



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

*Vinculação e Prestação de cuidados associados à
Gravidade de dependência de drogas/álcool*

Estudo Quantitativo

Fátima Filomena Samora Tavares

Orientador de Dissertação:
Prof. Doutor Nuno Torres

Coordenador de Seminário de Dissertação:
Prof. Doutor Nuno Torres

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA
Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Professor Doutor Nuno Torres, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Se o mundo, tal como o concebo, é construído socialmente nas repetidas interações com os que no meu caminho se vão cruzando, então, também este trabalho resulta de tais experiências Assim reservo este espaço para expressar o meu mais profundo e sincero “Obrigada” a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, tornaram possível a concretização deste trabalho.

Ao meu orientador, Professor Doutor Nuno Torres, pela sua paciência, disponibilidade, acompanhamento, incentivo e pelas suas críticas e sugestões, tornando este trabalho um desafio estimulante.

Ao Dr. António Costa, da UD Centro das Taipas, por ter autorizado a realização da investigação, bem como à Dra. Ana Cristina Gago Silva por se ter disponibilizado e ajudado para que pudesse concretizar a minha investigação.

A todos os utentes da UD Centro das Taipas que amavelmente aceitaram participar.

Aos Senhores Enfermeiros da UD Centro das Taipas nomeadamente o Enfermeiro Alcides e a Enfermeira Ana pela forma como me acolheram sem reservas e que de uma forma carinhosa me ajudaram na recolha da amostra incentivando os utentes a colaborarem e participarem na elaboração dos testes.

A todos vós, a minha mais terna gratidão e respeito. O meu muito obrigada!

RESUMO: O presente estudo pretendeu aferir se a gravidade de dependência de drogas/álcool está relacionada com problemas de vinculação e prestação de cuidados. A amostra foi recolhida na ET (Equipa de tratamento das Taipas) localizada no Hospital Júlio de Matos no pavilhão 27, é constituída por um total de 30 sujeitos, consumidores de substâncias psicoativas, integrados num programa de substituição opiácea de alto limiar, com idades compreendidas entre os 34 e 62 anos, dos quais 13 são do sexo feminino e 17 do sexo masculino. Os instrumentos utilizados foram: A Escala de Gravidade de Dependência ASI versão 6 questionário sobre uso de Drogas/álcool e Família / Social; a Escala de Vinculação do Adulto e o questionário Vinculação e Sistemas de prestação de Cuidados em dependentes de substância em tratamento, de modo a verificar sobre o modo como a dependência pode influenciar ou ser influenciada pelo desenvolvimento de relações afetivas. De acordo com as expectativas os resultados apontam, no que se refere ao estilo de vinculação que sujeitos toxicod dependentes apresentam maior ansiedade e menor confiança nos outros, havendo uma predominância de vinculações inseguras, logo a gravidade da dependência de drogas/álcool esta relacionada com problemas de vinculação e prestação de cuidados.

Palavras-chave: consumo de substâncias, vínculos afetivos, vinculação, prestação de cuidados.

ABSTRACT: The present study aimed to assess whether problems with bonding and care. The sample was collected in ET (Team treatment Taipas) located in the Hospital Julio de Matos in hall 27, is constituted by a total of 30 subjects consuming psychoactive substances, an integrated program of high-threshold opiate substitution, aged between 34 and 62 years, of which 13 are females and 17 males. The instruments used were: The Severity of Dependence version 6 ASI questionnaire about use drugs / alcohol and Family / Social, the Bonding Scale questionnaire and the Adult Attachment and systems provide care for substance dependent on treatment in order to determine over how the dependence can influence or be influenced by the development of relationships. According to the expectation the results show with regard to binding style that subjects addicted have higher anxiety and lower confidence in the other, with a predominance of insecure attachments, then the seriousness of drugs addiction / alcohol is related to problems linking and care.

Key words: substances consumption; affective attachments; attachment, care.

ÍNDICE

Agradecimentos I

Resumo II

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Toxicodependência e Droga	2
1.2. Conceito de droga	2
1.3. Conceito de Toxicodependência	4
1.4. Conceito de dependência	5
1.5. Dinâmica Familiar dos toxicodependentes	7
1.6. A Teoria da Vinculação	8
1.7. Vinculação na Infância	9
1.8. Vinculação na idade adulta	11
1.9. Prestação de Cuidados	14
2. MÉTODO	
2.1. Participantes	21
2.2. Instrumentos	21
2.2.1. Escala de Prestação de Cuidados	21
2.2.2. Escala de Vinculação do Adulto (EVA)	23
2.2.3. Gravidade de Dependência (ASI6)	24
2.3. Procedimento	25
3. RESULTADOS	26
4. DISCUSSÃO	30
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
6. ANEXOS	
6.1. Anexo A: Caracterização da amostra	39
6.2. Anexo B: Questionário de Prestação de Cuidados	42
6.3. Anexo C: Qualidade métricas do QC	44
6.4. Anexo D: Escala de Vinculação do Adulto	47
6.5. Anexo E: Anexo E: Qualidade métricas do EVA	48
6.6. Anexo F: Questionário da Gravidade de Dependência(ASI6)	50
6.7. Anexo G: Carta Consentimento Informado	66
6.8. Anexo H: Ficha Informativa	67
6.9. Anexo I: Estatística descritiva geral	69

6.10. Anexo J – Correlações entre as dimensões do EVA e do CQ com o itens do ASI6

70

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias é um problema que afeta a vida de muitas pessoas na sociedade que vivemos. É uma realidade complexa que entra, sem pedir licença pela porta ou janela das casas de muitas famílias, deixando-as atônitas e confusas numa agitação de sentimentos, sem saberem como e quando acabará esse pesadelo. Uns questionam-se acerca das causas, outros das consequências, outros ainda procuram soluções para esta problemática que os invadiu de forma arrebatadora, trazendo o sofrimento e desespero não só para aqueles que vivem dependentes de alguma substância, como também para todos os que os rodeiam, como é o caso das famílias. A explicação para esta situação de vida é suportada por vários estudos que apresentam diversos fatores responsáveis pelo desenvolvimento da dependência de substâncias.

É na infância que iniciamos as nossas relações com os outros, mas é a qualidade dessas relações que nos proporciona condições psíquicas necessárias para estabelecer relações futuras saudáveis. Nas relações futuras estão incluídas as relações interpessoais e as intrapessoais. É pois através da maneira como nos relacionamos com o nosso Eu que se determina o modo como nos relacionamos com os outros.

A adolescência e a fase adulta são pois um resultado, ou pelo menos um reflexo de comportamentos possivelmente adquiridos na infância, contudo existem determinadas experiências que têm a capacidade de alterar a forma como nos sentimos enquanto pessoas.

Deste modo, a toxicodependência desenvolve-se com o objetivo de diminuir o sofrimento que o individuo sente perante a sua experiência de vida, pois a sua tolerância aos momentos mais depressivos é mínima, é insuportável e a substância elimina qualquer desequilíbrio psíquico.

Assim o objetivo deste trabalho desenvolveu-se a partir de uma tentativa de efetuar uma reflexão sobre dois temas intimamente associados: Vinculação e Toxicodependência. O primeiro por interesse de índole pessoal na área da psicologia do desenvolvimento e, de modo mais específico, a evolução da relação mãe-bebé. O segundo, por uma crescente curiosidade científica sobre o modo como a dependência pode influenciar ou ser influenciada pelo desenvolvimento de relações afetivas, neste sentido o objetivo deste estudo é tentar perceber se a gravidade da dependência de drogas/álcool está relacionada com problemas de vinculação e prestação de cuidados.

Assim e numa tentativa de explicação, irei expor a teoria que sublinha o papel da família na formação do indivíduo e, conseqüentemente, a sua influência no grau de dependência. Irei também falar acerca da importância da relação mãe-filho, na compreensão do fenómeno, a partir da teoria da vinculação.

Muitos autores de forma direta ou indireta fazem claras referências à importância dos vínculos (Zimmerman, 2004). Um aspeto partilhado por diferentes teorias é o de que o indivíduo ao longo do seu desenvolvimento acumula experiências, sobre as quais constrói um quadro de referência mediador de significados, que orienta todos os outros desenvolvimentos.

Toxicodependência e droga

O conceito de droga

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), droga é toda a substância que, introduzida no organismo por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central (SNC).

Designam-se genericamente por "droga", todas as substâncias que podem modificar uma ou mais funções de um organismo vivo em que são introduzidos. As drogas que estão relacionadas com a toxicodependência são apenas uma parte do conjunto das drogas: são as drogas psicoativas, que se caracterizam pelo poder de modificar as funções do Sistema Nervoso Central. Uma droga psicoativa é qualquer substância que altera o humor, a percepção do ambiente externo (tempo, local, etc.) ou interno (sonhos, alucinações, etc.). O uso destas substâncias pode originar sérios problemas, assim como precipitar comportamentos não desejáveis.

Assim temos:

Depressores: reduzem a estimulação fisiológica, reduzem a tensão psicológica e podem provocar o relaxamento. Há três tipos de depressores: o álcool, os barbitúricos e as benzodiazepinas;

Narcóticos: apesar de ser frequentemente usado para referir drogas ilegais, o termo refere-se a uma classe específica de drogas derivadas do ópio. Os narcóticos têm por efeito o entorpecimento dos sentidos e a criação de um estado semelhante ao sono. No entanto, o consumo de doses elevadas pode causar um grau prolongado de relaxamento que pode levar à paragem respiratória e, como consequência, à morte. Os narcóticos incluem o ópio, a morfina e a heroína.

Estimulantes: provocam estados de euforia, porque aumentam os níveis de determinados neurotransmissores e, desta forma, aumentam o nível de actividade neurológica do sistema límbico, um sistema que é responsável pelo prazer. Os dois estimulantes mais poderosos são as anfetaminas e a cocaína, mas também poderiam incluir a cafeína e a nicotina.

Alucinogénios: têm por efeito distorcer experiências sensoriais. Sob o efeito de alucinogénios, o que o indivíduo vê ou ouve é alterado, mudado ou deformado. Tais distorções podem ser chamadas de alucinações, experiências de percepção que não têm por base a realidade. Alguns alucinogénios são o cannabis, o LSD e a mescalina.

O consumo de drogas e a sociedade moderna

Numa abordagem social é de salientar que o fracasso da adaptação às transformações das sociedades modernas e aos problemas que estas acarretam (desemprego; recessão; crescimento das desigualdades e da marginalidade; fragmentação da família; modificação dos papéis tradicionais; novas formas de controlo da sociedade, etc.) é para os indivíduos, muitas vezes, sinónimo de perda de segurança, raízes e sobretudo, de vínculos significativos. As drogas vêm aqui servir de utensílio ao serviço da manutenção das realizações sociais e afetivas, tornando-se os recursos permanentes de correção e de manutenção do Ego do indivíduo. Estas fornecem uma resposta imediata, perceptível e eficaz contudo, comportam o risco da dependência, gerando as suas próprias exigências e obrigações. Quanto mais profunda é a desorganização social, mais os consumos de drogas aumentam, tal como a possibilidade de perda de controlo (Boyd, D., 2001).

A perda de vínculos atrás mencionada, (desemprego, isolamento, stress, ausência de escolha de vidas alternativas, inacessibilidade aos objetos de satisfação socialmente valorizados, etc.) associada a fatores de fragilidade psíquica constitui um fator muito importante na evolução de usos ocasionais de drogas para verdadeiras toxicodependências, na

medida em que geram «adultos imaturos, feridos, infantilizados, que se atacam a eles próprios e aos outros, que cortam os círculos relacionais, para encontrar meios de compensar o seu sentimento de inexistência ou o seu medo de caos interior» (Morel A., Hervé F., Fontaine B., 1998).

Não é por acaso que Freud situava os estupefacientes num lugar tão bom entre «os demolidores de preocupações» dos quais o homem tem necessidade. Ele próprio tinha algum conhecimento e é preciso reconhecer que, desde há mais de um século, os factos lhe vêm dando razão. Em que medida as drogas são provedoras de satisfação? Quais são os sofrimentos que elas permitem suportar? Como é que a compulsão esgota os prazeres? «O sofrimento, escrevia Freud em *Malaise dans la civilization* (1929), ameaça-nos por três lados: no nosso corpo, que destinado à decadência e à dissolução não pode realmente passar sem esses sinais de alarme que são a dor e a angústia; do lado do mundo exterior, que dispõe de forças invencíveis e inexoráveis de se levantar contra nós e de nos aniquilar; finalmente, a terceira ameaça provém das nossas relações com os outros seres humanos. O sofrimento resultante desta fonte é-nos talvez mais penoso do que qualquer outro.»

O conceito de toxicodpendência...

“ A toxicodpendência tem vindo a ser conceptualizada como uma doença, mas tal nome pode, por vezes, ser insuficiente, perigoso e até perverso, porque as histórias de vida nunca cabem no espartilho de um diagnóstico médico ” (Carqueija, 2004, p.112)

A definição de toxicodpendência, bem como, a toxicodpendência propriamente dita, tem sido alvo de evoluções históricas sendo uma definição envolta em contradições, polémicas e variadas críticas. Numa perspectiva médico-legal a toxicodpendência consiste num estado de intoxicação periódica ou crónica, produzido pelo uso repetido de uma droga natural ou sintética, sendo o seu consumo lícito ou ilícito. Já na perspectiva dinâmica, sendo o termo toxicomania um termo composto, este tem dois aspectos envolvidos, o tóxico (substância) e a mania (adição), e é de um vínculo que se trata, entre o sujeito (o adicto) e o objecto-substância numa acção recíproca entre os dois. A substância enquanto objecto tem uma acção específica sobre a estrutura adictiva, tanto pela sua representatividade no sujeito como pelo seu efeito farmacológico sobre o sistema nervoso central, atuando diretamente no funcionamento psíquico.

Segundo a O.M.S (1971) a toxicodependência consiste num “estado de intoxicação periódica ou crónica, produzido pelo uso repetido de uma droga natural ou sintética, sendo o seu consumo lícito ou ilícito.”

Apesar do destaque que o problema da adição em geral, e da toxicodependência em particular vai assumindo na sociedade contemporânea, parece persistir um grande desconhecimento dos mecanismos implicados nas complexas relações existentes no fenómeno. Aqui convergem um conjunto complexo de factores biopsicossociais, mas também características individuais do consumidor (Marques-Teixeira, 2001). Por exemplo, para Coimbra de Matos (2002), se o toxicodependente for considerado um delinquente, entendendo por delinquente aquele que transgride o normativo, então estamos perante um caso de foro judicial. Mas se consideramos que o sujeito transgressor tem uma “raiva excessiva do abandono do objecto”, então estamos perante um caso do foro da psicologia.

Compreende-se que o consumo de um produto, só por si, não define a natureza do problema psicológico e/ou social do sujeito, ou o fenómeno sociocultural da droga (Morel, 1993). A vivência e a dependência de substâncias ilícitas envolvem, como vimos, uma enorme diversidade de fenómenos complexos e de grande significado psicológico. No seio desta complexidade não podemos esquecer que o dependente possui a sua singularidade e a sua diferenciação enquanto ser.

Mas...como se pode definir dependência

A dependência é uma utilização inadequada de uma droga por quem a consome. Existe a dependência física, que corresponde a uma adaptação inadequada do organismo à droga consumida regularmente. Quando esta falta, o organismo ressent-se de uma forma que provoca grande sofrimento no consumidor, nem todas as drogas provocam este tipo de dependência. Existe outra forma de dependência que pode ser provocada por todas as drogas psico-activas e que é muito mais grave: a dependência psicológica. Associa-se geralmente a uma ilusão de poder e de controlo dos problemas e a uma negação da dependência.

Segundo Boyd D. (2001), existem sete sintomas básicos da dependência de drogas:

- ✓ Tolerância,
- ✓ Síndrome de abstinência, ou consumir outra substancia para evitar os sintomas de abstinência;

- ✓ Usar quantidades maiores ou durante períodos de tempo mais prolongados do que o pretendido;
- ✓ Desejo persistente ou esforços fracassados para reduzir ou controlar o consumo da substância;
- ✓ Desperder de tempo significativo na tentativa de obter a substância;
- ✓ Renunciar ou reduzir importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas por causa do consumo da substância;
- ✓ Continuar a consumir a substância, apesar de saber que se tem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, com probabilidades de ter sido causado ou agravado pelo uso da substância.

Sendo que os dois primeiros se referem à dependência física e os restantes à dependência psicológica.

Quando falamos de dependência não podemos esquecer a co-dependência, ou seja, a dependência que algumas pessoas desenvolvem relativamente a um toxicodependente. Esta reacção é compreensível em pessoas que se preocupam com os outros, em especial quando gostam muito deles, mas acaba por prejudicar a evolução do problema do toxicodependente. Além disso, os co-dependentes tornam-se também pessoas com problemas que precisam de ajuda para recuperar.

Como Descombey (1995) afirmava: “É inegável que toda a gente é dependente, de uma forma variável, relativamente a um ou diferentes objectos, dinamicamente.” No homem esta característica liga-se à sua dinâmica; isto é, à dialéctica entre, donde procedemos e quem nos determina (a heteronomia), o que escolhemos adoptar ou depender e o que nos diferencia (a autonomia). Uma zona entre a condição original de dependência e o fantasma de independência que dá lugar à criatividade de uma multiplicidade de *interdependências*.

Há então na base orgânico-genética própria do Homem uma fraqueza de nascença e uma desarmonia sensoriomotora que é fonte de sobrecarga energética pulsional nas experiências de prazer-desprazer e, como tal fonte de desenvolvimento do imaginário. O estado de dependência é a matriz em que se vai iniciar e memorizar a experiência da necessidade e do prazer; uma matriz em que a angústia vai encontrar significações, apaziguamentos,

representações imaginárias e mecanismos de defesa, para diferir o estado de frustração e para produzir a satisfação, vejamos por exemplo um recém-nascido a chorar, esperando a mamada, e depois observá-lo em plena sucção para compreender o que quer dizer sobrecarga energética, tanto no sofrimento agudo da fome como na quietude paradisíaca da satisfação. A interiorização da ausência temporária da mãe é correntemente considerada como fundadora da passagem da necessidade ao desejo: «É a falta que, ao introduzir a dimensão temporal da espera, constituirá o desejo.» (Descombey, 1995, p.184).

Relativamente à dinâmica familiar dos toxicodependentes...

Segundo Amaral Dias, (1980 in Fleming, 1995), a influência da família na problemática da toxicodependência ocorre de duas formas: no plano fantasmático e no plano da realidade. No fantasmático, em que as famílias se apresentam com uma fachada normal, tendo, contudo, como pano de fundo fortes perturbações manifestas, as quais são hoje dados assentes (plano da realidade).

Ainda segundo Amaral Dias (1980 in Fleming, 1995) conclui com o seu estudo numa população de consumidores de droga que o aspecto mais decisivo na escalada do consumo de cannabis para o de narcóticos foi a ausência do pai do consumidor, por morte ou separação e consequente distorção do anel familiar, o que ainda parece ser agravado pelo facto de a relação dos toxicodependentes com as mães serem frequentemente de tipo fusional, sendo, pois, muito difícil o seu processo de separação – individuação.

Alguns autores como Noone e Reddig (1976 in Fleming, 1995), afirmam que previamente à dependência de drogas há uma dependência psicológica da família e que as condutas aditivas estão em relação directa com a dinâmica familiar e com a alternância da separação e individuação.

Bergeret et al, (1980 in Fleming, 1995) considera, neste âmbito, que esta ausência física ou mesmo emocional dos pais, com carência ou excesso de autoridade paterna, pode levar à ausência de uma imagem paternal identificatória. Esta ausência de modelos identificatórios suficientemente válidos para sustentarem o processo de desenvolvimento da identidade, fundamental ao equilíbrio emocional do indivíduo, pode estar aqui posta em causa, podendo a toxicodependência encontrar aí um terreno de fragilidade psíquica propício ao seu “desenvolvimento”.

Segundo Fleming (1995), relativamente à qualidade dos laços afectivos dos toxicodependentes, a autora considera que existe um padrão comum de laços afectivos fracos entre pais e filhos consumidores.

Teoria da Vinculação

A Teoria de vinculação defende ser uma componente fundamental, no desenvolvimento harmonioso do ser humano. A vinculação é considerada como uma das primordiais relações que o ser humano estabelece e perdura ao longo de toda a vida e a partir da qual, o individuo aprende a organizar significados de si próprio e do mundo que o rodeia.

Dentro de cada etapa desenvolvimental destaca-se o significado das contribuições que várias investigações têm alcançado ao longo de vários anos. Indubitavelmente, cada uma destas etapas desenvolvimentais é marcada por assimilação de novas competências e pela integração de múltiplas informações provenientes do meio externo, que gradualmente vão moldando a personalidade do ser humano.

A teoria de vinculação foi desenvolvida, sobretudo por Bowlby (1958) a partir do seu contacto com crianças consideradas inadaptadas e tendo por base algumas contribuições da psicanálise e da etologia, bem como da sua experiência clinica. Este elabora uma teoria, sobre a natureza e dinâmica da vinculação da criança à mãe e posteriormente a outras pessoas significativas (Ainsworth, 1992, Karen, 1994).

Ainsworth (1969) também deu um enorme contributo a esta teoria, com os seus estudos sobre a “Situação Estranha” método experimental de avaliar a vinculação em crianças. A autora definiu laço afetivo, como um laço durável, que revela a importância dos pais e a capacidade destes serem repostos. Para ela o vínculo é um laço afetivo que origina um sentimento de segurança. Durante as suas investigações Ainsworth distinguiu três grupos distintos do comportamento da criança face à sua figura de vinculação, nomeadamente – ***Padrão Seguro*** – diz respeito às crianças com relações de vinculação segura, em que o prestador de cuidados serve como base segura para a exploração na sua ausência e o seu regresso suscita satisfação, a criança saúda-a ou sorri à sua chegada e procura ativamente a proximidade ou o contacto; ***Padrão inseguro-evitante*** onde os comportamentos predominantes são de evitamento da proximidade e de contacto, não se verificando respostas à chegada da mãe, e por fim o ***Padrão inseguro-resistente*** onde as crianças reagem com

preocupação à ausência da figura vinculativa e ao seu regresso reagem com muita resistência ou com demonstração de irritação.

A vinculação refere-se a uma ligação que uma vez estabelecida tende a ser duradora assumindo um tempo e espaço próprio. Bee (1996) define vinculação, como uma variação do vínculo afetivo, onde existe a necessidade da presença do outro e um acréscimo na sensação de segurança na presença deste. Assim o outro é visto como uma base segura, a partir da qual o individuo pode explorar o mundo e experimentar outras relações. Schaffer (1996) também define a vinculação como “(...) um elo emocionalmente significativo de longa duração com um individuo (...)” (p.153). Neste sentido, a teoria da vinculação afirma a necessidade humana universal dos indivíduos estabelecerem laços afetos de proximidade ao longo da sua existência, com o objetivo de atingir segurança, que lhes permitam explorar o mundo.

Vinculação na infância

A vinculação é um fenómeno que se inicia na relação com a figura parental, isto é, a vinculação na infância corresponde à prestação de cuidados por parte da figura significativa que irá promover a autonomia da criança á medida do seu crescimento (Soufre citado por Soares, 2007). No entanto, apesar do bebé se tornar mais ativo, não condiciona o papel importante que a figura parental representa, pois é através desta relação que o bebé vai organizar o seu comportamento com o fim de atingir os seus objetivos (Soares, 2007).

A ligação emocional que se estabelece reciprocamente depende da contribuição de cada um dos elementos, isto é, tanto da mãe como do bebé, atribuindo a esta relação um valor adaptativo para o bebé, assegurando que as suas necessidades psicossociais e físicas são satisfeitas (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Para reforçar a importância deste processo, Bowlby descreve as várias fases a partir das quais se operacionaliza o desenvolvimento da vinculação nessa fase da vida humana. Assim, na primeira fase, nas primeiras oito/doze semanas, retrata a “orientação e sinais com uma discriminação limitada das figuras”, onde o bebé inicia, mantém e finaliza as interações sociais embora não seja uma intenção voluntária, pois ainda não existe a capacidade de diferenciar as características individuais das pessoas que o rodeiam.

Contudo orientam-se através do olhar, seguindo as figuras com o mesmo, começam a ter a curiosidade em agarrar as mesmas, em sorrir e param de chorar quando ouvem uma voz (Gomes-Pedro & Montagner citado por Soares, 2007). Deste modo, apesar das capacidades do

bebé, estas são escassas para se autorregularem sendo assim imprescindível a responsabilidade da figura em responder adequadamente às necessidades do bebé que começam a ser interpretadas precisamente com sinais como o choro, riso, regulação fisiológica, etc. A fase seguinte é de “orientação e sinais dirigidos para uma (ou mais) figura(s) discriminada(s)” e traduz a tendência do bebé em se orientar para um certo tipo de estímulos e em se aproximar do que é familiar, expressando comportamentos diferentes para com as pessoas. Começa-se a observar uma capacidade de distinguir as pessoas que o rodeiam em função da resposta adequada às suas necessidades (choro consoante quem o pega ao colo), orientando o seu olhar e postura para a mãe. Nesta fase os comportamentos de procura de proximidade tornam-se totalmente orientados para uma determinada figura (Brazelton, Koslowski & Main. Sander e Stern citado por Soares, 2007). A terceira fase “ Manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais” apresenta-se aos seis/sete meses e prolonga-se até aos dois anos. Nesta altura observa-se um desenvolvimento da capacidade psicomotora o que facilita e aumenta a capacidade do bebé manter a relação de proximidade uma vez que começa a adquirir a linguagem, ou seja, os comportamentos de vinculação ficam mais organizados em função dos objetivos (Soares, 2007).

A última fase inicia-se com “ A formação recíproca corrigida por objetivos” em que o bebé já tem a capacidade de suportar momentos de separação mais prolongados ainda que, no entanto, demonstre que o seu sentimento de segurança ainda se encontra intimamente ligado às figuras parentais, mais propriamente á sua acessibilidade às mesmas (Soares, 2007).

Tal como já foi referido anteriormente, o comportamento de vinculação relaciona-se com a vinculação, mas diferencia-se relativamente ao seu conceito, deste modo, e como se observa nas fases de vinculação, o bebé adota um comportamento de vinculação dado que todas as suas operações têm como objetivo a proximidade com as figuras significativas, iniciando-se de um modo geral pelas pessoas que os rodeiam sem diferencia-las passando, depois para um foco de atenção que será a mãe.

Nos dois primeiros anos de vida do bebé, a autora Ainsworth interessou-se pelos estudos das diferenças individuais na organização comportamental da vinculação. Iniciou assim um projeto de investigação que teve como nome “Situação Estranha”. Este estudo veio como complemento do estudo que a mesma autora realizou numa aldeia em Uganda (1954-19559). Durante nove meses num espaço de 15 em 15 dias, visitou 28 bebés em que a idade variava entre 1 e 24 meses e que ainda se encontravam a ser amamentados. Tinha como objetivo a observação dos cuidados maternos e as interações entre mãe – filho. Tal como Bolwby,

segundo as fases descritas anteriormente, Ainsworth conclui que o bebê é um ser ativo nos seus comportamentos para obter o que deseja e demonstra que é capaz e diferenciar a figura de vinculação de outra pessoa, mesmo que esta seja familiar (Miocque, 1996). De um modo geral, Ainsworth verificou que “ a mãe é utilizada como base segura para explorar com confiança, perturbação em separações breves do quotidiano e medo no encontro com estranhos” (Soares, 1996, p. 65).

A partir destas conclusões a situação estranha teve como base a noção de base segura, que leva o bebê a explorar o meio com segurança, ou seja, a partir de uma aprendizagem resultante da relação com os seus pais, o bebê arrisca a sua insegurança com a certeza de que os seus pais estão disponíveis para o proteger e tranquilizar em situações de ansiedade excessiva ao longo da sua experiência de exploração do meio, sendo possível regressar á sua “base” com total confiança de que os seus pais o receberão com a tranquilidade que necessita. Se esta relação é insegura, o bebê não explora o meio, pois não sente a confiança necessária para sentir a ansiedade que acompanha o afastamento da “base” (Ainsworth citado por Soares, Martins & Terreno, 1996). Do mesmo modo, a reação de protesto encontra-se associada à separação, isto é, o bebê protesta sempre que sente a separação como indesejada, ou quando é colocado em ambientes não familiares durante um tempo considerável (Bowlby, Schaffer, Yarrow citado por Soares, 1996).

Vinculação no Adulto

Nos últimos anos, o estudo da vinculação alargou-se à idade adulta desmistificando a ideia de que este vínculo afetivo se circunscrevia à infância. Ou seja, a problemática da vinculação foi sendo cada vez mais estudada passando-se duma abordagem centrada na criança para uma abordagem desenvolvimental que abrange todo o ciclo de vida.

Será, pois, necessário abordar a vinculação no adulto e para a definir haverá que ter em conta três pré-requisitos. Respetivamente: ser teoricamente congruente com a definição de vinculação na infância; ter que apontar as diferenças entre vinculação da criança e vinculação no adulto e ter que distinguir as relações de vinculação de outro tipo de relações interpessoais (Canavarro, 1999).

Apesar de Ainsworth (1989) na sua época lamentar a falta de estudos sobre a vinculação no adulto, a autora defendia que estes laços com os pais na idade adulta se mantinham. Assim, o facto das relações que os adultos estabelecem com os pais se caracterizarem, pelo menos idealmente, pela autonomia, não implica que a vinculação dos adultos com os pais seja inexistente. A autora salienta que, mesmo quando um individuo adulto encontra uma nova figura de vinculação, não significa que a vinculação com os pais desapareça. Deste modo, muitos adultos mantêm relações próximas com os pais. Embora estes interfiram em poucos aspetos das suas vidas. A autora também salienta que a reação de um individuo à morte de um dos pais demonstra que a vinculação a essa figura anda persistia. Neste sentido, mesmo após a resolução do luto, os modelos internos dinâmicos dessa figura continuam a manter uma ligação afetiva.

Hazan & Shaver (*cit in* Soares, 1996) dão continuidade à teoria de Ainsworth, concebendo as relações amorosas na idade adulta como similares, em termos de características da vinculação na criança, fazendo, inclusive, um estudo que recorreu à tipologia de Ainsworth nas relações adultas. Em síntese estes autores sugerem que todas as relações amorosas importantes, começando com os pais, e mais tarde, com os parceiros são de vinculação no sentido clássico da palavra. Referem, também, que as primeiras experiências de vinculação vão influenciar os estilos de vinculação romântica.

A adoção de uma perspectiva de desenvolvimento implica pensar que, no contexto de uma qualquer relação interpessoal os intervenientes trazem consigo memórias de relações passadas e expectativas sobre relações futuras (Canavarro,1999).

Segundo Berman *et al* (*cit in* Sable, 2000) as experiências precoces serão organizadas internamente e tornam-se alicerces para a posterior formação da personalidade adulta. Daqui resulta a necessidade de provar a existência de estruturas cognitivas responsáveis pela representação das relações interpessoais.

Bowlby (1973) definiu estas estruturas como *working models* descrevendo-os como uma rede de representações cognitivas e emocionais, bem como, disposições comportamentais. Os *working models* serão processos internos dinâmicos através dos quais os indivíduos selecionam, organizam e armazenam imagens e ideias sobre eles próprios e as suas interações com os outros. Estes esquemas poderão ser conscientes e inconscientes, do mundo

e do próprio sujeito, ajudando-o a perceber os acontecimentos, antever o futuro e arquitetar planos (Canavarro, 1999).

O conceito de *working model* articula-se com a noção de esquema mental, na medida em que este último tem como função a organização de informação apreendida com base na experiência individual, como tal, poder-se-á dizer que os *working models* serão uma classe especial de esquemas. Safran & Segal (*cit in* Canavarro, 1999) referem que os *working models* são esquemas interpessoais que permitem prever interações futuras. Uma vez formados, os *working models*, tendem a ser tomados como inalteráveis e operam quase que automaticamente e inconscientemente, permitindo aos indivíduos funcionar mais eficientemente interpretando e generalizando pensamentos a partir dos dados disponíveis de experiências prévias (Sable, 2000).

Bartholomew (*cit in* Canavarro, 1999) insatisfeito com o modelo de três dimensões de vinculação; anteriormente descrito – segura; insegura-evitante; insegura-ansiosa/ambivalente, construiu um modelo baseado na dicotomização dos *working models* em duas dimensões: modelo de si próprio e modelo dos outros.

Assim quando os *working models* de si próprio se cruzam com os *working models* dos outros, surgem quatro padrões de vinculação descritos por Bartholomew & Horowitz:

Vinculação segura - os indivíduos têm uma percepção positiva dos outros e deles mesmos conseguindo facilmente aproximarem-se emocionalmente dos outros, sentem-se confortáveis por serem dependentes e por dependerem deles e não se preocupam com a eventualidade de ficarem sozinhos ou dos outros não os aceitarem.

Vinculação preocupada - os indivíduos têm uma percepção negativa de si mas uma percepção positiva dos outros. Querem ser íntimos das pessoas mas muitas vezes sentem os outros relutantes em se aproximarem, não se sentem confortáveis sem relações íntimas e preocupam-se com o facto de não serem tão importantes para os outros como eles são para estes.

Vinculação evitante com medo - os indivíduos vão ter uma percepção negativa tanto de si como dos outros sentindo-se desconfortáveis ao aproximarem-se emocionalmente das pessoas. Têm receio de confiar e depender demasiado dos outros e têm uma preocupação de serem abandonados e de deixarem que os outros se aproximem.

Vinculação evitante-desligado - os indivíduos têm uma percepção positiva de si próprios e negativa dos outros. Sentem-se confortáveis sem estabelecer relações próximas. É importante

ser-se independente e autossuficiente não gostando de depender dos outros mesmo que estes dependam dele.

Porém, existem diferenças fundamentais entre vinculação no adulto e vinculação na criança. Weiss (*cit in* Canavarro, 1999) refere três diferenças: (1) na vinculação no adulto as relações serão tipicamente estabelecidas entre pares e não entre quem recebe cuidados e quem os presta; (2) a menor responsabilidade implicada neste tipo de relações fará com que estas não se destaquem tanto de outros sistemas comportamentais e (3) o facto de a vinculação no adulto incluir, muitas vezes, relações de natureza sexual.

Prestação de Cuidados

O sistema de vinculação implica uma dinâmica entre a figura vinculada e a figura de vinculação, assim aos complexos aspetos da vinculação acrescentam-se os motivos ou motivações que estão na base do comportamento da figura de vinculação, por forma a obter-se uma maior compreensão da interação. Assim se o sistema de vinculação orienta a criança para procurar a proximidade da figura de vinculação, o sistema de prestação de cuidados orienta o cuidador a procurar proximidade da criança.

A função da figura de vinculação prende-se maioritariamente à prestação de cuidados. O sistema de prestação de cuidados inclui as duas grandes funções da figura de vinculação segura, encarada como “Stronger and Wiser (Mais Forte e Experiente): (1) facultar um “porto de abrigo” e (2) facultar uma base segura para a exploração e autonomia. Ou seja as consequências de uma vinculação segura ou insegura advêm de representações mentais emergentes relacionadas com processos de personalidade e que estes, por sua vez, resultam inicialmente da vinculação e, continuamente, do cuidado parental (Belsky & Rearon, 2002). Assim, as diferenças individuais nas relações de vinculação são dependentes ou refletoras das diferenças na história de prestação de cuidados uma vez que esta é organizada dentro de um objetivo comportamental que é recíproco à vinculação (Cassidy, 1999).

A Estratégia Primária do Sistema de Prestação de Cuidados é o que Batson (1991, cit. por Mikulincer & Shaver, 2007) referiu de postura empática face às necessidades dos outros. Tal postura inclui Sensibilidade e Responsividade (Collins, Guichard, et al, 2006 cit. por Mikulincer & Shaver, 2007), os dois aspetos originalmente enfatizados por Bowlby e Ainsworth na descrição das características da figura de vinculação numa relação segura. A

Sensibilidade implica que a pessoa interprete e atenda aos sinais de sofrimento, preocupação, ou necessidade do outro e responda à procura de proximidade e apoio dessa mesma pessoa (Solomon & George, 1996). A *Responsividade* inclui intenções de generosidade, validação das necessidades e sentimentos da pessoa em apuros, respeitando as crenças, atitudes e valores, ajudando a que se sinta amado, cuidado e compreendido. (Reis & Shaver, 1988, cit. por Mikulincer & Shaver, 2007). De ressaltar que a responsividade do cuidador deriva de conceitos do *self*, mas não é imune às questões contextuais (Weinfield, Sroufe, Egeland & Carlson, 1999), nomeadamente a nível da época e tendo em conta o sistema familiar (Byng-Hall & Hinde, 1991). Através da Situação Estranha, Ainsworth (cit. por Carbonell, Alzate, Bustamante & Quiceno, 2002) acrescenta a *Comunicação*, a *Acessibilidade*, a *Cooperação* com o comportamento decorrente, por parte da Mãe, e a *Aceitação* do filho enquanto aspetos fundamentais à análise da dinâmica de prestação de cuidados. Desta forma a prestação de cuidados é um dos sistemas motivacionais dos cuidadores cuja função adaptativa é a de proteger os mais novos mantendo a criança perto do cuidador quando existem condições de ameaça e perigo. Pressupõe-se que existe um processo instintivo que motiva o comportamento de prestação de cuidados e que está associado, por um lado, a sentimentos de prazer quando se está perto da criança ou de ansiedade e raiva quando esta proximidade falha ou é ameaçada (Solomon & George, 1996).

A prestação de cuidados requer que os indivíduos respondam de maneira flexível a um grande leque de necessidades à medida que elas surgem (B. C. Feeney & Collins, 2003), pelo que envolve grandes responsabilidades e recursos cognitivos e emocionais. Neste sentido, o cuidador deve estar motivado para aceitar que a prestação de apoio efetivo requer responsabilidade, tempo e esforço. Uma das funções do sistema de prestação de cuidados é motivar os indivíduos para procurarem conforto e apoio noutras pessoas significativas, servindo para reduzir o risco dos que nos são próximos se magoarem (Bowlby, 1982, cit. por B. C. Feeney & Collins, 2003). Na idade adulta o apoio no parceiro romântico é uma importante fonte de apoio e cuidado (B. C. Feeney & Collins, 2003).

Compreende-se por isso que o cuidado caloroso e responsivo deve ser fundamental no desenvolvimento de relações seguras com bom funcionamento na idade adulta, tal como é na infância com o cuidador (Collins & Feeney, 2000 cit. por B. C. Feeney & Collins, 2003). Indivíduos que reportam um estilo de cuidado mais responsivo, associado positivamente à satisfação e confiança do recipiente, e negativamente aos relatos do recetor de conflito relacional, relatam motivações mais altruístas e menos egoístas para cuidarem dos parceiros (B. C. Feeney & Collins, 2003). Os mesmos autores acrescentam que “um *focus* no outro e

não na self é necessário para a provisão de cuidado responsivo” (p. 965). No entanto, destacam-se também diferentes características associadas aos diferentes estilos de vinculação. Por exemplo, cuidadores ansiosos relataram ajudar os parceiros para ganhar amor e aceitação e manter o parceiro na relação e, quando não ajudavam, as razões levantadas prendiam-se com a ausência de competências ou recursos para auxiliar e a percepção do parceiro como difícil de ajudar. Por outro lado, cuidadores evitantes reportaram mais motivos egoístas para ajudarem o parceiro, sentindo o parceiro como demasiado dependente e considerando ter poucas competências e recursos para lhe prestar auxílio e que quando não o ajudavam tal ocorria porque não gostavam de experienciar stress (B. C. Feeney & Collins, 2003).

Desta forma pode-se considerar que os ansiosos parecem utilizar o apoio social como uma estratégia para manter os parceiros dependentes e envolvidos na relação, enquanto que os evitantes provavelmente não providenciam apoio/cuidado aos seus parceiros, a menos que se sintam obrigados ou esperem receber recompensas pessoais por prestarem apoio (B. C. Feeney & Collins, 2003). As motivações do cuidador foram associadas a padrões de comportamentos de prestação de cuidados: cuidadores responsivos relatam mais motivos altruístas, enquanto cuidadores compulsivos e cuidadores controladores consideram que o que os motiva são sentimentos de obrigação ou de benefício próprio. Deste modo, motivações, mas também competências e recursos são mecanismos importantes que explicam diferenças individuais nos padrões de prestação de cuidados (B. C. Feeney & Collins, 2003).

Estudos sobre a Relação entre a Vinculação e o Consumo de Substâncias

Torres (2003), baseia-se em Bion (1961) para propor uma abordagem psicossomática na qual se contempla a ideia do homem na sua globalidade, mediante a consideração de uma multiplicidade de fatores interativos. Este modelo procura uma forma explicativa do fenómeno. Assim, segundo o autor, Bion terá proposto a doença psicossomática como resultante da presença de conflito entre pressões impostas, de afiliação, de pertença, e pressões exercidas pelo nível biopsicológico do próprio.

A esta ideia, Torres (2003) acrescenta que uma revisão de estudos, longitudinais e retrospectivos, apoia que na origem da toxicodependência são observadas disfunções ao nível do aleitamento materno, da vinculação primária, da afiliação social, do altruísmo recíproco e

da religiosidade. Todos estes aspetos são conjugados no modelo, que refere o défice na interação do bebé com a mãe, num comprometimento da vinculação primária do indivíduo que, desde cedo, é alvo de um estilo relacional pobre e não satisfatório das suas necessidades.

Consequentemente, o padrão de vinculação que se desenvolve é inseguro o que, por sua vez, virá a afetar negativamente o processo de afiliação social, em que as relações com os outros serão marcadamente desinvestidas de afetos e, não raras vezes, pautadas por condutas antissociais, num registo de funcionamento instrumental. Estes aspetos do nível psicossocial influenciam o nível biológico onde, face a uma eventual vulnerabilidade genética do sistema opióide endógeno, passará a haver uma sub-regulação ou insuficiente produção de opióides endógenos. Esta insuficiência conjugar-se-á com as características decorrentes de uma vinculação de padrão inseguro para, conjuntamente, afetarem o nível psicossomático.

Desta forma, e num regime de substituição, o contacto com as substâncias psicoativas exógenas conduzirá a uma procura de compensação da produção de opióides endógenos, cujo nível teria sido normal e naturalmente desenvolvido por via do contacto afetivo-emocional.

Em suma, são aqui apresentados três níveis de interação que concorrem para a motivação para o consumo de drogas: o nível psicossocial, em que logo na primeira infância se verifica o défice na interação com a mãe, comprometendo a vinculação primária.

Posteriormente, e já em idade adulta, o padrão predominante de vinculação é igualmente deficitário, quer ao nível das relações íntimas, quer em termos da precariedade da afiliação social do indivíduo. Tudo isto acarreta implicações sobre um segundo nível, o biológico, que apresenta um défice na regulação do sistema opióide endógeno que, a par de uma vulnerabilidade genética, conduz a uma sub-regulação do mesmo sistema com conseqüente tendência para a busca de substâncias exógenas compensatórias. Ao terceiro nível, o psicossomático, encontram-se as oscilações de humor, a depressão, a ansiedade, a indiferenciação de sentimentos e de emoções, o desamparo e outros fatores que contribuirão também para o uso de drogas (Torres, 2003).

Poder-se-á então falar da possível existência de fatores de carácter afetivo-emocional, anteriores ao uso de substâncias, sendo que a busca desses aspetos poderá contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno.

Segundo Ferros (2006), vários estudos, nomeadamente Lichtenberg (1998); Hesse & Main (1995) e Mikulincer & Florian (1998), sugerem que os relacionamentos disruptivos com figuras de vinculação na infância têm, mais tarde, um papel negativo no desenvolvimento da personalidade e promovem, potencialmente, o aparecimento de psicopatologias graves no adulto. A investigação aponta para que experiências traumáticas na infância se associam a abuso de substância (Aron, 1975 cit in Torres et al 2004), sendo a ligação às substâncias psicoativas uma forma de compensar a realidade que o indivíduo tem que enfrentar (Torres, 2003).

De acordo com um estudo de Aron (1975), no que toca à subcategoria infância/ vinculação, a totalidade dos sujeitos (10) evidenciou um padrão inseguro de vinculação primária, o qual, mais não é que a consequência de um processo desenvolvimental que põe em causa a segurança e estabilidade do ambiente social próximo, com uma percepção das figuras parentais que é perturbadora de um desenvolvimento psíquico e emocional seguro e equilibrado. Nunes & Alves (2008), no seu estudo verificaram no percurso de vida de todos os indivíduos, um padrão inseguro de vinculação primária, decorrente da ausência de supervisão, de cuidados e de afetos. Esse estilo relacional parece ter sido transportado para a idade adulta e reproduzido, num regime transgeracional, por 9 dos participantes, os quais não estabelecem relações de intimidade e compromisso, mas antes factuais, instrumentais e desinvestidas de afetos. Essa ausência de ressonância afetiva é aliás sentida nos sujeitos relativamente a si próprios, com reduzida autoestima, baixa auto-confiança e notório abandono de si.

Acredita-se que a vinculação afeta o comportamento, influenciando a intensidade da experiência emocional e as subseqüentes tentativas de regulação emocional (Caspers et al 2006).

Sherry, Lyddon & Henson (2007) referem como a vinculação relaciona as aprendizagens passadas ao funcionamento actual de áreas disfuncionais tais como: cognição, afectividade, funcionamento interpessoal e controlo dos impulsos. Várias investigações sugerem que o padrão de vinculação inseguro está associado com uma regulação afectiva pouco eficaz que conduz a comportamentos mal adaptativos na idade adulta (Caspers et al 2005).

Os indivíduos com padrões: evitante desligado e evitante com medo, apresentam maior probabilidade de utilizarem mecanismos ineficazes para lidar com as emoções negativas tais como o distanciamento e a repressão. Perris (1994,1998) sugeriu associações

entre padrões parentais disfuncionais e psicopatologia no adulto dizendo que a persistência de assunções disfuncionais do próprio e dos outros ao longo do desenvolvimento conduzem por vezes a comportamentos mal adaptativos (cit in Andersson & Perris, 2000).

Robert et al (1996) em estudos relacionados com a depressão, sugeriram que padrões inseguros estão associados a atitudes disfuncionais que podem predispor a um baixo nível de autoestima e aumentar, assim, os sintomas depressivos (cit in Andersson & Perris, 2000).

Um estudo de Meyers & Vetere (2002), relacionando medidas de saúde a padrões de vinculação, indicou que os sintomas psicológicos se encontram acentuados em sujeitos ansiosos/ambivalentes. Magai et al (1994) encontraram em indivíduos alcoólicos uma correlação positiva com padrões de vinculação preocupados (cit in Schindler et al 2005).

Todos os fatores acima descritos levam a supor que existe um risco acrescido nos indivíduos com padrões de vinculação não seguros recorrerem a substâncias para aliviar o desconforto emocional. Como referenciado por Belsky (2002); Magei (1999); Newcomb (1995); Weinberg et al (1998) é importante saber que a relação entre os conceitos de dependência e vinculação inclui: regulação emocional e estratégias de coping (cit in Schindler et al 2005). Miljkovitch et al (2005) descrevem que existe uma maior incidência de negligência, falta de apoio parental ou presença de eventos traumáticos em famílias de toxicodependentes. Para os toxicodependentes as experiências de rejeição, abuso ou indisponibilidade persistente levam a sentirem-se não amados, vivenciando os esforços para serem cuidados pelas figuras de vinculação como inúteis. Será de salientar que este não será o único fator a considerar, dada a complexidade da problemática, mas as cognições de vinculação estão relacionadas com a toxicodependência.

Bowlby (1969,1973), Main et al (1985) e Perris (1994,1998) referem que uma vinculação disfuncional, assim como, relações de vinculação disfuncionais levam a algumas disfunções desenvolvimentais e contribuem para a vulnerabilidade psicológica do indivíduo (cit in Anderson & Perris, 2000). Hoefler & Kooyman (1996) propuseram que o abuso de substâncias pode reflectir uma transição da vinculação da criança para o jovem adulto com algum atraso e não adaptativa em jovens com medo da intimidade (cit in Thorberg & Lyvers, 2005). Cooper, Shaver & Collins (1998) mostram que os toxicodependentes com maior gravidade apresentam padrões de vinculação evitante. Estes autores acreditam que a relação entre os dois conceitos pode ser ainda mais significativa; porém, tal não foi comprovado atendendo ao enviesamento das escalas de auto-preenchimento pois os indivíduos com

padrões evitantes terão a tendência de subvalorizar os seus sintomas e os preocupados de os sobrevalorizar. De forma similar, Riggs & Jocabvitz (2002) também obtiveram resultados associando padrões de vinculação insegura a indivíduos toxicodependentes. Finzi-Dottan et al (2003) caracterizam 60,7% dos toxicodependentes do seu estudo como evitantes, seguidos dos seguros (26,8%) e os ansiosos/ambivalentes com 12,5%. Num estudo de Torres, Sanches & Neto (2004) que relaciona experiências de vidas traumáticas na infância e adolescência, vinculação e parceiros românticos e adição a drogas ilegais, concluiu-se que o grupo de toxicodependentes tem níveis superiores de ansiedade de abandono e mais evitamento nas relações próximas e, conseqüentemente, uma maior percentagem de estilos de vinculação inseguros nas suas relações próximas, do que um grupo de controlo de estudantes universitários. Frank (2001) num estudo com 320 indivíduos toxicodependentes, concluiu que o estilo de vinculação predominante, nesta população, é o inseguro (cit in Ferros, 2006).

Sicher (1998) encontrou resultados semelhantes, dado que indivíduos toxicodependentes recordavam os pais como significativamente menos acessíveis e responsivos, mais punitivos e ameaçadores e oferecendo menor suporte emocional. Ainda, é referido que já em idade adulta existe uma maior dificuldade em iniciar e manter relações de vinculação segura com parceiros românticos, relatando desconforto com a intimidade e níveis acrescidos de ansiedade face à possibilidade de serem abandonados. Comparando um grupo de toxicodependentes com um grupo de alunos da mesma idade, Geada (1990) concluiu que os primeiros estabeleciam com a mãe, pai e amigos, estilos de vinculação marcados por falta de comunicação, confiança e alienação (cit in Ferros, 2006). Hofler & Kooyman (1996) descreveram que as estratégias de evitamento conduzem a que o indivíduo crie um comportamento manipulativo de forma a evitar a sua autoimagem negativa e a incapacidade de lidar com situações de stress e relações interpessoais.

O estudo da vinculação relacionado com a toxicodependência, ainda se encontra num período embrionário, dada a escassez dos estudos; contudo, os resultados sugerem fortemente que as relações de vinculação com parceiros de intimidade em indivíduos toxicodependentes, se caracterizam predominantemente por uma natureza insegura evitante ou insegura preocupada/ambivalente (cit in Sicher, 1998; Torres, 2004).

MÉTODO

Participantes:

O presente trabalho é um estudo quantitativo constituído por um grupo de adictos (N=30) inseridos num programa de substituição opiácea de alto limiar. Da população alvo foi recolhida uma amostragem não aleatória por conveniência (Anexo A) com idades compreendidas entre os 34 e 62 anos, com uma média de 42 anos (DP=7.23), dos quais 13 são do sexo feminino e 17 do sexo masculino. O critério de inclusão destes sujeitos constitui-se por consumos prolongados e participação em programa de substituição e como critério de exclusão indivíduos psicóticos ou com défices cognitivos graves.

Todos eles consumidores, presentemente num programa de substituição opiácea de alto limiar onde as dosagens tomadas variam entre as 10mg e 98mg com média 48,37mg (DP=23,94), (Anexo A).

As idades com que começaram a consumir varia entre os 11,5 anos e os 40 anos, sendo que a média é 19.53 anos (DP=6.98).

Instrumentos:

Apresento de seguida os instrumentos utilizados na recolha dos dados da amostra.

- **Vinculação e Sistemas de prestação de Cuidados em dependentes de substância em tratamento** – Adaptação Portuguesa do Questionário de Prestação de Cuidados “ Torres N., Oliveira D., 2010. (Anexo B).

O Questionário de Prestação de Cuidados tem como objetivo medir o tipo de comportamentos de prestação de cuidados que cada indivíduo fornece ao parceiro ou cônjuge. É constituído por 32 itens com uma escala de resposta do tipo Likert de 6 pontos (1 – “Nada característico em mim”; 6 – “Extremamente característico em mim”). Os 32 itens agrupam-se em quatro dimensões específicas: a manutenção da proximidade, a sensibilidade, os cuidados controladores e os cuidados compulsivos.

Os itens 1, 3, 5, 6, 10, 12, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 23, 28, 29 e 32 devem ser digitados em ordem inversa antes de calcular as pontuações das dimensões.

A dimensão *Manutenção da Proximidade* avalia a forma como o indivíduo se sente confortável para abordar e confortar um parceiro em alturas de necessidade. Um exemplo de um dos itens desta dimensão será “Por vezes, afasto o meu companheiro quando ele se aproxima para me abraçar ou beijar”. A medida deste fator obtém-se fazendo a média dos itens 1, 4, 7, 9, 12, 22, 25 e 29. Pontuações mais altas refletem uma maior tendência para abordar e confortar um parceiro em alturas de necessidade.

A dimensão *Sensibilidade* avalia a sensibilidade do indivíduo perante as necessidades do parceiro. Um exemplo de um dos itens desta dimensão será “Consigo perceber quando o meu parceiro precisa de carinho, mesmo quando ele não o pede explicitamente”. A medida deste fator obtém-se fazendo a média dos itens 2, 6, 8, 10, 14, 18, 20 e 28. Pontuações mais altas refletem uma maior sensibilidade às necessidades do parceiro.

A dimensão *Cuidados Controladores* avalia a forma como o indivíduo controla e domina o parceiro na prestação de cuidados ou assistência. Um exemplo dos itens desta dimensão será: “É frequente dizer ao meu companheiro o que deve fazer quando ele está a tentar tomar uma decisão”. A medida deste fator obtém-se fazendo a média dos itens 3, 13, 16, 21, 23, 26, 30 e 32. Pontuações mais altas refletem uma abordagem mais controladora e dominante na prestação de cuidados ou assistência.

A dimensão *Cuidados Compulsivos* avalia a forma como o indivíduo se envolve no esforço de resolução dos problemas do seu parceiro. Um exemplo dos itens desta dimensão será: “Tenho tendência a envolver-me demasiado nos problemas e dificuldades do meu companheiro”. A medida deste fator obtém-se fazendo a média dos itens 5, 11, 15, 17, 19, 24, 27 e 31. Pontuações mais altas refletem um excesso de envolvimento nos esforços de resolução dos problemas do seu parceiro.

A adaptação portuguesa, elaborada por Torres N., Oliveira D., 2010, apresenta valores de alfa de Cronbach satisfatórios.

Relativamente às qualidades métricas deste questionário (Anexo C), a consistência interna deste questionário é bastante elevada visto que o valor do alpha é 0.940. Através do teste de ajustamento de Kolmogorov-Smirnov é possível dizer que a prova se ajusta a uma distribuição normal ($p=0.122$).

- **Escala de Vinculação do Adulto** “ – Eva – M.C. Canavarro 1995: versão Portuguesa da Adult Attachment Scale –R; Collins& Read, 1990. (Anexo D).

Para o estudo da vinculação adulta optou-se pela Escala de Vinculação Adulta (EVA) (Collin e Reads, 190, versão validada para a população portuguesa por Canavarro, 1990). Esta escala foi elaborada na década de 80 por Hazan e Shaver (1987) e era constituída por 15 itens, ou seja, 5 itens para cada padrão de vinculação. Posteriormente foram acrescentados 6 novos itens para incluir duas dimensões fundamentais da vinculação que não estavam incluídos no instrumento original. Assim 3 itens correspondiam a crenças sobre a disponibilidade da figura de vinculação e a sua resposta. Outros 3 itens correspondiam a reações à separação da figura de vinculação. Deste modo, numa versão preliminar, a escala era constituída por 21 itens no total. Contudo, como resultado de vários estudos psicométricos, a escala final apresenta um total de 18 itens (Canavarro, Dias e Lima. 2006).

EVA permite avaliar o tipo de vinculação que os indivíduos estabelecem com os parceiros através da resposta de cada um deles. Deste modo, as respostas são dadas numa escala tipo Likert de 4 pontos que vai desde “Nada característico em mim” até “Extremamente característico em mim “ (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

Os 18 itens agrupam-se em três dimensões específicas da vinculação do adulto: Conforto com a proximidade, Confiança nos Outros e Ansiedade.

A dimensão *Conforto com a Proximidade (Close)* avalia a forma como o individuo se sente confortável ao estabelecer relações próximas e íntimas. Um exemplo de um dos itens desta dimensão será “Estabeleço com facilidade, relação com as pessoas”. A medida deste fator obtém-se através do somatório dos 6 itens que o compõem (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

A dimensão *Confiança nos Outros (Depend)* avalia a forma como os indivíduos sentem poder depender dos outros em situações nas quais necessitam deles. Um exemplo de um item desta dimensão é: “Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar dela”. A medida destas dimensões obtém-se através do somatório dos 6 itens que a compõem (Canavarro, Dias e Limas, 2006).

A dimensão *Ansiedade (Anxiety)* avalia o grau em que o indivíduo se sente preocupado com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado. Um exemplo de um dos itens desta dimensão é “Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem” A medida desta dimensão obtém-se através do somatório dos 6 itens que a compõem (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

De acordo com os estudos realizados a escala apresenta características psicométricas que permitem a sua utilização científica e clínica. Relativamente à fiabilidade e validade, os resultados são bastantes bons, contudo a consistência interna das dimensões Conforto e Proximidade e Confiança nos outros, avaliada através do Alpha de Cronbach apresentou valores um pouco inferiores ao desejado (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

Relativamente às qualidades métricas desta escala (Anexo E), a consistência interna deste questionário é bastante elevada visto que o valor do alpha é 0.816. Este valor foi obtido depois de invertidos os itens 1, 12 e 14. Através do teste de ajustamento de Kolmogorov-Smirnov é possível dizer que a prova se ajusta a uma distribuição normal ($p=0,815$).

-Escala de Gravidade de Dependência” ASI versão 6 – Questionário sobre uso de Drogas/álcool e Família / Social:- The Addiction Severity Index (ASI) Versão 6 – Kessler, F. & Pechansky, F.,2006 – adaptado versão brasileira. (Anexo F).

Escala de Gravidade de Dependência” ASI versão 6

É um instrumento bastante completo e relativamente breve, desenhado para fornecer informações importantes sobre os vários aspetos da vida de um paciente, os quais costumam estar relacionados aos problemas de abuso e dependência de substâncias psicoativas. Acabou por se tornar um instrumento amplamente aceite, inclusive na prática clínica, não só nos Estados Unidos como também em outros países para a avaliação de indivíduos adultos que usam álcool e outras drogas. Evidências positivas sobre a validade e confiabilidade do ASI têm sido demonstradas na sua aplicação em homens e mulheres, em pessoas de diferentes raças, indivíduos que usam álcool e outras drogas de forma abusiva, pacientes em tratamento ambulatorial e/ou hospitalar.

O manual da sexta edição do ASI tem a finalidade de permitir que profissionais de saúde possam, por meio de sua leitura, ter uma compreensão geral do instrumento e realizar

uma entrevista fidedigna conforme as orientações gerais descritas ao longo do texto. Além disso, foram fornecidas informações adicionais em relação aos objetivos das questões do ASI, às circunstâncias especiais e exceções que afetam sua administração global e à ampliação das instruções para questões específicas durante a entrevista. Um segundo propósito da presente edição consiste em discutir as limitações do instrumento e áreas específicas que se vêm mostrando problemáticas ao longo dos anos de uso clínico e experimental do ASI. Embora se reconheça que possivelmente haverá vantagens em adotar um padrão do Likert ou itens dicotômicos em escala de construção, multiformatos de resposta são mais naturais e apropriados para o tipo de informação que o ASI espera obter. Além disso, recente sumarização e procedimentos analíticos superaram as dificuldades da estrutura multiformato do ASI (Alterman et al., 1998; McDermott et al., 1996) e mais medidas objetivas de gravidade foram construídas, retirando-se a avaliação subjetiva do entrevistador que costumava ser ponderada com a do paciente.

Procedimentos

Foram aplicados os 3 testes aos sujeitos participantes da amostra toxicodependentes que estão a fazer o programa de substituição opiácea de alto limiar, primeiro o questionário de Prestação de Cuidados (versão feminina/versão masculina), a seguir ao Escala de Vinculação do Adulto (EVA) os quais foram preenchidos pelo próprio, e por último a escala de gravidade de dependência (ASI6) - Questionário sobre uso de Drogas/álcool e Família / Social: aplicada por mim pois o sujeito tem de perceber o propósito da entrevista. Foi explicado a cada um dos colaboradores que se tratava de um estudo universitário, que a participação era voluntária e os resultados eram confidenciais e anónimos, não havendo maneira de, a partir do questionário preenchido, identificar o seu autor. Entre o material utilizado, encontrava-se a declaração de consentimento informado (Anexo G), cuja assinatura por parte do sujeito implica que aquele tenha consentido participar no estudo, bem como uma Ficha Informativa (Anexo H) que elaborei para poder ter mais dados do participante. Dos 30 sujeitos, 5 não terminaram o reenchimento do Questionário da Prestação de Cuidados.

Os dados foram introduzidos numa base de dados em Excel e posteriormente foram analisados com a ajuda do programa estatístico PASW Statistics (ex-SPSS), com ênfase nos desenvolvimentos da nova versão 19 (v.19; SPSS Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Veja-se agora os resultados obtidos.

De acordo com os objetivos que orientam esta investigação e para tentar descrever os sujeitos desta amostra relativamente à prestação de cuidados, ao tipo de vinculação e à gravidade da sua dependência foi realizada uma estatística descritiva cujos resultados se encontram resumidos nas tabelas abaixo.

Tabela 1 – Estatística descritiva do Questionário de Prestação de Cuidados

	N	Min	Max	M	DP
Prestação_cuidados_Total		.00	4.69	3.36	1.17
QC_Manutenção_proximidade		.00	5.25	3.58	1.29
QC_Sensibilidade	25	.00	4.88	3.43	1.24
QC_Controladores		.00	5.13	3.45	1.25
QC_Compulsivos		.00	4.25	3.01	1.11

Tal como é possível observar através da tabela 1 os sujeitos apresentam resultados mais elevados na dimensão “*Manutenção da Proximidade*”, o que reflete uma maior tendência para abordar e confortar um parceiro em alturas de necessidade. A dimensão com resultados mais baixos é a de “*cuidados compulsivos*” o que poderá refletir que os sujeitos sentem que não existe um excesso de envolvimento nos esforços de resolução dos problemas por parte do parceiro.

Tabela 2 – Estatística descritiva da Escala de Vinculação do Adulto

	N	Min	Max	M	DP
EVA_Total		1.56	3.50	2.53	.54
EVA_Ansiedade		1.17	3.50	2.31	.63
EVA_Conforto_com__proximidade	30	1.67	4.33	2.68	.64
EVA_Confiança_nos_outros		1.50	4.33	2.59	.71

Tal como é possível observar através da tabela 2 os sujeitos apresentam resultados mais elevados na subescala “*Confiança nos outros*”. A subescala com resultados mais baixos é a de “*Ansiedade*”.

Tabela 3 – Estatística descritiva da ASI – gravidade da dependência

	N	Min	Max	M	DP
ASI6D1	30	1.0	10.0	3.00	2.20
ASI6D3	30	1	43	25.07	8.46
ASI6D8	29	0	17	2.62	4.84
ASI6D25B	27	0	41	14.07	12.22
ASI6D26B	14	0	10	1.14	2.88
ASI6D27B	25	0	23	9.08	7.91
ASI6D28B	12	0	15	1.92	4.34
ASI6D29B	16	0	10	1.75	3.36
ASI6D30B	30	1	22	9.87	6.14

Notas:

ASI6D1- Quantas vezes já fez tratamento por consumo de álcool ou drogas?

ASI6D3 - Que idade tinha quando entrou pela primeira vez num tratamento para álcool / drogas?

ASI6D8 – Durante quantos anos bebeu Álcool regularmente, 3ou + dias/semana? (exclua períodos sem álcool)

ASI6D25B – Durante quantos anos consumiu Haxixe regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D26B – Durante quantos anos consumiu Sedativos regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D27B – Durante quantos anos consumiu Cocaína/Crack regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D28B – Durante quantos anos consumiu Estimulantes regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D29B – Durante quantos anos consumiu Alucinogénios regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D30B - Durante quantos anos consumiu Heroína regularmente, 3ou + dias/semana?

Tal como é possível observar através da tabela 3, os sujeitos já fizeram em média 3 tratamentos de álcool ou drogas. A idade média com que iniciaram um tratamento para álcool ou drogas é 25 anos, 29 dos participantes beberam álcool regularmente em média 2.62 anos.

27 dos sujeitos consumiram regularmente haxixe em média durante 14 anos. 14 dos sujeitos consumiram sedativos regularmente em média durante 1.14 anos. 25 dos sujeitos consumiram cocaína/crack regularmente em média durante 9 anos. 12 consumiram estimulantes regularmente em média durante 1.92 anos. 16 consumiram alucinogénios regularmente em

média durante 1.75 anos. Por fim, os 30 sujeitos consumiram heroína regularmente em média durante 9.87 anos.

Foram calculadas correlações entre as escalas do EVA e do CQ com os itens do ASI que tinham uma distribuição contínua (numero de tratamentos, idade de inicio dos tratamentos, e severidade da dependência de substancias). Foi usado o método não paramétrico de Spearman devido ao número reduzido da amostra (N=30). Os resultados são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Correlações entre as dimensões do EVA e do CQ com os itens do ASI

Vinculação e Cuidados	Severidade da Dependência (ASI)								
	ASI6 D1	ASI6 D3	ASI6 D8	ASI6 D25B	ASI6 D26B	ASI6 D27B	ASI6 D28B	ASI6 D29B	ASI6 D30B
Conforto proximidade	-,459**	,463**	-,469**	-,049	-,130	-,420*	-,182	,027	-,223
Confiança outros	,057	,240	-,034	-,221	-,422	-,662**	-,284	-,478*	-,402*
Ansiedade	,269	-,471**	,114	,326*	,334	,572**	,531*	,122	,512**
Manutencao proximidade	-,099	,161	-,589**	,336	-,495*	-,291	-,339	-,211	-,448**
Sensibilidade	-,136	,211	-,356*	-,169	-,443	-,043	-,183	,255	-,035
Cuidados controladores	,260	-,375*	-,028	,013	-,129	,259	,035	,026	,267
Cuidados compulsivos	,029	-,085	-,112	,251	-,182	,138	,148	-,012	-,118

Notas:

ASI6D1- Quantas vezes já fez tratamento por consumo de álcool ou drogas?

ASI6D3 - Que idade tinha quando entrou pela primeira vez num tratamento para álcool / drogas?

ASI6D8 – Durante quantos anos bebeu Álcool regularmente, 3ou + dias/semana? (exclua períodos sem álcool)

ASI6D25B – Durante quantos anos consumiu Haxixe regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D26B – Durante quantos anos consumiu Sedativos regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D27B – Durante quantos anos consumiu Cocaína/Crack regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D28B – Durante quantos anos consumiu Estimulantes regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D29B – Durante quantos anos consumiu Alucinogénios regularmente, 3ou + dias/semana?

ASI6D30B - Durante quantos anos consumiu Heroína regularmente, 3ou + dias/semana?

Como se pode verificar o Conforto com a Proximidade está negativamente correlacionado com o número de tratamentos, severidade da dependência de álcool e de cocaína/crack e está diretamente correlacionado com a idade com que iniciou um tratamento. Isto significa que quanto mais anos de tratamento e quanto maior a severidade destas dependências menor o conforto com a proximidade. Por outro lado, quanto maior a idade de iniciação de tratamento maior o conforto com a proximidade.

A Confiança nos Outros está negativamente correlacionada com a severidade da dependência de cocaína/crack, alucinogénios e heroína, ou seja, quanto mais grave a severidade de dependência destas substâncias menos a confiança nos outros.

A Ansiedade está inversamente correlacionada com a idade com que iniciou um tratamento e diretamente correlacionada com a severidade da dependência de álcool, de cocaína/crack, de estimulantes e de heroína. Desta forma quanto mais tarde tiver iniciado o tratamento menor a ansiedade e quanto mais grave a severidade da dependência destas substâncias maior a ansiedade.

A Manutenção de Proximidade está inversamente correlacionada com a severidade da dependência de álcool, de sedativos e de heroína. Portanto quanto mais severa a dependência destas substâncias menor a manutenção de proximidade.

A Sensibilidade está negativamente correlacionada com a severidade da dependência de álcool, isto é, quanto maior a dependência menor a sensibilidade. Os Cuidados Controladores estão inversamente correlacionados com a idade com que iniciou um tratamento, ou seja, quanto mais velho o sujeito era no início do tratamento menores os cuidados controladores.

DISCUSSÃO

No início deste estudo foi colocada uma questão de investigação, que se verificou através dos resultados obtidos, ou seja, nesta amostra de pacientes em programa de metadona a severidade de dependência de várias substância está relacionada com várias dimensões de vinculação e da prestação de cuidados.

Passamos assim a apresentar as conclusões do estudo que vão no sentido dos estudos apresentados anteriormente:

Ao longo de toda a investigação sobre a vinculação e toxicodependência, pode-se afirmar que existe uma relação significativa entre ambos os conceitos. Está presente em vários estudos científicos uma relação entre os acontecimentos vividos na infância e padrões emocionais que são exibidos posteriormente na idade adulta (Torres, Sanchez e Neto, 2004).

Assim a teoria da vinculação explica o desenvolvimento dos laços afetivos, inicialmente entre a criança e a figura significativa de apego e mais tarde entre o adulto e outro adulto. É a partir do comportamento de apego que o indivíduo sobrevive e mantém contato com aqueles que “cuidam dele (Bowlby, 1985).

Também de acordo com a investigação, a população toxicodependente apresenta um padrão de vinculação insegura. A sua experiência relacional constitui-se através de experiências familiares traumáticas na infância, que leva ao desenvolvimento de uma insegurança relativa às relações próximas e amorosas, associada a sentimentos de abandono por parte dos parceiros (Torres, Sanchez e Neto, 2004).

Entre estudos realizados sobre vinculação em toxicodependentes as conclusões são diversas, no entanto fundamentam a base teórica desenvolvida por Bowlby.

Outro aspeto presente na população toxicodependente é que, geralmente, apresentam problemas relacionais com o progenitor masculino, tendo assim, uma imagem distinta e negativa do mesmo (Amaral Dias citado por Neto, 1996).

Segundo as contribuições de Bowlby (1985) e todos os estudos realizados com esta população, o comportamento de apego de um toxicodependente é dirigido á substância. É a substância que o mantém vivo, que cuida dele, não deixando que o mesmo caia nas malhas do seu próprio Eu, tal como a figura de apego o protegeria de todo o mal do seu ambiente.

Também na nossa investigação o facto de os Consumidores apresentarem mais dificuldade em sentir conforto com a proximidade vai de encontro aos resultados obtidos por Thorberg & Lyvers (2006). Estes autores observaram que o grupo de consumidores também apresentavam maior dificuldade nesta dimensão, levantando a hipótese de esta dificuldade ser uma consequência crónica do consumo.

Höfler & Kooyman (1996) referem que a droga é como a “base segura” do adolescente consumidor, pois oferece soluções para quem não se sentiu amado e, muitas vezes, passou por situações traumáticas. Eles aprendem a evitar a rejeição através de estratégias manipulativas, antes de se tornarem adictos, de modo a escaparem das inter-relações de proximidade e da intimidade, para assim, prevenirem serem de novo rejeitados e sofrerem.

A teoria da vinculação pode então ser um auxiliar precioso, criando hipóteses sobre as orientações das relações interpessoais e conseqüentemente a procura de intervenção profissional, assim como, a predição de comportamentos não adaptativos (Scroufe, 1996 cit in Caspers et al, 2006).

Após a conclusão do presente estudo podemos constatar que uma das principais limitações desta investigação prende-se com o número de participantes que, sendo reduzido, impossibilita que se realizem diversos procedimentos estatísticos e uma conclusão mais representativa da população em questão.

Outra limitação importante que encontramos neste estudo é o fato da escala ASI6 não estar adaptada á população Portuguesa, tendo sido usada a adaptação Brasileira

E também a avaliação da vinculação ser por questionários e escalas de likert.

Após análise dos dados obtidos e reflexão das limitações presentes nesta investigação sugere-se que no futuro se façam outros estudos que passo a referir:

Adaptação á população Portuguesa da escala ASI6 pois é uma escala bastante interessante e útil para se usar em pesquisa/tratamento.

Verificar se a idade do primeiro consumo influencia a gravidade de dependência drogas/álcool;

Verificar se existem diferenças no género.

Referências bibliográficas:

Amaral Dias, C. & Colaboradores (2001). Intervenções em toxicodependência do C.E.P.D. ao C.A.T.C. (1977-1997). Coimbra: Edições dos autores.

Anderson, P. & Perris, C. (2000). Attachment styles and dysfunctional assumptions in adults. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, nº 7, pp. 47-53. Stockholm, Sweden: John Wiley & Sons Ltd.

Aron, W.S. (1975). Family background and personal trauma among drug addicts in the United States: Implications for treatment. *British Journal of Addiction*, 70, 295-305.

Belsky, J., & Rearon, P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: does continuity in development depend upon continuity of caregiving?. *Attachment & Human Development*, 4(3), 361-387.

Bergeret, J. (1982). *Toxicomanie et Personalité*. Presses Universitaires de France: Paris.

Boyd, D. (2001). Guia elementar: vícios. Lisboa: Círculo de Leitores

Bowen, M. (1998). *De la Família al individuo. La diferenciación del si mismo en el sistema familiar*. Barcelona: Paidós. (trd Castellana)

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1. Attachment*. New York: Basic Books

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol.3. Loss*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd Ed.)*. New York: Basic

Bowlby, J. (1990). *Apego. A natureza do vinculo (vol1)*. São Paulo. Martins Fontes

- Bowlby, J. (1998). *Separação. Angústia e Raiva (Vol2)*. São Paulo. Martins Fontes
- Bowlby, j. (2006) . *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes
- Byng-Hall, J., & Hinde, J. (1991). Attachment relations within a family system. *Infant Mental Health Journal*, 12(3), 187-200.
- Canavarro, M.C. (1996). A avaliação das práticas educativas atarvês da Embu: Estudos Psicométricos. *Psychologica* n° 16, pp. 5-18.
- Canavarro, M. C. (1999). *Relações afectivas e saúde mental*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, XX(1), 11-36.
- Carbonell, O. A., Alzate, G., Bustamante, M. R., & Quiceno, J. (2002). Maternal caregiving and infant security in two cultures. *Development Psychology*, 38(1), 67-78.
- Carqueja, H.(2004). *Os rapazes da droga*.Edições Magnólia;
- Caspers, Kristin M. et al (2005).Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 30, 1007-1011. Iowa City, USA: Elsevier Ltd.
- Caspers, K. M. et al (2006). Attachment as na organizer of behaviour: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 1, n° 32. Iowa: BioMed Central Ltd.
- Cassidy, J. (1999). The nature of the child's ties. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment* (pp.3-20). New York : Guilford

Collins & Read (1990). "Adult Attachment Scale", Disponível em: <http://www.richardatkins.co.uk/atws/page/43.ht>

Descombey J.P.(1995): *Freud et les toxiques: de la aveugle dans l'auto-analyse à la théorie clinique*": Topique, 1995, (56), p.167-190

Dias, A. – (1980), A influência relativa dos factores psicológicos e sociais no evolutivo toxicómano, Tese de Doutoramento, Coimbra.

Feeney, B. C., & Collins, N. L. (2003). Motivations for caregiving in adult intimate relationships: Influences on caregiving behavior and relationships functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 950-968.

Ferreira-Gomes, c., Cunha, H., Carvalho, A., Silva, A., Dias, C., Feijão, F. e tal (2004). Usos, abusos e dependências: alcoolismo e Toxicodependência. Lisboa: Climepsi:

Ferros, L. C. (2006). *Relações Afectivas e Sintomatologia Psicopatológica na Toxicodependência. Contributos para a caracterização clínica da dependência de heroína.* Portugal: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Finzi-Dottan, R. et al (2003). The Drug-User Husband and His Wife: Attachment Styles, Family Cohesion, and Adaptability. *Substance Use & Misuse*, vol. 38, nº2, pp. 271-292. Israel: Marcel Dekker, Inc.

Fleming, M. (1995). *Família e Toxicodependência.* Porto: Afrontamento

Fleming, M. (2005). Dor mental e toxicodependência. *Revista toxicodependência*, 11(1), 3-13.

Fugate, M. & Kiniki, A., J. (2008). A dispositional approach to employability: Development of a measure and test of implications for employee reactions to organizational change. [Versão electrónica]. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 81, 503-527.

Hofler, D. Z. & Kooyman, M.(1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding – an Integrative Approach. *Journal of Abuse Treatment*, Vol. 13, nº6, pp. 511-519. Zurich, Switzerland: Elsevier Science Inc.

Kunce, L. J., & Shaver, P. R. (1994). An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds), *Attachment processes in adulthood: Vol.5. Advances in personal relationships*. (Vol. 5.). Jessica Kingsley Publishers, Ltd.

Matos, A. C. (2001). A Depressão. Lisboa: Climepsi

Matos, A. C. (2003). Mais amor, menos doença. A Psicossomática revisitada Lisboa: Climepsi.

Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi editores

Maroco, J. (2010). *Análise Estatística Com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.

Marques-Teixeira, J. (2001). Drogas e emoções. *Revista de Saúde Mental*,3(4), 19-31

Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: Guilford.

Miljkovitch, R. et al (2005). Assessing attachment cognitions and their associations with depression in Youth with Eating or Drug Misuse Disorders. *Substance Use & Misuse*, 40, pp. 605-623. Switzerland: Taylor & Francis Inc.

Morel, A., Harvé, F. & Fontaine, B. (1998). Cuidados ao toxicod dependente. Lisboa: Editores.

Nunes, L. & Alves, S. (2008). Análise biográfica de indivíduos com história de consumo de substâncias. *Análise Psicológica*, 4 (XXVI), 563-569.

O.M.S. (1971).Comité d'experts sur la pharmacodépendence.Serie des rapports techniques, 460, Genève.

Papalia. D., E., Olds, S., W., Feldman. R., D. (2001). *O mundo da criança*. Megraw-Hill.

Riggs, S. A., & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents' representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 195-204.

Schindler, A. et al (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3):207-228. Hamburg, Germany: Taylor & Francis Group.

Sherry, A.; Lyddon, W. J. & Henson, R. K. (2007). Adult Attachment and Developmental Personality Styles: An Empirical Study. *Journal of the Counseling & Development*, vol. 85, pp. 337-348. USA: American Counseling Association.

Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento*. Braga. Psiquilibrios.

Soares, I., Martins, E., Tereno, S.(2007).Vinculação na infância. In Soares, I.(coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.

Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 183-197.

Thorberg, Fred A. & Lyvers, M. (2005). Attachment. Fear of Intimacy and Differentiation of Self among Clients in Substance Disorder Treatment Facilities. *Humanities & Social Sciences papers*. Australia: Faculty of Humanities and Social Sciences, Bond University.

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

Torres, N.; Sanches, M. & Neto, D. (2004). Experiências traumáticas e estilos de vinculação adulta a parceiros de intimidade em toxicodependentes e estudantes. *Revista Toxicodependências*, vol.10, nº3, pp. 57-70. Portugal: Ed. I.D.T..

Torres, N., Oliveira, D. (2010) Vinculação e Sistemas de Prestação de Cuidados em dependentes de substâncias em tratamento. Adaptação Portuguesa do Questionário de Prestação Cuidados.

Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. A. (1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp.68-88). New York: Guilford

Anexo A – Caracterização da amostra

sexo

		Frequency	Percent
Valid	Feminino	13	43.3
	Masculino	17	56.7
	Total	30	100.0

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	30	34	62	42.00	7.230
Valid N (listwise)	30				

Habilitações(NUMERODEANOS)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1ª classe	1	3.3	3.3	3.3
	4ª classe	2	6.7	6.7	10.0
	6º ano	2	6.7	6.7	16.7
	7º ano	2	6.7	6.7	23.3
	9º ano	12	40.0	40.0	63.3
	10º ano	1	3.3	3.3	66.7
	11º ano	2	6.7	6.7	73.3
	12º ano	4	13.3	13.3	86.7
	bacharelato	1	3.3	3.3	90.0
	licenciatura	2	6.7	6.7	96.7
	mestrado	1	3.3	3.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Nº IRMÃOS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	3	10.0	10.0	10.0
1	13	43.3	43.3	53.3
2	11	36.7	36.7	90.0
3	1	3.3	3.3	93.3
4	1	3.3	3.3	96.7
8	1	3.3	3.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Estado Civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid casado	3	10.0	10.0	10.0
solteiro	14	46.7	46.7	56.7
viúvo	2	6.7	6.7	63.3
separado	2	6.7	6.7	70.0
vive como casado	9	30.0	30.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Familiares c/ dependência álcool/drogas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid não	15	50.0	50.0	50.0
sim	15	50.0	50.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Qual parentesco

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	10.0	16.7	16.7
	pai	4	13.3	22.2	38.9
	irmão/irmã	6	20.0	33.3	72.2
	outro	5	16.7	27.8	100.0
	Total	18	60.0	100.0	
Missing	System	12	40.0		
Total		30	100.0		

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade começou a consumir	30	11.5	40.0	19.533	6.9802
metadona /dosagem (mg)	30	10	98	48.37	23.937
Valid N (listwise)	30				

Como foi encaminhado p/este tratamento?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	por si proprio/conjugue/amigo	22	73.3	73.3	73.3
	instituição ou pessoa ligada a tratamento de drogas sem alcool	5	16.7	16.7	90.0
	instituição de saúde ou profissional de saude	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Anexo B

QUESTIONÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Instruções: Para cada frase, marque um “X” no número que melhor o descreve, usando a seguinte escala:

Não me descreve de todo		Descreve-me muito bem									
1	2	3	4	5	6						
1.	Por vezes, afasto a minha companheira quando ela se aproxima para me abraçar ou beijar.					1	2	3	4	5	6
2.	Consigo perceber quando a minha companheira precisa de carinho, mesmo quando não ela não o pede explicitamente.					1	2	3	4	5	6
3.	Respeito sempre a capacidade da minha companheira para tomar as suas decisões e resolver os seus próprios problemas.					1	2	3	4	5	6
4.	Quando a minha companheira chora ou está aflita, o meu primeiro impulso é abraçá-la ou tocar-lhe.					1	2	3	4	5	6
5.	Consigo ajudar a minha companheira sem me envolver demasiado nos seus problemas.					1	2	3	4	5	6
6.	Acontece-me demasiadas vezes não me aperceber quando a minha companheira está angustiada ou preocupada com alguma coisa.					1	2	3	4	5	6
7.	Quando a minha companheira está preocupada ou triste, eu aproximo-me para lhe dar apoio e conforto.					1	2	3	4	5	6
8.	Consigo aperceber-me quando a minha companheira precisa da minha ajuda e apoio ou quando ela prefere resolver as coisas sozinha.					1	2	3	4	5	6
9.	Sinto-me confortável a abraçar a minha companheira quando ela precisa de ser apoiada e tranquilizada fisicamente.					1	2	3	4	5	6
10.	Não sou muito bom a compreender e dar resposta às necessidades e sentimentos da minha companheira.					1	2	3	4	5	6
11.	Tenho tendência a envolver-me demasiado nos problemas e dificuldades da minha companheira.					1	2	3	4	5	6
12.	Não gosto quando a minha companheira está carente e fica demasiado agarrada a mim.					1	2	3	4	5	6
13.	É frequente dizer à minha companheira o que deve fazer quando ela está a tentar tomar uma decisão.					1	2	3	4	5	6
14.	Por vezes escapam-me aqueles sinais mais subtis que mostram como a minha companheira se está a sentir.					1	2	3	4	5	6
15.	Quando é necessário, consigo dizer “não” aos pedidos de ajuda da minha companheiro, sem me sentir culpado.					1	2	3	4	5	6
16.	Tenho tendência a tornar-me demasiado controlador quando tento ajudar a minha companheira.					1	2	3	4	5	6
17.	Quando considero importante, cuido das minhas próprias necessidades antes de procurar cuidar das da minha companheira.					1	2	3	4	5	6
18.	Sou muito atento aos sinais não verbais que a minha companheira utiliza para me demonstrar que procura ajuda e apoio.					1	2	3	4	5	6
19.	Consigo facilmente não ficar demasiado preocupado ou ser demasiado protector em relação à minha companheira.					1	2	3	4	5	6
20.	Reconheço com bastante facilidade as necessidades e sentimentos da minha companheira, mesmo quando são diferentes dos meus.					1	2	3	4	5	6
21.	Consigo ajudar a minha companheira a resolver os seus problemas sem me tornar demasiado controlador.					1	2	3	4	5	6
22.	Por vezes, afasto-me da minha companheira quando ela tenta obter um abraço reconfortante.					1	2	3	4	5	6
23.	Apoio sempre os esforços da minha companheira para resolver os seus próprios problemas.					1	2	3	4	5	6
24.	Tenho tendência para assumir os problemas da minha companheira – e depois sinto-me sobrecarregado com eles.					1	2	3	4	5	6
25.	Quando a minha companheira parece querer ou precisar de um abraço, fico contente em dar-lho.					1	2	3	4	5	6
26.	Quando ajudo a minha companheira com alguma coisa, tenho tendência a querer resolver as questões “à minha maneira”.					1	2	3	4	5	6
27.	É frequente ficar demasiado envolvido nos problemas e necessidades da minha companheira.					1	2	3	4	5	6
28.	Por vezes não vejo ou interpreto mal os sinais de procura de apoio e compreensão por parte da minha companheira.					1	2	3	4	5	6
29.	Quando a minha companheira está a chorar ou se encontra emocionalmente perturbada, por vezes sinto vontade de me retirar.					1	2	3	4	5	6
30.	Quando a minha companheira partilha um problema comigo, por vezes exagero nas críticas que faço às suas tentativas para resolvê-lo.					1	2	3	4	5	6

31. Crio problemas ao assumir as inquietações da minha companheira como se fossem minhas. 1 2 3 4 5 6
32. Quando ajudo a minha companheira a resolver um problema, sou muito mais cooperante do que controlador. 1 2 3 4 5 6

"Caregiving Questionnaire" Kuncze, L. J., & Shaver, P. R. (1994); Adaptação Portuguesa Oliveira & Torres (2010).

Anexo C – Qualidades métricas do QC

Consistência interna – alpha de cronbach

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.940	32

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
qc1	109.25	872.717	.459	.940
qc2	107.33	866.928	.778	.937
qc3	107.67	886.319	.557	.939
qc4	107.33	869.188	.666	.937
qc5	108.71	906.216	.343	.940
qc6	109.83	903.101	.412	.940
qc7	107.33	864.145	.708	.937
qc8	107.75	877.152	.616	.938
qc9	107.29	862.129	.747	.937
qc10	109.13	877.245	.523	.939
qc11	108.54	871.998	.614	.938
qc12	109.13	883.679	.415	.940
qc13	108.50	858.261	.748	.936
qc14	109.25	890.978	.485	.939
qc15	109.04	873.781	.712	.937
qc16	109.42	875.297	.594	.938
qc17	109.25	888.630	.501	.939
qc18	108.08	887.645	.462	.939
qc19	109.29	894.216	.415	.940
qc20	107.71	866.998	.716	.937
qc21	108.46	883.042	.529	.939
qc22	109.63	889.549	.416	.940
qc23	107.79	865.129	.714	.937
qc24	109.13	878.810	.492	.939
qc25	107.46	880.868	.523	.939
qc26	109.08	879.036	.526	.939
qc27	108.63	864.071	.685	.937
qc28	109.38	883.636	.600	.938
qc29	109.79	884.433	.534	.939
qc30	109.42	877.471	.673	.938
qc31	109.38	883.462	.433	.940
qc32	107.92	891.906	.414	.940

Sensibilidade

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Prestação_ cuidados_ Total
N		25
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	3.3638
	Std. Deviation	1.16888
Most Extreme Differences	Absolute	.230
	Positive	.146
	Negative	-.230
Kolmogorov-Smirnov Z		1.148
Asymp. Sig. (2-tailed)		.143
Exact Sig. (2-tailed)		.122
Point Probability		.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Anexo D

ESCALA DE VINCULAÇÃO DO ADULTO

EVA – M. C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relação com as pessoas.					
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.					
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.					
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.					
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.					
6. Não me preocupo pelo fato das pessoas se aproximarem muito de mim.					
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.					
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.					
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.					
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.					
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.					
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com as pessoas.					
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.					
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.					
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).					
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.					
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.					
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.					

Anexo E – Qualidades métricas do EVA

Consistência interna – alpha de cronbach

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.655	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eva1	43.33	62.161	-.389	.702
eva2	43.90	53.610	.122	.660
eva3	44.27	53.099	.306	.638
eva4	44.10	48.438	.463	.613
eva5	44.63	52.240	.260	.641
eva6	43.43	52.047	.231	.644
eva7	43.70	47.872	.484	.609
eva8	44.30	49.734	.329	.631
eva9	44.23	52.323	.420	.629
eva10	44.03	52.585	.295	.638
eva11	43.80	47.476	.620	.597
eva12	42.73	58.064	-.110	.684
eva13	43.93	50.478	.313	.633
eva14	43.67	64.092	-.453	.719
eva15	44.13	48.533	.513	.609
eva16	43.10	47.472	.466	.610
eva17	44.00	52.552	.252	.642
eva18	43.50	47.845	.483	.609

Depois de invertidos os itens 1, 12 e 14:

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.816	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
eva1	42.53	87.292	.436	.806
eva2	42.97	89.620	.182	.822
eva3	43.33	91.195	.232	.815
eva4	43.17	84.557	.441	.805
eva5	43.70	85.941	.423	.806
eva6	42.50	91.707	.105	.825
eva7	42.77	83.771	.464	.803
eva8	43.37	80.447	.575	.796
eva9	43.30	90.907	.283	.813
eva10	43.10	88.024	.380	.809
eva11	42.87	84.809	.503	.802
eva12	43.13	89.154	.249	.816
eva13	43.00	85.448	.378	.809
eva14	42.20	84.028	.520	.800
eva15	43.20	84.028	.520	.800
eva16	42.17	81.523	.528	.799
eva17	43.07	87.237	.371	.809
eva18	42.57	80.185	.637	.792

Sensibilidade

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		EVA_Total
N		30
Normal Parameters ^{a, b}	Mean	2.5259
	Std. Deviation	.54291
Most Extreme Differences	Absolute	.111
	Positive	.111
	Negative	-.096
Kolmogorov-Smirnov Z		.608
Asymp. Sig. (2-tailed)		.854
Exact Sig. (2-tailed)		.815
Point Probability		.000

a. Test distribution is Normal.
b. Calculated from data.

Anexo F- Escala de Gravidade de Dependência (ASI6)

DROGAS /ÁLCOOL – As questões a seguir são sobre o consumo de drogas e álcool e algum tratamento que tenha feito relativamente ao abuso de substâncias.

Histórico dos Tratamentos

D1. Quantas vezes já fez tratamento por consumo de álcool ou drogas? (inclua avaliações para tratamento mesmo que não se tenham transformado em tratamento. Não incluir AA/NA)

--	--

00→D6

D2. Quantos desses tratamentos foram apenas para desintoxicação? (desintoxicação não seguida por tratamento adicional)

--	--

D3. Que idade tinha quando entrou pela primeira vez num tratamento para álcool / drogas?

--	--

Quantos dias:

D4. Participou em sessões ou consultas médicas para tratamento de problemas relacionados com álcool / drogas?

A. Últimos 6 meses B. 30 dias

--	--	--

000→D5

--	--

D5. Tomou medicação prescrita para tratar o consumo de álcool ou drogas? (ex: dissulfiram, naltrexone (Revia), acamprosato (Campral), medicamento para desintoxicação, diazepam, metadona, etc – exclua medicações para dependência de nicotina.

--	--	--

000→D6

--	--

D6. Participou em reuniões de auto-ajuda (ex: AA/NA)?

--	--	--

(se nunca participou na vida →D8)

--	--

D7. Qual o período de tempo seguido mais longo que participou em reuniões de autoajuda, pelo menos 2 dias/semana?

--	--

Anos

--	--

Meses

Uso de Álcool

D8. Durante quantos anos bebeu álcool regularmente 3 ou + dias/semana? (exclua períodos sem álcool)

--	--

00→D10

D9. Quantos anos na sua vida bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques (= um cálice de vinho ou uma lata de cerveja) por dia regularmente, 3 ou + dias por semana?

--	--

0→D11

D10. Você já bebeu pelo menos (5-homem, 4-mulher) drinques por dia em 50 dias ou mais?

1-Sim , 0-Não

D18. Teve dificuldade em controlar, diminuir ou parar de beber, ou passou a grande parte do dia a beber?

1-Sim , 0-Não

D11. Que idade tinha quando bebeu e sentiu pela primeira vez os efeitos do álcool?

(se nunca, codifique NN)

D12. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que bebia mais, com que frequência bebia?

0 – Sem uso(→D20) 3 - 3-6 vezes por semana

1 – 1-3 vezes por mês 4 - Diariamente

2 – 1-2 vezes por semana

D13. Nos últimos 30 dias, quantos dias bebeu qualquer tipo de bebida alcoólica?

00→D20

D14. Quando bebeu pela última vez?

(00 se hoje, 01 se ontem, 02 se há 2 dias antes, etc)

D15. Nos últimos 30 dias, quantos dias você bebeu pelo menos (5p//homens, 4/mulheres) drinques num dia?

D16. Nos últimos 30 dias quanto dinheiro gastou no consumo de álcool?

Sintomas do Álcool

Nos últimos 30 dias:

D17. Teve algum sintoma de abstinência logo após ter diminuído ou parado de beber?

1-Sim , 0-Não

D19. Devido à bebida, teve algum problema médico ou psicológico;

ou

Teve problemas no emprego(escola) ou em casa, teve discussões;

ou

teve problemas com a justiça?

1-Sim , 0-Não

D20. Bebeu por dependência/ avidez ou desejo intenso de beber?

1-Sim , 0-Não

D21. Durante quantos dias teve essas ou quaisquer outras dificuldades devido ao uso do álcool?

00→D23

D22. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado tem estado devido aos problemas com o álcool?

0 – Nada

3 - Consideravelmente

1 – Levemente

4 – Extremamente

2 – Moderadamente

D23. Neste momento quão importante é para si o tratamento (actual ou adicional) para o uso do álcool?

0 – Nada

3 - Consideravelmente

1 – Levemente

4 – Extremamente

Tabela de Uso de Drogas – Substâncias individuais

NOTA: Entregue ao entrevistado a Lista de Drogas e diga: Eu vou perguntar sobre cada grupo de drogas listado. Nós já falámos sobre o álcool. Vamos começar com o Canábis / Marijuana /Haxixe:

Pré-A – Você já experimentou ou usou _____ (mesmo se foi somente uma vez ou prescrita)?

- A.** Que idade tinha quando experimentou pela primeira vez _____?
- B.** Por quantos anos da sua vida usou _____ 3 ou mais dias por semana? – Exclua períodos sem a droga
- C.** Você já usou _____ em 50 ou mais dias na sua vida?
- D.** Nos últimos 30 dias, quantos dias usou _____?
- E.** Nos últimos 30 dias, usou _____ (0) – somente como prescrito, ou (1) – ilegalmente ou mais do que foi prescrito)?

Nota: Se o entrevistado relata:

1. Nunca ter experimentado uma droga específica (ex: D25-A, **codifique “N”** e passe para a próxima substância (D26-A).
2. Ter usado 3 ou mais dias por semana por um ano ou mais (ex: D25-B), salte o item seguinte (D25-C), e continue.
3. Nenhum us nos últimos 30 dia (ex: D25-D=00), **passe para a próxima substância (D26-A.)**

	A. Idade de 1º uso? (N→próxima A)	B. Anos de Uso regular(Na vida)? (>00→D)	C. Usou 50 ou + dias (Na vida)? (1-Sim, 0-Não)	D. Uso nos Últimos 30 dias? (00→próxima A)	E. Usou como T10(últimos 30 dias) (0-como T10, 1-Não T10)
D25. Haxixe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D26. Sedativos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D27. Cocaína/Crack	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D28. Estimulantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D29. Alucinógeno	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D30. Heroína	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D31. Metadona	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D32. Outros Opióides	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D33. Inalantes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Comentários adicionais:

Uso de Substâncias – Categorias Problemas

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 01- Álcool | 07 – Heroína |
| 02- Haxixe | 08 – Metadona |
| 03- Sedativos | 09 – Outros Opióides |
| 04- Cocaína/crack | 10 – Inalantes |
| 05- Estimulantes | 11 – Outras Substâncias |
| 06- Alucinógenos | 12 – Nenhuma |

Rota(s) de Administração

De que forma já usou _____?

<p>Problema Primário D34. Qual das substâncias listadas(01-12) lhe está a causar mais dificuldade e o pode ter levado à procura de tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">12→D37</p>			<p>B. <u>Na vida</u> (marque todas que se aplicam)</p> <p>__1.Ingerida __4.Injectada __2.Inalada __5.Outra __3.Fumada</p>	<p>C. <u>Últimos 30 dias</u> (marque todas que se aplicam)</p> <p>__1.Ingerida __4.Injectada __2.Inalada __5.Outra __3.Fumada __6.Sem uso</p>
<p>Problema Secundário D35. Qual das Substâncias listadas (01-12) está causando a 2ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a procurar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">12→D37</p>			<p>B. <u>Na vida</u> (marque todas que se aplicam)</p> <p>__1.Ingerida __4.Injectada __2.Inalada __5.Outra __3.Fumada</p>	<p>C. <u>Últimos 30 dias</u> (marque todas que se aplicam)</p> <p>__1.Ingerida __4.Injectada __2.Inalada __5.Outra __3.Fumada __6.Sem uso</p>
<p>Problema Terciário D36. Qual das substâncias listadas(01-12) Está a causar a 3ª maior dificuldade e pode tê-lo levado a procurar tratamento?</p> <p>Indique a substância específica dentro das categorias codificadas: _____</p>	<p>A. Categoria</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">12→D37</p>			<p>B. <u>Na vida</u> (marque todas que se aplicam)</p> <p>__1.Ingerida __4.Injectada __2.Inalada __5.Outra __3.Fumada</p>	<p>C. <u>Últimos 30 dias</u> (marque todas que se aplicam)</p> <p>__1.Ingerida __4.Injectada __2.Inalada __5.Outra __3.Fumada __6.Sem uso</p>

(NOTA: 4.Injecção= EV(endovenosa) ou IV (intravenosa)
e não-EV/IV: ex, intramuscular, intradérmica, etc.)

Comentários adicionais: _____

Uso de Drogas – Geral (Excepto álcool e tabaco) exclua dinheiro para medicações que são parte do tratamento para drogas
(ex. Metadona, medicações para desintoxicação, etc)

D37. Quantos anos na sua vida usou qualquer tipo de droga ilegal ou de rua, ou abusou de qualquer medicação prescrita por pelo menos 3 ou mais dias por semana?

(se nunca usou drogas ou medicação → D52)

D38. Nos últimos 6 meses, durante o mês em que consumia mais drogas ilegais ou de rua (e/ou abusando de medicação prescrita), qual a frequência de uso de quaisquer drogas?

- 0 – Sem uso (→ D45) 3 – 3-6 vezes por semana
1 – 1-3 vezes por mês 4 – Diariamente
2 – 1-2 vezes por semana

D39. Nos últimos 30 dias, quantos dias usou qualquer tipo de droga ou abusou de medicações prescritas?

0 → D45

D40. Há quantos dias usou droga qualquer tipo de droga ou abuso de medicações prescritas pela última vez?

00 – se hoje, 01 – se ontem, 02 – se 2 dias antes, etc

D41. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro gastou em drogas?

€

Sintomas de Drogas (excepto álcool e tabaco)

Nos últimos 30 dias:

D42. Teve algum sintoma de abstinência logo após diminuir ou parar qualquer droga?

1 – Sim, 0 – Não

D43. Sentiu algum problema em controlar, diminuir ou parar com as drogas, ou gastou muito do seu dia usando, sob efeito, recuperando-se, ou apenas tentando obter drogas?

1 – Sim, 0 – Não

D44. Devido ao uso de drogas – teve algum problema médico ou psicológico, ou teve problemas no trabalho (escola) ou em casa, entrou em discussões; ou teve problemas com a lei?

1 – Sim, 0 – Não

D45. Tem sentido dependência ou desejos de usar?

1 – Sim, 0 – Não

D46. Durante quantos dias teve essa ou qualquer outra dificuldade devido ao uso de drogas?

1 – Sim, 0 – Não

D47. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado tem estado com esses problemas com drogas?

- 0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

D48. Neste momento quão importante é para si o tratamento (actual ou adicional) para o uso de droga?

- 0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

D49. Quão importante é para si alcançar/manter a abstinência total das drogas (isto é, não usar nenhuma droga)?

- 0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

D50. Desde que começou a usar, já esteve completamente abstinente (limpo) das **drogas e do álcool** pelo menos durante 1 ano?

- exclua medicações prescritas e apropriadamente tomadas (ex. Metadona, medicações psiquiátricas)

1 – Sim, 0 – Não

0 → D52

D51. Há quanto tempo este período de abstinência (limpo) de pelo menos 1 ano terminou?

Anos
Meses

(se actualmente este abstinente há 1 ano ou mais, codifique 00 00)

Riscos para a Saúde

NOTA: Caso ainda não se saiba pergunte a D52. Caso contrário, preencha de acordo com as informações prévias)

D52. Alguma vez injectou drogas?

(injectou= IV (intravenosa) e não-IV)

1 – Sim, 0 – Não

00 → D54

D53. Quando foi a última vez que partilhou seringas ou equipamento de injeção?

- se nunca, codifique N e N

- se no último mês, codifique 00 00

Anos
Meses Atrás

D54. Nos últimos 6 meses, com quantas pessoas diferentes fez sexo oral, anal ou vaginal?

D55. Quando foi a última vez que fez teste para HIV/AIDS?

Anos
Meses Atrás

- se nunca, codifique N e N

- se no último mês, codifique 00 00

Tabaco – Cigarros, etc.

D56. Que idade tinha quando fumou o primeiro cigarro ou usou tabaco de outra forma?

Ex: mascou tabaco, charutos, cachimbo

- se nunca experimentou, codifique N

--	--

N→D59

D57. Quantos anos na sua vida fumou cigarros

(ou usou tabaco de outra forma) diariamente?

--	--

D58. Nos últimos 30 dias, quantos dias fumou cigarros (ou usou tabaco de outra forma)?

--	--

Jogo

D59. Na sua vida alguma vez teve dificuldades financeiras por causa do jogo?

--

1 – Sim, 0 – Não

D60. Nos últimos 30 dias, quantos dias participou de qualquer forma de jogo, como bingo, lotaria, casinos ou outro jogo de qualquer natureza?

--	--

Comentários: _____

Família/Social - As questões seguintes são sobre a sua família e relacionamentos sociais.

F1. Teve um relacionamento amoroso ou sexual com um(a) parceiro(a) durante o último mês?

1 - Sim, 0 - Não

[(Nota: Se não, salte a coluna A(F3A-F9A)]

F2. Quantos amigos íntimos/verdadeiros² tem?

- exclua parceiros sexuais/conjuge e quaisquer outros familiares adultos

[(Nota: Se 00, salte a coluna C(F3C-F9C)]

Nota: Para F3-F9:

- A. Refere-se a esposa/marido ou parceiro
- B. Refere-se a quaisquer outros membros adultos da família ou parentes. (Ex. pais, avós, irmãos, filhos crescidos, tios(as), primos)
- C. Refere-se a qualquer amigo íntimo/verdadeiro.

Nos últimos 30 dias, você:

(1 - Sim, 0 - Não) A.Parceiro(s) B.Parentes C.Amigos
Adultos Íntimos

F3. Passou tempo (pessoalmente) com

(seu A/ quaisquer B,C).....

F4. Teve algum contacto como, cartas,

telefonemas ou e-mail (outro) com:

- se F3+F4=0, salte para F9

F5. Falou para (A / B / C) sobre os seus

sentimentos ou problemas?

F6. Já teve problemas de relacionamento com:

(1 - Sim, 0 - Não) A.Parceiro(s) B.Parentes C. Amigos
Adultos Íntimos

F7. Já teve alguma discussão com:

F8. O(s) seu(s) (A /B /C) têm atualmente

problemas com álcool ou uso de drogas?

(inclua somente aquelas pessoas com quem você esteve ou teve contacto nos últimos 30 dias)

F9. Se precisar de ajudar pode contar com:

F10. Atualmente tem alguma ordem judicial de afastamento contra alguém?

1 - Sim, 0 - Não

Comentários: _____

² Amigo íntimo / verdadeiro: considere alguém com quem você convive com uma certa frequência e pode contar, sem conotação sexual.

F11. Nos últimos 30 dias, teve alguma situação com o seu parceiro, parentes adultos ou amigos íntimos que resultou em empurrar/bater ou atirar coisas?

1 – Sim, 0 – Não

aconselhamento ou tratamento atual ou adicional) para os seus problemas de relacionamento com adultos?

0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

F12. Além do seu parceiro, outros parentes adultos e amigos íntimos, existe alguém com quem você possa contar caso realmente precise de ajuda?

1 – Sim, 0 – Não

Ex: padre / pastor, médico, padrinho de AA, conselheiro, advogado, etc.

F16. Acha difícil falar sobre os seus sentimentos ou problemas mesmo com pessoas íntimas (inclui parentes)?

1 – Sim, 0 – Não

F13. No geral, nos últimos 30 dias, quão satisfeito tem estado com os seus relacionamentos com adultos? (Ex: número de relacionamentos, quantidade de contacto, qualidade da comunicação, se dá bem, ajudam-se mutuamente, etc.)

0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

F17. Sente-se nervoso ou desconfortável quando está com outras pessoas?

1 – Sim, 0 – Não

F18. É importante para si ter um relacionamento próximo / íntimo com pessoas?

1 – Sim, 0 – Não

F14. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado tem estado com quaisquer problemas com os seus relacionamentos com adultos?

0 – Nada
1 – Levemente
2 – Moderadamente
3 – Consideravelmente
4 – Extremamente

Nos últimos 30 dias (F19-F22)

F19. Foi à missa/serviços ou atividades religiosas organizadas pela sua igreja?

- exclua reuniões de auto-ajuda ou AA

1 – Sim, 0 – Não

F15. Neste momento, quão importante é para si receber um auxílio,

F20. Já fez algum trabalho voluntário?

1 – Sim, 0 – Não

F21. Sentiu-se frequentemente chateado ou com dificuldade para aproveitar o seu tempo livre?

1 – Sim, 0 – Não

F22. Quão satisfeito você tem estado com a forma como aproveita o seu tempo livre?

0 – Nada 3 – Consideravelmente
1 – Levemente 4 – Extremamente
2 – Moderadamente

As questões seguintes são sobre qualquer abuso ou trauma que tenha sofrido ao longo da sua vida.

F23. Você já foi fisicamente agredido / abusado por alguém que conhecia?

1 – Sim, 0 – Não
0 → F26

F24. Que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F25. Quando aconteceu pela última vez?

- se nos últimos 30 dias, codifique "00 00"

Anos Atrás Meses Atrás

F26. Alguma vez já foi agredido/abusado sexualmente por alguém?

0 → F29

F27. Que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F28. Quando aconteceu pela última vez?

- se nos últimos 30 dias, codifique "00 00"

Anos Atrás Meses Atrás

F29. Alguma vez foi vítima de crime violento como ser espancado ou agredido?

- exclua familiares, amigos e pessoas conhecidas

- exclua abuso como descrito em F26 e experiência de guerra

F30. Que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F31. Quando aconteceu pela última vez?

- se nos últimos 30 dias, codifique "00 00"

Anos Atrás Meses Atrás

F32. Já esteve em alguma outra situação de risco de vida?

Ex: desastre, acidente grave / incêndio, guerra

- exclua abuso, crimes violentos como descritos acima

0 → F35

F33. Que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F34. Quando aconteceu pela última vez?

- se nos últimos 30 dias, codifique "00 00"

Anos Atrás Meses Atrás

F35. Já esteve numa situação onde viu alguém a ser morto, espancado/agredido ou muito ferido?

- exclua desastres / acidentes graves ou incêndio e guerra como descrito acima em F32

0 – Nada	3 – Consideravelmente	<input type="text"/>
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

0 → NOTA

F36. Que idade tinha quando isso aconteceu pela primeira vez?

F37. Quando aconteceu pela última vez?

- se nos últimos 30 dias, codifique "00 00"

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anos Atrás		Meses Atrás	

[NOTA: Se não há história de abuso ou trauma (i.e., F23, F26, F29, F32 e F35 são todos 0 – Não), salte para F40].

F38. Nos últimos 30 dias, quão preocupado ou incomodado tem estado com sentimentos, pensamentos ou outras reacções relacionadas a esses eventos?

- inclua pesadelos, / sonhos, lembranças (flashbacks), etc.

0 – Nada	3 – Consideravelmente	<input type="text"/>
1 – Levemente	4 – Extremamente	
2 – Moderadamente		

F39. Neste momento quão importante é para si receber auxílio, aconselhamento ou tratamento(atual ou adicional) para quaisquer sentimentos, pensamentos ou outras reacções relacionadas a esses eventos?

As questões seguintes são sobre os seus filhos ou qualquer outra criança que viva consigo

F40. Quantos filhos biológicos e/ou adoptivos tem?

0 0 → F45

F41. Quais as idades dos seus filhos vivos, começando pelo mais velho?

Filho 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 6	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 7	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 8	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Filho 5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Filho 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>

[(Nota: Se todos os filhos têm 18 ou mais, → F45)]

F42. Existe algum processo de guarda aberto pela mãe / pai ou qualquer outro parente?

1 – Sim, 0 – Não

F43. Quantos dos seus filhos estão atualmente afastados da família por decisão judicial?

- Inclua também aqueles cuidados por parente via decisão judicial

Filhos

F44. Nos últimos 30 dias, quantos filhos (menores de 18 anos) moraram consigo pelo menos por algum tempo?

Filhos

F45. Nos últimos 30 dias, alguma outra criança (enteado/neto/sobrinho(a), etc), menor de 18 anos morou consigo por pelo menos algum tempo?

- codifique crianças que passam a noite regularmente ou que tenham ficado na sua casa por longo período de tempo

1 – Sim, 0 – Não

[**(Nota:** Se F44 e F45 são 0, i.e. sem crianças nos últimos 30 dias, salte para F51)]

F46. Quantas das crianças (que moraram consigo) têm problema(s) grave(s) de saúde, de comportamento ou de aprendizagem que requerem cuidado profissional, tratamento ou atendimento especializado?

Crianças

0 → F48

F47. Neste momento, quão necessários são serviços adicionais para tratar esses problemas?

0 – Nada 3 – Consideravelmente

1 – Levemente 4 – Extremamente

2 – Moderadamente

F48. Nos últimos 30 dias, teve problemas para conviver bem com essas crianças (<18) que moraram consigo por pelo menos algum tempo?

0 – Nada 3 – Consideravelmente

1 – Levemente 4 – Extremamente

2 – Moderadamente

F54.

F49. Neste momento, quão importante é para si o aconselhamento (ex. aulas para pais) para ajudar a conviver melhor com essas crianças (<18) que moraram consigo?

- Aconselhamento atual ou adicional

0 – Nada

3 – Consideravelmente

1 – Levemente

4 – Extremamente

2 – Moderadamente

F50. Neste momento, precisa de mais auxílio para cuidar das crianças a fim de participar do tratamento para drogas, trabalhar / estudar ou procurar emprego?

1 – Sim, 0 – Não

F51. Já foi investigado ou esteve sob supervisão pela proteção de menores?

1 – Sim, 0 – Não

F52. Alguma vez algum filho já lhe foi retirado?

1 – Sim, 0 – Não

F53. Alguma vez o seu poder de pai/mãe foi suspenso?

1 – Sim, 0 – Não

F54. Atualmente está com algum processo de guarda ou supervisionado por outro programa de proteção a crianças?

1 – Sim, 0 – Não

Anexo H

Ficha Informativa

Data de Entrevista _____ Local: _____

Idade: _____ Data de Nasc: / /

Sexo: Fem. _____ Masc. _____

1. Quais as suas habilitações escolares? _____

2. Tem irmãos/irmãs? Sim _____ Não _____ Quantos? _____

3. Qual o seu estado conjugal? Há quanto tempo?

Casado(1) ___ Solteiro(2) ___ Vivendo como casado(2) ___ Viúvo(3) ___ Separado(4) ___

4. Dos seus familiares mais próximos, alguém já teve problemas com dependências de: drogas, álcool ou comprimidos? Sim _____ Não _____

a) Se a resposta à pergunta anterior for sim, quais os familiares?

Pai ___ Mãe ___ Irmão/Irmã ___ Outro ___ Quem? _____

5. Com que idade começou a consumir drogas frequentemente? _____

6. Está ou já esteve alguma vez a tomar metadona? Sim _____ Não _____

a) Se a resposta à pergunta anterior for *Sim*, ainda toma? Sim _____ Não _____

b) Se a resposta à pergunta anterior for *Sim*, qual a dosagem que neste momento está a tomar? _____

c) Se já não toma metadona, há quanto tempo deixou de tomar? _____

7. Como foi encaminhado para este programa de tratamento?

a) por si próprio/conjuge/amigo

b) instituição ou pessoa ligada a tratamento de drogas/álcool

c) instituição de saúde ou profissional de saúde

e) trabalho ou programa de assistência ao emprego

f) serviço comunitário (programa desemprego/abrigo/igreja,etc)

g) sistema penal

8. Se está a realizar um tratamento de Comunidade Terapêutica (ou casa de entrada/casa de saída) neste momento:

Data que iniciou o tratamento de C.T (ou casa de entrada/casa de saída):
:_____

Muito obrigado pela sua colaboração

Anexo I – Estatística descritiva geral

QC

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Prestação_cuidados_ Total	25	.00	4.69	3.3637	1.16888
QC_Manutenção_ proximidade	25	.00	5.25	3.5750	1.29402
QC_Sensibilidade	25	.00	4.88	3.4250	1.24059
QC_Controladores	25	.00	5.13	3.4500	1.24739
QC_Compulsivos	25	.00	4.25	3.0050	1.10778
Valid N (listwise)	25				

EVA

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
EVA_Total	30	1.56	3.50	2.5259	.54291
EVA_Ansiedade	30	1.17	3.50	2.3056	.62680
EVA_Conforto_com_ proximidade	30	1.67	4.33	2.6778	.64466
EVA_Confiança_nos_ outros	30	1.50	4.33	2.5944	.70803
Valid N (listwise)	30				

Estatística descritiva da ASI – gravidade da dependência

	N	Min	Max	M	DP
ASI6D1	30	1.0	10.0	3.00	2.20
ASI6D3	30	1	43	25.07	8.46
ASI6D8	29	0	17	2.62	4.84
ASI6D25B	27	0	41	14.07	12.22
ASI6D26B	14	0	10	1.14	2.88
ASI6D27B	25	0	23	9.08	7.91
ASI6D28B	12	0	15	1.92	4.34
ASI6D29B	16	0	10	1.75	3.36
ASI6D30B	30	1	22	9.87	6.14

Anexo J - Correlações entre as dimensões do EVA e do CQ com os itens do ASI

Vinculação e Cuidados	Severidade da Dependência (ASI)								
	ASI6 D1	ASI6 D3	ASI6 D8	ASI6 D25B	ASI6 D26B	ASI6 D27B	ASI6 D28B	ASI6 D29B	ASI6 D30B
Conforto proximidade	-,459**	,463**	-,469**	-,049	-,130	-,420*	-,182	,027	-,223
Confiança outros	,057	,240	-,034	-,221	-,422	-,662**	-,284	-,478*	-,402*
Ansiedade	,269	-,471**	,114	,326*	,334	,572**	,531*	,122	,512**
Manutenção proximidade	-,099	,161	-,589**	,336	-,495*	-,291	-,339	-,211	-,448**
Sensibilidade	-,136	,211	-,356*	-,169	-,443	-,043	-,183	,255	-,035
Cuidados controladores	,260	-,375*	-,028	,013	-,129	,259	,035	,026	,267
Cuidados compulsivos	,029	-,085	-,112	,251	-,182	,138	,148	-,012	-,118