o nº de irmãos que cada utente tem, maior o mal-estar sentido ao nível do funcionamento somático.

Tabela 16.

Análise inferencial: Correlação de Pearson entre BSI, EVA e FACES IV

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	.																	
2	.13	.																
3	.31*	.72**	.															
4	.06	.83**	.60**	.														
5	-.08	.73**	.36**	.51**	.													
6	.04	.79**	.45**	.58**	.57**	.												
7	.13	.89**	.64**	.70**	.59**	.70**	.											
8	.06	.70**	.35*	.54**	.59**	.47**	.61**	.										
9	.31*	.79**	.70**	.67**	.54**	.53**	.66**	.46**	.									
10	-.90	.72**	.33*	.51**	.67**	.56**	.62**	.57**	.50**	.								
11	.05	.41**	.20	.41**	.40**	.37**	.28*	.38**	.18	.22	.							
12	-.07	.01	-.04	.21	.08	-.06	-.07	.01	-.12	-.18	.53**	.						
13	-.08	-.36*	-.21	-.28*	-.30*	-.44**	-.29*	-.13	-.27	-.21	-.21	-.08	.					
14	-.04	-.41**	-.13	-.43**	-.30*	-.36**	-.44**	-.27	-.28	-.34*	-.19	-.11	.77**	.				
15	.11	.32*	.06	.17	.36*	.38**	.19	.31*	.34*	.31*	.15	-.011	-.64**	-.45**	.			
16	.04	.31*	.17	.20	.33*	.29*	.250	.29*	.35*	.28*	.18	-.05	-.47**	-.41**	.66**	.		
17	-.19	-.23	-.15	-.14	-.12	-.41**	-.23	.05	-.14	-.04	-.11	.05	.72**	.51**	-.61**	-.36*	.	
18	.00	-.30*	-.26	-.23	-.25	-.45**	-.27	.02	-.25	-.12	-.10	-.02	.77**	.62**	-.55**	-.39**	.76**	.

* $p < .05$. ** $p < .01$

Nota: 1. N.º de irmãos; 2. Índice Geral de Sintomas; 3. Somatização; 4. Obsessão-Compulsão; 5. Sensibilidade Interpessoal; 6. Depressão; 7. Ansiedade; 8. Hostilidade; 9. Ansiedade Fóbica; 10. Ideação Paranoide; 11. EVA – Ansiedade; 12. EVA – Total; 13. Coesão; 14. Flexibilidade; 15. Desligada; 16. Caótica; 17. Satisfação; 18. Comunicação.

3.2.4. Regressão entre IGS e FACES - funcionamento familiar -, vinculação e sintomas psicopatológicos

Embora se trate de uma amostra clínica, ao recorrer ao TLC, testamos os pressupostos do modelo regressão múltipla para verificar se o mesmo é válido e se poderia ser utilizado sem restrições (Laureano, 2013).

Conforme observado na tabela 17, verificam-se os pressupostos para a realização da regressão linear já que não existe uma relação elevada entre as variáveis independentes.

Tabela 17.
Análise de multicolinieridade

Variáveis Independentes	Variável Dependente
	BSI - IGS
FACES - Satisfação	-.23*
FACES - Comunicação	-.30*
FACES - Coesão	-.36**
FACES - Desligada	.32*
FACES - Caótica	.34*
EVA - Ansiedade	.41**
EVA - Total	.01*
FACES - Flexibilidade	-.41**

* $p < .05$. ** $p < .01$

Para a confirmação do pressuposto da independência dos erros recorreu-se ao teste *Durbin-Watson* onde se verifica que existem evidências para se afirmar que os erros são independentes ($D = 1.93$).

Cumpridos assim os pressupostos pode-se afirmar que o modelo de regressão é válido e sem restrições.

Para testar a H7 (Os níveis de vinculação e o funcionamento familiar exercem um efeito no Índice Geral de sintomas) efetuamos uma regressão linear múltipla com o propósito de identificar quais as variáveis que seriam os preditores mais significativos para o Índice Geral de Sintomas (IGS).

Conforme podemos identificar no Modelo 3 (tabela 18), as dimensões que mais influenciam o IGS são a Flexibilidade ($\beta = -.35$; $t(46) = -2.87$; $p < .05 = .01$), o nível de Ansiedade na

escala EVA ($\beta = .50$; $t(46) = 3.49$; $p < .05 = .00$) e a EVA - Total ($\beta = -.29$; $t(46) = -2.08$; $p < .05 = 0.04$), ficando deste modo o nosso modelo final ajustado como: $IGS = 3.181 + (-.05) + 0.37 + (-.61)$.

Assim, este modelo demonstra que 30% do desenvolvimento de psicopatologia é explicado pela vinculação no geral, pelo nível de vinculação ansiosa e pela flexibilidade existente nas relações entre os elementos que compõem o sistema familiar [$F(3,46) = 8,01$; $p < 0.001 = 0.000$]; $\Delta r^2 = 0,30$].

Tabela 18.

Regressão hierárquica dos preditores para o IGS

Variáveis explicativas	B	Variável Dependente		
		R^2	ΔR^2	F
1. Preditor 1	-.41**			
		.17	.15	9.93
2. Preditor 1	-.35**			
Preditor 2	.34**			
		.28	.25	9.32
3. Preditor 1	-.35**			
Preditor 2	.50**			
Preditor 3	-.29**			
		.35	.30	8.10

* $p < .05$. ** $p < .01$

Nota: Preditor 1: (Constante), Flexibilidade; Preditor 2: (Constante), Flexibilidade e Ansiedade; Preditor 3: (Constante), Flexibilidade, EVA Ansiedade e EVA Total; Variável Dependente: Índice Geral de Sintomas.

3.3. Discussão

Foi verificada nesta investigação que existem mais homens aditos do que mulheres em regime de acolhimento num CAT (figura 21) indo estes dados ao encontro da investigação de Godinho, et. al. (2007) e de Sousa e Macedo (2016) com 81,8% e 18,2% respectivamente. No resultados obtidos verificamos ainda um predomínio dos utentes com estado civil solteiro ($n = 38$), uma baixa escolaridade baixa com representatividade de 68% dos indivíduos com o 2º ciclo, assim como, elevada taxa de indivíduos desempregados (96%). Estes resultados vão ao encontro das investigações realizadas por Godinho (2007) e Santos et al. (2011).

A média de idades dos utentes desta investigação é de 42.92 ($DP = 6.04$) tendo esta população uma idade superior aos estudos de Godinho (2007) cuja média de idade dos seus participantes seria de 35.9 anos ($DP = 5.49$). Também na investigação de Santos et al. (2011) foi verificado que a maioria da população em estudo teria idades compreendidas entre os 30 e os 49 anos comparativamente à nossa investigação cujos utentes têm idades compreendidas entre os 27 e os 54 anos. Observamos ainda que 82% dos utentes já teria ficado anteriormente alojado em pelo menos um CAT e que, estariam em situação de sem-abrigo antes de ingressarem novamente no CAT onde foi recolhida a nossa amostra. Ou seja, a idade média dos utentes deste estudo é superior à idade média observada noutros estudos. Este aspecto pode ser explicado recorrendo ao fenómeno de porta giratória denominado por Ferreira (2009), onde menciona que os sem-abrigo frequentemente entram num percurso circulatório de saída das ruas e ingresso em CAT's, reabilitação social ou tratamento em CT's e posterior regresso às ruas ou à sua condição anterior de sem-abrigo. ingressam de novo em CAT's e retomam o ciclo.

Quanto ao consumo de estupefacientes, foi verificado que os nossos utentes têm uma média de consumo de 27 anos ($DP = 6.61$). A idade mínima no início de consumos é de 10 anos e idade máxima de 28 anos. Verificamos assim que a média de idade no início dos consumos de 16 anos ($DP = 4.25$). Noutras investigações os participantes têm uma média de consumos de 25 anos ($DP = 11.13$) com uma idade média de iniciação dos consumos de 18 anos ($DP = 6.23$) (Sousa & Macedo, 2016) quando se trata de utentes não integrados em CAT e de 16 anos ($DP = 6.65$) em amostra de utentes integrados em CAT (Godinho, 2007). Já Marques, Gonçalves e Vultos (2007) referem que a média de consumos de 14 anos.

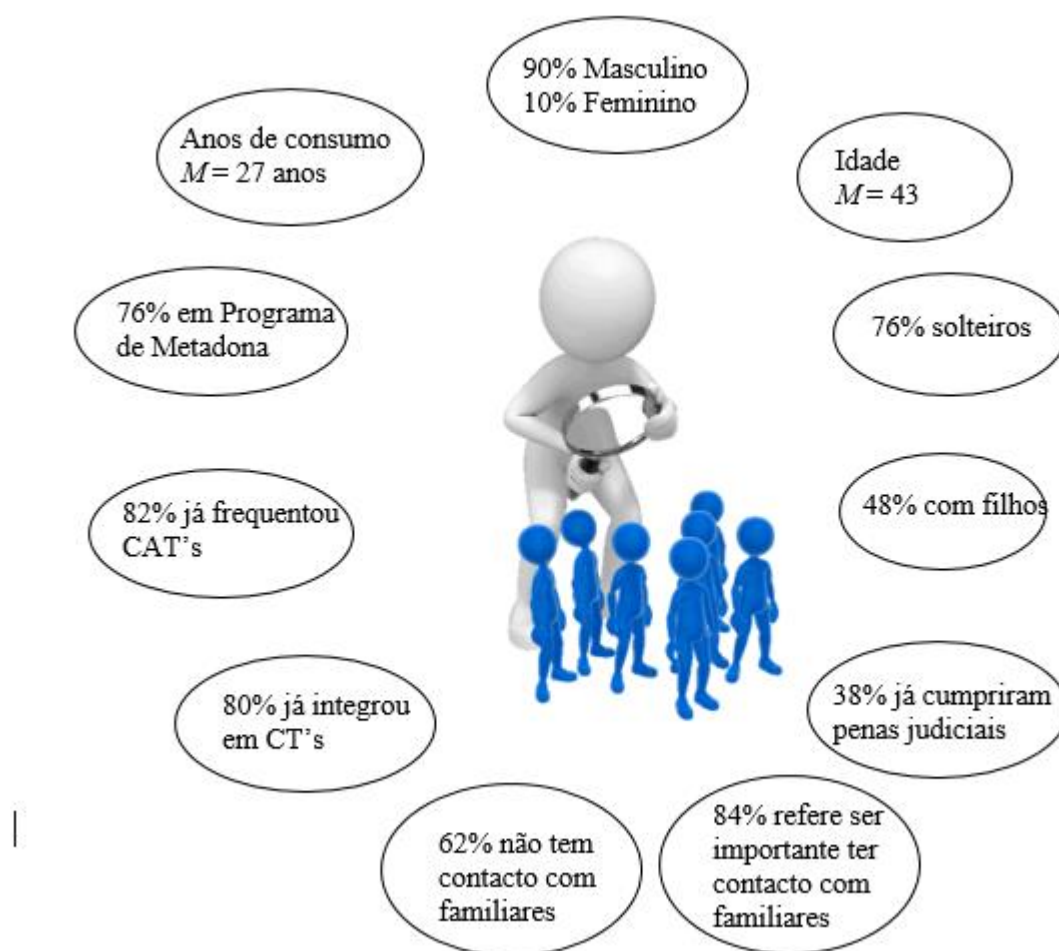
Dos resultados obtidos verificamos ainda que, 52% dos participantes não têm filhos comparativamente a 48% que têm filhos, indo estes resultados ao encontro dos estudos de Santos et al. (2011) que referem que da população estudada na sua investigação, 51,3% não tinha filhos.

Quanto ao seu processo de recuperação foi possível verificar que a maioria dos utentes frequenta programa de metadona (76%) e já ingressou anteriormente em CT's (80%). Este fenómeno acontece devido à dificuldade que existe na reinserção profissional e social no pós saída das comunidades o que leva estes utentes a entrar no ciclo de vivência nas ruas, consumos e reingresso em CAT's e CT's (Godinho et al., 2007).

Observamos também que 38% ($n = 19$) dos utentes cumpriram uma pena efectiva judicial. Já Godinho et al. (2007), teriam anteriormente verificado que 35.5% ($n = 55$) dos indivíduos teria cumprido penas de prisão assim como, Godinho (2007), com 40% da sua amostra. Santos et al. (2011), mencionam uma percentagem de 23% de pena efectiva cumprida embora 52.6% dos seus participantes tenham tido outros problemas com a justiça, não particularizando a sua especificidade jurídica.

Questionados os utentes do CAT, foi verificado que 62% ($n = 31$) não mantêm contacto com os seus familiares embora da totalidade da nossa amostra 84% ($n = 42$) referem que manter o contacto com os familiares seria importante pra si e para o seu processo de recuperação.

Figura 11. Caracterização sociodemográfica da população



Quanto à psicopatologia existente nesta amostra apuramos que, relativamente aos estudos elaborados por Canavarro (1999), onde afirma que a população com perturbações emocionais terá valores mais elevados em todos os sintomas psicopatológicos comparativamente à população geral, o mesmo se verifica na população deste estudo. No entanto, quando

comparamos os resultados obtidos nesta quanto às médias das dimensões psicopatológicas em indivíduos com perturbações emocionais, podemos verificar que apenas no Índice Geral de Sintomas, na Depressão, na Hostilidade e na Ideação Paranóide se verificam valores acima do grupo de indivíduos com perturbações emocionais obtidos na validação portuguesa de Canavarro (1999). Segundo Almeida et al. (2005, citado por Canavarro, 1999), indivíduos dependentes de substâncias psicoactivas revelam valores acima dos índices tanto da população geral como da população com perturbações emocionais, mas o mesmo não se verificou nesta investigação para todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica.

Também o Observatório Europeu (2016), refere que, comparativamente à população geral, nos aditos existe uma maior prevalência de psicopatologia principalmente o registo de perturbações do humor (depressão) e perturbações da ansiedade e de personalidade. Ainda autores como Formiga et al. (2015) e Swenden et al. (2011), corroboram esta afirmação com 71.8% de aditos com presença de comorbilidade e a frequência de perturbações do humor e antissociais, bem como prevalência de perturbações afectivas bipolares e de pânico.

Quanto à média dos níveis de vinculação na população de toxicodependentes sem-abrigo podemos verificar que na dimensão ansiedade é de 2.69 ($DP = 0.81$) sendo esta mais elevada que a média encontrada na validação da escala EVA para a população portuguesa de Canavarro et al. (2006) onde apresenta uma média de 2.43 ($DP = 0.74$). Contrariamente a outros estudos realizados onde se verifica uma prevalência de vinculação insegura evitante em indivíduos toxicodependentes (Mickelson et al., 1997; Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, & Weizman, 2003), na nossa investigação encontramos valores elevados nos níveis de vinculação insegura mas ansiosa. Também Cooper, Shaver e Collins (1998, citado por Schindler et al., 2005), afirmam que existe uma correlação significativa entre o abuso de estupefacientes e a vinculação. Para Flores (2004) e para Torres, Chagas e Ribeiro (2008), a adição a substâncias psicoactivas é uma perturbação do sistema vinculativo pois os indivíduos aditos apresentam maior dificuldade na gestão e regulação das suas emoções e a sua pré-disposição para a experiencição e consumo continuado de drogas deve-se à necessidade de substituição do prazer que não obtém nas relações de intimidade.

Quanto à estrutura familiar foi verificado que os aditos que têm irmãos ($M = 3.12$; $DP = 2.34$) têm uma maior probabilidade de sofrer patologia sintomática e apresentam níveis mais elevados de Ansiedade na sua vinculação. Quanto mais irmãos tem um adito maior a presença de Ansiedade Fóbica e maior a Somatização sentida. Neste sentido, podemos afirmar que o

número de irmãos tem uma relevância quanto ao comportamento evitante adotado ao longo do percurso de vida do adito assim como, ao sofrimento psicológico sentido pelo utente que frequentemente está associado a indivíduos com patologias do foro ansioso, tal como se verifica na nossa investigação.

Após verificarmos a relação existente entre a dimensão Ansiedade na EVA e as dimensões psicopatológicas, podemos observar que existe uma relação entre esta e as dimensões Sensibilidade-Interpessoal, Hostilidade e Depressão o que nos leva ao encontro do pensamento de Allen e Hauser (1996), Troisi e Argenio (2004) e dos resultados obtidos nas investigações de Amini et al. (1996) e Goldberg (2003). Estes autores afirmam que o predomínio de um padrão de vinculação inseguro no indivíduo o torna mais susceptível para o desenvolvimento de psicopatologia com predominância nas perturbações do humor tais como a depressão. Quanto às perturbações do foro ansioso ou a presença de uma relação entre o estilo de vinculação ansioso e a perturbação obsessivo-compulsiva, não foi possível verificar a existência dessa relação.

Foi verificado ainda que existe uma relação entre a tipologia familiar e a existência de sintomatologia psicopatológica, mais precisamente nas tipologias familiares desligada e caótica sendo que, aqui não podemos comparar com informação existente na literatura pois não foram encontrados estudos que confirmem ou infirmem estes resultados.

Ainda na tipologia familiar podemos observar que a presença do IGS origina uma menor coesão entre os elementos que compõem a família e uma menor flexibilidade na sua forma de relacionamento, conforme verificado neste estudo. No entanto, ao comparar com a literatura não podemos afirmar que existam outros estudos que corroborem os nossos resultados pois nada foi encontrado. Assim como, ao nível da comunicação, foi possível observar que quanto maior o IGS, menor é a qualidade de comunicação entre as pessoas que compõem a família, deste modo, a existência de psicopatologia limita o desenvolvimento e a manutenção das competências comunicacionais no sistema familiar e conduz ao desenvolvimento de desentendimentos e uma maior dificuldade de cessar diferenças relacionais.

Ao analisarmos o funcionamento familiar e a sua relação com os níveis de vinculação, foi possível verificar que não existe uma relação significativa entre o nível ansioso (vinculação insegura) e a tipologia de funcionamento familiar, ou seja, independentemente de pertencer a uma família equilibrada ou desequilibrada, verificou-se na nossa investigação que o nível de vinculação não tem uma correlação significativa com o funcionamento familiar, assim como

não se verifica uma correlação entre os níveis de vinculação e a satisfação sentida ou a qualidade da comunicação.

Ainda ao nível do funcionamento familiar, podemos afirmar que nesta investigação fomos ao encontro dos resultados encontrados por Olson e Gorall (2003), onde, quanto maior for a coesão e a flexibilidade (não sendo extrema), maior é a qualidade relacional entre os familiares e menos caótico é o sistema familiar, bem como a existência de equilíbrio ao nível emocional, social e relacional. Foi ainda verificado que o nível de satisfação sentida pelos utentes era tanto maior quanto a coesão sentida na família, assim como, a existência de competências comunicacionais entre os seus membros. No sentido oposto, foi verificado que o índice de satisfação é muito baixo quando correlacionado com a coesão e com a comunicação. Isto demonstra que os utentes percebem as suas famílias como desligadas e com menos investimento nos padrões comunicacionais caracterizando-as como pouco coesas.

Por fim, testamos a relação entre a existência de psicopatologia, a vinculação no adulto e o funcionamento familiar. Constatamos que a prevalência de psicopatologia pode ser explicada pelo padrão de vinculação da qual a pessoa é detentora bem como quanto à tipologia de família onde esteve inserida. Ou seja, 30% da psicopatologia existente e desenvolvida pelos utentes é explicada pelo nível de vinculação ansioso com o qual se identificam e pela pertença a uma família ora com um índice de flexibilidade muito baixo ora muito alto representando aqui famílias rígidas ou caóticas respectivamente. Percebem ainda as famílias com um funcionamento desequilibrado ao nível das regras existentes e dos papéis adoptados por cada elemento. Também Smart, Chibucos e Didier (1990, citado por Gonçalves e Pereira, 2011), referem que indivíduos que percebem as suas famílias com os níveis mais extremos de flexibilidade são os que mais são representativos na iniciação do consumo e da dependência química, contrariamente aos adolescentes que não consomem.

Parte IV – Discussão Geral

No final da inserção e análise dos dados qualitativos e quantitativos foi feita uma triangulação dos resultados obtidos nos dois estudos: estudo 1 e estudo 2.

Através das histórias de vida destes participantes verificamos que ao nível das suas origens familiares quanto aos fatores socioeconómicos e culturais, nem todos são provenientes de famílias multiproblemáticas pobres, havendo mesmo utentes que afirma ter tido uma infância provida de “...tudo do bom e do melhor...” onde “...nada faltava...”. No entanto é possível verificar que a maioria dos utentes provém de famílias pobres, com poucos recursos financeiros e com dificuldades de integração no mundo laboral. Mas se a origem socioeconómica e cultural é diferenciada o mesmo não se observa na sua forma de funcionamento interno e na tipologia relacional entre os seus membros. A maioria dos participantes afirma que perceciona a sua família como pouco adaptativa, com uma estrutura interna desorganizada e com padrões comunicacionais fragilizados o que não lhe permitiria sentirem-se compreendidos nem integrados no seio familiar. Tal como refere Sousa e Ribeiro (2005), ao conceito de família multiproblemáticas não deve estar associado o conceito de pobreza pois esta não é necessariamente uma relação de causa-efeito. Através da análise dos dados quantitativos foi por nós possível observar que as características sociodemográficas são comuns a todos os participantes e que o que apenas os separa é o facto de terem filhos ou não.

Ao nível dos índices de sintomatologia psicopatológica verifica-se que existem índices mais elevados nesta população comparativamente à população em geral, indo ao encontro dos resultados de Canavarro (1999). Observamos que apenas nos índices de Depressão, Hostilidade e Ideação Paranoide, assim como no IGS, existem valores superiores ao encontrados por Canavarro (1999) em populações clínicas com perturbações emocionais. Este fator é explicado pelo desgaste físico e psicológico que os anos excessivos de consumo provocam na pessoa (“...sinto-me sozinho, triste e desamparado... por vezes só me apetece acabar com tudo e com todos... tantos anos na droga levaram-me ao fundo do poço...” (sic).

Também se observa que os níveis de vinculação insegura são elevados, mas na modalidade ansiosa, contrariamente a outros estudos onde prevalece a vinculação insegura evitante (Mickelson et al., 1997; Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir & Weizman, 2003). Aqui podemos afirmar que o investimento semanal feito pelos técnicos do CAT com as reuniões grupais permite moldar o modelo de funcionamento das relações com os outros e deste modo trabalhar o padrão vincutivo de cada utente já que este não é estático ao longo da vida

(Beckett et al., 2003). O objetivo das intervenções terapêuticas é criar novos mecanismos internos que permitam a o desenvolvimento da vinculação segura.

Segundo vários autores (Allen & Hauser, 1996; Sund & Wickstrom, 2002; Troisi & Argenio, 2004; Golder et al., 2005; Newcomb-Rekart et al., 2007) são os padrões de vinculação insegura os mais propícios ao surgimento e desenvolvimento de psicopatologia e tal como observado neste estudo verifica-se uma correlação entre o predomínio de sintomatologia psicopatológica como Sensibilidade-Interpessoal, Hostilidade, Depressão e Ansiedade com o nível de vinculação ansiosa, embora seja uma correlação fraca.

Ao longo da análise das histórias de vida foi verificado que as relações que os participantes tinham com os seus familiares enquanto crianças eram fragilizadas ou mesmo ausentes já que alguns destes utentes foram entregues ao cuidado de terceiros (familiares de família alargada ou mesmo a IPSS's). Este acontecimento poderá ter contribuído para o desenvolvimento de um padrão de vinculação inseguro (Mickelson, et. al., 1997) e para o desenvolvimento de psicopatologia tal como a depressão e a ansiedade (Schindler et al., 2005). Através dos dados analisados estatisticamente foi possível observar que o IGS é tanto maior quanto mais desligada e caótica é a família, assim como, quanto menor a coesão e menor a flexibilidade existente entre os membros que a compõem. Observou-se ainda que a qualidade das competências comunicacionais também influencia a prevalência dos sintomas psicopatológicos embora esta correlação seja fraca.

Ao nível do funcionamento familiar, e segundo a perceção dos participantes, estes entendem a família como desligada, com fronteiras difusas entre os seus elementos embora as regras existentes estejam diretamente relacionadas com os estilos parentais. Em famílias com estilos parentais mais permissivos verificam-se poucas regras ou mesmo a sua inexistência (“... eles não queriam saber de nós... cada um fazia o que queria...” (sic), já pais com estilos parentais mais autoritários não permitiam que os filhos participassem de forma ativa na vida familiar e tentavam controlar todo o ambiente familiar envolvente (“... o meu pai era muito autoritário era ele que punha e dispunha as reras em casa e ai de alguém que abrisse a boca...” (sic). Este fenómeno contribuiu para o “...afastamento da...família e de tudo o que se passava em casa pois se não era aceite naquela casa procurava sempre a compreensão junto dos amigos e dos que me rodeavam...” (sic). Este fator ajudou a catapultar a iniciação do consumo de estupefacientes, ora por curiosidade, ora para ser aceite e integrado entre o grupo de pares. Como refere Alarcão (2000), o estilo comunicacional existente no seio familiar influencia a

tipologia da organização interna das famílias e a sua forma de funcionamento. Na ausência de uma comunicação saudável os conflitos familiares tornam-se mais comuns e geram, conseqüentemente, o enfraquecimento do vínculo familiar (Neto, 1996). Esta ausência ou enfraquecimento de comunicação pode levar ao aumento da insatisfação sentida pelas crianças e/ou pelos adolescentes o que os catapulta para o consumo de estupefacientes aliado à curiosidade de experimentação típica nesta fase da vida (Dias, 2003). Para além destes fatores, a sensação que o consumo de estupefaciente lhes proporciona é uma justificação para a necessidade de procura de algo que lhes preencha o vazio sentido e que os ajuda a lidar com as emoções e sentimentos negativos. Quando questionados sobre a sua perceção da infância e da adolescência, a maioria dos participantes refere que, independente do tipo de família a que pertencem, é a ausência de relações afetivas ou o empobrecimento destas relações ao longo da sua vida que os encaminhou e direcionou para os consumos o que lhe permitiu "... ficar alienado da realidade tornando assim tudo muito mais fácil..." (sic).

Todos os utentes do CAT referem como conseqüências advindas do consumo de estupefacientes o surgimento de doenças devido aos comportamentos de risco adotados, assim como os problemas legais que têm com a justiça tais como prisão e cumprimento de penas alternativas. Estes comportamentos de risco estão essencialmente relacionados com a multiplicidade de parceiros, sexo desprotegido e a modalidade de vida que têm para manter o consumo tal como roubar ou traficar.

Quanto à forma como se projetam no futuro, todos os utentes do CAT têm um projeto definido, seja ele a integração numa CT ou mesmo a reintegração social com o ingresso em quarto alugado e a integração no mundo laboral após a saída do CAT. Existem ainda utentes que pretendem, para além da sua integração no mundo do trabalho, estudar e frequentar cursos profissionais.

Quanto às características familiares comuns, a maioria dos participantes tem famílias reconstituídas cujos pais formaram novas famílias com novos parceiros e novos filhos. A construção de novas famílias promoveu o conseqüente afastamento emocional e afetivo destes seus filhos de primeiras relações ou casamentos. Verifica-se ainda que os seus pais têm múltiplos parceiros com múltiplas relações e que este padrão é frequentemente repetido pelos participantes. Também ao nível das relações afetivas, mais de metade dos participantes está de relações cortadas com os seus familiares diretos e as poucas relações ou contactos que mantêm com os seus familiares são fragilizados. Quanto aos participantes que já conseguiram

restaurar relações com algum elemento da sua família sentem que estas relações estão dependentes da sua continuação de tratamento no CAT e posteriormente o ingresso numa CT, no entanto, também expressam que são relações providas de desconfiança, sem carácter compreensivo e como algumas limitações ao nível comunicacional.

Apesar de os anos consecutivos de consumo terem despoletado a rutura das relações familiares, é para estes utentes do CAT importante manter relações e contacto com a sua família pois referem que “... isto seria muito importante para ajudar na recuperação já que seria uma das causas para ganhar força e continuar este tratamento...”(sic). Assim, verifica-se que apesar de sentirem que pertencem a uma família com um funcionamento pouco adaptativo, ainda mantêm esperança de restabelecer relações e “... começar de novo, começar do zero e que conseguíssemos pelo menos conversar e compreender cada um dos lados...” (sic). Verificamos ainda que, independentemente da tipologia de funcionamento familiar, os resultados obtidos no estudos 2 revelam que os níveis de vinculação não estão diretamente correlacionados à família ou à sua forma de organização e funcionamento, contrariamente ao que os participantes relatam e conforme observado nos resultados do estudo 1.

Embora o funcionamento familiar não esteja correlacionado com os níveis de vinculação, estes estão diretamente correlacionados com o desenvolvimento de psicopatologia, conforme mencionado anteriormente. Após ser feita a relação entre o IGS e os níveis de vinculação e funcionamento familiar, foi possível verificar que a existência de psicopatologia está diretamente relacionada com um nível de vinculação inseguro e associado ao baixo índice de flexibilidade existente no sistema familiar.

4.1. Conclusão

A falta de literatura em Portugal que relacione os índices gerais de sintomas psicopatológicos, com os níveis de vinculação e com a tipologia de funcionamento da família da população toxicodependente sem-abrigo em recuperação num CAT, segundo a sua percepção, levou-nos ao desenvolvimento desta investigação.

O objetivo geral a que nos propomos nesta investigação foi caracterizar, conhecer e compreender a população toxicodependente sem-abrigo em recuperação num CAT ao nível da sintomatologia psicopatológica, vinculação e funcionamento familiar segundo a sua perspetiva através do recurso a uma metodologia mista que nos permitiria alcançar o máximo de conhecimento e compreensão possível da realidade existente, motivo pelo qual esta investigação é composta por dois estudos: o estudo 1 e o estudo 2.

O objetivo a que nos propusemos foi alcançado devido à conjugação de técnicas utilizadas para a análise dos dados, mas também devido à triangulação feita dos dados recolhidos ao longo dos dois estudos o que nos permitiu conhecer esta população e aprofundar esse conhecimento através da análise das suas histórias de vida.

Foi possível verificar que os participantes têm mais características sociodemográficas comuns do que dissemelhantes, no entanto, este fenómeno já não se aplica às suas histórias de vida ou às suas vivências durante a sua infância e adolescência.

Embora os participantes tenham origem em contextos socioculturais e económicos diferenciados, o motivo pelo qual iniciam os consumos são frequentemente semelhantes quando descrevem que a catapulta para o consumo foi o sentimento de negligência que os seus pais/cuidadores tiveram para com eles e isto associado à necessidade de integração entre pares. Estes dois motores desencadeadores de iniciação de consumos aliam-se à curiosidade sentida para a experimentação.

A sensação que as substâncias psicoativas proporcionam é muitas vezes utilizada como preenchimento do vazio sentido por estes utentes quanto à necessidade de afectos e de pertença a uma família que segundo eles “... não é e nunca foi perfeita... não é a riqueza que une as famílias é o carinho, a atenção, o afecto e o cuidado que têm connosco quando somos crianças. Se olhassem para nós como seres humanos e não como mais um, tenho a certeza que nenhum de nós estava aqui no CAT.”. Segundo os resultados obtidos no estudo 1, podemos afirmar que a tipologia de funcionamento familiar e a forma como os elementos que a compõem se relacionam, são um fator fundamental de proteção contra a iniciação dos consumos. No entanto, no estudo 2 (estatisticamente) não foi possível verificar uma correlação entre os níveis de vinculação e o funcionamento familiar.

Também a psicopatologia apresentada nos dados recolhidos e analisados estatisticamente revelam índices elevados de depressão, ansiedade e hostilidade. Comparando estes dados com as entrevistas clínicas podemos afirmar que os sintomas psicopatológicos apresentados são um reflexo dos anos consecutivos de consumo e das consequências que daí advêm tais como o desenvolvimento de doenças, a adopção de comportamentos de risco, a vivência nas ruas e os problemas com a lei tais como o cumprimento de penas judiciais.

Ao correlacionarmos os níveis de vinculação com o IGS foi possível verificar uma relação significativa entre a sintomatologia psicopatológica e o padrão de vinculação insegura

(ansiedade) o que contrariou os estudos encontrados onde referem que o predomínio de vinculação entre os toxicodependentes é um padrão de vinculação inseguro, mas evitante. Estes resultados podem ser interpretados como o resultado de um investimento nestes participantes por parte do CAT onde lhes proporciona diariamente a integração em atividades sociais e de grupo. Estas atividades compreendem a integração e participação em reuniões de aconselhamento e acompanhamento psicológico diário com o objetivo de promover mais e melhores competências comunicacionais e relacionais, tanto entre pares como com os seus familiares com os quais vão restabelecendo e reestruturando as suas relações.

Quando questionados sobre as suas relações familiares, mais de 80% refere ser importante manter contacto com os seus familiares já que este será um impulsionador para a manutenção do seu comportamento de abstinência e um fator motivacional para a continuação do seu programa de tratamento. Mas apenas metade desta população conseguiu restabelecer o contacto com os seus familiares.

Por fim, foi para nós importante verificar se existia relação entre a presença de sintomatologia psicopatológica, os níveis de vinculação e a tipologia familiar e observamos que 30% do desenvolvimento de psicopatologia é explicado pelo padrão de vinculação no geral, pelo nível de vinculação inseguro (ansiedade) e pela flexibilidade existente nas relações entre os elementos que compõem o sistema familiar.

Podemos, então, afirmar que trabalhar com os utentes nos seus níveis de vinculação ansiosa assim como com as suas famílias quanto à forma como se estruturam e quanto ao seu tipo de funcionamento, nomeadamente ao nível da flexibilidade, poderíamos diminuir a presença de psicopatologias e promover a manutenção da abstinência com melhores resultados na continuidade do tratamento.

Mas tal como em outras investigações, também esta apresentou algumas limitações. A primeira limitação encontrada foi a ausência de literatura encontrada quanto à relação entre a psicopatologia, a vinculação e o funcionamento familiar. A segunda grande limitação foi encontrar estudos que se focassem na população estudada nesta investigação sendo que apenas existem estudos (diminutos) que a caracterizam ao nível dos dados sociodemográficos e da psicopatologia existente. Quanto à recolha dos dados e das entrevistas clínicas foi também por nós encontrada uma limitação inicial de integração no grupo onde foi necessário um contacto permanente bi-semanal durante seis meses para que no momento da recolha das

histórias de vida nos pudesse ser facultado o máximo de informação possível e relevante para esta investigação.

Assim, com o objetivo de enriquecer a literatura existente nas temáticas abordadas nesta investigação, e com o objetivo de melhor conhecer e compreender as particularidades da população toxicodependente sem-abrigo em recuperação a residir num CAT, propomos o foco de futuras investigações baseadas na metodologia mista. Consideramos de grande pertinência que sejam realizadas investigações que sigam os mesmos procedimentos deste estudo onde o cruzamento dos dados quantitativos e qualitativos nos permitem ter uma visão mais alargada da realidade de vida destes utentes. Só deste modo é possível uma intervenção mais adaptada e com resultados mais consolidados.

No nosso país não existem programas oficialmente delineados de intervenção com utentes de CAT's em programa de recuperação nem um manual de boas práticas para o acompanhamento e promoção de restabelecimento de relações entre estes utentes e as suas famílias. Também foi verificado que o contacto que os toxicodependentes sem-abrigo em recuperação têm com a família é, usualmente, mais tardio e apenas quando estarão integrados numa CT.

Assim, sugerimos a elaboração de programas específicos de intervenção em CAT's com toxicodependentes sem-abrigo em recuperação e em parceria com as suas famílias para que deste modo o processo de recuperação seja global e integrativo nas várias áreas de vida destas pessoas. Se por um lado já existe o trabalho terapêutico com estes utentes através de reuniões de grupo semanais que promovam o desenvolvimento de competências pessoais e sociais de integração e de manutenção da sua abstinência, por outro lado é necessário que seja feita a ponte entre estes e a sua família como pilar facilitador e motivacional para o seu processo de recuperação. Sugiro que as equipas de trabalho que interagem com estes utentes tenham uma maior multidisciplinariedade de intervenções e que promovam o desenvolvimento de manuais de intervenção com técnicas e ferramentas adequadas e adaptadas que possam ser utilizadas individualmente com cada utente e com cada família.

Por fim, é nossa sugestão que seja criado um espaço para reuniões onde se verifique a integração e interação dos utentes do CAT com os seus familiares com o objetivo de poderem ser restabelecidas as relações familiares e promover a sensibilização dos familiares para a doença, assim como, facultar instrumentos que permitam o desenvolvimento de aptidões que

lhes permitam trabalhar as relações familiares, a comunicação existente e melhorar a tipologia de funcionamento familiar tornando-se o mais saudável e adaptativo possível.

Esperamos que com este trabalho possamos de algum modo ter contribuído para a sensibilização dos técnicos que trabalham diariamente com esta população e deste modo conseguir que promovam o contacto e o restabelecer de relações mais precocemente entre os utentes do CAT e os seus familiares uma vez que se verifica que este fator pode contribuir para um melhor resultado no trabalho e no investimento que fazem diariamente nos seus utentes.

Referências Bibliográficas

- Abreu, A. B. M. (2011). *Vinculação e estratégias de coping em toxicodependentes e população normativa: um estudo comparative*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Ciencias Sociais e Humanas - Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Adrados, J. L. (1995). The influence of family, school and person adolescent drug misuse, *The international Journal of Addictions*, 30, n.1, 1407-1423.
- Ainsworth, M. (1982). Attachment: Retrospect and Prospect. In C. M. Parkes e Stevenson Hinde, 1. (Eds.). *The place of attachment in human behavior*. London: Tavistock Institute of Medical Psychology, 3-30.
- Ainsworth, M. (1994). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hindle & p. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (p. 3-51). London: Tavistock/Routledge.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 09-716.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, Z. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares. Uma visão sistémica*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Allen, J. & Hauser, S. (1996). Autonomy and relatedness in adolescent-family interactions as predictors of young adults' states of mind regarding attachment. *Development and Psychopathology*, 8(4), 793-809.
- Amaro, I. (2014). Exclusão juvenil em Portugal: pistas para uma reflexão. *Intervenção Social* (30), 97-108.
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., Louie, A., Baumbacher, G., McGuinness, T. & Schiff, E. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions towards psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59(2), 213-239.
- Anderson, A. & Henry, C. (1994). Family system characteristics and parental behaviors as predictors of adolescent substance use. *Adolescence*, 29, pp. 405-420.
- Andersson, P. & Perris, C. (2000). Experiences of parental rearing and patterns of attachment in adulthood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 279-288.
- Angel, S. & Angel, P. (2005). *Os toxicómanos e as suas famílias*. Climepsi editores: Lisboa.

- António, D. M. G. D. O. (2009). *Vinculação do Adulto e Sistema Comportamental de Prestação de Cuidados em Toxicodependentes integrados em Comunidade Terapêutica e em Programa de Metadona*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior de Psicologia aplicada, Portugal.
- António, F. R. C., Daminello, T. F. D. A. & Chaves, E. M. S. (2016). A família e a dependência de substâncias psicoativas: uma análise do contexto familiar. *Revista do Instituto de Pesquisas e Estudos: Construindo o Serviço Social*, 17(31).
- Araújo, M. I. A., de Mendonça Pinheiro, B., Araújo, I. A., Bernardo, G. P., Bernardo, L. P., Parente, L. L. T. & Telles, M. V. L. (2018). Hepatite C: Riscos e Consequências em Usuários de Drogas. *Revista De Psicologia*, 12(39), 796-807.
- Arnett, J. J. (1997). Young people's conceptions of the transition to adulthood. *Youth & Society*, 29, 1-23.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. & Tanner, J. L. (Eds.). (2006). *Emerging adults in America: Coming of age in the 21st century*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bailly, D. (1997). *Angustia de separación*. Barcelona: Masson.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, 61(2), 226.
- Bateson, G. (1987). *Natureza e espírito*. Lisboa: Dom Quixote.
- Bauer, M.W. (2002). Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis: Vozes, p. 189-217.
- Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., O'Connor, T.G., Rutter, M. & the ERA Study Team (2003) Health problems in children adopted from Romania: association with duration of deprivation and behavioural problems. *Adoption and Fostering* 27 (4) 19 29.
- Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação* (3ª edição). Lisboa: Gradiva
- Beman, D.S. (1995). Risk factors leading to adolescent substance abuse. *Adolescence*, 30, 201- 208.
- Berman, W.H. & Sperling M.B. (1991). Parental attachment and emotional distress in the transition to college. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 47-440.
- Bertalanffy, L. V. (1973). *Teoria Geral dos Sistemas* (3 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Bowen, M. (1991). *De la familia ao individuo*. Barcelona, España: Paidós.
- Bowlby, J. (1969). *Apego* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *Formação e rompimento de laços afetivos*, 2ª ed., São Paulo, Martins Fontes Ed., 1990.
- Bowlby, J. (1980). *Perda: Tristeza e Depressão* (23 Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base – Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Brandão, B. & Carvalho, J. (2016). “Aqui não é uma comunidade terapêutica”: entre a diversidade e normatividade em tratamentos com usuários abusivos de drogas. *Revista Teias*, 17(45), 63-82.
- Bravo, A., Costa, J. M. A., Garcia, E. M. R., Lito, A. M., Monteiro, N., Moreira, S. & Silvério, E. (1982). Terapia familiar com toxicómanos: um programa de desintoxicação a cargo da família. *Psicologia*, 3(3/4), 167-182.
- Breslau, J., Lane, M., Sampson, N. & Kessler, R. C. (2008). Mental disorders and subsequent educational attainment in a US national sample. *Journal of psychiatric research*, 42(9), 708-716.
- Caetano, D. (1993). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. In *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Editora Artes Medicas Sul.
- Calil, V. L. L. (1987). *Terapia familiar e de casal*. (2.ª Edição ed.): São Paulo: Summus.
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W. & Volkow, N. D. (2009). Treating Drug Abuse and Addiction in the Criminal Justice System: Improving Public Health and Safety. *The Journal of the American Medical Association*, 301(2), pp. 183-190.
- Campos, M. T. (2004). *Violência e dependência química: desafios para a escola cidadã*. Santos: Espaço do Autor.
- Canário, C. & Ricou, M. (2007). A Redução de Risco Associados aos Consumos de Substâncias Psicoactivas como Medida de Humanização da Saúde. In R. Nunes (Ed.), *Humanização da Saúde* (p. 69-90). Porto: Gráfica de Coimbra.
- Canavarro, M. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.). (2007). *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a população Portuguesa* (p. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

- Canavarro, M. C. S. (1999). *Relações Afectivas ao longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*, Coimbra, Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Dias, P. & Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20 (1), P. 155-186.
- Cancrini, L.; Gregorio, F. & Nocerino, S. (1997). Las familias multiproblemáticas. In M. Coletti e J. Linares (coords), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona, Paidós, p 45-80.
- Cannon, S.R. (1976). *Social functioning patterns in families of offspring receiving treatment for drug abuse*. New York: Libra Publ.
- Carrinho, P. & Pereira, A. S. (2011). (Des) vinculação nos sem abrigo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 19-26.
- Carlson, E. A. (1998). *A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation*. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (2001). *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cassidy, J. & Berlin, L.J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: theory and research. *Child Development*, 65, 971-981.
- Catarino, A. H. (2002). *Vinculação e Satisfação Familiar de Toxicodependentes*. Dissertação de Mestrado em Famílias e Sistemas Sociais, Instituto Superior Miguel Torga, Escola de Altos Estudos de Coimbra, Portugal.
- Cerqueira, M., Pires, S., Figueiredo, D., Matos, A. & Sousa, L. (2003). Os Problemas das Famílias Multiproblemáticas: Comparação da Perspectiva dos Profissionais e das Próprias Famílias. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 76, 143-164.
- Cerveny, C. (2011). *A família como modelo* (2. ed). São Paulo, SP: Livro Pleno.
- Cerveny, C. M. & Berthoud, C. M. E. (2002). *Visitando a família ao longo do ciclo vital*. Casa do Psicólogo.
- Coatsworth, J.D., Santisteban, D.A., McBride, C.K. & Szapocznik, J. (2001) Brief strategic family therapy versus community control: engagement, retention, and exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Fam Process*, 40(3), pp. 313-320.
- Conner, B. T., Helleman, G. S., Ritchie, T. L. & Noble, E. P. (2010). Genetic, personality, and environmental predictors of drug use in adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(2), pp. 178 - 190.

- Coutinho, C.P. (2016). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Cunningham, P. B. & Henggeler, S. W. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: Lessons learned throughout the development of multisystemic therapy. *Family Process*, 38(3), 265-281.
- Deklyen, M. & Speltz, M.L. (2001). Attachment and conduct disorder. In J. Hill & B. Maughan (Eds.) *Conduct disorders in childhood and adolescence* (p.320– 345). Cambridge: Cambridge University Press.
- Derogatis, L.R. (1993) *BSI - Brief Symptom Inventory. Administration, Scoring, and Procedures Manual* (4ª Ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). *The Brief Symptom Inventory: an introductory report*. *Psychological Medicine*, 13 (3), 595-605
- Dias, F. (2001). *Sistemas de comunicação, de cultura e de conhecimento, um olhar sociológico*. Instituto Piaget. Lisboa.
- Dias, F. (2003). *Educação e Projecto de Vida, Antes e Depois da Toxicodependência*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dias, M. O. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica: O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*, p. 139-156.
- Dixon, L., Browne, K. & Hamilton-Giachritsis, C. (2005). Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(1), 47-57.
- EMCDDA. (2016). Relatório Europeu sobre Drogas. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (2009). *Da Coerção à Coesão – Tratamento da Dependência de Drogas por Meio de Cuidados de Saúde e Não da Punição*. Obtido em 12 de Dezembro de 2016, de <http://doi.org/10.2810/7534>.
- Falcão, C. (2005). *Terapia Familiar: O ciclo de vida familiar*. Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Évora.
- Farate, C. (2000). Consumo de drogas: entre a fragilidade do laço objectal e a falência da relação com o outro o ‘risco relacional’ de uma conduta (pouco) exemplar. In I. Soares (coord.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida* (316-380). Lisboa: Quarteto.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. & Horwood, L. J. (2008). The Developmental Antecedents of Illicit Drug Use: Evidence from a 25-year Longitudinal Study. *Drug Alcohol Depend*, 96(12), pp. 165-177.

- Ferreira, L. A. G. (2009). *Depois da rua: Dimensões sociais gerais da vinculação adulta na população*. Dissertação de mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Portugal.
- Ferreira, V. (1999). O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos” in Silva, A. S. (org.). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ferros, L. (2003). Jovens, drogas e famílias. Uma breve revisão da literatura. *Revista Toxicodependências*, 9(2), 71-83.
- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y. & Weizman, A. (2003). The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion, and adaptability. *Substance use & misuse*, 38(2), 271-292.
- Fleming, M. (1993), *Adolescência e autonomia, o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais*. Porto, Edições Afrontamento.
- Fleming, M. (2001). *Família e toxicodependência*. Lisboa: Afrontamento.
- Fleming, M., Figueiredo, E., Vicente, S. & Sousa, A. (1988). Consumo de drogas ilícitas e factores de risco em adolescentes. *Psicologia*, 3, 431-437.
- Fleming, M. & Vaz, J.M. (1981). Elementos para a caracterização da população utente do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga/Norte. *Psicologia*, 4, 393-402.
- Frazão, C., Pereira, E., Magalhães, C. & Teles, L. (2005). *O carrossel da vida: histórias do agarrar*. Climepsi: Lisboa.
- Freeman, H. & Brown, B.B. (2001). Primary attachment to parents and peers during adolescence: Differences by attachment style. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 653-674.
- Foddy, W. (2002). *Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de Perguntas e Entrevistas e Questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- Formiga, M. B., Vasconcelos, S. C., Galdino, M. K. C. & Lima, M. D. C. (2015). Presence of dual diagnosis between users and non-users of licit and illicit drugs in Brazil . *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(4), 288–295.
- Gago, N. P. R. (2013). *Implementação de uma intervenção psicossocial em indivíduos toxicodependentes: a importância da vinculação e do suporte social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde – Universidade Portucalense, Porto.
- Garcia-Santos, S. C. (2008). Entrevista Comportamental aliada aos Testes Psicológicos na Avaliação por Competências. In: Pereira, D. F.& Bandeira, D. R. (Orgs.). *Aspectos Práticos da Avaliação Psicológica nas Organizações*. São Paulo: Vetor Editora, p. 23-38.

- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Greenwald, J. I., Grant, W. D., Kamps C. A. & Haas-Cunningham, S. (1998). The genogram scale as a predictor of high utilization in a family practice. *Families, Systems & Health*, 16(4), 375—392.
- GenoPro (2013). *GenoPro Help Center*. Disponível em url: <http://www.genopro.com/help>
- Gerson, R. & McGoldrick, M. (1993). *Genogramas en la evaluación familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Godinho, J., Marques, R., Gonçalves, N. & Vultos, J. (2007). Avaliação de uma população sem-abrigo a residir num centro de acolhimento, e integrado em programa de manutenção com metadona. *Revista toxicodependências*, 13 (1), 3-10.
- Godinho, R. (2007). Estudo comparativo entre uma população toxicodependente sem-abrigo e uma população toxicodependente domiciliada: aspetos psicossociais e psicopatológicos. *Toxicodependência*, 13 (3), 3, 14.
- Goldberg, D. (2003). Vulnerability, destabilization and restitution in anxious depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(418), 81-82.
- Goldberg, S. (1993). Recent developments in attachment theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36(6), 393-400.
- Golder, S., Rogers, Gillmore, M.R., Spieker, S. & Morrison, D. (2005) Substance Use, Related Problem Behaviours and Adult Attachment in a Sample of High Risk Older Adolescent Women. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 181.
- Gómez, E., Muñoz, M. & Haz, A. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé*, 16 (2), 43-54.
- Gonçalves, A. M. & Pereira, M. D. G. (2011). Variáveis familiares e toxicodependência. *Revista da SBPH*, 14(2), 228-251.
- Gouveia, P. R., Pires, M. R. & Hipólito, J. (Janeiro-Dezembro de 2015). O Novo Ciclo Familiar Após o Nascimento do Primeiro Filho. (UAL, Ed.) *Psique*, 11, p. 135-160.
- Grawitz, M. (1976). *Méthodes des sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Guedeney, N. & Guedeney, A. (2004). *Vinculação. Conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hair, J.F. Jr., Black, W.C., Babin, B.J., Anderson, R.E. & Tatham, R.L. (2009). *Análise multivariada de dados*. 6a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

- Henriques, T. (2013). *Toxicodependência: O Caso da Comunidade Terapêutica Arco-Íris* (Relatório de Estágio). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Javeau, C. (1982). *L'enquête par questionnaire. Manuel à l'usage du praticien*. Bruxelas: Éditions de l'Université de Bruxelles.
- Johnson, B., Onwuegbuzie, A. & Turner, L. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*. 1 (2), 112-133.
- Jurich, A. P., Polson, C. J., Jurich, J. A. & Bates, R. A. (1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence*, 20(77), 143.
- Kalina, E. (1999). *Drogadição hoje: indivíduo, família e sociedade*. Porto Alegre: ArtMed.
- Karch, S. (2008). *Addiction and Medical Complications of Drug Abuse*. California: Taylor & Francis Group
- Kobak, R. & Cole, C. (1994). Attachment and metamonitoring: Implications for adolescents autonomy and psychopathology. In D. Cicchetti (ed.), *Roshester Symposium on Development and Psychopathology: Vol. 5. Disorders of the Self* (p. 267-297). Roshester, NY: University of Roshester Press.
- Kronberger, N. E. & Wagner, W. (2002). Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: M.W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis: Vozes.
- Kumpfer, K. (1998). Selective Prevention interventions: The strengthening families program. In Ashery, R., Robertson, E. & Kumpfer, K. (Eds.), *Drug abuse prevention throug family interventions* (pp. 160-207). Rockville: National Institute on Drug Abuse (NIDA)
- Lawson, G., Peterson, J. S. & Lawson, A. (1983). *Alcoholism and the family: A guide to treatment and prevention*. Rockville. MD: Aspen.
- Lemos, I.T., Valadas, S.C. & Faísca, L.M. (2008). *O estudo das caracterísUcas psicométricas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) em adolescentes portugueses*. XIII Conferência Internacional De Avaliação Psicológica: Formas E Contextos: Braga (2 a 4 de Outubro de 2008)
- Linares, J. (1997). *Modelo sistémico y familia multiproblemática in La intervención sistémica en los servicios sociales ante la Familia Multiproblemática. La Experiencia de Ciutat Vella*. Paidós: Barcelona, 23-44.
- Lorenzi-Cioldi, F. (1997). *Questions de méthodologie en sciences sociales*. Paris: Delachaux et Niestlé.

- Lutman, B., Lynch, C. & Monk-Turner, E. (2015). De-Demonizing the 'Monstrous' Drug Addict: A Qualitative Look at Social Reintegration Through Rehabilitation and Employment. *Critical Criminology*, 23(1), 57-72.
- Machado, T. S. (2004). Vinculação e comportamentos anti-sociais. In A. C. Fonseca (Ed). *Comportamento anti-social e crime. Da infância à idade adulta*. (p. 291-321). Coimbra: Almedina.
- Machado, T. S. (2007) Padrões de vinculação aos pais em adolescentes e jovens adultos e adaptação à Universidade, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano 41-2, p. 5-28.
- 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. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), pp. 1689-1695.
- Main, M. (1991), Metacognitive Knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. Multiple (incoherent) models of attachment: findings and directions for futur research. In C.M. Parkes, J. Stevenson hinde & P. Marris (eds.), *attachment across the life cycle* (p. 127-159), London: Tavistock/Routledge.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 37-43.
- Main, M. & Hesse, E. (1999). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (p.161-184). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M. Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: a move to the level of representation. *Monographs of Society for Research in Child Development*, 50 (1-, Serial N° 09), 66-104.
- Malpique, C. (1997). *Pais/filhos em consulta psicoterapêutica*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber, Lda.
- Martínez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, 89-115.
- Matos, A. (2005). Algumas considerações sobre o jogo relacional entre o toxicodependente e a sua família. *Revista Toxicodependências*, 11(3), 53-62
- Matos, A. & Sousa, L. (2006). O Apoio das instituições de protecção social às famílias multiproblemáticas. *Rev. Psicol. Instit, londrina*, 3(1), 1-23.

- Manzini, E. J. (2003). Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semiestruturada. In: Marqueline, M. C., Almeida, M. A.; Omote, S. (Orgs.). *Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial*. Londrina: Eduep, p. 11-25.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1995). Genetogramas e o ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. McGoldrick, *As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar* (M. A. Veronese, Trad., 2 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mendes, A. I. A. (2017). *Estigma percebido em toxicodependentes: trajetória até ao tratamento* (Doctoral dissertation). Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
- Mendes, J. A. F. (2015). *Vivência familiar e personalidade em toxicodependentes* (Master's thesis).
- Merikangas, K. R., Li, J. J., Stipelman, B., Yu, K., Fucito, L., Swendsen, J. & Zhang, H. (2009). The Familial Aggregation of Cannabis Use Disorders. *Addiction*, 104(4), pp. 622-629.
- Mickelson, K., Kessler, R. & Shaver, P. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(5), pp. 1092 - 1106.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Mikulincer M. & Shaver, P. R. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotions*, 27, 77-102.
- Mikulincer M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood, structure, dynamics, and change*, The Guilford Press, New York, London.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Minuchin, P., Colapinto, J. & Minuchin, S. (2009). *Pobreza, institución, familia*. (2ª ed.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Minuchin, S. & Fishman, H. C. (1990). Livets dans. *Familjeterapeutiska tekniker*.
- Moen, C. & Ohlund, L. (2003). Negative memories of childhood and current drug abuse use. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, pp. 303-308.
- Morel, A., Hervé, F. & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. Climepsi Editores. Lisboa.
- Morim, C. G. G. S. C. (2014). *Vinculação e adição: Narrativas de indivíduos aditos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Portucalense, Portugal.

- Neves, Z. S. (2007). *A (nossa) Intervenção com Famílias multiproblemáticas*. Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar. Lisboa
- Neves, S. (2015). *Funcionamento Familiar e Autoconceito do Adolescente*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga: Escola de Altos Estudos, Coimbra.
- Newcomb-Rekart, K., Mineka, S., Zinbarg, R.E. & Griffith, J.W. (2007). Perceived Family Environment and Symptoms of Emotional Disorders: The Role of Perceived Control, Attributional Style, and Attachment. *Cognitive Therapy and Research*.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e métodos*. Porto Alegre: Artmed.
- Nickerson, A. & Nagle, R. (2005). Parent and Peer Attachment in Late Childhood and Early Adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 223-249.
- NIDA (2002), Risk and protective factors, *Drug and Abuse Prevention Research Update – NIDA Notes*, 16, n.º6.
- Nunes, M. F. O., Noronha, A. P. P. & Ambiel, R. A. M. (2012). Entrevistas Devolutivas em Pesquisa em Avaliação Psicológica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 32, n. 2, p. 496-505.
- Olson, D. (2010). FACES IV, scoring & storing data. *Life Innovation*, Inc. (<http://www.facesiv.com/pdf/scoring.pdf>).
- Olson, D. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: validation study. *Journal of Marital & Family Therapy*, 3(1), 64-80. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, p. 144-167.
- Olson, D. & Gorall, D. (2003). Circumplex Model of Marital and Family Systems. In F. Walsh. *Normal family processes*, (3 ed) p. 514-548. New York: Guilford Press
- Olson, D. H., Gorall, D. M. & Tiesel, J. (2006). *FACES IV: Development and Validation*. Life Innovations, Inc.
- OMS (2015). *WHO's role, Mandate and Activities to Counter the World Drug Problem: A Public Health Perspective*. Obtido em 15 de Dezembro de 2016, de http://www.who.int/substance_abuse/publications/drug_role_mandate/en/
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças*. Edusp.
- Orth, A. P. S. (2005). *A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico*. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br>>. Acesso em: 14 jun. 2017.

- Ouzir, M. & Errami, M. (2016). Etiological theories of addiction: A comprehensive update on neurobiological, genetic and behavioural vulnerability. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 48, pp. 59 – 68.
- Pereira, M. G. & Teixeira, R. (2013). Portuguese validation of FACES-IV in adult children caregivers facing parental cancer. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 478-490.
- Pérez, A. Villoria, M., Torres, F., Rodríguez, M. & Méndez, S. (2002). *Informação geral para prevenção das toxicodependências*. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. Madrid.
- Perris, C. & Andersson, P. (2000). Experiences of parental rearing and patterns of attachment in adulthood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 279-288.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, p. 527-528.
- Pinto, R. D. P. M. (2011). *Ideação suicida e sintomatologia psicopatológica em indivíduos toxicodependentes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Portucalense, Portugal.
- Pinto, C. S. G. & Macedo, E. O. (2017). *Toxicodependência: vinculação e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga, Portugal.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2006). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. *Estudos de Psicologia*, 11(3), Pp. 315-322.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramalho, A. F. A. (2009). *Vinculação e auto-conceito em sujeitos toxicodependentes residentes em comunidades terapêuticas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Rebelo, J.J.C. (2008). *Relações Familiares e Toxicodependência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.
- Reinert, M. (1998). *Alceste. Version 4.0 – Windows (Manual)*. Toulouse: Société IMAGE.
- Relvas, A. (1998). Histórias de famílias, história familiar e toxicodependências. Da compreensão à intervenção. *Toxicodependências*, 3, 81-88.

- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias. Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Biblioteca das Ciências do Homem: edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. & Major, S. (2015). *Avaliação Familiar: Funcionamento e intervenção*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Richardson, L., Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research. Writing: A method of inquiry*, 923-948.
- Rocha, G. C. (2009). *Vinculação e aliança terapêutica de adultos toxicodependentes em comunidade terapêutica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Rosa, A., Gomes, J. & Carvalho, M. (2000). *Toxicodependência. Arte de cuidar*. Formasau. Coimbra.
- Rosch, D. (1988). La Famille du toxicomane. In S. Angel, C. Olivenstein, D. Rosch, P. Chaltiel, S. Hefez, A. Marty-Lavauzelle, P. Férida, B. Brusset, F. Caballero, P. Gutton, P. Angel (Eds.). *Entre dépendances et libertés*. (17-29). S. & P. Angel. Éditions G.R.E.U.P.P.
- Santos, A., Calado, Á., Coxo, D., Trindade, M. M. & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Toxicodependências*, 17(1), 33-41.
- Saraiva, J. & Miguel, N. (2004). Toxicodependentes Sem-Abrigo uma experiência de estabilização e encaminhamento. *Revista Toxicodependências*, 10, 3-14.
- Schenker, M. & Minayo, M. (2003). A Implicação da Família no Uso Abusivo de Drogas: Uma Revisão Crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 299-306.
- Schindler, D. Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., KÜstner, U. & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & human development*, 7(3), pp. 207-228.
- Schweitzer, R. D. & Lawton, P. A. (1989). Drug abusers' perceptions of their parents. *Addiction*, 84(3), 309-314.
- Sequeira, J.P. (2006). *As origens psicológicas da toxicomania*. Lisboa: Climepsi.
- Shaver, P.R., Belsky, J. & Brennan, K.A. (2000). The Adult Attachment Interview and self reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Shaver, P.R. & Clark, C.L. (1994). The psychodynamics of adult romantic attachment. In J.M. Masling & R.F. Bornstein (Eds.), *Empirical perspectives on object relations theories* (p. 105-156). Washington, DC. American Psychological Association.

- SICAD (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020*. Obtido em 03 de Dezembro de 2016, de http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducao_CAD_2013-2020.pdf.
- SICAD (2014). *Sinopse Estatísticas: Portugal 2012*. Obtido em 03 de Dezembro de 2016, de http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/documentos%20antigos/SinopseEstatistica2012_PT.pdf.
- SICAD (2017). *Relatório anual 2016: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Obtido em 02 de Março de 2018, de http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/Documents/documentos%20antigos/SinopseEstatistica2012_PT.pdf.
- Simpsons, J.A. & Rholes, W.S.(2002). Fearful-avoidance, disorganization, and multiple working models: Some directions for future theory and research. *Attachment and Human Development*, 4, 223- 229.
- Skolnick A. (1987). Early attachment and personal relationships across the life course. In P.B. Baltes, D.L. Featherman & R.M. Lerner (Eds.), *Life span development and behaviour* (Vol. 7, p. 173- 204). Hillsdale, N.J.: Lawrence Earlbaum Associates.
- Soares, I. (1996). *Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência*. Braga. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do desenvolvimento e contexto familiar: teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento: trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida* (p. 381-434). Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. (2004). *Vinculação e adolescência patológica*. Comunicação apresentada no congresso de Adolescência: Identidade e Modernidade, Lisboa, Portugal.
- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Soares, I. & Machado, G. (1993). Avaliação da vinculação em Jovens e adultos. In L.S. Almeida e I. S. Ribeiro (Eds.). *Avaliação psicológica: Formas e contextos*. Braga: Apport, 58-75.
- Sochos, A. (2013) The Defining Constituents of Adult Attachment and Their Assessment. *Journal of Adult Development*, 20(2), 87-99.
- Sommer, M. (2004). *Carreiras de Saída da Toxicodependência*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Sousa, E. D. S. D. S. (2009). *Guia de utilização do software ALCESTE: uma ferramenta de análise lexical aplicada à interpretação de discursos de atores na agricultura*. Embrapa Cerrados.
- Sousa, L. (2005). *Famílias Multiproblemáticas*. Coimbra: Quarteto.
- Sousa, L. & Eusébio, C. (2005a). When Multi-problem Poor Individuals' Values Meet Practicioners' Values. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 15, 353-367.
- Sousa, L. & Eusébio, C. (2005b). When multi-problem poor families' myths meet larger system myths. *Journal of Social Work*, 7 (2), 217-237.
- Sousa, L., Hespanha, P., Rodrigues, S. & Grilo, P. (2007). *Famílias Pobres: desafios à intervenção social*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sousa, L., Pires, S. Matos, A., Cerqueira, M. & Figueiredo, D. (2004). Retratos da vida das famílias multiproblemáticas pobres: implicações para a intervenção. *Revista Serviço Social & Sociedade*, 80, 5-32.
- Sousa, L. & Ribeiro, C. (2005). Percepção das famílias multiproblemáticas pobres sobre as suas competências. *Psicologia*, 19, (1-2), 169-191.
- Sousa, M. D. C. D. C. & Macedo, E. O. (2016). *Bonding e Psicopatologia na Toxicodependência*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior MiguelTorga, Portugal.
- Sroufe, L., Carlson, E., Levy, A. & Egeland, B. (1999). Implications of Attachment Theory for Development Psychopathology. *Developmental and Psychopathology*, 1(13), p. 1-13.
- Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E. & Collings, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.
- Stanton, M. & Todd, T. (1982). *The family therapy for drug abuse and addiction*. New York: Guilford Press.
- Stanton, M. & Shadish, W. (1997). Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122(2), pp. 170-191.
- Sund, A. M. & Wichstrom, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1478-1485.

- Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Dierker, L., Glantz, M., Jin, R. & Kessler, R. C. (2009). Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*, 104(8), 1346-1355.
- Tavares, M. A. (2000). Entrevista clínica. In: Cunha, J. A. (Ed.). *Psicodiagnóstico V*. 5. ed. revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed, p. 45-56.
- Tinoco, R. (2006). Comunidades terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. *Toxicodependências*, 12, 21-30.
- Torres, N., Chagas, T. & Ribeiro, J. P. (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoativas: Um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de pressuposto básico de WR Bion. *Revista Toxicodependências*, 35-48.
- Toscano, A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. In S. Seibel & A. Toscano (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu.
- Trickett, P. K. & Susman, E. (1989) Percieved similarities and disagreements about childrearing practices in abusive and non abusive families. In D Cicchetti & V Carlson (eds), *Child maltreatment Theory an research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, p 280-301,Cambridge University Press.
- Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Troisi, A. & Argenio, A. (2004). The relationship between anger and depression in a clinical sample of young men: The role of insecure attachment. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 269-272.
- Vala, J. (2003). A Análise de Conteúdo. In: A.S. Silva; J. M. Pinto (Orgs.). *Metodologia das Ciências Sociais*. 12 ed. Porto: Edições Afrontamento, p. 101-128.
- Van Ijzendoorn, M. (1995).Of the way we are: On temperament, attachment, and the transmission gap: A rejoinder to Fox (1995). *Psychological Bulletin*, Vol. 117, N° 3, 411-415.
- Videira, J. I. (2013). *Queixas somáticas e funcionamento familiar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto Superior Miguel Torga de Coimbra.
- Vieira, C. (2007). A comunidade terapêutica: da integração à reinserção. *Revista Toxicodependências*, 13 (3), 15-22.
- Weiner, I.B. (1995). *Perturbações psicológicas na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Wendt, N. C. (2006). *Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade*. Dissertação de Mestrado não-publicada,

Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.

- Wendt, N. C. & Crepaldi, M. A. (2008). A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302—310.
- West, M. & Sheldon-Keller, A.E. (1994) *Patterns of relating: An adult attachment perspective*. New York: Guilford Press.
- Zhang, T., Ramakrishnan, R. & Livny, M. (1996). BIRCH: an efficient data clustering method for very large databases. In *ACM Sigmod Record* (Vol. 25, No. 2, pp. 103-114). ACM.
- Zimié, J. & Jukié, V. (2012). Familial Risk Factors Favoring Drug Addiction Onset. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(2), 173-185.
- Zucker, R. A., Donovan, J. E., Masten, A. S., Mattson, M. E. & Moss, H. B. (2008). Early Developmental Processes and the Continuity of Risk for Underage Drinking and Problem Drinking. *Pediatrics*, 121, pp. 252-272.

Anexos

Anexo I – Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Escolaridade: _____

Género:

1. ☐ Masculino
2. ☐ Feminino

Estado Civil:

3. ☐ Solteiro
4. ☐ Casado / União de facto
5. ☐ Divorciado / Separado de facto
6. ☐ Viúvo

Filhos:

1. ☐ Não
2. ☐ Sim. Se sim quantos? _____

Situação Profissional:

1. ☐ Empregado.
2. ☐ Desempregado

Profissão: _____

Consumo de estupefacientes?

1. ☐ Não
2. ☐ Sim. Se sim qual o tempo de consumo? _____

Está em programa de Metadona?

1. ☐ Não
2. ☐ Sim. Se sim há quanto tempo? _____

Quantas vezes esteve em programa de Metadona? _____

Está há quanto tempo na VITAE? _____

Já esteve em outros Centros de Acolhimentos?

3. ☐ Não
4. ☐ Sim. Se sim em quantos? _____

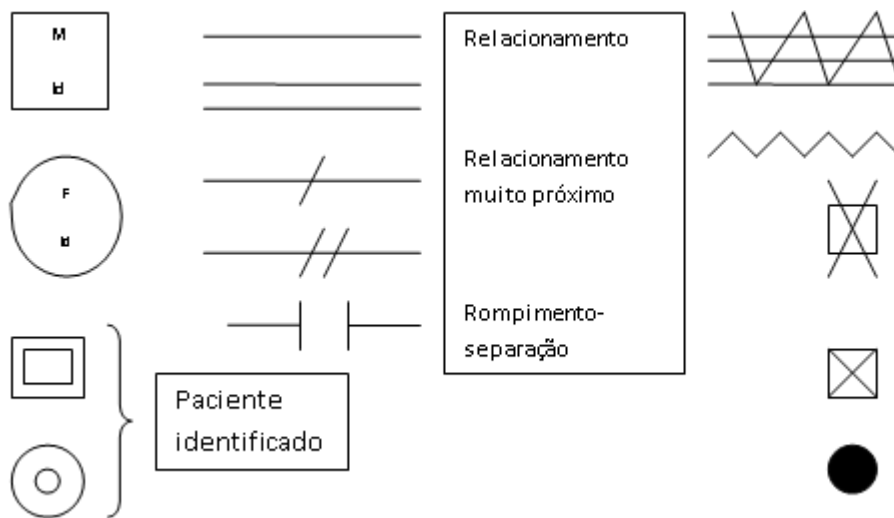
Já esteve Comunidade Terapêutica?

1. ☐ Não
2. ☐ Sim. Se sim em quantas? _____

Anexo II - Entrevista Clínica Semiestruturada

Entrevista Clínica

1. Fale-me um pouco da sua saúde. Já teve algum problema de saúde?
 - a. Alguma vez necessitou de acompanhamento psicológico / psiquiátrico?
 - b. Já esteve internado alguma vez?
2. Posso-lhe pedir que me ajude a construir a árvore da sua família? Isto irá ajudar-me a compreendê-lo melhor.



3. Que recordações tem da sua infância?
 - a. Foi um bebé desejado?
 - b. Quantos irmãos tem?
 - c. Como era a sua relação com os seus pais e a restante família?
 - d. E na escola? como era na escola quando era mais novo?
4. E durante a sua adolescência?
 - a. Como era a sua relação com os seus pais/irmãos/familiares?
 - b. E com os amigos?
 - c. Nesta fase da adolescência como era na escola?
5. Em termos de trabalho qual a sua experiência / atividade profissional? Pode-me falar um pouco sobre isso?

- 6. Neste momento mantem algum relacionamento com alguém?**
- a. Se sim... que tipo de relacionamento? Tipologia de comportamento sexual?
Em que contribui este relacionamento para a permanência no Centro de Acolhimento?
 - b. Se não... e no passado? Teve outros relacionamentos?
- 7. Quanto aos consumos... qual foi a idade de início nos consumos? Tem recordações disso?**
- a. Fatores determinantes para o início de consumo (família, pares, etc)
 - b. Quando pediu ajuda pela 1ª vez? Recorda-se?
 - c. O que foi que o levou a pedir ajuda?
 - d. Quantas recaídas? Porquê?
 - e. Que tipo de tratamentos fez?
 - f. Quantas comunidades frequentou?
- 8. Antes de o XYZ estar aqui no CAT estava a viver na rua. Pode-me falar um pouco sobre como foi viver na rua?**
- a. As causas que o levaram a viver na rua
 - b. A sua relação com as redes de apoio , alimentação, etc
 - c. Como se sentiu?
- 9. Como é que a sua família tem acompanhado esta situação?**
- a. Mantem contacto com a família?
 - b. Que familiares o acompanham?
 - c. É importante o ter/manter o contacto com a família para o processo de recuperação?
- 10. Quanto a problemas com a lei... já teve algum? Se sim como o resolveu?**
- 11. Por fim, o que espera do futuro?**
- a. Quanto a família/ emprego/abstinência etc...

Anexo III – Minuta do pedido de autorização à direção do CAT para a aplicação dos instrumentos

Exmo. Sr. Director do Centro de Acolhimento Temporário – VITAE

Eu, Marisa Dolores, licenciada em Psicologia e mestranda em Psicologia Clínica e Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, sob orientação da Professora Doutora Mónica Pires, vem por este meio solicitar a autorização para a implementação de um projecto de investigação na vossa instituição para a dissertação de mestrado “Toxicodependentes sem-abrigo em Centro de Acolhimento Temporário e funcionamento familiar: Estudo exploratório”.

Este estudo tem como objetivo aprofundar o conhecimento desta população clínica ao nível individual e familiar, nomeadamente: conhecer a sintomatologia psicopatológica prevalente, o vínculo afectivo quanto à vinculação no adulto, e o funcionamento familiar ao nível da coesão, flexibilidade, satisfação e comunicação.

Os utentes do Centro de Acolhimento Temporário de Alcântara serão devidamente esclarecidos da investigação acima mencionada e convidados a participar voluntariamente. Após consentimento informado devidamente assinado pelos utentes, ser-lhes-á administrada uma bateria de instrumentos composta por um questionário sócio demográfico, uma entrevista semiestruturada e 3 escalas: Inventário de Sintomas Psicopatológicos, a Escala de Vinculação no Adulto; Escala de avaliação da dinâmica familiar “FACES IV” (os instrumentos de avaliação encontram-se em anexo).

O preenchimento dos questionários será feito pelos utentes do CAT e a entrevista gravada em suporte áudio adequado com o objetivo de elaboração da história clínica de cada utente. Este processo será realizado individualmente nas instalações do CAT em gabinete fechado, permitindo a privacidade de cada um dos utentes, podendo assim garantir o anonimato e a confidencialidade.

Após a obtenção dos dados os mesmos serão inseridos e analisados em suporte informático específico, nomeadamente: através da utilização do SPSS para os dados quantitativos, e do ALCESTE onde será feita a análise fatorial dos dados recolhidos qualitativamente. No final da inserção e análise dos dados quantitativos e qualitativos, será feita uma triangulação dos mesmos permitindo assim uma reflexão dos mesmos.

Para qualquer esclarecimento adicional estaremos disponíveis para contacto através do email:
marisadolores@gmail.com.

Antecipadamente grata, dirijo-lhe os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,

A aluna,

A orientadora,

Anexo IV – Minuta exemplificativa do consentimento dos utentes para participação voluntária nesta investigação

Eu, Marisa Dolores, licenciada em Psicologia e mestranda em Psicologia Clínica e do Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa, convido V. Exa a participar como elemento de amostra na dissertação de mestrado “Toxicodependentes sem-abrigo em Centro de Acolhimento Temporário e funcionamento familiar: Estudo exploratório”.

O objetivo deste trabalho será aprofundar o conhecimento desta população clínica ao nível individual e familiar. Com esta investigação esperamos conseguir conhecer e compreender as dinâmicas e funcionamento familiar da população toxicodependente sem-abrigo num CAT, segundo a sua perspetiva.

A informação recolhida poder-nos-á permitir o desenvolvimento de um programa de intervenção junto das famílias e dos utentes aquando do seu processo de desintoxicação.

As respostas aos questionários serão feitas por cada um dos utentes do CAT e as entrevistas serão gravadas em formato áudio e transcritas posteriormente. Todas as informações recolhidas serão estritamente confidenciais e anónimas e servem apenas o propósito da investigação, podendo desistir a qualquer momento.

Desde já, muito grata pela sua disponibilidade.

Eu, _____ compreendi os objetivos da investigação e aceito participar voluntariamente no estudo como elemento da amostra, assim como, autorizo também a gravação áudio da minha entrevista desde que a mesma seja apenas utilizada para este estudo.

____/____/____

Anexo V – Consentimento aos autores que validaram as escalas para a população portuguesa dos instrumentos a aplicar

Ana Rita Martins [REDACTED]

7 de fevereiro de 2017
15:29

Para: marisadolores@gmail.com

Cara Marisa Dolores,

Está autorizada a utilizar a versão portuguesa do BSI (Canavarro, M. C., 1997), a qual se envia em anexo.

Para conhecer os dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar a bibliografia indicada na nossa página web <http://gaius.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>, bem como capítulo de livro que também anexo ao presente email.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Martins

(P'la Prof. Cristina Canavarro)

[Texto das mensagens anteriores oculto]

2 anexos



BSI.pdf
39K



2007_Inventario_de_Sintomas_Psicopatologicos.pdf
7433K

Neuza Silva [REDACTED]

31 de janeiro de 2017
13:43

Para: Marisa Dolores <marisadolores@gmail.com>

Cc: [REDACTED]

Cara Marisa Dolores,

Está autorizada a utilizar a versão portuguesa do questionário EVA – Escala de Vinculação do Adulto, da qual a Professora Doutora Cristina Canavarro é autora, e que envio em anexo. Envio igualmente o artigo correspondente à validação do questionário para a população portuguesa.

A autorização para utilização do BSI será dada pela colega Dra. Ana Rita Morais Martins, em CC neste email.

Para conhecer dados relativos aos procedimentos de aplicação e cotação, bem como informação sobre as características psicométricas dos instrumentos, deve consultar a bibliografia indicada a propósito de cada instrumento na nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/instru.htm>, que será actualizada brevemente.

Com os melhores cumprimentos,

P'la Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, Neuza Silva

2 anexos



EVA - Escala de Vinculação do Adulto.pdf
74K



Canavarro, Dias & Lima 2006_Avaliação da vinculação do adulto.pdf
218K