

JULLY FRIAS PEREIRA

PARA LÁ DE MIM...

O SUPORTE SOCIAL NA TOXICODEPENDÊNCIA

Orientador: Prof. Doutor Carlos Alberto Poiares

Universidade Lusófona da Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

JULLY FRIAS PEREIRA

PARA LÁ DE MIM...

O SUPORTE SOCIAL NA TOXICODEPENDÊNCIA

A Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense e de Exclusão Social, do Curso de Mestrado em Psicologia Forense e de Exclusão Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 22 de junho de 2016, com o Despacho de Nomeação de Júri nº 127/2016, com a seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor José Brites

Arguente: Prof.^a Doutora Valentina Chitas

Orientador: Prof. Doutor Carlos Alberto Poiares.

Universidade Lusófona da Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar sobre aquilo que ninguém pensou, mas que todos veem.”

(Arthur Schopenhauer)

Agradecimentos

Na realização desta dissertação de mestrado tive o privilégio de poder contar com o apoio e estímulo de várias pessoas, com as quais fui ganhando, direta e indiretamente, a força e o ânimo necessários para tornar este sonho real. Dedico então este campo a todos aqueles que contribuíram para esta realização, em especial:

À memória do meu pai, que sempre me transmitiu grandes valores e ideias de vida, acreditando sempre em mim, nunca desistindo de me ver feliz. Recordo-te com imensa saudade.

Ao meu namorado João por todo o apoio prestado, pela compreensão nos momentos menos bons, pela disponibilidade prestada para ouvir os meus desabafos e lamúrias e, acima de tudo, por estar sempre a meu lado nos bons e maus momentos.

Aos meus avós, Armando e Celeste, pelos valores que me foram transmitindo, pela força e confiança que sempre depositaram em mim, nunca desistindo de verem realizados os meus sonhos.

Ao meu orientador, Doutor Carlos Alberto Poiares, que embora distante, sempre mostrou disponibilidade para orientar e criticar de forma sábia. Estou grata de igual modo pela autonomia que me foi concedendo, pela sua exigência, que me foram permitindo gradualmente acreditar mais em mim e nas minhas capacidades.

À Comunidade Vida e Paz – Centro de Fátima pela abertura e receptividade na realização desta investigação, pelo apoio prestado. Em especial, aos utentes e ex-utentes da CVP pela colaboração na recolha dos dados.

A todos aqueles que não fiz referência mas que, direta e indiretamente, foram contribuindo para a realização desta Dissertação de Mestrado.

... O meu mais sincero obrigado a todos!

Resumo

A presente investigação inicia-se com um enquadramento teórico da toxicodependência e seus constructos, bem como a interpretação do conceito apoio social, suas características, operacionalização e relação com o factor saúde mental. Segue-se o enquadramento metodológico, que engloba o objetivo pela qual se rege a investigação em causa isto é, analisar e refletir a influência que o suporte social detém sobre sujeitos com perturbação de abuso de substâncias. Especificamente, esta investigação pretende dissecar através dos instrumentos: E.A.S – Escala de Apoio Social (Matos e Ferreira, 2000) e questionário sociodemográfico, aplicado a uma amostra de 30 utentes institucionalizados na Comunidade Terapêutica Vida e Paz, as diferenças de ao nível das três dimensões do apoio social (emocional, instrumental e informativo), assim como relacionar as variáveis sociodemográficas (habilitações literárias, idade, estado civil, ocupação), a co-morbilidade psiquiátrica e a participação em atividades extralaborais, com o apoio social e as suas dimensões. Os resultados mostram-nos que a nossa amostra tem uma percepção positiva do seu apoio instrumental e informacional, e deficitária ao nível do apoio emocional. Concluiu-se igualmente que as variáveis idade e as habilitações literárias se encontram relacionadas positivamente com a percepção do apoio social.

Palavras-chave: Toxicodependência, Substâncias psicoativas, Suporte social.

Resumé

La présente investigation débute par un encadrement théorique de la toxicodépendance et de ses constructions, mais aussi de l'interprétation du concept social, de ses caractéristiques, de son opérationnalisation et de son rapport avec le facteur santé mentale. Suit l'encadrement méthodologique, qui exprime l'objectif qui régit l'investigation en cause, ayant comme cible principale, analyser et refléter l'influence que le support social détient sur les sujets qui souffrent de perturbations dues à l'abus de substances.

Spécifiquement, cette investigation prétend disséquer au travers des outils : Échelle de soutien social - E.A.S – Escala de Apoio Social (Matos e Ferreira, 2000) et questionnaire sociodémographique, appliqués à un échantillon de 30 sujets placés en institution dans l'unité *Comunidade Terapêutica Vida e Paz*, les différences entre la perception des pensionnaires sur les trois dimensions du soutien social (émotionnel, instrumental et informatif), bien comme mettre en rapport les variables sociodémographiques (niveau scolaire, âge, état-civil, activité), comorbidité psychiatrique et participation dans des activités de loisir, avec le soutien social et ses dimensions.

Les résultats montrent que les individus toxicodépendants placés en institution ont une perception positive de leur soutien instrumental et informatif mais déficitaire au niveau du soutien émotionnel. Il est possible de conclure, également, que les variables âge et niveau littéraire ont un rapport positif avec la perception du soutien social.

Mots-clés: Toxicodépendance, substances psychoactives, soutien social.

Compêndios

APA – Associação Americana de Psicologia

DSM-IV-TR - Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS – Sistema Nervoso Central

SS – Suporte Social

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

Índice

Introdução Geral	9
Parte A- Fundamentação e Legitimação	11
Capítulo 1: Fundamentação Teórica	
1.1 Raízes históricas do uso das drogas	12
1.1.1 Breve descrição das substâncias psicoativas e suas consequências.....	14
1.1.2 Toxicodependência: noção; dimensões do conceito. Critérios de diagnóstico.....	21
1.1.3 Breve referência aos principais modelos explicativos do comportamento aditivo	24
1.2 Conceção de suporte social e sua multidimensionalidade.....	29
1.3 Suporte social e saúde mental.....	36
Parte B - Investigação Empírica: Métodos e Resultados	39
2. Objetivos do estudo.....	40
3. Método.....	40
3.1 Desenho.....	41
3.2 Amostra.....	41
3.3 Instrumentos.....	44
3.4 Procedimentos.....	45
4. Resultados.....	46
4.1 Discussão dos resultados.....	50
4.2 Conclusão.....	53
Referências Bibliográficas.....	55
Anexos.....	I
Apêndices.....	III

Introdução

“Queiram ou não queiram, a questão do consumo de drogas, ou como alguns dizem, de substâncias que alteram o estado de consciência, é tão velha como eu. Ao que parece, entre 454 culturas e sub-culturas por mim criadas em apenas quatro não havia uma “droga” tradicional. Impressionante não vos parece? A mim pelo menos parece-me.” (Dias, 1991)

Segundo a sinopse estatística levada a cabo pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, 20,4% da população geral entre os 15 e 64 anos já consumiu substâncias ilícitas, levando-nos a considerar este fenómeno alarmante e de elevado interesse científico no campo do comportamento humano pois, como refere Agra (2003) “[...] desconstruir o objeto, partir a fala-droga, é para nós condição necessária, embora não suficiente, para a edificação de um saber das drogas que se coloca sob signo do pensamento crítico [...] precisamos de uma completa demolição das velhas construções médico-psicológicas” (p. 6).

A escolha do presente tema de investigação surge na sequência do estágio profissional realizado na Comunidade Terapêutica Vida e Paz (Centro de Fátima). Ao contactar com as história de vida de cada utente: sem-abrigo, toxicodependentes e/ou alcoólicos, fomo-nos questionando inúmeras vezes o porquê de sujeitos em situações de vida semelhantes desenvolverem um conjunto de respostas saudáveis e ajustadas, enquanto outros optam por enveredar nos caminhos da delinquência e/ou dos consumos. No seguimento deste pensamento, vários nos foram verbalizando, muitas vezes na passada de um dia esgotante, sentimentos de desamparo, desproteção, solidão. Recordamos algumas dessas suas palavras, *“Não tenho ninguém? De que me vale pena mudar?”* ou até mesmo *“Sinto-me só, desamparado! O que fazer?”*.

O uso abusivo de drogas é, nos dias que decorrem, encarado como um submundo, que num movimento centrífugo e gradual acaba em consequência dos estigma e preconceito social, por transportar o adicto para as margens da sociedade. Face a este processo de exclusão, muitas vezes agravada pelos comportamentos de autoexclusão, a rede social acaba por sofrer um impacto contraproducente ao seu desenvolvimento enquanto ferramenta de suporte afectivo, instrumental e informativo. Como refere Andrade (citado por Pereira, 2013) “[...] a toxicodependência é uma doença global, compromete, na pessoa, a vida física, mas também a dimensão psicológica e social do ser humano” (p.3).

Parece-nos então pertinente explorar a influência que o suporte social e suas dimensões (afectiva, instrumental e informativa) têm ao nível da toxicodependência, com vista ao desenvolvimento de estratégias de prevenção à recaída pois, segundo diversos estudiosos (ex., Fleming, Baum, Gisriel & Gatchel (1982); Shawser & Schulz; Murray, Johnston, Dolce, Lee & O'Hara (1995); Berkman & Breslow (1983), etc.), o suporte social assume um papel preventivo e mediador no processo de reabilitação ao nível das patologias físicas, psicológicas e comportamentais.

No processo de recuperação, o suporte social é um pilar basilar nomeadamente nas primeiras fases, devido às bruscas oscilações ao nível do comprometimento com o processo de recuperação, onde emergem pensamentos insanos, usos e fortes vontades de abandonar o tratamento (Diehl, Cordeiro, & Laranjeira, 2011). Segundo Guerra (1995), é nestas fases precoces que os indivíduos transparecem uma elevada incongruência no que concerne ao seu *self*, incapacitando-o de descodificar o real e o simbólico, traduzindo-se num desajustamento ao nível comportamental. Neste sentido, parece-nos que a percepção do suporte social poderá ser um factor facilitador, uma vez que percepcionado de forma positiva conseguirá co-facilitar a capacidade de o sujeito ser auto-atualizante, ou seja de fazer escolhas e tomar decisões ajustadas aos padrões moralmente aceites pela sociedade.

A presente dissertação encontra-se dividida em dois capítulos. O primeiro diz respeito ao enquadramento teórico, que nos ajudará a melhor compreender a toxicodependência e constructos associados, assim como o conceito de suporte social, suas dimensões e operacionalização. O segundo capítulo engloba a parte empírica, contemplando os objetivos, hipóteses, procedimentos, dados recolhidos e respetiva interpretação.

Em suma, procuraremos ao longo desta investigação, conhecer, pensar, descodificar e interpretar o objeto droga na dinâmica do suporte social. “Os adictos e os alcoólicos não são casos irremediáveis [...] eles podem ficar realmente bem quando largam as drogas e ficam limpos” (Ditzler & Ditzler, 1995a). Teremos de lutar pelo reconhecimento do toxicodependente enquanto pessoa com direitos, nomeadamente no que respeita ao serem ouvidos e coadjuvados nos seus problemas, através de políticas de prevenção e reinserção pois, só assim, se sentirem mais aceites e apoiados pela sociedade que os rodeia e, conseqüentemente, mais comprometidos com o processo de mudança.

PARTE A

Capítulo 1: Fundamentação teórica

1.1 Raízes históricas do uso das drogas

«Por isso eu tomo ópio.
É um remédio. Sou um convalescente do
momento.
Moro no rés-do-chão do pensamento. E ver
a vida passar faz-me tédio.»
(Álvaro Campos, 1915, *Opiário*)

A história do uso de drogas, ao contrário do que se idealiza, é marcada pela sua ancestralidade. O consumo de substâncias psicotrópicas, como as conhecemos atualmente, desenvolveu-se ao longo de um trajeto histórico-cultural (Nunes & Jóluskin, 2007; Poiares, 1999).

As convicções antropológicas aludem para o facto de, desde cedo, o homem procurar interferir no seu equilíbrio biopsicossocial por meio de substâncias que lhe permitissem alterar o humor, as percepções e a consciência dos factos, não obstante, como refere Poiares (1999), os contextos e finalidades em que foram sendo usadas foram divergindo, assumindo ao longo da história várias faces: a religiosa, servindo para aproximação do sujeito e das comunidades às divindades; a lúdica, utilizada para o recreio e desinibição; e a de terapêutico, integrando os acervos de produtos das primitivas farmacopeias – onde as drogas, de resto, nunca deixou de proufificar. Mas, a droga é também uma mercadoria, jurídica e económica, além de fiscal, emergindo, a partir do século XIX, no essencial como causa da criminalidade – e, no século XX, enquanto consequência da criminalidade.

Remetendo-nos à Antiguidade e Idade Média, as substâncias psicoativas foram sendo associadas a contextos morais e religiosos, usadas como elo de ligação entre o mundo tangível e a “vida prometida”, ponte entre os vivos e os mortos, os vivos e as divindades. Já os primórdios da civilização Asteca recorriam ao uso de drogas com finalidades místicas e ritualísticas. Os assírios, já conhecedores do cânhamo, faziam uso do mesmo durante os seus rituais religiosos. (Angel, Richard & Valleur, citado por Nunes & Jóluskin, 2007; Poiares, 1999)

Entretanto, outros fins se foram delineando no consumo de drogas, nomeadamente festivos e terapêuticos. Embora a área de farmacopeia fosse pobre, na antiga Grécia já sábios Hipócrates e Galeno, preconizavam o uso de ópio com fins terapêuticos. Persas e egípcios foram igualmente reconhecendo as propriedades terapêuticas do ópio no alívio das dores

(Nunes & Jóluskin, 2009).

Na Idade Média, com o desenvolvimento do mercantilismo expansionista e posterior época dos Descobrimentos, potencializaram-se os contactos entre continentes através dos quais se foi disseminando a troca de diversos produtos, saberes e tradições. Foi através das trocas mercantilistas que foram entrando em território nacional produtos não só alimentares, mas igualmente alteradores de humor, isto é, para além da batata e chá, outras espécies botânicas foram sendo conhecidas, nomeadamente o ópio e o tabaco (Nunes & Jóluskin, 2009; 2007). Aquando a entrada do ópio em território nacional, rapidamente o vice-rei D. Afonso Albuquerque sugere ao rei D. Manuel a produção e comercialização da substância; ainda no que respeita ao ópio, decénios mais tarde, Garcia da Horta nas suas obras redige reflexões sobre os fins terapêuticos no tratamento de fraquezas gástricas, disfunções sexuais, nomeadamente ejaculação prematura e reconhecendo a *cannabis* para que as mulheres fiquem mais desinibidas (Poiars, 1999).

Por volta do século XVIII verifica-se um crescimento significativo no número de consumidores “(...) até mesmo as substâncias que desde há muito eram produzidas e consumidas na Europa, como o álcool, exibem variações de consumo em função do contexto social, económico e político” (Nunes & Jóluskin, 2007, p. 28). Após a Revolução Industrial o álcool passa a ser usado em massa pela classe operária, quase como objeto de manipulação ao seu descontentamento face às condições de trabalho. Já o ópio e haxixe, reservados às classes de elite, envolvidos em movimento regidos pelo secretismo, foram fortemente procurados por grandes artistas e intelectuais, entre os quais destacamos Dumas, Gautier, Nerval, entre outros (Poiars, 1999).

Vários foram os meios que contribuíram paulatinamente para o crescente consumo de substâncias psicoativas, passando pelas guerras. A título de exemplo, a morfina foi sendo usada nos feridos da guerra. Em pleno século XX, passam a ser sintetizadas as anfetaminas, rapidamente a ser usadas pelos militares da II Guerra Mundial. Não obstante, foi com o movimento *hippie*, 1970, que se deu origem ao uso quase que epidémico das drogas (Nunes & Jóluskin, 2007; Poiars, 1999).

No início da década de 80, século XX, por meio de laboratórios ilegais, passam a ser produzidas em massa as chamadas drogas sintéticas, “(...) de forma quase incontrolável, as substâncias médicas vão sendo incluídas em composições de drogas ilícitas (...) originando efeitos e consequências absolutamente imprevisíveis” (Nunes & Jóluskin, 2007, p. 29).

Em suma “ (...) cada tempo tem as suas drogas; o uso actual daquelas substâncias inscreve-se num percurso de continuidade histórica, em que a utilização de determinados produtos constituía um rito social” (Poiares, 1999, p. 5).

1.1.1 Breve descrição das substâncias psicoativas e suas consequências

As drogas são consideradas por parte da comunidade científica um problema social de primeira ordem, cujo conceito tem evoluído ao longo dos últimos decénios. A origem da palavra droga poderá derivar do grego *pharmakon* cujo significado é “droga curativa, remédio, veneno”, constructo recorrente em várias obras gregas (Beneti & Santiago, s.d.). Durante longos decénios a definição aceite para o constructo droga foi a proposta na antiga Grécia pelos pais da medicina científica Hipócrates e Galeno: “ [...] substância que, em vez de ser vencida pelo corpo e assimilada como simples nutriente, é capaz de vencê-lo, provocando em doses insignificantes grandes alterações orgânicas, anímicas ou de ambos os tipos” (Escofato, 2004, p.9). Etimologicamente, a palavra droga comporta consigo alguma controvérsia e ambiguidade, pois a mesma pode ter sido proveniente do Persa, *doa*, cujo significado é odor aromático, do Hebraico, *rokad*, que significa perfume, ou até mesmo do holandês, *droog*, substância ou folha seca (Neto, Gauer, & Furtado, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, num plano farmacológico o constructo droga é entendido como “toda a substância que pela sua natureza química, afecta a estrutura e funcionamento do organismo”. Jervis (1977) considera que este constructo deverá ir além de um mapa farmacológico, definindo-a como “todo o conjunto de substâncias químicas introduzidas voluntariamente no organismo com o fim de modificar as condições psíquicas e que, enquanto tal, criam mais ou menos facilmente uma situação de dependência no sujeito” (Fernandes, 1997. p. 8). Neto (1996) reforça, focando-se num plano relacional, que as drogas “são todas as substâncias psicotrópicas que contribuem para degradar a saúde relacional dos seres humanos” (p. 25).

Na verdade, a palavra droga é um termo ambíguo e com múltiplas significações associadas à ciência que a define que, não sendo suficientemente universais, se acabam por completar enquanto conceito uno. Face à panóplia de definições a que passamos a citar, parece-nos a mais abrangente e objetiva:

“(...) tudo aquilo que induz um regime farmacotímico, isto é, que provoca alterações do humor e da consciência dos utilizadores, vivida com tonalidade agradável, mas que deterioram o convívio e a relação humana destas pessoas com

outros porque estas modificações de estado de humor e consciência (...) diminuem a sua capacidade comunicacional com o meio.” (Neto, 1996, p.25)

Atendendo à visibilidade do fenómeno droga e à multiplicidade de substâncias, foi surgindo a necessidade de classificar e categorizar as mesmas. Face a tal emerge um leque dissemelhante de classificações baseadas, ora nos efeitos que as substâncias produzem sobre o psiquismo e sistema nervoso central, ora sobre a sua perigosidade¹ e até mesmo em função do quadro jurídico-legal. Primitivamente ter-se-iam classificado as substâncias psicoativas como euforizantes, fantásticas, inebriantes, hipnóticas, excitantes, estimulantes, frias, quentes, entre outras, cuja validade categorial teve curta presença temporal (Lewin, 1997, citado por Patrício, 1997). Tardiamente, em consequência de gerarem ou não dependência física, haviam sido classificadas como duras ou leves, visão que acaba por ser desvalorizada face à não consideração do factor dependência psicológica causada pelas substâncias psicoativas. Mais presentemente, face à multiplicidade de quadros categoriais Chalout (1971), centrando-se nos efeitos psicotrópicos sobre o sistema nervoso central (SNC), acaba por categorizar as substâncias psicoativas em três grupos: depressores, estimulantes e perturbadores.

Com o objetivo de obtermos uma visão geral dos principais efeitos psicológicos e fisiológicos das diferentes drogas, agrupadas na classificação supramencionada, passamos a descrever algumas delas sinteticamente.

Grupo 1: Depressores

Este grupo abrange todas as substâncias que pela sua composição química inibem ou diminuem a atividade cerebral, deixando a pessoa com sensações de relaxamento (Morel, Hervé, & Fontaine, 1998).

Álcool. O álcool, ou etanol, é uma molécula psicotrópica que deriva da fermentação de algumas matérias açucaradas. O consumo de álcool é caracterizado pela sua ancestralidade, pois já os povos primitivos haviam fermentado fruta com o objetivo de experienciarem breves estados de intoxicação. Desde então, o álcool foi acompanhando o desenvolvimento sociopolítico e industrial das civilizações, convertendo-se, no século XVI, num produto comercial de primeira ordem. Em meados do XIX, o fenómeno dos destilados alcança velozmente o seu protagonismo, contribuindo para um largo e exponencial consumo de

¹ “A perigosidade é definida com base na toxicidade da substância, na dependência que esta produz, e na rapidez com que se instala um quadro de dependência “ (Kramer & Cameron, citado por (Nunes & Jólluskin, 2007)

álcool. Face à natureza ancestral e cultural, o álcool foi-se convertendo numa substância socialmente tolerada, de natureza legal e de fácil acesso nos espaços domésticos e comerciais, sendo presentemente auscultada como a toxicomania mais presente e grave em Portugal (Morel *et al.*, 1998; Patrício, 1997; SICAD).

No que respeita à sintomatologia física e psíquica, provocada pelo consumo de álcool, caracterizam-se pela excitação mental e motora, incitando a estados de euforia e de falsa segurança. Poderá igualmente provocar oscilações de humor e breves alterações nos estados de consciência (juízo crítico). Caso os consumos evoluam para uma ingestão crónica, surge uma dependência tanto física como psicológica, com graves consequências a nível orgânico e cerebral. Nos estados de embriaguez patológica, podem surgir com maior prevalência e gravidade manifestações clínicas como a hiperatividade, a agressividade, as ideias delirantes, transitórias e ideias depressivas de carácter suicidário (Morel *et al.*, 1998; Patrício, 1997; SICAD).

Nem todos os adictos recorrem ao uso de álcool como alterador dos estados de humor e consciência. Uns recorrem ao mesmo com o objetivo meramente recreativo, outros com objetivo de maximizar o efeito de psicofármacos (benzodiazepinas).

Barbitúricos. Grupo de substâncias químicas derivadas do ácido barbitúrico, sintetizado a primeira vez em 1863 por Von Baegern, existindo atualmente mais de 1500 derivados. A partir do início do século XX, e durante várias dezenas de anos, os povos recorriam a barbitúricos com o objetivo de diminuir alguns estados de ansiedade e agitação psicomotora. Para além dos efeitos supramencionados, os barbitúricos provocam sonolência, modificação dos ciclos de sono, descoordenação motora e, em doses elevadas, poderão ser mortais. Somente em 1956, a Organização Mundial de Saúde alerta para as consequências nefastas do uso abusivo deste fármaco, não obstante somente em 1971 passa a ser exigido receituário médico como procedimento de controlo, até à gradual retirada dos barbitúricos e seus derivados do mercado (Ditzler & Ditzler, 1995b; Morel *et al.*, 1998; Patrício, 1997).

Analgésicos opiáceos e sintéticos. Fazem parte deste grupo o ópio e seus derivados naturais ou semissintéticos. O ópio é o produto natural da papoila-dormideira, cujo cultivo é originário da Europa Ocidental e Ásia Menor. A primeira alusão escrita a esta planta, datada do terceiro milénio a. C., apareceu em placas sumérias e cilindros babilónicos (Escohatto, 2004).

É derivado do ópio, entre outros, a morfina, extraíndo-se desta a heroína e a codeína (Patrício, 1997). A heroína, designada no calão por pó, cavalo ou heroa, é um opiáceo com

potencial analgésico, frequentemente consumida por via endovenosa, podendo ser também inalada ou fumada. Etimologicamente deriva da palavra *heroish*, cujo significado é poderoso heróico, descoberta num dos laboratórios alemães em meados dos anos 90, século XX, fora inicialmente desenvolvida para tratamento de dependentes de morfina e outras patologias, como é o caso da tuberculose. Face aos seus efeitos nefastos e ao uso banalizado, acaba por ser retirada do mercado, convertendo-se numa droga ilegal e de elevado potencial económico no narcotráfico (Morel *et al.*, 1998; Nunes & Jóluskin, 2007; Patrício, 1997).

Fortemente procurada pelos estados de calma e tranquilidade que proporciona, num primeiro contacto com a substância o consumidor pode sentir náuseas e até mesmo vómitos; porém, esta sintomatologia secundária facilmente dá lugar a sensações de relaxamento. Com o consumo continuado, isto é, em caso de ingestão crónica, onde é evidente a dependência à substância, poderão surgir manifestações clínicas como a hipertensão arterial, apneia, edema agudo a nível pulmonar, síndromes febris, entre outras (Patrício, 1997). Poderão surgir igualmente alterações a nível comportamental, designadas como síndrome comportamental da heroína, que se manifestam por via da impulsividade. Os sentimentos de baixa autoestima, baixa tolerância à frustração, desesperança em relação ao futuro são igualmente visíveis (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003, citados por Nunes & Jóluskin, 2007). Facilmente o consumidor heroínmano desenvolve tolerância à substância, gerando elevados estados de dependência física e psíquica, caracterizados pelos seguintes sintomas de privação: crises de ansiedade, insónias, câibras, calafrios, midríase, entre outros (Morel *et al.*, 1998; DuPont, 2005, citado por Nunes & Jóluskin, 2007). Segundo Ditzler & Ditzler (1995) o consumo de heroína acarta consigo riscos, não só a nível físico e psicológico, como podemos atentar, mas igualmente ao nível das esferas social e clínica. Num estado avançado da sua dependência, facilmente recorre a estilos de vida desviantes, desde o crime à prostituição, para sustento dos consumos; inúmeras vezes em estados de desespero partilha agulhas, correndo o risco de transmissão de doenças infecto-contagiosas.

A metadona, farmologicamente apelidada de *Fiseptona*, é um opiáceo sintético utilizado como terapêutica de apoio a heroíno dependentes, receitada legalmente embora altamente aditiva. Não obstante, é frequentemente usada ilegalmente na rua pelos adictos. Quando autoadministrada ou utilizada em quantidade não determinadas o risco de *overdose* é elevado (Ditzler & Ditzler, 1995b).

Grupo 2: Estimulantes

Conjunto de substâncias cujos efeitos se caracterizam por uma estimulação, um aumento do sistema nervoso central (SNC), produzindo elevados níveis de energia e estados de euforia (Morel *et al.*, 1998).

Cocaína. A cocaína é resultado de um alcaloide que deriva das folhas da planta da coca (*Erythoxylon Coca*), conhecida desde há séculos pelos povos da América Central e do Sul pela ação estimulante, quando mastigada. Designada no calão como coca, branca, neve, basuco, crack (cristais de cocaína), pode ser fumada, sniffada, injetada e até mesmo, embora que menos usualmente, ingerida. Os efeitos comportamentais e sua duração são marcadamente rápidos, o que conduz o consumidor à administração compulsiva com vista à obtenção dos estados inicialmente presenciados. Os efeitos psicotrópicos caracterizam-se inicialmente pela euforia, aumento da atividade psicomotora e algum egocentrismo existencial. Quando os consumos passam para um padrão caracterizados por condutas obsessivo-compulsivas, surge um conjunto de muitas outras manifestações clínicas, entre as quais: taquicardia, insónias, espasmos musculares, convulsões, tremores, cefaleias, estados delirantes persecutórios, alucinações auditivas e visuais, podendo levar à morte por obstrução respiratória e hemorragia cerebral. Os sintomas de privação são marcados pela ansiedade, hipersónia e depressão (Ditzler & Ditzler, 1995b; Morel *et al.*, 1998; Patrício, 1997). A síndrome de abstinência provocada por esta substância “[...] é de intensa dor psicológica e de extrema perda de toda e qualquer motivação (...) o individuo entra numa fase de depressão (...) caracterizada pela disforia, anedonia, fadiga intensa, hipersonolência”, com elevados estados suicidários (Nunes & Jóluskin, 2007, p. 57).

Anfetaminas. As anfetaminas, vulgarmente conhecidas como *speed*, *speed crystal*, *prelos*, *dinintéis*, pertencem ao grupo dos estimulantes de origem sintética. A grande procura desta substância psicotrópica remonta à década de 45, pós-segunda guerra mundial, atingindo o seu auge nos anos 60, período em que o consumo de anfetaminas se tornou abusivo passando a ser comercializadas de forma fraudulenta. Em resultado da Convenção de Viena (1971), o controlo sobre as mesmas passa a ser rigoroso, acabando por progressivamente serem retiradas do mercado, reforçando o aparecimento das mesmas no mercado negro (Morel *et al.*, 1998; Patrício, 1997). Não obstante na realidade clínica atual, permanecem alguns derivados anfetamínicos, nomeadamente em: antidepressivos, psicoestimulantes, anorexígenos e psicoestimulantes simpaticomimétricos (Morel *et al.*, 1998).

As anfetaminas são fortemente procuradas pelos seus efeitos primários: referimo-nos aos estados de vigília, euforia, diminuição do cansaço físico e aumento da resistência. Em casos de intoxicação, estes sintomas dão origem a uma hiperestimulação simpática que se caracteriza por hipertensão, perturbações de humor (agressivo ou estuporoso), estados confusionais, muitas vezes delirantes, podendo mesmo levar a surtos psicóticos (Morel *et al.*, 1998; Patrício, 1997). Face à sua forte dependência psicológica e, em alguns casos, embora pouco prevalentes, físico, o quadro de privação é caracterizado por estados ansiogénicos, hipersónias, fadiga, pesadelos, sudorese, câibras musculares, entre muitos outros (Patrício, 1997; Kaplan, Sadock & Grebb, 2003, citados por Nunes & Jóluskin, 2007).

Nicotina. O tabaco é uma planta proveniente da ilha de Tobago, Caraíbas, importada para os países europeus pelos espanhóis, após a primeira viagem de Colombo à América, acabando por se transformar num monopólio estatal de grandes lucros. Inicialmente, era mascado e até mesmo snifado, passando, em meados do século XVIII, a ser fumado em cachimbos ou enrolados em papel (Morel *et al.*, 1998; SICAD).

Os seus efeitos psicoativos estimulantes, resultantes essencialmente da toxicidade da nicotina, produzem uma hipotonia muscular, aumento do ritmo cardíaco, facilita o processo de memorização e reduz os estados agressivos. O uso continuado trará consigo consequências nefastas ao nível do aparelho respiratório e circulatório e elevado risco cancerígeno (SICAD).

A abstinência tabágica é caracterizada por irritabilidade, ansiedade, insónias, oscilações de humor e dificuldades ao nível da concentração, sendo baixa a sua taxa de sucesso (Morel *et al.*, 1998).

Grupo 3: Perturbadores

O último grupo integra as substâncias que perturbam o funcionamento do SNC, ou seja, alteram qualitativamente a atividade cerebral, distorcendo-a, provocando alterações significativas nos processos básicos psicológicos (atenção, percepção, consciência, entre outros).

Cannabis e derivados. A *cannabis sativa L.*, também conhecida como cânhamo-indiano, maconha, marijuana, é uma das plantas que mais discussão tem gerado em meio científico. O uso desta planta remonta há cerca de dez mil anos, pelas suas propriedades psicotrópicas e medicinais, como meio de obtenção de estados de prazer, fantasiosos ou de exaltação religiosa (Morel *et al.*, 1998).

Quimicamente, os efeitos da *cannabis* devem-se essencialmente às concentrações de delta-9-tetra-hidrocannabinol (D9THC), um dos 60 canabinoides encontrados na planta, em

diferentes concentrações nos seus derivados (marijuana, 1 a 5 % de THC; haxixe, 5 a 10% de THC; óleo, 50% ou mais de THC).

Geralmente inalada via oral, os seus efeitos já haviam ser descritos no século I, num tratado chinês, baseados em materiais redigidos trinta séculos antes pelo imperador chinês Shen Nong, “o cânhamo tomado em excesso faz ver monstros, mas se usar muito tempo pode comunicar com espíritos e aligeirar o corpo” (Escofato, 2004, p.16). Os seus efeitos imediatos surgem, em função das doses inaladas de THC, num curto período de tempo, traduzindo-se fisicamente em aumento do ritmo cardíaco e pressão arterial; dificuldade na coordenação motora; dilatação dos brônquios e consequente tosse. Psicologicamente, o consumo da *cannabis* resulta em estados eufóricos; sensação de modificação do pensamento, do tempo e espaço, dando origem a sentimentos de despersonalização; alterações na memória imediata; e elevada sonolência. A longo prazo, poderão aparecer consequências nocivas, muitas das vezes irreversíveis, a nível psicológico, como é o caso de quadros psicóticos, desenvolvimento de perturbações do humor (“síndrome amotivacional”), perturbações de pânico e mnésicas, e físico citam-se quadros de asma e bronquite. (Morel *et al.*, 1998; Nunes & Jóluskin, 2007).

Alucinogénios (Cogumelos e plantas). Assim como a *cannabis*, os cogumelos (*psilocibes*, *panaeolus*, *copelandia*, e os *amonitas*) ou plantas (stramónio ou figueira-do-inferno, peiote, noz moscada, entre outras) são substâncias capazes de provocar alucinações.

As substâncias alucinogénias ou psicadélicas encontram-se associadas ao processo de evolução do homem, usadas desde há milhares de anos em eventos religiosos e sociais. Com a evolução do saber científico foram sendo produzidas em laboratório novas substâncias, cujos efeitos, tal como a substância natural, remetem para alucinações (visuais, auditivas e tácteis), sentimentos de despersonalização e desrealização, podendo dar origem a condutas de risco e até mesmo levar ao suicídio (Morel *et al.*, 1998; Patrício, 1997). No ato do consumo, os primeiros sintomas físicos remetem para náuseas, aumento do ritmo cardíaco e pressão arterial, dilatação das pupilas e aumento da temperatura corporal (SICAD).

Ecstasy. No perímetro das substâncias alucinogénias sintéticas, a que maior notoriedade alcançou foi o metilenodioxifenolisopropilamina (MDMA), comumente conhecido por *ecstasy*, derivado das anfetaminas. O MDMA foi sintetizado em 1914, por Merk, com o objetivo de operar como moderador de apetite. Face aos seus efeitos desinibidores, com poder afrodisíaco, provoca grande desejo em manter relações, sendo usada durante as décadas de 60 como uma droga recreativa, apelidada como a “pílula do amor”. O seu uso foi banalizado até aos anos 80, momento em que os investigadores Shulgin e Nichols

espelharam os efeitos adversos da mesma sob os estados de consciência; não obstante, somente em 1985 passa a ser listada como uma das substâncias proibidas pela *Drug Enforcement Agency* (Neto *et al.*, 2003).

No que respeita aos seus efeitos psíquicos imediatos, de duração entre seis e dez horas, semelhantes aos provocados pelas anfetaminas, proporciona sensações de bem-estar e euforia, sentimentos elevados de autoconfiança, despreocupação, entre outros. Os seus efeitos tóxicos poderão dar lugar a quadros depressivos, delirantes e por vezes episódios de agressividade. A nível clínico realçam-se sintomas e sinais como: tremores, sudorese, câibras, secura da boca, dificuldade em caminhar e enurese (Morel *et al.*, 1998; Nunes & Jólluskin, 2007).

LSD. O LSD, abreviatura usada para designar dietilamida do ácido lisérgico, é uma droga alucinogénia, sintetizada em 1973, por Hoffman, a partir da cravagem do centeio. Somente nos anos 60 foi divulgada por meio das teses de Timothy Leary, pois, segundo o mesmo “Graças à LSD todo o ser humano será capaz de compreender que a história completa da evolução está registada no seu corpo (...) quanto mais tempo e atenção se reservarem a estas explorações, menos amarrado estará o homem a passatempos vulgares. E isto poderá ser a solução ao problema do ócio” (Patrício, 1997, p. 145), tornando-se uma das substâncias psicadélicas mais conhecidas.

Administrado via oral, a *viagem* ou *trip*, como designam os seus utilizadores, poderá demorar até oito horas, sendo os efeitos psíquicos caracterizados por alterações nas percepções sensoriais, provocando um quadro alucinatório ou delirante que, sentidos como reais, dão origem a quadros de pânico e ansiedade. Ao nível das manifestações clínicas devem ser considerados o aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, tremores, sudorese, perda de apetite, insónias. Até à data, não surgem evidências de quadros de privação ou de dependência, não obstante os riscos resumem-se aos quadros psicóticos e de pânico que poderão dar origem a comportamentos suicidas (Morel *et al.*, 1998; Neto *et al.*, 2003; Patrício, 1997).

1.1.2 Toxicodependência: noção; dimensões do conceito. Critérios de diagnóstico

Ao abordarmos o conceito dependência não podemos descartar a sua natureza complexa, cujo plano sindromático envolve múltiplas dimensões e factores de natureza psicológica, social, cultural e económica, tornando exigente definir os termos que deste conceito derivam.

Etimologicamente, o termo dependência deriva do latim “*pendere*”, que significa estar agarrado. O dicionário de Oxford define dependência como “[...] forte inclinação para adoptar um certo tipo de comportamento, sem que isso implique sentido pejorativo” (Ribeiro, 1995). De acordo com Peters e McMahon (1996, citados por Gonçalves, 2006) a dependência diz respeito a um “ estado adaptativo do organismo, a um novo equilíbrio hemostático atingido quando o consumo de certos produtos se prolongou durante o tempo necessário para isso: a paragem do consumo, ou desintoxicação, induz a um estado particular, a privação, da qual o sujeito dependente procura fugir pela utilização compulsiva do produto” (p. 12). Numa outra dimensão, a Organização Mundial de Saúde define a dependência como um “ (...) transtorno cerebral, ao nível das suas funções, originado pelo consumo de substâncias psicoativas que afectam os processos cerebrais em termos de percepção, das sensações, das emoções e da motivação ((Nunes & Jóluskin, 2007, p. 30). Não descartando o factor contexto sociocultural, várias são as interpretações atribuídas a este constructo, contribuindo para uma falta de unanimidade quanto à sua definição.

Na tentativa de edificar um modelo compreensivo, Nadeau (Ribeiro, 1998) identifica três fases históricas, resultado de movimentos e correntes de pensamento de dois séculos. A primeira fase, situada no século XVIII, detém como significativo, no contributo para a edificação do modelo da dependência, o saber técnico-científico do psiquiatra americano Benjamim Rush, primeiro teórico a escrever sobre o álcool como uma doença, segundo mesmo “ beber inicia-se num ato de liberdade, caminha para um hábito e, finalmente, afunda na necessidade” (Gigliotti & Bessa, 2004, p. 11). Rush, na sua publicação *An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon Human Body and Mind*, datada de 1785, a dependência do álcool explica-se a partir de uma única variável, o produto, ou seja, a principal causa da dependência seria o poder tóxico da substância sobre o organismo, atuando segundo o modelo do condicionamento clássico. Com base nas suas teses proibicionista, onde fora abordando a sintomatologia da intoxicação alcoólica considerando-a como uma doença progressiva e as suas consequências na sociedade, erguem-se campanhas *anti-álcool* que culminou com a Lei Seca. A segunda fase, em meados do século XX, surge face às desordens sociais causadas pelos ideais proibicionistas. Destaca-se neste segundo período o movimento de autoajuda dos Alcoólicos Anónimos (1935) que, com base no *slogan alcoholism is not in the bottle but in the man*, explicam a dependência com base em dois factores, o homem e o produto, edificando o modelo bi-fatorial. Alguns decénios mais tarde, os Narcóticos Anónimos (1950) aludem para o conceito de doença, explanando que a dependência às substâncias psicotrópicas

é resultado de um comportamento obsessivo (*urge*), compulsivo (*craving*), cujas consequências se refletem progressivamente a nível psicológico, físico e espiritual. A terceira fase, produto das Ciências Sociais, correspondendo ao modelo tri-fatorial, no qual ainda hoje nos apoiamos, apelidado como bio-psico-social, situa o fenómeno da dependência na interação entre as variáveis produto, personalidade e momento sociocultural (Nowlis, 1975). Não obstante a estes progressos, somente em 1980 a Associação de Psiquiatria Americana reconhece a adição como uma doença mental de carácter biopsicossocial (Ribeiro, 1995, 1998; Thombs & Osborn, 2013). Todavia, desde 1920 que Lewin definira o quadro da toxicomania em termos próximos dos atrás; e em 1934, a toxicomania passa a integrar o elenco psicopatológico.

Presentemente, segundo o DSM-V (2015), a dependência de substâncias é explicada por um conjunto de particularidades cognitivas, comportamentais e fisiológicas que, apesar das consequências nefastas para o próprio e para a sociedade, levam o consumidor a manter o uso das substâncias. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) estabeleceu critérios diagnósticos para abuso e dependência de substâncias.

«Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a um défice ou sofrimento clinicamente significativo, manifestando-se por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- 1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a) Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;
 - b) Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
- 2) Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a) Síndrome de abstinência característica para a substância;
 - b) A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- 3) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
- 4) Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- 5) Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos;
- 6) Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;

7) O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.
(“Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, 2014)

Em suma, como podemos ver em torno do termo dependência, circundam muitos outros constructos sem os quais seria impossível compreendê-lo na sua essência. Pode afirmar-se que se trata de um fenómeno complexo, que envolve numerosas dimensões e os mais variados fatores.

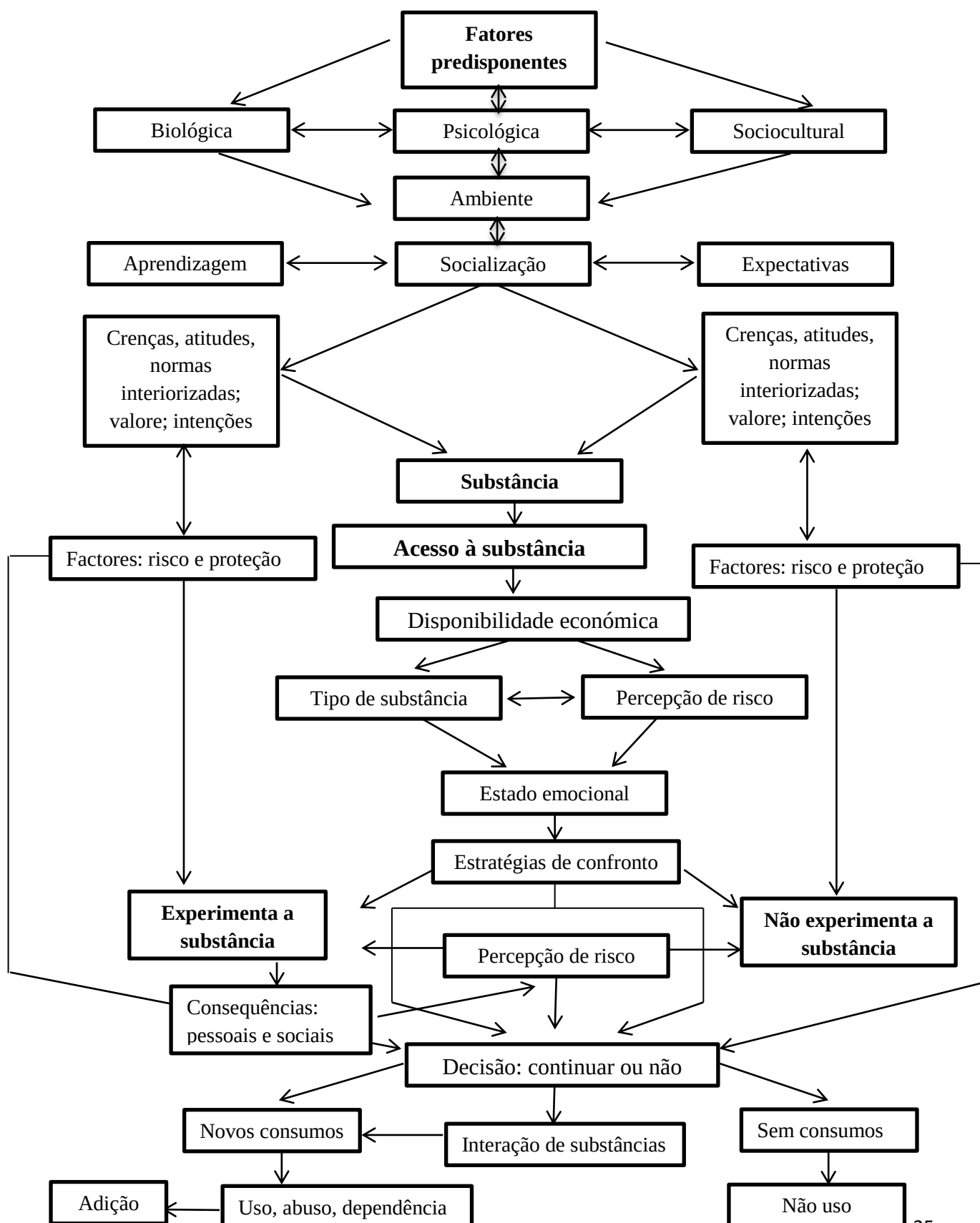
1.1.3 Breve referência aos principais modelos explicativos do comportamento aditivo

No que respeita à explicação do fenómeno dos comportamentos aditivos, pode asseverar-se a existência de uma vasta panóplia de teorias que procuram elucidar não somente o porquê de determinadas pessoas enveredarem por o trilho dos consumos, como também a evolução dos consumos e fatores associados. Face a esta vastidão de modelos e teorias explicativas do fenómeno da adição, Becoña e Martín (2004, citados por Nunes & Jólluskin, 2007) categorizaram as mesmas em três grupos, permitindo-nos ter uma leitura estruturada dos mesmos (ver anexo 2):

- i. Teorias parcelares e baseadas em poucos elementos – alicerçam a explicação da problemática da conduta aditiva em poucos elementos e/ou factores;
- ii. Teorias de estádios e evolutivas – alicerçam a explicação da problemática da conduta aditiva por meio de estádios e/ou fases desenvolvimentais e de maturidade do sujeito e consequente consumo de substâncias;
- iii. Teorias integrativas e compreensivas – alicerçam a explicação da problemática da conduta aditiva com base na integração de elementos e factores pertencentes a análogas abordagens, não se focando unicamente numa causalidade linear.

Ao longo deste capítulo, e não subvalorizando as restantes teorias explicativas, iremos focar-nos unicamente no modelo compreensivo e sequencial das fases para o consumo de drogas proposto por Becoña (figura 1). A nossa escolha prende-se pelo facto de esta teoria fundamentar a explicação etológica dos consumos com base em dois eixos, que consideramos serem alicerçais para uma compreensão integradora da conduta aditiva, citam-se, progresso ou desenvolvimento e o carácter multifatorial.

Figura 1. Modelo compreensivo e sequencial das fases para o consumo de drogas na adolescência de Becoña (adaptado por Nunes & Jóluskin, 2007)



Este modelo ilustra, com base em etapas diferenciadoras, sequências e evolutivas, o desenvolvimento da adição, desde o primeiro contacto com a substância a um eventual consumo e progressão do mesmo, retratando que a natureza dos consumos de substâncias psicoativas medra sequencialmente, percorrendo um conjunto de fases. As etapas aludidas no modelo (ver tabela 1), como teremos oportunidade de traçar posteriormente, relacionam-se com desenvolvimento biopsicossocial do sujeito, implicando uma rede de interações (Becoña, 2000; Nunes, 2005; Nunes & Jóluskin, 2007).

Tabela 1. Etapas do Modelo compreensivo e sequencial das fases de consumo de drogas na adolescência de Becoña (1999, adaptado por Becoña, 2000)

Prévias ou de predisposição
Conhecimento
Experimentação e início dos consumos
Consolidação
Abandono ou manutenção
Recaída

Becoña elucida, desde logo, na descrição do seu modelo, a existência de factores predisponentes de cariz biológica, psicológica e social ao qual apelida de fase predisponente. A predisposição biológica, e observando um pouco as teorias e modelo biológicos, aponta para a existência de uma base genética molecular para explicação segmentária do fenómeno, determinando que a “[...] exposição a substâncias psicoativas pode ter um efeito maior numa pessoa com vulnerabilidade genética a dependência do que em outra que não a tem”, para o qual contribuíram não só, como também factores individuais, culturais, sociais e ambientais (*Neurociências*, 2004, p. 23). No que concerne ao factor predisposição psicológica, este aglomera a tríade aprendizagem, personalidade e inteligência. Baseando-nos nas teorias da aprendizagem, a origem das condutas humanas com base nas leis da aprendizagem do condicionamento clássico, operante e/ou social. Segundo Bandura, a aprendizagem baseia-se no processo de imitação comportamental do modelo de referência, sendo a primeira fase caracterizada pela observação e focalização da conduta do modelo, seguindo-se da reprodução do comportamento observado e respetivas consequências do comportamento reproduzido (Bandura, 1973). No que respeita às condutas aditivas e com base no modelo da aprendizagem social, o indivíduo, numa primeira fase, observa o consumo nos outros – grupo

de pares ou figura de referências –, focaliza e apreende a informação necessária para a reprodução da conduta e posteriormente avalia a reprodução dessa conduta com base nas consequências do seu comportamento. A personalidade, do latim *personare*, cujo significado é máscara, nada mais é do que individualidade da cada ser, determinada pelo modo como sente, pensa e age. A inteligência é entendida como aptidão “[...] para uma correcta aquisição de conhecimento da, e para a, compreensão dos estados, e das suas inter-relações, bem como para o desenvolvimento, daí resultante, de uma atividade planificada e dirigida para um determinado fim” (Scharfetter, 2005, p. 182). Estas duas determinantes da predisposição psicológica são consideradas componentes básicos para a explicação dos comportamentos. As predisposições de natureza sociocultural aglomeram um conjunto de variáveis, nomeadamente crenças, atitudes, normas interiorizadas, valores e intenções, normativas do grupo social onde o sujeito se encontra inserido. Segundo as teorias de atitude/conduta, é passível de se prever o comportamento “[...] a partir das atitudes do sujeito e das normas subjetivas, ambos mediados pela intenção e controlo comportamental percebido pelo indivíduo” (Nunes & Jóluskin, 2007, p. 80).

Becoña sustenta que o consumo de drogas tem por base processo de socialização (família, grupo de pares, meios de comunicação social), pois é através do mesmo que o indivíduo aprende, adquire e desenvolve o seu sistema de crenças, atitudes, normas, valores e intenções, fundamentais para o desenvolvimento psicossocial, sendo que ao longo deste desenvolvimento vai igualmente sendo exposto a um conjunto de fatores de risco ou proteção. Presentemente, com base na investigação, pode-se mencionar que ao longo do processo de socialização existe uma vasta gama de fatores de risco e de proteção associados ao consumo de droga, permitindo-nos deduzir que existem pessoas que têm um maior risco de consumir e outras que têm uma maior proteção para não consumir. Porém os fatores, sejam de risco ou protetores, em sede de comportamentos desviante, nunca podem ser reputados seguros, fixos, rígidos; com efeito, aqueles fatores, por vezes colocados como dogmas, só podem ser entendidos sob uma ancoragem relativa, pois os riscos de proteção dependem de cada sujeito e da sua bagagem de vida.

É por via da socialização e dos factores a este processo associados que o sujeito contacta e conhece a substância; a fase de conhecimento, segundo Becoña (citado por Nunes & Jóluskin, 2007). O contacto com as substâncias psicoativas e a informação que vai obtendo sob as mesmas surgem associadas aos vários cenários onde o sujeito se insere. Esta fase é influenciada pelos factores como o ambiente, o processo de aprendizagem e socialização,

assim como as expectativas, isto é o modo como o sujeito recorre às experiências passadas e ao conhecimento para determinar a sua escolha e posterior ação, fundamentadas num sistema dinâmico de expectativas, valores e crenças (Morel, Hervé, & Fontaine, 1998; Becoña, 2000; Nunes & Jóluskin, 2006; Nunes & Jóluskin, 2007)

Segue-se a fase de experimentação, que tal como o nome sugere caracteriza-se pelo início dos consumos. Nesta fase de contacto com a substância, existem vários fatores aos quais não podemos ficar indiferentes, nomeadamente a disponibilidade que o sujeito tem de acesso à substância, sendo que quando falamos de disponibilidade referimo-nos aos custos e condições de acesso. Para além deste fator, acrescem as crenças, normas, valores e intenções associados à perceção de risco, que o sujeito vai gradualmente desconstruindo, tendo impacto na decisão de experimentar ou não a substância. Neste processo de tomada de decisão, o estado emocional surge como uma variável determinante, pois “ [...] a procura de sensações, pode conduzir à entrega a experiências de modificação dos estados de consciência, com tanto mais fervor quanto o meio ambiente é sentido como proporcionador de poucas satisfações (...) procuram então reproduzir o alívio/prazer (...) retirando da substância o bem-estar e a felicidade [...]” (Morel *et al.*, 1998), pressupondo-se então que o estados anímicos poderão precipitar, ou não, o ato de consumir.

A fase da consolidação, tal como o nome indica, compreende solidificação dos consumos, ou seja, a passagem da experimentação à dependência da substância. Não obstante, esta transição, isto é, a manutenção do consumo, é segmentada pelo princípio do condicionamento operante, uma vez que o desenvolvimento de uma conduta dependente é resultado das consequências positivas ou negativas advindas do consumo. As consequências advindas através do consumo irão, de um modo indireto, influenciar a tomada de decisão, no que respeita ao continuar do consumo ou à cisão do mesmo (Becoña, 2002; Nunes & Jóluskin, 2007).

Intimamente relacionada com a fase supramencionada surge a fase do abandono ou manutenção, entendida como aquela onde os consumos poderão manter-se ou, caso contrário, cessar, em resultado da perceção e confronto que o indivíduo tem das consequências da substância na sua vida. A perceção poderá ser afetada por variáveis de natureza externa ou interna, ou seja, a escolha entre manter ou cessar os consumos pode ser influenciada por variáveis intrínsecas como o estado emocional e afetivo, ou por variáveis extrínsecas como a pressão social, familiar, o meio ambiente, entre outras.

A fase da recaída, a qual deve ser encarada como parte do processo de reabilitação, não indicia que a pessoa não queira mudar o seu estilo de vida, pois “ [...] o processo de recuperação do adicto às drogas é caracterizado como um percurso de recaídas, até que o indivíduo atinja a manutenção da abstinência [...]” (Nunes & Jóluskin, 2007, p. 97). A recaída, segundo Marlatt e Gordon (1985, citado por, Álvarez, 2007; Rangé & Marlatt, 2008), poderá ser influenciada por um conjunto de fatores extrínsecos e/ou intrínsecos, nomeadamente situações ambientais de risco, dificuldade de ser assertivo perante as mesmas, assim como o nível percebido de autoeficácia; daí a importância da manutenção ativa da abstinência (Álvarez, 2007; Rangé & Marlatt, 2008).

1.2 Conceção de suporte social e sua multidimensionalidade

Ainda que a narrativa em torno do termo suporte social seja de natureza contemporânea, a atenção dada ao papel que exerce sob o bem-estar físico e psíquico do ser humano é marcado pela sua ancestralidade.

Nunes (2005) ramifica a história em torno do suporte social em duas épocas distintas, sendo a primeira, situada até finais dos anos 60, orientada pelas ciências sociológicas e psicológicas; e, num segundo momento, década de 80/90, influenciado pelo movimento comunitário.

Os sociólogos começaram desde cedo a revelar interesse no estudo das consequências dos fenómenos da industrialização sob o funcionamento psicossocial do homem. Este interesse é observável num dos clássicos estudos levado a cabo por Durkheim (1897), onde aponta para as consequências que a industrialização tem sob os vínculos familiares, sociais e laborais que, segundo o mesmo, conduzem paulatinamente a fenómenos de solidão, desintegração social e desordens psicológicas. Durkheim (1897 – 1951), num outro clássico onde procura estudar as ligações entre o sujeito e a sociedade, postula a importância de uma rede social coesa e normativa, realçando que indivíduos cuja rede - familiar, comunitária, laboral- seja marcada por dinâmicas instáveis e recorrentemente mutáveis desenvolvem gradualmente estados de anomia, existindo uma maior probabilidade de adoção de condutas suicidárias. A Escola de Chicago, por sua vez, foi igualmente mostrando interesse no estudo do impacto das roturas sociais sobre as esferas psicológica e social, destacando-se o estudo da distribuição espacial das desordens mentais dos emigrantes polacos na América. (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000; Spaulding, Simpson, & Durkheim, 2010; Vaux, 1998)

Na esfera da Psicologia, é possível notar desde cedo o interesse dado ao estudo da influência das relações sociais sob o desenvolvimento humano. Freud foi referenciando, nos seus primeiros estudos, que a origem de muitos distúrbios mentais na população adulta teria origem na precariedade e instabilidade dos laços familiares na infância (Barrón, 1996). Também Bowlby (1969), na teoria do apego, sublinha a importância do comportamento verbal e não-verbal, isto é, o olhar, o tocar, o sorrir, o falar, para a manutenção do vínculo entre a progenitora e a sua criatura, uma vez que potencia nesta um sentimento de segurança e proteção (Vaux, 1998). No que respeita à Psicologia Comunitária, podemos encontrar na base da sua filosofia estudos cujo interesse assenta na importância do apoio social: cita-se, a título de exemplo, a preocupação da escassez de recursos humanos, a distribuição desigual de serviços, a importância das equipas multidisciplinares na prestação de serviços, entre outros (Barrón, 1999).

Mais recentemente, meados das décadas de 70/80, o interesse pelo estudo do suporte social amplifica-se, convertendo-se gradualmente num quadro consistente, em resultado das inúmeras investigações levadas a cabo por autores como Caplan (1974) Cassel (1974), Cobb (1976), Vaux (1988).

Em suma, foi por meio destes autores que se concluiu, através de dados clínicos, laboratoriais e epistemológicos, que o apoio fornecido pelas relações sociais contribui para o bem-estar do indivíduo e coadjuva em situações adversas, funcionando como uma espécie de amortecedor das variáveis negativas.

1.2.1 Conceito e sua multidimensionalidade

Ao longo das décadas, os investigadores têm manifestado preocupação face à concetualização do constructo suporte social, designadamente no que concerne à sua definição, dimensões e funcionalidades. Alvo de inúmeros debates científicos, encontra-se longe de entrar no domínio da consensualidade, pelos mais distintos motivos: numerosas definições, diversas abordagens teóricas e modelos explicativos; assim como a empregabilidade do constructo nas várias dinâmicas da esfera social, o que torna o mapa do suporte social uma área árdua e sensível de operacionalizar (Barrón, 1996; Nunes, 2005).

No que concerne à definição de suporte social, entendamos que “(...) a diversidade de conceitos e inúmeras tipologias, têm criado alguma dificuldade na aceitação generalizada de uma única definição”(Ornelas, 1996, p. 265). Historicamente, foi com os trabalhos de Caplan, Cassel e Cobb que se foram erguendo bases sólidas no que respeita à concetualização e operacionalização do mesmo. Caplan (1974), no seu círculo de estudos na área da psiquiatria

e saúde mental, embute o termo *sistema social*, usando-o para designar o apoio prestado pelos sistemas formais e informais (família, vizinhança, autarquias, escolas, etc.) na gestão e resolução de problemas emocionais e materiais. Cassel (1974), embora não referenciando diretamente o conceito de suporte social, alerta, ao longo dos seus estudos, para a importância das condicionantes social ao nível da saúde mental e física, salientando que fraturas significativas ao nível dos laços poderão precipitar maiores níveis de desequilíbrio emocional e vulnerabilidade a doenças (Ornelas, 1996). Cobb (1976), por sua vez, contextualiza o suporte social como o conjunto de informação que conduz o sujeito a acreditar que é cuidado, amado, estimado e um membro de uma rede de obrigações mútuas. Muitas outras definições foram surgindo ao longo dos tempos, pelo que Serra (1999) expõe que este é “ (...) um termo abrangente que se refere à quantidade e à coesão das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência do contacto e ao modo como é percebido que existe apoio que pode ser útil e prestar cuidados quando é necessário” (p. 118- 119). Albrecht e Adelman (1987), por sua vez, defendem que o suporte social se encontra relacionado com a qualidade da comunicação verbal e não-verbal entre emissor e recetor que “(...) reduz a incerteza sobre a situação, o eu, o outro, ou o relacionamento, e funções, melhorando a percepção de controle pessoal na sua experiência de vida” (Mattson, 2011, p. 182). Thoits (1985) acrescenta que o mesmo se encontra relacionado com as necessidades básicas do indivíduo, referindo-o como o “ (...) grau em que as necessidades sociais básicas do indivíduo (afiliação, afecto, pertença, identidade, segurança e aprovação) são satisfeitas através da interação com os outros” (Matos & Ferreira, 2000).

Face à multiplicidade de definições, “o suporte social é na maioria das situações definido em termos do conteúdo funcional das relações, abrangendo o grau de envolvimento afectivo, emocional ou instrumental, a ajuda ou a informação” (Ornelas, 1996, p. 334).

Barrón (1999, citando Lin & Colaboradores, 1986; Barrón, 1990) distinguem três esferas que permitem desconstruir e objetivar este constructo (Quadro 1).

Quadro 1. Aspetos caracterizadores do constructo suporte social

Níveis de análise	Relações pessoais Relações interpessoais Relações comunitárias
Características	Estruturais: • Tamanho • Densidade • Reciprocidade • Homogeneidade
	Funcionais:

	• Emocional • Instrumental • Informacional Contextual: • Características dos participantes • Momento do apoio • Duração • Finalidade
Suporte	Objetivo Subjetivo

Níveis de análise

No que respeita aos níveis de análise, e olhando para definição de Lin, Dean e Ensel, (1981) para quem o suporte social é entendido como “ toda a ajuda pelo sujeito obtém por meio dos laços sociais entre outros sujeitos, grupo e comunidade” (p. 74), podemos concluir pela existência de três níveis interrelacionados, citam-se: apoio comunitário, rede social e relações íntimas. O apoio comunitário diz respeito ao sentimento de pertença e integração nas associações pertencentes à zona urbana onde o indivíduo se insere (igreja, clube, espaços recreativos, etc.). O segundo nível, rede social, diz respeito às conexões com pessoas ou organizações cujos valores e objetivos prezam no mesmo sentido, gerando estados de coesão entre aqueles que a compõem. E, por último, as relações íntimas, ou seja, relações de grande proximidade caracterizadas pela reciprocidade ao nível das responsabilidades e bem-estar (Barrón, 1996).

Perspetivas de estudo

Como se pode observar nas diversas definições de suporte social, muitas delas refletem aspectos como: a dimensão e densidade da rede de apoio, o tipo de relações existentes, a quantidade de relações, entre outros aspetos, que tornam possível conceptualizar o suporte social com base em três aspectos, citam-se: estrutural, funcional e contextual (Barrón, 1999).

Dimensão estrutural

Segundo a corrente estruturalista, a estrutura é entendida como uma representação simplificada de um sistema complexo (Lazega, citado por Guadalupe, 2008). Estudar o suporte social a partir da perspectiva estrutural implica que nos debrucemos sob as informações referentes ao número de interações que o sujeito tem de efetuar para alcançar o apoio real, à frequência com que procura esses apoios e à duração dos mesmos (Sluzki, 1996; El-Bassel *et al.*, 1998; Barrón, 1999; Tuliao, n.d.). Segundo House e Kahn (1985), o suporte social é definido como uma rede cujo seu todo tem na essência a capacidade de provisionar recursos

psicológicos e sociais potenciando uma maior capacidade ao ser humano para lidar com situações indutoras de stresse (Cohen, 2004).

Neste sentido, a dimensão estrutural do suporte social congrega um conjunto de variáveis qualitativas: tamanho, densidade, reciprocidade e homogeneidade.

O tamanho da rede refere-se ao conjunto de pessoas e/ou entidades com as quais o sujeito focal estabelece relação. As redes podem apresentar um tamanho pequeno, médio ou numeroso. As redes de dimensão pequena são pouco eficazes em situações de elevados níveis de sobrecarga e/ou tensão, levando, na maioria das vezes, a um afastamento entre os elementos numa tentativa de fuga à sobrecarga. Porém, as redes de dimensão numerosa também são pouco eficazes em situações de sobrecarga e tensão, pois, grande parte das vezes, os elementos que a constituem não agem em função da percepção errónea que têm de estarem a ser ajudados, o que se traduz numa inação face a situações destrutivas (Sluzki, 1996).

A densidade, uma outra variável amplamente estudada, traduz o conjunto de conexões estabelecidas entre os sujeitos que formam a rede (Barrón, 1996; Sluzki, 1996). As conexões podem ser classificadas como baixa, média ou alta densidade. Num estudo levado a cabo por Wilcox (1981, citado por Barrón), conclui-se que sujeitos inseridos em redes de suporte social menos densas têm mais benefícios, uma vez que permitem ao sujeito focal aceder mais facilmente ao apoio que considera ser útil para superar aquilo que é a sua dificuldade do momento, pois a relações tornam-se mais próximas e manuseáveis.

A troca mútua e equilibrada de recursos entre os elementos que constituem a rede determina o nível de reciprocidade da rede. Barrón (1999) refere que numa rede caracterizada por uma reciprocidade positiva, os sujeitos que a constituem apresentam melhores níveis de saúde, pois este processo amplifica o sentimento de segurança e bem-estar.

Por sua vez, a homogeneidade da rede refere-se à conformidade de valores, atitudes, experiências, entre os vários elementos que constituem a rede (Barrón, 1999). Redes homogéneas espelham interações mais vinculativas e fortes (Brim, citado por Barrón, 1999).

Dimensão funcional

A dimensão funcional reporta-se à tipologia relacional que se encontra no alicerce das trocas interpessoais, fornecendo informações sobre o propósito da interação, do conteúdo e do modo como o sujeito percebe a disponibilidade por parte da sua rede (El-Bassel, Chen, & Cooper, 1998; Tuliao, n.d). Barrón (1999) alude para o facto de que no processo de interação é fundamental haver uma diferenciação entre os recursos que se trocam e a função que o apoio social cumpre nesse processo. Os recursos, segundo o mesmo, poderão adotar uma

natureza bidimensional, ou seja, material ou simbólica, sendo que os recursos materiais comportam todos os meios físicos e concretos que permitem resolver ou atingir o objetivo pelo qual se procuram (dinheiro, objetos, serviços, entre outros); e, por sua vez, os recursos simbólicos dizem respeito a todos os meios de natureza não concreta (carinho, atenção, aceitação, entre outros) que não sendo passíveis de ser visualizadas são sentidos e reforçadores.

Genericamente, com base nas sistematizações da literatura, pode-se agrupar a funcionalidade do suporte social em torno de três apoios: emocional, material e informativo.

O apoio emocional, peculiar das relações de intimidade e proximidade, é caracterizado pela troca de recursos simbólicos que comportam consubstancialmente atitudes emocionais positivas, nomeadamente, empatia, compreensão, segurança, confiança, levando a que o sujeito nuclear desenvolva sentimentos de pertença, valorização e bem-estar emocional (Barrón, 1996; Sluzki, 1996).

O apoio material ou instrumental “define-se como o conjunto de ações ou materiais, proporcionados por outros, que serviam para resolver problemas práticos e/ou facilitem a resolução de tarefas do quotidiano: ajudar nas tarefas domésticas, cuidar dos filhos, ajuda financeira, etc.” (Barrón, 1996, p. 16). Este tipo de apoio permite que o sujeito nuclear sinta uma diminuição da sobrecarga, favorecendo o seu bem-estar; porém, se o mesmo percepcionar como inadequado, poderá contribuir para maiores níveis de stress e mal-estar (Barrón, 1996).

O apoio informativo consubstancia-se por meio de conselhos, informações, orientações, que permitem ao sujeito nuclear entrar em contato com novas formas de pensar, sentir e agir, facilitando-o na construção de respostas resolúveis face à problemática sentida ou percepcionada (Barrón, 1999; House & Kahn, 1985, citado por Cohen, 2004; Mattson, 2011; Tuliao, n.d). Este tipo de apoio cria inúmeras vezes o acesso a novos contactos, mobilizados pela “abertura de portas para a conexão com pessoas e redes que até então não faziam parte da rede do indivíduo” (Sluzku, 1996, p. 53), criando oportunidade de alargamento da rede de suporte. Sluzki (1996) acrescenta ainda um quarto tipo de apoio, apoio técnico ou de serviços, definindo-o como “um tipo de colaboração específica, com base no conhecimento técnico” (p. 53).

Apesar da diferenciação dos apoios os vínculos na rede assumem grande parte das vezes um carácter multidimensional, uma vez que o mesmo vínculo pode assumir um ou mais dos apoios supramencionados.

Dimensão contextual

O suporte social é indissociável da variável contextual, pois as trocas relacionais inserem-se ao longo de um eixo temporal e espacial.

Cohen e Syme (1985, citados por Barrón, 1996; Nunes, 2005) aludem para a necessidade de se incluir nos estudos do suporte social variáveis como: características dos participantes; momento em que ocorre o suporte; a sua duração e finalidade.

As características dos envolvidos poderão determinar a abertura que o sujeito nuclear adota perante o suporte proporcionado. Segundo Cohen e Syme (1985, citados por Barrón, 1996), perante situações de conflito de natureza familiar ou laboral, o apoio prestado pela rede de amigos torna-se mais eficiente, sendo que o apoio familiar adota uma maior utilidade nas problemáticas da saúde. O momento em que o apoio é concedido parece igualmente de relevância, uma vez a capacidade de resiliência do sujeito nuclear perante a problemática vivenciada poderá carecer da ação de diferentes tipos de apoio em momentos distintos, o que exige por parte da rede um processo constante de reavaliações com vista a uma adequabilidade do apoio prestado, pois “o apoio que revela ser adequado num determinado momento, poderá não sê-lo noutro” (Sluzki, 1996, p. 19). Neste sentido, torna-se relevante a adequabilidade entre o suporte fornecido e as necessidades despoletadas. A durabilidade temporal do apoio prestado poderá variar em função das necessidades suscitadas por problema concreto, nomeadamente em situações cujo problema vivenciado se perlonga no tempo, é o caso de patologias de natureza crónica, tornando-se crucial uma constante manutenção do suporte prestado (Sluzki, 1996).

Suporte Social: Objetivo / Subjetivo

No processo de estudo do suporte social é importante ter em consideração as dimensões objetiva e subjetiva do apoio. A dimensão subjetiva gravita em torno daquilo que é o entendimento e avaliação idiossincráticos que o sujeito faz sobre o apoio recebido, já a dimensão objetiva diz respeito ao seu sentir concomitantemente com a percepção da sua rede (Barrón, 1996; Lin, 1986, citado por Guadalupe, 2008).

Apesar das duas dimensões supramencionadas, alguns investigadores têm procurado diferenciar suporte social percebido e suporte social recebido (Barrera, 1986; Dunkel-Schetter & Bennett, 1990, citados por Uchino 2009). Entende-se por suporte social percebido, também apelidado de apoio real, a noção realista de o sujeito poder aceder ao apoio, ou seja, ao modo como avalia a capacidade que a sua rede de relações interpessoais possui para o coadjuvar (conselhos, afeto, apoio material, etc.) em momentos de desproteção, o que vai integrar-se na

própria lógica interna do indivíduo. O suporte social recebido refere-se à totalidade de suporte que o sujeito recebeu na sua vida durante um determinado período de tempo e que serviu de ajuda para a resolução daquilo que foram as suas reais dificuldades (Pierce, Sarason, & Sarason, 1996; Barrera, 1986; Dunkel-Schetter & Bennett, 1990, citado por Goodwin, Cost, & Adonu, 2004; Mattson, 2011))

1.3 Suporte Social e saúde mental

“O papel desempenhado pelo que se consignou o suporte social na doença e na sua recuperação tem sido, mais recentemente, objecto de estudo de múltiplas investigações. O possível efeito mediador constituído pelo suporte social pode tanto ser meramente preventivo como um componente importante a integrar no processo reabilitacional” (Oliveira, 2000, p. 445)

Ao longo dos anos, vários são os estudos empíricos que vão validando a relação positiva entre o suporte social e os estados de saúde física e psicológica, assim como a sua importância para um desenvolvimento biopsicossocial saudável (Hobfoll, Freedy, Lane, & Geller, 1990, citados por Goodwin *et al.*, 2004).

Podem-se destacar, segundo Barrón (1996), duas influências do suporte social sobre o bem-estar físico e psicológico: o efeito direto e o efeito amortecedor. Segundo a hipótese do efeito direto, o apoio social, como o nome indica, adota um resultado direto sobre o bem-estar “fomentando directamente a saúde, independentemente do nível de stresse (...) o que significava que, maior nível de apoio social menor será o mal-estar psicológico, e quanto menor o apoio social, maior é a evidencia de transtornos” (p. 31). Pelo contrário, a hipótese do efeito amortecedor, também apelidado de protetor, considera que o apoio social “actua como um moderador de outras forças que influenciam o bem-estar (...) situações indutores de stresse só têm efeitos negativos em sujeitos com baixos níveis de apoio social (p. 32). Apesar de serem efeitos dissemelhantes na forma como atuam, ambos têm como o objetivo apaziguar o mal-estar, induzido por situações de stresse, assim como reforçar o estado anímico, ou seja contribuir positivamente bem-estar do individuo nas suas demais esferas.

As convicções que versam sobre os efeitos diretos do suporte social na promoção da saúde encontram-se bem fundamentadas cientificamente, nomeadamente no que se refere ao seu contributo na redução da mortalidade e na recuperação perante doenças de grau severo

(Sarason & Sarason, 2009; Sluzki, 1996; Kim, Sherman, & Taylor, 2008). Schawarzer e Leppin (1989; 1991; citados por Ribeiro, 1999) concluem, numa meta-análise de 55 estudos internacionais (n= 32739), que sujeitos com um suporte social deficitários evidenciam piores níveis de saúde, incluindo maior taxas de mortalidade.

No que respeita à saúde mental, tem-se concluído que a sua ausência se encontra relacionada com alguns transtornos mentais, nomeadamente quadros depressivos e esquizofrénicos. Kessler e colaboradores (1985, citados por Ribeiro, 1999) concluem através de um dos seus estudos, que níveis de suporte social firmes têm um papel preventivo ao nível do desenvolvimento de perturbações mentais. Baptista e colaboradores (2006, citado por Rodrigues & Madeira, 2009) reforçam, inferindo que este tem um efeito protetor no desenvolvimento de diversas patologias, nomeadamente perturbações de humor, tais como a depressão e ansiedade, entre outras. Barrón (1996) reforça que quanto menor foi o apoio social maior será a probabilidade de se desenvolver uma perturbação mental, nomeadamente neuroses e esquizofrenia. Langford e colaboradores (1997) corroboram, salientando que níveis de apoio social mais elevados, nomeadamente de natureza emocional, traduzem-se em menor prevalência de transtornos mentais, especificamente ansiosos e de humor.

A nível nacional destaca-se o contributo de Vaz Serra, que realça a papel positivo das forças sociais no bem-estar e qualidade de vida do homem, salientando que ligações afetivas positivas e firmes desenvolvem indivíduos com um maior sentimento de segurança e autoconfiança, possibilitando a criação de espaços para trocas o que, paulatinamente, reforça os sentimentos de utilidade (Serra, 2005). Ribeiro (1999) indicia que esta é uma dimensão fundamental para o desenvolvimento dos processos cognitivos e emocionais e proteção dos mesmos.

Não obstante, o suporte social pode ser igualmente prejudicial uma vez que, segundo as teorias da autoestima, o apoio social poderá desenvolver sentimentos de desigualdade social, perceção relacional de inferioridade versus superioridade, com impacto ao nível da autoestima e autoconfiança (Barrón, 1996; Dunbar, Ford & Hunt, 1998, citador por Ribeiro, 1999). Outros estudos reforçam igualmente que um apoio social excessivo, poderá desenvolver relações co-dependentes, não permitindo o desenvolvimento de outras relações (Barrón, 1996; Krause & Borawski-Clark, 1995).

Em suma “a investigação tem evidenciado que, tanto se verifica que o suporte social é um amortecedor dos impactos do stresse na saúde, como que ele está associado com redução

do bem-estar, ou com o agravamento do efeito dos stressores (Dunbar, Ford & Hunt, 1998, citados por Ribeiro, p. 550).

PARTE B

Investigação Empírica

2. Método de Investigação

2.1 Objetivos do estudo

Os objetivos de uma investigação visam “mostrar o que se deseja da pesquisa e devem ser expressos com clareza, pois são as orientações do estudo” (Sampieri, Collado & Lúcio, 2006, p. 36). Neste sentido, os objetivos desta investigação pretendem indagar sobre a percepção que o sujeito toxicodependente tem do seu suporte social ao nível de três dimensões: instrumental, informativo e emocional, e analisar a influência dessa percepção sobre a adoção de comportamentos aditivos.

2.1.2 Objetivos e hipóteses

O presente trabalho de investigação tem como principais objetivos:

- 1) Identificar o nível de apoio social percebido (instrumental, informativo e emocional) num grupo de sujeitos toxicodependentes admitidos em comunidade terapêutica.
- 2) Caracterizar e descrever o apoio social percebido, e as suas três dimensões (apoio instrumental, emocional e informativo) em relação à idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, saúde mental, meio socioeconómico/profissão e atividades extralaborais.

Através dos quais se pretende testar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existe diferença no modo como as três dimensões do suporte social são percebidos pelos utentes.

Hipótese 2: Existe relação estatisticamente significativa entre o apoio social e a saúde mental.

Hipótese 3: Existe relação estatisticamente significativa entre o apoio social e o envolvimento em atividade extralaborais.

Hipótese 4: Existe relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas que caracterizam a amostra e o nível de apoio social percebido.

2.2. Desenho da Investigação

O presente estudo caracteriza-se por ser de natureza descritiva, uma vez que se cinge a caracterizar a população, fornecendo informações sobre a mesma, isto é, através desta investigação pretendemos compreender, elucidar e fornecer dados sobre o apoio social em dependentes químicos em comunidade terapêutica.

A realidade da toxicodependência e dos seus atores caracteriza-se por ser complexa e dinâmica, encontrando-se dimensionada por aspetos éticos, morais e políticos, grande parte das vezes difíceis de auscultar, tornando a captação desta realidade igualmente complexa e desafiante.

Com o objetivo de aceder mais pormenorizadamente a esta realidade social, e aproximar a realidade teórica ao contexto de intervenção, tornámo-nos investigadores integrantes, fazendo parte do cenário de investigação. Face a tal, acabamos por transportar para o seio desta investigação uma relação peculiar entre investigador e objecto de investigação, podendo este cenário converter-se numa das limitações desta investigação, uma vez que ao sermos elementos não neutros, e tratando-se de uma população cujos comportamentos se caracterizam pela manipulação e desejabilidade social os dados recolhidos poderão ser afetados na sua credibilidade e fiabilidade, critérios essenciais ao processo de investigação científica. Não obstante, somente assim poderemos recolher e interpretar mais proximamente o significado das condutas aditivas e integrá-las numa dinâmica interventiva a médio prazo. Apraz-nos igualmente mencionar, que, atendo à dimensão da amostra e à sua natureza institucional, não podemos generalizar os resultados à população toxicodependente.

3. Amostra e sua caracterização

A recolha dos dados que constituem a presente investigação incidiu numa amostra de 30 residentes em programa de tratamento residencial destinado a pessoas em condição de sem-abrigo toxicodependentes e/ou alcoólicas.

A amostra é composta por 30 utentes do sexo masculino, com idade compreendidas entre os 25 e 60 anos de idade, sendo a média de idades de 40,57 anos, com desvio padrão de 9,243.

No que respeita ao estado civil verificou-se que 80% (n=24) são solteiros, 13,3 % (n=4) casados ou em união de facto e 6,7% (n=2) divorciados (ver figura 2).

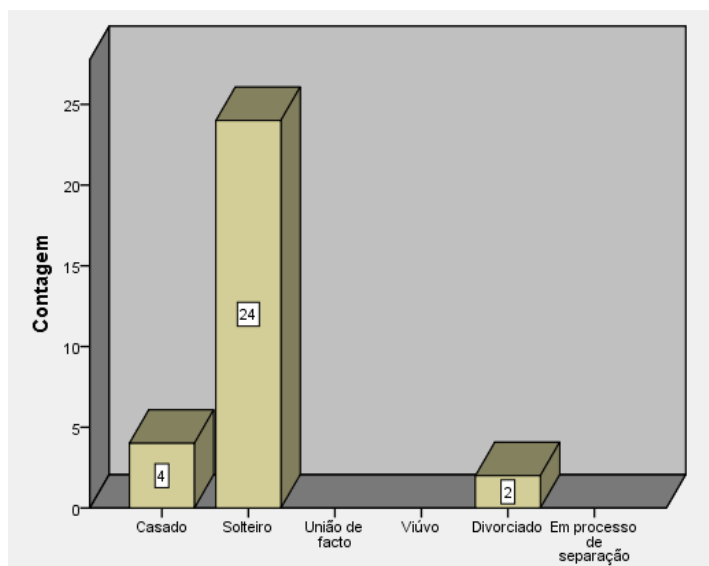


Figura 2. Constituição da amostra segundo o estado civil

Relativamente à nacionalidade 100% da amostra é de nacionalidade portuguesa. No que à zona distrital de residência diz respeito 66,7 % (n=20) da amostra reside em Lisboa, 6,7% (n=2) Setúbal, 6,7 % (n=2) Leiria, 3,3% (n=1) Coimbra, 3,3% (n=2) Évora, 3,3% (n=1) Porto, 3,3% (n=1) Portalegre, 3,3% (n=1) Madeira e 3,3% (n=1) Santarém, sendo que do total da amostra 80% (n=24) reside em zona urbana e 20% (n=6) em zona rural.

Quanto às habilitações literárias, não existindo nenhum indivíduo iletrado, 20% (n = 6) terminaram o 1º ciclo, 36,7 % (n=11) têm o 2º ciclo, 33,3 % (n=10) o 3º ciclo, 3,3% (n=1) o ensino secundário, 3,3% (n=1) o ensino profissional e 3,3% (n=1) o ensino superior. (Ver figura 3)

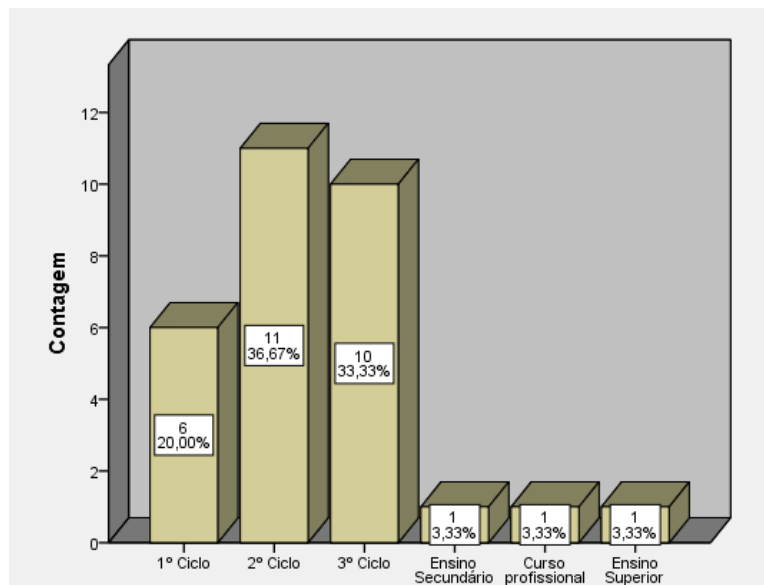


Figura 3. Constituição da amostra segundo as habilitações literárias

Em relação à profissão, a grande percentagem da amostra, 36,7% (n=11) enquadra-se no trabalhadores não qualificado, 13,3% (n=4) são operadores de instalações e máquinas (trabalhadores de montagem), 13,3% (n=4) técnicos profissionais de nível intermédio, 10% (n= 3) técnicos de vendas, 6,7% (n=2) especialistas das profissões intelectuais e científicas, 6,7% (n=2) administrativos e similares, 6,7% (n=2) operários e trabalhadores similares, 3,3% (n=1) administração pública e 3,3% (n=1) agricultor. Quanto à situação ocupacional atual, 86,7% (n=26) encontram-se desempregados, 10% (n=3) empregado e 3,3% (n=1) desempregado. Relativamente ao tempo de desemprego 69,2% (n=18) encontram-se desempregados há mais de um ano. (Ver figura 4)

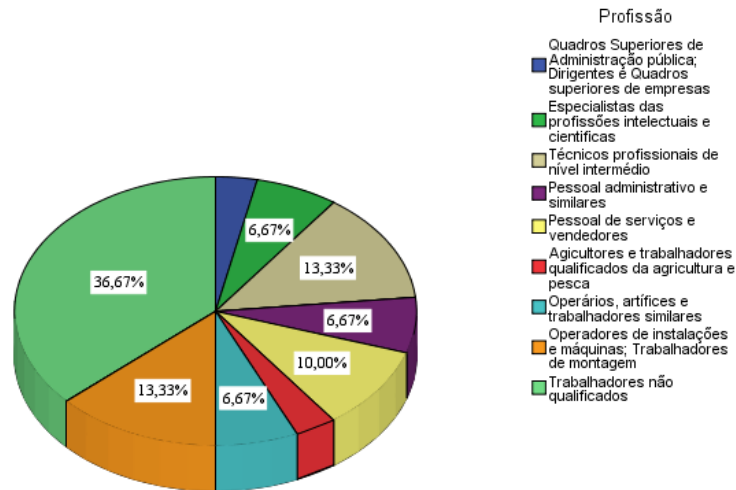


Figura 4. Constituição da amostra segundo a profissão

No que concerne ao número de elementos que constituem o agregado familiar, verifica-se que a maioria (53,3%, n=16) é composta por um elemento. Não obstante ao agregado familiar, verificou-se de 40,0% da amostra (n=18) tem filhos, sendo que somente 30% (n=9) estabelece uma relação vinculativa com os mesmos.

No que se refere às atividades de lazer, ocupação dos tempos livres, 66,7% (n=20) refere não participar em qualquer atividade, 16,7% (n=5) participa em atividades desportivas, 6,75 (n=2) faz voluntariado e 10% (n=3) diz ocupar-se com outras atividades de lazer.

No que respeita à dimensão clínica, 40% (n=12) da amostra apresenta comorbidade com outras patologias psiquiátricas, sendo que na totalidade dos que apresentam diagnóstico de outro quadro psiquiátrico, seis têm diagnosticado esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, n=1 perturbação de humor (depressão), perturbação de ansiedade (n=1), perturbações ao nível do controlo de impulso (n=2) e perturbação da personalidade do tipo borderline (n=1). (Ver figura 5)

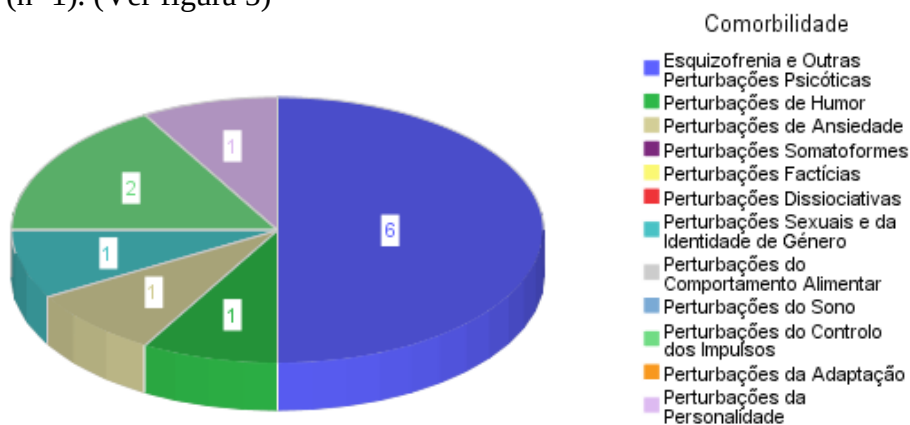


Figura 5. Constituição da amostra segunda a comorbilidade psiquiátrica.

3.1 Instrumentos

A presente investigação tem como primordial objetivo o estudo do suporte social numa amostra de dependentes químicos em comunidade terapêutica. Para tal recorreu-se ao uso de três instrumentos: questionário sociodemográfico (Apêndice 1), avaliação psicológica – efectuada pelo serviço de psicologia da Comunidade, e Escala de Apoio Social (EAS) (Anexo 1).

O *questionário sociodemográfico* permite-nos caracterizar a amostra ao nível das dimensões: sociodemográfica (naturalidade, profissão, estado civil, etc.), cultural (habilitações literárias, etnia, residência, etc.) e clínica (substância (s) consumida(s), causas do consumo, tempo de consumo, etc.).

A *Escala de Apoio Social (EAS)* tem como principal objetivo analisar os aspectos funcionais do apoio social percebidos pelo sujeito, cita-se apoio instrumental, informacional e emocional. É uma escala de autorresposta, cujos itens permitem determinar o grau em que o sujeito avalia o seu apoio social. A EAS é constituída por 16 questões (Tabela 1), avaliadas mediante uma escala de Lickert (1 a 5), correspondendo o “1” a níveis baixos de apoio social e o “5” aos níveis mais elevados. As 16 questões agrupam-se em três esferas: apoio informativo (6 itens), instrumental (5 itens) e emocional (5 itens) que concedem uma estrutura multidimensional ao instrumento. (Ver tabela 2)

O instrumento apresenta consistência interna aceitável sendo que os alfas de *Cronbach* para as três subescalas são 0,73 para o apoio emocional, 0,83 para o apoio informativo e 0,73 para o apoio instrumental (Matos & Ferreira, 2000).

Tabela 2: Escala de Apoio Social - Esferas de avaliação e respetivas questões²

Esferas em avaliação	Questões
Apoio Emocional	2- Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente 3- Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas 4- Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que me ouviria com prazer 5- Não tenho ninguém, a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido 11- Tenho pessoas com quem posso contar, para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependam de mim) quando quero sair por algum tempo ou divertir-me
	1- Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria no meio da noite para falar comigo

² Os itens 2, 5, 12, 13, 14 e 16 são cotados inversamente.

Apoio Informativos	6- As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e de bem-estar 7- Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema 8- Costumo aconselhar-se com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas 9- Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios 10- Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência
Apoio Instrumental	12- Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem recorrer 13- Não tenho a ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (ex: comida, tomar conta do correio, etc.) 14- Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me “estenda a mão” 15- Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer 16- Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas, não tenho quem me ajude

3.2 Procedimentos

Para realização desta investigação, primeiramente procedeu-se ao pedido de autorização à Comunidade Vida e Paz com vista à recolha de dados (Apêndice 3) assim como ao consentimento das autoras do instrumento EAS para aplicação do mesmo (Apêndice 2).

Após aceitação de ambos os pedidos, foi selecionada, entre Janeiro e Abril do presente ano, uma amostra de utentes em tratamento residencial no Centro de Fátima. No processo de seleção foi tido em conta a variável adaptação à instituição, tendo os instrumentos sido aplicados uma semana após a admissão centro e menos de quinze dias, ou seja, período considerável para adaptação ao meio terapêutico.

Os instrumentos foram sendo aplicados em grupos de quatro elementos, entre Janeiro e Abril, numa sala ausente de agentes perturbadores. Aquando reunido e após consentimento informado, foi-lhes sendo transmitido o carácter voluntário para participação na investigação, garantindo-lhes a possibilidade de desistir a qualquer momento, e salientado o carácter anónimo e confidencialidade dos dados recolhidos. (Apêndice 4)

Os dados recolhidos foram introduzidos e analisados por via programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 18.0.

4. Resultados

4.1 Percepção do apoio social e suas dimensões

Ao analisarmos a Tabela 3 verificamos que o apoio social percebido apresenta um valor médio de 48,33%, sendo os valores mínimo e máximo, respetivamente, 23% e 76% da escala de medida.

A análise comparativa direta das médias dos indivíduos, nas três dimensões, revela que onde se equaciona um suporte social mais diminuto se encontram nas variáveis que constituem o suporte emocional. Mais especificamente, no que respeita às dimensões do apoio social, o apoio informativo percebido apresenta valor médio superior na ordem dos 18,13%, sendo o valor mínimo de 8% e o valor máximo de 29%. No que respeita à dimensão apoio emocional percebido, apresenta valores médios inferior, de 14,33%, sendo os valores máximo e mínimo, respetivamente, 23% e 6%. O apoio instrumental percebido apresenta valor médio de 15,87%. Pode-se então inferir que a nossa amostra, no que respeita às dimensões do apoio social, apresenta maiores níveis de apoio informativo e instrumental.

Tabela 3: Estatísticas descritivas - Escala de apoio social e suas dimensões

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Variância
Apoio Social	30	23	76	48,33	11,363	129,126
Apoio informativo	30	8	29	18,13	5,036	25,361
Apoio Emocional	30	6	23	14,33	4,596	21,126
Apoio Instrumental	30	5	24	15,87	4,805	23,085
N válido	30					

4.2 Questão de investigação: Os níveis de apoio social percebido (instrumental, informativo e emocional) num grupo de sujeitos toxicodependentes admitidos em comunidade terapêutica, divergem entre si?

Para responde à primeira questão desta investigação (H_1 :Existem diferenças estatisticamente significativas na percepção das três dimensões do apoio social), recorreu-se primeiramente ao estudo da distribuição normal dos valores através do teste *Kolmogorov-Smirnov*, cujos resultados, que podemos observar na tabela 4, apontam para uma distribuição normal dos valores.

Tabela 4. Distribuição normal dos valores das escalas de apoio - Teste *Kolmogorov-Smirnov*

	N	Kolmogorov-Smirnov Z	Sig. Assint. (2 caudas)
Apoio informativo	30	,423	,994
Apoio Emocional	30	,755	,620
Apoio Instrumental	30	,886	,412
Apoio Social	30	,840	,481

Face ao resultado supramencionado, optou-se por recorrer ao teste *t* para amostras emparelhada, com o objetivo de determinar se os valores das três dimensões do apoio social (informativo, emocional e instrumental) apresentam resultados significativamente diferentes na forma como são percebidos.

Tabela 5. Teste *t* para amostras emparelhadas – Escalas de apoio

	Dimensão	T	Df	Sig. (2 extremidade)
Par 1	Apoio informativo – Apoio Emocional	3,790	29	0,001
Par 2	Apoio informativo – Apoio Instrumental	2,236	29	0,033
Par 3	Apoio Emocional – Apoio Instrumental	-1,947	29	0,061

Com base nos resultados do teste aplicado, cujos resultados podemos observar na tabela 5, (apoio informativo vs. apoio emocional: $t=3,790$, $p=0,001 < 0,05$; apoio informativo vs. apoio instrumental: $t=2,236$; $p\text{-value}=0,033 < 0,05$; apoio emocional vs. apoio instrumental: $t=-1,947$; $p\text{-value}=0,061 > 0,05$), podemos apurar a existência de diferenças ao nível da percepção entre apoio informativo e emocional, informativo e instrumental, contudo não se verifica entre o apoio emocional e instrumental. Face a estes resultados, conclui-se a existência de diferenças no modo como as três dimensões do apoio social são percebidas pelos utentes, ainda que no caso do apoio emocional e instrumental o valor de significância não nos permita concluir este pressuposto, o seu valor encontra-se muito próximo do nível de significância (5%), logo do valor aceite para se considerar significativo.

4.3. Questão de investigação: Existe relação entre as variáveis sociodemográficas e o suporte social?

A associação entre a **idade** e a percepção que o adito tem do seu apoio social foi avaliada através do coeficiente de correlação *spearman*, indicando uma correlação negativa fraca, significativa ao nível de significância $\alpha = 0,05$ ($r = - 0,036$, $p\text{-value} = 0,850$, teste unilateral). Este resultado permite-nos rejeitar H_0 , pelo que podemos concluir a existência de relação entre as variáveis. Pode-se ainda depreender que com o avançar da idade a percepção que indivíduo tem do seu apoio social tende a diminuir.

No que respeita à relação entre a variável **estado civil** - categorizada em seis níveis: casado, solteiro, união de facto, viúvo divorciado e em união de facto - e a percepção do apoio social, recorreu-se ao teste *V-Cramer*, por estarmos na presença de dados qualitativos vs. quantitativos (nominal e ordinal), concluindo-se através dos resultados obtidos ($v=0,791$; $p\text{-value}=0,539>0,05$) a não existência de correlação entre ambas, ou seja, o estado civil dos utentes não é determinante da maneira como avalia o seu apoio social.

Considerando o estado conjugal um constructo de natureza emocional procurámos analisar a influência do mesmo, agrupando-o em duas categorias: casado e solteiro/outro estado civil, sob a percepção que o sujeito tem do seu apoio emocional. Atendo ao facto das variáveis envolvidas cumprirem o pressuposto da normalidade no que respeita à distribuição dos seus valores, recorreu-se ao teste *t* para amostras emparelhadas ($t=22,491$ e $p\text{-value}=0,422 > 0,05$) concluindo que o estado conjugal não influencia a percepção que o sujeito tem do seu apoio emocional.

Considerando a hipótese a **habilitação literária** está significativamente relacionada com a percepção que o sujeito tem do seu apoio social, verificamos através do coeficiente de correlação de *spearman* ($s=0,391$, $p\text{-value}=0,033 < 0,05$) que embora fraca existe relação entre as duas variáveis em estudo. Pode-se igualmente inferir que adictos com níveis de escolaridade média (acima da 3ª classe) apresenta níveis de percepção de apoio social mais elevados, o que na nossa opinião pode ser explicado por este se integrarem numa rede mais formal com acesso mais facilitado aos demais recursos.

No que respeita ao **estado atual de ocupação** e percepção do apoio social, novamente seguindo a aplicação do coeficiente de correlação de *spearman* ($s=0,304$, $p\text{-value}=0,102 > 0,05$) concluímos a não existência de relação entre as duas variáveis, isto é, o estado de empregabilidade não se encontra relacionado com a percepção que o sujeito tem do seu apoio social.

Em suma, podemos afirmar que, de entre as variáveis sociodemográficas que caracterizam a nossa amostra, apenas as variáveis idade e habilitações literárias são fatores influenciadores do nível de apoio social percebido pelos sujeitos institucionalizados na Comunidade Vida e Paz.

4.4 Questão de investigação: Existe relação estatisticamente significativa entre o apoio social e a saúde mental?

Tendo em conta a hipótese: a percepção do apoio social depende da saúde mental e por estarmos na presença de dados qualitativos vs. quantitativos (ordinal e nominal) procedemos à aplicação de *V de Cramer* ($v = 0,701$, $p\text{-value} = 0,740 > 0,05$), através do qual concluímos que a saúde mental não se encontra associado à percepção que o sujeito tem do seu apoio social.

Tabela 6. Relação entre apoio social e saúde mental

		Valor	Sig. Aprox.
Nominal por Ordinal	Phi	,701	,740
	V de Cramer	,701	,740
N de Casos Válidos		30	

4.5. Questão de investigação: Existe relação estatisticamente significativa entre o apoio social e a prática de atividade extralaborais.

Tendo em conta a hipótese: existe relação estatisticamente significativas entre o apoio social percebido e a prática de atividades em lazer, e por estarmos na presença de dados quantitativos vs. qualitativos (ordinal e nominal) procedemos à aplicação de *V de Cramer* ($v = 0,798$, $p\text{-value} = 0,449 > 0,05$) através do qual concluímos que o facto de os indivíduos se encontrarem envolvidos ou não em atividades extralaborais não influencia a forma como percebem o seu apoio social.

Tabela 7. Relação entre apoio social e saúde mental

		Valor	Sig. Aprox.
Nominal por Ordinal	Phi	,798	,449
	V de Cramer	,798	,449
N de Casos Válidos		30	

4.1 Discussão dos resultados

No que diz respeito à primeira hipótese desta investigação concluímos que a nossa amostra apresenta níveis de apoio emocional deficitários quando comparados com o apoio instrumental e informativo. Silva & Quintas (2010), numa amostra de 50 toxicodependentes em tratamento, concluem igualmente que os níveis de percepção de apoio social mais baixos dizem respeito às variáveis que definem o suporte social afectivo. Também Tulião (s.d.) reforça, num estudo comparativo entre o nível de apoio social entre um grupo de sujeitos recaídos e um grupo de sujeitos em recuperação, que o apoio social percebido pelo grupo de sujeitos recaídos é significativamente menor em comparação com os sujeitos em recuperação, sendo que o grupo de recaídos têm um baixo nível de apoio social percebido.

Ao nível das variáveis sociodemográficas, no que respeita à hipótese - a idade está correlacionada positivamente com a percepção que os toxicodependentes em tratamento têm do seu apoio social; concluímos que à medida que a idade aumenta, a percepção do apoio social tende a diminuir. Gonçalves (2009) constata algo semelhante, embora numa amostra de 262 adultos sem diagnóstico de abuso de substâncias, referindo que com o aumento da idade o apoio social percebido tende a diminuir. Marques, Correia, Brites, & Pereira (2010) realçam, embora numa amostra constituída por cinquenta idosos institucionalizados, a tendência para uma diminuição nos níveis de percepção de apoio social à medida que a idade avança.

Quanto ao estado civil, não verificamos correlação entre os vários estados e a percepção que a amostra tem do seu apoio social, não obstante, num estudo levado a cabo por Ensel (1986), os indivíduos casados têm níveis de percepção do seu suporte social mais elevados quando comparados com indivíduos divorciados. Bento (2011), numa amostra de sujeitos bulímicos, conclui que os indivíduos casados têm uma percepção mais positiva do seu suporte emocional, quando comparados com indivíduos solteiros.

No que respeita à relação entre o nível de escolaridade e percepção que os sujeitos toxicodependentes institucionalizados têm do seu apoio social, conclui-se que utentes com maior nível de escolaridade, apresentam níveis de apoio social percebidos mais elevados. (Griep, 2003; Marques *et al.*, 2010) através do seu estudo levado a cabo para avaliar a confiabilidade e a validade de um instrumento de rede social e de uma escala de apoio social, conclui que percepções mais altas de apoio social foram identificadas em sujeitos com habilitações literárias elevadas. Rego, Oliveira, Berardo, Oliveira, & Ramos (1991) concluem ainda a correlação positiva em grupos sociais de baixa escolaridade e níveis

de apoio social percebido deficitários, salientando que esta relação entre estas variáveis e as condutas aditivas.

Quanto ao vínculo laboral, configurado como empregado e desempregado, não foram encontradas evidências estatísticas que nos permitam relacionar positivamente as variáveis empregabilidade e percepção que o sujeito toxicodependente tem do seu apoio social. Lin e colaboradores (citados por Ornelas, 1996) chegam a conclusões semelhantes, salientando que o suporte social não sofre alterações mediante o extrato social dos sujeitos. Não obstante, Saaneño e colaboradores (citado por Olívia, 2007) concluem que níveis socioeconómicos mais elevados têm níveis de apoio social mais elevados. Huurre, Eerola, Rahkonen, & Aro (2007) reforçam que indivíduos desempregados e que não auferem de nenhuma renda mensal apresentam níveis de apoio social percebido menores. Souza, Kantorski, & Mielke (2006) acrescentam que o factor desemprego surge como um factor precipitante ao processo de recaída, ou, até mesmo, de início à dependência (Souza, Kantorski, & Mielke, 2006).

Relativamente à ocupação dos tempos livres, que havemos definido como atividades extralaborais, não foram encontrados dados estatisticamente significativos que nos permitem estabelecer a relação entre esta dimensão e a percepção que o toxicodependente tem do seu apoio social; não obstante, Helminen, Halonen, Rankinen, Nissinen, & Rauramaa (1995) concluem que pessoas que participam em atividade tendem a ter níveis de apoio social mais elevados, possivelmente por se sentirem menos vulneráveis ao sentimento de solidão e isolamento, e conseqüentemente mais apoiadas pelo meio envolvente.

No que respeita à co-morbilidade psiquiátrica, diagnóstico psiquiátrico secundário, mais uma vez não foram encontrados dados estatisticamente significativos que nos permitem estabelecer a relação positiva entre esta dimensão e a percepção que o toxicodependente tem do seu apoio social. Inúmeros estudos científicos evidenciam elevadas taxas de co-morbilidade psiquiátrica - entre 50-72%) - (Herman *et al.*, 1989; Regier *et al.*, 1990; Mueser *et al.*, 1998; Dixon, 1999, citados por Silva & Quintas, 2010), não obstante na nossa amostra esta prevalência não se pode corroborar. Quanto à sua relação com o apoio social, não nos foi possível encontrar estudos que permitam comparar os resultados acima referidos.

Em suma, ao longo desta investigação poucas foram as variáveis que identificámos como estando correlacionadas positivamente com a percepção do apoio social, parecendo-nos que estes resultados se devem à dimensão reduzida da nossa amostra, pelo que, não seria viável podermos generalizar os resultados em causa para a população toxicodependente, atendendo aos critérios de seleção (instituição e suas singularidades). Podemos igualmente

levantar a hipóteses de que os resultados obtidos poderão ter sido fortemente influenciados pela necessidade que o sujeito toxicodependente tem de ser aceite, isto é, referimo-nos ao comportamento manipulador e a necessidade de darem perceção positiva de si mesmo.

Conclusão

“ O indivíduo interliga-se à família, que se interliga ao social, formando uma rede de causalidades múltiplas. Assim, a toxicodependência não é privilégio de um indivíduo “doente”, mas sim um sintoma dos nossos tempos pós-modernos.” (Schenker, 1997, citado por Silva & Quintas, 2010, p. 48)

Ao longo dos últimos decénios, embora escassos, têm surgido alguns estudos que procuram refletir sobre modo como a variável suporte social adopta um papel mediador na recuperação do abuso de substâncias. A título de exemplo, Rhodes & Jason (1990), no *social stress model of substance abuse*, explanam que as condutas aditivas são consequência de múltiplos factores stressores ambientais, designadamente pobreza, violência, acessibilidade às drogas, stressores que poderão ser moderadas por diversos factores, entre os quais o apoio social (Tuliao, n.d.). Booth, Russel, Yates, Laughlin, & Reed (1992) consignam, num estudo realizado a uma amostra de 89 homens alcoólicos em tratamento, que a percepção que o sujeito tem da sua rede de suporte social influência a precipitação de episódios depressivos, e igual de modo a adesão ao tratamento. Havassy, Wasserman, & Hall (1995), num estudo com uma amostra de 104 sujeitos em regime de pós-tratamento, abstinentes há seis meses, reforçam que a percepção que o indivíduo tem do seu suporte social poderá ser um factor protetor ou precipitante da recaída. Staton-Tindall, Royse, & Leukfeld (2007), num estudo exploratório, referem que percepção que a população tem do seu suporte social influência a adoção de condutas aditivas e desviantes, nomeadamente a adoção de condutas aditivas.

No que respeita ao ciclo do processo terapêutico, ao longo da literatura várias são as referências que aludem ao facto de que indivíduos toxicodependentes com redes de apoio social sólidas têm maior taxa de sucesso no que respeita à adesão ao processo terapêutico e consequente processo de recuperação (Cosden, Cortez-Ison, 1999; Huselid, Selfe, Guitierrez, 1991, citados por Staton-Tindall, Royse, & Leukfeld, 2007). Assim sendo, a inclusão de ações que promovam a um desenvolvimento e manutenção da rede de suporte social, estimularão a adesão ao tratamento, e auxiliarão o indivíduo a manter um registo de abstinência duradouro com reduzido risco de recidiva (Coppotelli, & Orleans, 1985; Morgenstern, Labouvie, cCrary, Kahler, & Frey, 1999, citados por Staton-Tindall, Royse, & Leukfeld, 2007). Não obstante, o suporte social poderá igualmente operar como um elemento precipitante à recaída, isto é, caso a rede de suporte social do indivíduo for caracterizada por

conflitos relacionais, nomeadamente ao nível da esfera familiar, o risco de recidiva aumenta significativamente, uma vez que se no período de recuperação, a médio-longo prazo, o sujeito tem de sentir como satisfatórias as ferramentas, emocional e comportamental, que lhe permitam, num registo individualizado, fazer face ao quadro stress ao qual é exposto (Cummings, Gordon & Marlatt, 1980, citados por Taliao, s.n).

Podemos então concluir que apoio social poderá operar com um factor de manutenção, uma vez que o mesmo adito poderá beneficiar na recuperação da adição, não obstante, poderá ser igualmente um factor precipitante à recaída, quando a funcionalidade e dinâmica em que se insere é regida por ambientes hostis e de risco.

Referências Bibliográficas

- Agra, C. (2003). *Dizer a Droga Ouvir as Drogas*. Porto, Portugal: Radicário.
- Álvarez, A. M. A. (2007). Fatores de Risco Que Favorecem a Recaída No Alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56 (3).
- Bandura, A. (1973). *Social learning theory*. United States of America: General Learning Press.
- Barrón, A. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI.
- Becoña, E. I. (2000). Los Adolescentes Y El Consumo de Drogas. *Papeles del psicólogo*, (77), 25–32.
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas.
- Beneti, A., & Santiago, J. (Eds.). (2000). *Pharmakon* (Vols. 1–8). Bolivia: Plural editores.
- Booth, B. M., Russel, D. W., Yates, W. R., Laughlin, P. R., & Reed, D. (1992). Social Support and Depression in Men during Alcoholism Treatment. *Journal of substance abuse*, 4(1), 57–67.
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social Support Measurement and Intervention* (1st ed.). New York: Oxford University Press.
- Dias, A. C. (1991). *Ali Baba, Droga: Uma Neurose Diabólica do Século Vinte*. Lisboa: Escher.
- Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2011). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (1st ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Ditzler, J., & Ditzler, J. (1995a). *Coming off drugs* (pp. 365 - 375). London: Macmillan.
- Ditzler, J., & Ditzler, J. (1995b). *Largar as drogas*. (Jorge, M. C., Trans.). Lisboa: Grafilarte.
- El-Bassel, N., Chen, D.R., & Cooper, D. (1998). Social Service Review. *Social Support and Social Network Profiles among Women on Methadone*, 1(1), 379–401.
- Ensel, M. W. (1986). Social Class and Depressive Symptomatology. In N. Lin, A. Deca, & W. Ensel, *Social Support, Life Events and Depression*. Orlando: Academic Press.
- Escofato, A. (2004). *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona.
- Fernanda, M. C., Brites, R., & Pereira, P. (2010). Apoio Social Em Idosos Institucionalizados. *Gestão e Desenvolvimento*, 17(18), 99–121.

- Fernandes, L. (1997). *Actores e territórios psicoptrópicos: etnografia das drogas numa periferia urbana* (Tese de Douturamento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal.
- Gigliotti, A., & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios Diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 1(26), 11–13.
- Gonçalves, A. (2006). *Álcool, tabaco e outras drogas: concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário e análise de programas e manuais escolares* (Tese de Doutoramento em Estudos da Criança Área de Especialização em Saúde Infantil). Universidade do Minho, Minho, Portugal.
- Goodwin, R., Cost, P., & Adonu, J. (2004). Social Support and Its Consequences: “Positive” and “deficiency” Values and Their Implications for Support and Self-Esteem. *British Journal of Social Psychology*, 43, 1–10.
- Griep, H. R. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e apoio social* (Tese de Doutoramento). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.
- Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico* (Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor em Saúde Mental). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Guerra, M. P. (1995). Uma Escala de Avaliação Do Suporte Social: Sua Aplicação Numa População Seropositiva Ao Vírus HIV. *Avaliação psicológica: Formas e Contextos*, (3), 25–34.
- Havassy, B. E., Wasserman, D. A., & Hall, S. M. (1995). Social Relationships and Abstinence from Cocaine in an American Treatment Sample. *Addiction*, 90(5), 699–710.
- Helminen, A., Halonen, P., Rankinen, T., Nissinen, A., & Rauramaa, R. (1995). Validity assessment of a social support index. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 23(1), 66–74.
- Huurre, T., Eerola, M., Rahkonen, O., & Aro, H. (2007). Does social support affect the relationship between socioeconomic status and depression? A longitudinal study from adolescence to adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 100(1-3), 55–64.
- Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and Social Support. *American Psychologist*, 63(6), 518–526.
- Krause, N., & Borawski-Clark, E. (1995). Social Class Differences in Social Support Among Older Adults. *The Gerontologist*, 35(4), 498–508.

- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1981). Social Support Scales: A Methodological Note. *Schizophrenia Bulletin*, (1), 73 – 89.
- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-V (1). Porto Alegre: ARTMED, 2015, 1a. ed.
- Matos, A. P., & Ferreira, A. (2000). Desenvolvimento Duma Escala de Apoio Social: Alguns Dados Sobre a Sua Fiabilidade. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 243–153.
- Mattson, M. (2011). Social Support. In *Health as communication nexus: a service-learning approach*. Dubuque, IA: Kendall Hunt.
- Morel, A., Hervé, F., & Fontaine, B. (1998). *Cuidados ao toxicodependente*. (B. Sousa, Trans.) (1st ed.). Lisboa: CLIMEPSI Ed.
- Neto, A. C., Gauer, G. J. C., & Furtado, N. R. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre (RS): EDIPUCRS.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroíno dependentes: características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária Editora.
- Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas: resumo*. (2004). Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Nunes, L., & Jólluskin, G. (2006). Uma Moção de Articulação No âmbito Da Dependência de Substâncias. *Revista da Faculdade de Ciências Humana e Sociais da Universidade Fernando Pessoa*, (3), 255–263.
- Nunes, L. M. C. M. (2005). *Análise Biográfica de indivíduos com história de abuso de substâncias* (Monografia de Licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Nunes, L. M., & Jólluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adicção: um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto, Portugal: Universidade Fernando Pessoa.
- Nunes, M. (2005). O Suporte Social Na Diabetes. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 31, 135–149.
- Olivia, A. L. (2007). *Apoio social para dependentes do álcool* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, São Paulo.
- Ornelas, J. (1996). Suporte Social E Doença Mental. *Análise Psicológica*, 2-3(14), 263–268.
- Patrício, L. D. B. (1997). *Face à droga como re(agir)?* Lisboa: Antunes & Amilcar, Lda.
- Pereira, M. L. S. (2013). *Toxicodependência: Noções e Conceitos*.

- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1996). Coping and Social Support. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: theory, research, applications*. New York: Wiley.
- Poiares, C. A. (1999). Contribuição Para Uma Análise Histórica Da Droga. *Toxicodependências*, (1), 3–12.
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental de Transtornos de Abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 588–595.
- Rego, R. A., Oliveira, Z. M. A. de, Berardo, F. A. N., Oliveira, M. B. de, & Ramos, L. R. (1991). Epidemiologia do alcoolismo: prevalência de positividade do teste CAGE em inquérito domiciliar no município de São Paulo. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 13(2), 75–80.
- Ribeiro, J. S. (1995). Dependência ou Dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos. *Toxicodependências*, (3), 5–11.
- Ribeiro, J. S. (1998). Dependência Psicológica versus Dependência Física?. *Toxicodependências*, (2), 45–53.
- Rodrigues, V. B., & Madeira, M. (2009). Suporte Social e Saúde Mental: Revisão da literatura. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 390–399.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral*. Lisboa: Climepsi Ed.
- Serra, A. V. (2005). *O Stress na Vida de Todos os Dias* (3ª ed.). Coimbra: Brochado.
- SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências) (2013). Disponível em <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/default.aspx>
- Silva, T., & Quintas, J. (2010). Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento. *Revista Toxicodependências*, 16 (3), 45–58.
- Sluzki, C. E. (1996). *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Spaulding, J. A., Simpson, G., & Durkheim, E. (2010). *Suicide: A study in sociology Simon and Schuster*. New York: The free press.
- Staton-Tindall, M., Royse, D., & Leukfeld, C. (2007). Substance Use Criminality, and Social Support: An Exploratory Analysis with Incarcerated Women. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 237–243.
- Thombs, D. L., & Osborn, C. J. (2013). *Introduction to Addictive Behaviors*, (4st ed.). London: Guilford Press.
- Tuliao, A. p. (n.d.). Structural and Functional Social Support and Drug Abuse Recovery: A Comparison Between Relapse and Non-Relapse Groups. *Social Sciences*, 6, 82–103.

Vaux, A. (1998). *Social Support: Theory, Research and Intervention* (1st ed.). New York: Praeger.

Anexos

Anexo 1

ESCALA DE APOIO SOCIAL (Matos, A P & Ferreira, A; 1999)

Leia cuidadosamente cada questão e coloque uma cruz (x) no quadrado que melhor se adapta ao seu caso.

Lembre-se que não há respostas certas ou erradas, deve responder de acordo com o seu caso.

Gostaríamos de colocar várias questões acerca do seu relacionamento com as pessoas com quem costuma conviver. Interessa-nos especialmente, saber qual o apoio social que habitualmente recebe, quer a nível emocional quer a nível de resolução de problemas de vida.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Se tiver um problema grave, sei que alguém se levantaria ao meio da noite para falar comigo	☐	☐	☐	☐	☐
2. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar como sou realmente	☐	☐	☐	☐	☐
3. Tenho alguém que me encoraja em situações emocionais delicadas	☐	☐	☐	☐	☐
4. Quando é necessário falar de mim, contar os meus segredos, desejos, medos... sei de alguém que ouviria com prazer	☐	☐	☐	☐	☐
5. Não tenho ninguém a quem possa demonstrar que estou aborrecido, nervoso ou deprimido.	☐	☐	☐	☐	☐
6. As minhas relações próximas transmitem-me sensações de segurança e bem-estar.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Tenho alguém que me fornece informações úteis em caso de me sentir um pouco desorientado com algum problema.	☐	☐	☐	☐	☐

8. Costumo aconselhar-me com pessoas amigas para saber o que devo fazer quando tenho problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Costumo perguntar aos que me rodeiam o que devo fazer para resolver assuntos mais sérios.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Tenho pessoas com quem posso contar, em caso de doença ou qualquer outra situação de emergência.	☐	☐	☐	☐	☐
11. tenho pessoas com quem posso contar para tomar conta dos meus filhos (ou de outros familiares que dependem de mim) quando quero sair por algum tempo para divertir-me.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Quando preciso de ajuda financeira, não tenho ninguém a quem possa recorrer.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Não tenho ninguém a quem possa pedir pequenos favores e ofertas (por exemplo comida, tomar conta do correio, etc.).	☐	☐	☐	☐	☐
14. Quando me sinto com demasiadas responsabilidades e exigências profissionais, não tenho ninguém que me “estenda a mão”.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Quando não tenho dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades básicas diárias, sei a quem recorrer.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Quando me sinto sobrecarregado com tarefas domésticas não tenho quem me ajude.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo 2

Quadro 1. Grupos de teorias e modelos explicativos do consumo de drogas (Becoña, adaptado de Nuno & Jólluskin, 2004)

i. Teorias parcelares e baseadas em poucos elementos	Teorias e modelos biológicos	A adição como um transtorno biológico
		A hipótese da automedicação
	Teorias da aprendizagem	Condicionamento clássico
		Condicionamento operante
		Teoria da aprendizagem social
	Teoria de atitude / conduta	Teoria da ação racional
		Teoria da conduta planificada
	Teorias psicológicas baseadas em causa intrapessoais	Modelo da melhoria da estima
		Teoria integrativa da conduta desviante
		Modelo baseado na afetividade
	Teorias de enfoque sistémico	
	Modelo social de Peele	
	Outros modelos teóricos	Modelo de Becker
		Modelo de Burgess
		Modelo de confronto de stresse de Wills
ii. Teorias de estádios e evolutivas	Modelo evolutivo de Kandel	
	Modelo de etapas motivacionais multicomponente de Werch e Diclemente	
	Modelo do processo de reafirmação dos jovens de Kim et al	
	Teoria da maturidade sobre o consumo de drogas de Labouvie	
	Teoria da pseudo-maturidade e do desenvolvimento precoce de Newcomb	
	Modelo psicopatológico do desenvolvimento de Glantz	
	Modelo de enfermidade do desenvolvimento psicossocial da dependência de drogas de Clatlos	
	Teoria da socialização primária de Oetting et al	

iii. Teorias integrativas e compreensivas	Modelo da promoção da saúde
	Teoria da aprendizagem social teoria cognitiva social de Bandura
	Modelo de desenvolvimento social de Catalano, Hawkins et al
	Teoria da conduta problemática de Jessor e Jessor
	Modelo integrativo geral da conduta do consumo de drogas de Botwin
	Modelo de estilos de vida e dos factores de risco de Calafat et al
	Teoria da influência triádica de Flay e Petraitis
	Modelo do auto-controlo de Santacreu et al
	Modelo compreensivo e sequencial das fases para o consumo de drogas na adolescência de Becoña

Apêndices



Apêndice 1

Questionário de Informação

A) Dimensão sociodemográfica

Data: ____/____/____

1. Idade:_____.

2. Estado civil: Casado ☐
- Solteiro ☐
- União de Facto ☐
- Viúvo ☐
- Divorciado ☐
- Em processo de separação ☐

3. O seu agregado familiar á composto por quantos elementos?_____.

4. Quantos filhos tem?_____.

5. Estabelece relação com eles? Sim ☐ Não ☐

6. Habilitações Literária: 1º Ciclo (4ª Classe) ☐
- 2º Ciclo (6º Ano) ☐
- 3º Ciclo (9º Ano) ☐
- Ensino Secundário ☐
- Curso Profissional ☐
- Ensino Superior ☐

7. Ocupação: Empregado ☐
- Desempregado ☐

8. Indique o grupo onde se enquadra a sua profissão.

- ☐ Grupo 1 (Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas).
- ☐ Grupo 2 (Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas).
- ☐ Grupo 3 (Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio).
- ☐ Grupo 4 (Pessoal Administrativo e Similares).
- ☐ Grupo 5 (Pessoal dos Serviços e Vendedores).
- ☐ Grupo 6 (Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca).
- ☐ Grupo 7 (Operários, Artífices e Trabalhadores Similares).
- ☐ Grupo 8 (Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores de Montagem).
- ☐ Grupo 9 (Trabalhadores Não Qualificados).
- ☐ Outros: Quais? _____.

9. Indique qual a sua nacionalidade: _____

10. Identifique a sua naturalidade: Urbana ☐
Rural ☐

11. Identifique em que distrito ou região autónoma habita:

Açores____ Aveiro____ Beja____ Braga____ Bragança____ Castelo Branco____

Coimbra____ Évora____ Leiria____ Lisboa____ Porto____ Portalegre____ Viana do

Castelo____ Madeira____ Faro____ Santarém____ Setúbal ____ Vila Real____

Viseu____

12. Em que atividades participa na sua área de residência:

Voluntariado ☐

Atividades Desportivas ☐

Escuteiros ☐

Atividades relacionadas com a sua religião ☐

Atividades de lazer

Nenhuma

☐☐

Dimensão Clínica

13. Tipo(s) de consumo(s): *(assinale as substâncias que já consumiu)*

Álcool ☐

Benzodiazepinas ☐ Quais: _____

Cocaína ☐

Haxixe ☐

Nicotina ☐

Outros ☐ Quais: _____

14. O que o levou aos consumos: *(assinale a(s) apção(ões) na(s) qual(ais) se identifica)*

Curiosidade ☐

Influência de amigos ☐

Desejo de fuga (ex: problemas familiares) ☐

Desejo de pertença a um grupo ☐

Coragem (para tomar uma atitude que sem o uso de substâncias não tomaria) ☐

Dificuldade em enfrentar e/ou aguentar situações difíceis/dolorosas

Busca de sensações que lhe dessem prazer ☐

Para acalmar ☐

Outra(s): _____.

Grata pela sua colaboração!

Apêndice 2

Jully Frias Pereira

Rua dos Bombeiros Voluntários, s/nº

2435-125 Caxarias – Ourém

E-mail: jullypereira7@gmail.com

Tlm: 914 239 249

Exma. Professora Doutora Ana Matos,

Assunto: Consentimento para aplicação do Instrumento Escala de Apoio Social (Matos, A. & Ferreira, A., 2000)

Na qualidade de aluna do Mestrado em Psicologia Forense, ministrado pela Escola de Psicologia e Ciências da Vida, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, encontro-me a desenvolver a minha dissertação de mestrado, sob orientação do Professor Doutor Carlos Alberto Poiães, intitulada “*Para além de mim: Suporte Social na Toxicodependência*”. Os objetivos de presente investigação consistem em indagar sobre a percepção que o sujeito toxicodependente tem do seu suporte social (instrumental, informativo e emocional) antes e após o tratamento em Comunidade Terapêutica, assim como analisar a influência que essa percepção tem na adoção de condutas aditivas.

Dando seguimento aos princípios éticos que regem a investigação em Psicologia, venho por este meio solicitar consentimento para aplicação do instrumento Escala de Apoio Social (EAS), de modo a poder atingir os objetivos supramencionados. Naturalmente que referirei, no texto da dissertação e em eventual publicação de artigo dela derivado a autorização para usar esta escala.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento adicional,

Com os melhores cumprimentos,

Jully Pereira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Apêndice 3

Jully Frias Pereira

Rua dos Bombeiros Voluntários, S/ nº

2435 – 125 Caxarias – Ourém

Tlm: 914239249

E-mail: julypereira7@gmail.com

Exmo. Senhor Dr. Henrique Joaquim
Presidente da Comunidade Vida e Paz

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação.

Na qualidade de aluna do Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, ministrado pela Escola de Psicologia e Ciência da Vida da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, venho solicitar autorização para recolher os dados para a minha dissertação no Centro de Fátima da Comunidade *Vida e Paz*.

A dissertação, intitulada “Para além de mim: Suporte Social e Toxicodependência”, orientada pelo Professor Doutor Carlos Alberto Poiares, tem estabelecidos como principais objetivos indagar sobre a percepção que o sujeito adicto tem do seu suporte social em três dimensões (informativa, instrumental e emocional), antes e após o tratamento em comunidade terapêutica, assim como analisar a influência que essa percepção tem na adoção de condutas aditivas.

Face aos objetivos supracitados e de modo a alcançá-los, solicito autorização para aplicação dos instrumentos EAS (Escala de Apoio Social) (Matos, A. & Ferreira, A., 2000) e o questionário sociodemográfico em anexo junto dos utentes dessa instituição.

Dando seguimento aos princípios éticos que regem a investigação em Psicologia, toda a informação recolhida será objeto de sigilo profissional, mantendo-se o anonimato das partes envolvidas, sendo os dados recolhidos destinados unicamente aos fins de investigação.

Encontro-me ao vosso dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Com os melhores cumprimentos,

Jully Frias Pereira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Apêndice 4



Colaboração em Investigação

Eu, Jully Pereira, na qualidade de aluna do Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, ministrado pela Escola de Psicologia e Ciência da Vida, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, e presentemente voluntária na Comunidade Vida e Paz do Centro de Fátima, venho solicitar a sua colaboração para a recolha de alguns dados.

A presente investigação, intitulada “*Para além de mim*: Suporte Social e Toxicodependência”, orientada pelo Professor Doutor Carlos Alberto Poiães, tem estabelecido como principal **objetivo**:

- a. Analisar a percepção que tem do seu suporte social nas suas três dimensões (informativa, instrumental e emocional) após o seu tratamento em comunidade terapêutica;

Face ao objetivo supracitado, e de modo a poder atingi-lo, serão aplicados dois **instrumentos**: EAS (Escala de Apoio Social) (Matos, A. & Ferreira, A., 2000) e um questionário sociodemográfico.

Dando seguimento aos princípios éticos que regem a investigação em Psicologia, toda a informação que recolher será objeto de sigilo profissional, mantendo-se o anonimato das partes envolvidas, sendo os dados recolhidos destinados unicamente aos fins de investigação.

Atendendo ao supramencionado solicito a sua colaboração na presente investigação sendo que para tal, e numa primeira etapa, conceda os seus contactos, nomeadamente telefónico e electrónico para assim poder entrar em contacto consigo, no sentido de aplicar os instrumentos referidos.

Encontro-me ao vosso dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Grata pela sua atenção,

Com os melhores cumprimentos,

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias - Escola de Psicologia e Ciências da Vida