



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação

Relatório Final do 2.º Ciclo do Curso de Psicologia

Nuno Fernandes

Dissertação apresentada no âmbito do Estágio curricular do curso de Psicologia
Clínica e da Saúde, realizado no Centro de Atendimento ao Toxicodependente (CAT)
da Covilhã

Covilhã, 2008

AGRADECIMENTOS

A toda a equipa que trabalha no CAT da Covilhã, pelo apoio constante.

Ao professor Dr. Henrique Pereira pela sua paciência e acompanhamento.

A toda a população utente do CAT da Covilhã, pela sua participação e compreensão.

Um muito obrigado.

ÍNDICE

Introdução	pág. 4
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)	pág. 5
CAT da Covilhã	pág. 10
Actividades desenvolvidas durante o estágio	pág. 13
Casos Clínicos	pág. 15
Caso clínico I	pág. 18
Caso clínico II	pág. 37
Actividade de Investigação	pág. 42
Método	pág. 49
Resultados	pág. 52
Discussão	pág. 58
Considerações Finais	pág. 64
Reflexão Pessoal	pág. 66
Bibliografia	pág. 71

Introdução

O presente trabalho, constitui a tese/relatório final equivalente ao 2.º ciclo do curso de psicologia. É por tanto, o ano referente às actividades desenvolvidas pelo estagiário, no Centro de Atendimento ao Toxicodependente (CAT) da Covilhã no ano lectivo 2006/2007.

É iniciado por uma descrição do IDT, enquanto instituição, tocando pontos como a sua formação, legislação associada, atribuições inerentes à sua função e prática, não esquecendo a sua estrutura e unidades especializadas, que estão sobre a sua alçada e administração.

Posteriormente, é desenvolvida uma descrição mais específica do CAT da Covilhã, que engloba quer uma caracterização mais física da instituição, mas também uma descrição mais funcional e organizacional das actividades desenvolvidas por este organismo, bem como, uma descrição de todos os recursos humanos implicados no desempenho das suas funções e objectivos. É descrito o percurso do utente, desde que chega ao CAT, tal como, os processos que são necessários cumprir e respeitar, para obter um processo terapêutico positivo, visando sempre o bem-estar do utente e daqueles que o rodeiam.

Apresenta-se também, relativamente ao CAT, algumas limitações que no ponto de vista do estagiário, poderão dificultar muitas vezes o desempenho da própria instituição, bem como a concretização dos objectivos que a instituição tem para com os seus utentes e com a população em geral.

Após esta caracterização da instituição onde foi realizado o estágio, são apontadas actividades desenvolvidas pelo estagiário, bem como, actividades em que o estagiário participou ao longo de todo o ano curricular. Posteriormente, são expostos dois casos seguidos pelo estagiário ao longo de todo o segundo semestre. São casos de utentes que vieram ao CAT pela primeira vez, e como tal, o estagiário teve oportunidade de os seguir desde a primeira consulta, até ao final do período do estágio curricular.

De seguida, é descrita a investigação que o estagiário levou a cabo ao longo de todo o ano lectivo, sendo caracterizado todo o processo de elaboração bem como os resultados e conclusões obtidas.

No final, achou-se por bem, construir uma reflexão pessoal que permitisse desenvolver mais claramente essas actividades, expressando o que sentiu no desenrolar

de algumas delas. Aproveita também o momento, para tentar explicar de uma forma geral, qual os ganhos e dificuldades apreendidas, durante toda a estadia na instituição.

Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) (informação recolhida no Plano de Actividades para 2007)

O IDT é um instituto público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa e património próprio, exercendo a sua actividade sob a tutela e superintendência do Ministério da Saúde. Tem sede em Lisboa, onde estão instalados os Serviços Centrais, e exerce a sua actividade a nível do território através das suas cinco Delegações Regionais: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Estas Delegações Regionais, são por sua vez, serviços descentralizados, de natureza operacional, que coordenam um conjunto de Unidades Especializadas, constituindo estruturas locais, às quais compete a planificação, execução e avaliação de actividades no âmbito da prevenção primaria, dissuasão, tratamento, redução de danos e reinserção do utente.

Foi criado pelo Decreto-Lei nº 269-A/2002 de 29 de Novembro, resultando da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT). Tem por missão, a unidade intrínseca do planeamento, da concepção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento, e da reinserção, no domínio da droga e da toxicodependência na perspectiva da melhor eficácia da coordenação e execução das políticas e estratégias definidas.

No âmbito da sua missão o IDT tem assim entre muitas atribuições:

- a. Desempenhar as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga que lhe forem atribuídas pelo Ministro da Saúde;
- b. Promover, planear, coordenar, executar e avaliar programas de prevenção, de tratamento, de redução de danos e de reinserção social no âmbito da toxicodependência, através da intervenção na comunidade por si e em colaboração com entidades públicas e privadas que actuem neste domínio;

- c. Promover, coordenar, apoiar e avaliar as iniciativas de entidades públicas e privadas no domínio da prevenção do consumo de droga e da toxicodependência;
- d. Apoiar as comissões para a dissuasão da toxicodependência previstas na Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro;
- e. Recolher, tratar e divulgar dados, informação e documentação técnico-científica na área da droga e da toxicodependência, nomeadamente a relativa ao consumo e tráfico de estupefacientes, substâncias psicotrópicas e precursores;
- f. Instituir e assegurar o funcionamento de um sistema nacional de informação sobre droga e toxicodependência;
- g. Assegurar, na sua qualidade de ponto focal nacional, o cumprimento das obrigações do Estado Português junto do Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT);
- h. Proceder à avaliação da execução das políticas de luta contra a droga e a toxicodependência;
- i. Assegurar a cooperação com entidades externas no domínio da droga e da toxicodependência;
- j. Desenvolver, promover e estimular a investigação sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência;
- k. Apoiar a formação dos profissionais que intervêm no domínio da droga e da toxicodependência;
- l. Estudar e propor medidas legislativas e administrativas em matéria de droga e toxicodependência, bem como acompanhar e apoiar a sua aplicação;
- m. Responder às consultas formuladas pelos serviços da Administração Pública ou por outras entidades públicas ou privadas em matéria das suas atribuições;
- n. Facultar apoio técnico a entidades públicas e privadas;
- o. Propor as medidas que considere convenientes no domínio do regime e circulação de medicamentos ou outras substâncias que possam causar toxicodependência, sem prejuízo das competências próprias do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento;
- p. Licenciatar unidades privadas de prestação de cuidados de saúde na área da toxicodependência;

- q. Colaborar com a Direcção-Geral da Saúde na garantia da continuidade de tratamento dos toxicómanos entre serviços prestadores de cuidados de saúde integrados no sistema de saúde e as unidades prestadoras de cuidados do IDT.

Estes aspectos, são alguns entre muitos que o IDT tem actualmente ao seu encargo. No entanto, todos eles visam o combate em todas as frentes do fenómeno da toxicodependência, não esquecendo o bem-estar dos indivíduos que dela padecem e cujas vidas giram em torno do consumo e dependência de substâncias.

Assim, com a entrada em vigor da nova Lei Orgânica, o IDT terá por objectivo primário, promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como, a diminuição das toxicodependências. Para tal, disponibiliza tratamento em ambulatório e em regime de internamento, nomeadamente em Centros de Atendimento, Unidades de Desabilitação e Comunidades terapêuticas, bem como a permanência em Centros de Dia.

O carácter interdependente e complementar que se verifica entre as várias atribuições do IDT, levou à criação de duas medidas de intervenção, que se caracterizam por uma optimização de saberes e recursos e por uma maior eficácia e eficiência. É o chamado Plano de Intervenção Focalizada (PIF) e o Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI). O PIF, visa criar condições para o desenvolvimento de projectos na área da prevenção das toxicodependências, baseados em evidência científica, que vão ao encontro das problemáticas de grupos específicos, introduzindo no processo de selecção, monitorização e avaliação um sistema mais rigoroso e estruturado.

Por sua vez, o PORI, é uma medida estruturante ao nível da intervenção integrada, no âmbito da redução do consumo de substâncias psicoactivas, assumindo-se como um plano de acção territorial que integra respostas interdisciplinares (prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção).

Serviços Centrais

Departamento de Prevenção (DP);

Departamento de Tratamento, Redução de Danos e Reinserção (DTRDR);

Departamento de Planeamento e Administração Geral (DPAG);

Observatório de Drogas e Toxicodependência (ODT);

Departamento de Apoio às Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (DACDT);

Gabinete de Relações Interpessoais (GRI);

Gabinete de Estudos Jurídicos (GEJ);

Gabinete de Relações Exteriores (GRE);

Gabinete de Formação (GF);

Assessoria do Conselho de Administração (ACA).

Delegações Regionais – Unidades Especializadas

São serviços locais as unidades especializadas, que prosseguem as atribuições do IDT nas áreas da prevenção, dissuasão, tratamento e reinserção social dos toxicodependentes, que são:

Centros de Atendimento ao toxicodependente (CAT) – São unidades-tipo prestadoras de cuidados compreensivos e globais, em regime ambulatorio, a toxicodependentes que procuram tratamento e as suas famílias, individualmente ou em grupo, de acordo com o pedido e a indicação terapêutica. Estas unidades assentam a sua intervenção em equipas multi-disciplinares, constituídas por médicos de várias especialidades (com destaque para a psiquiatria, mas também medicina interna, medicina familiar, saúde pública), psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e psicossociais. A intervenção nestas unidades baseia-se no modelo bio-psicossocial, que procura fazer uma abordagem global do toxicodependente com o objectivo da sua integração social plena.

Existem ainda extensões do CAT, locais de consultas descentralizadas e núcleos de atendimento a toxicodependentes (NAT). Estas extensões visam desenvolver um trabalho de proximidade que permita chegar àqueles que não procuram tratamento, quer pela sua tendência à imobilidade, quer pelas dificuldades de acessibilidade aos locais de consulta. Estas intervenções privilegiam sempre a perspectiva de trabalho em parceria com outras estruturas de intervenção local, nomeadamente os centros de saúde.

Centros de Dia (CD) – São dispositivos não contemplados na lei orgânica, que promovem o processo de reinserção a par do processo de tratamento. Através do recurso a actividades ocupacionais lúdicas, pedagógicas e terapêuticas dão resposta à necessidade de melhor enquadrar e reforçar o tratamento em regime ambulatorio dos toxicodependentes.

Unidades de Desabilitação (UD) – Têm por objectivos tratar, através de internamentos de curta duração, sob supervisão e acompanhamento médico, o síndrome de privação em toxicodependentes que não dispõem de condições individuais ou sociais para o fazer em regime ambulatorio.

Comunidades Terapêuticas (CT) - São estruturas residenciais em regime de internamento de longa duração, onde através de apoio psicoterapêutico e socioterapêutico se procura ajudar à organização do mundo interno dos toxicodependentes. Estes dispositivos ao proporem uma ruptura com o meio onde os consumidores se inserem e através de apoio especializado, sob supervisão psiquiátrica, têm como objectivo o reaprender a viver sem drogas e visam uma “reordenação” da história de vida que permita uma reinserção sentida como gratificante.

Unidades de Prevenção (UP) – Têm como missão executar, na área do seu distrito, as acções promovidas pelas Delegações Regionais e Serviços Centrais, em articulação com outras entidades, desenvolvendo programas e projectos no âmbito da prevenção das toxicoddependências ao nível distrital, incentivando e motivando a participação das instituições da comunidade no desenvolvimento de acções co-relacionadas.

O CAT da Covilhã

Surgiu a 7 de Outubro de 1993, e constitui um dos dois CAT's do distrito de Castelo Branco, por sua vez, pertencente à Delegação Regional do Centro. Funciona no local do antigo Posto Médico (avenida 25 de Abril) e tem um horário de funcionamento de segunda à sexta-feira, das 9:00 às 13:00 e das 14:00 às 19:00. Tem uma área de atendimento composta pelos concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor.

As instalações foram cedidas pela Administração de Saúde, possuindo actualmente uma equipa de trabalho multidisciplinar que abrange a Enfermagem (4 elementos), a Psicologia (2 elementos), o Serviço Social (2 elementos), a Reinserção Social (1 elemento), a Medicina (3 elementos), o Serviço Administrativo (2 elementos), o Serviço de Apoio (1 elemento) e por último, a Segurança (1 elemento), que se dividem por um gabinete de enfermagem, um gabinete de medicina clínica geral, um gabinete para consultas de psicologia, dois gabinetes para o serviço social, um gabinete de psiquiatria, um gabinete de reinserção social, uma sala de apoio, uma sala de reuniões, a área de serviço administrativo, uma sala de descanso, uma sala de espera e duas casas de banho.

A equipa técnica reúne-se uma vez por semana, maioritariamente, à segunda-feira, dando lugar às reuniões clínicas onde são comentados os casos que mais merecem a atenção da equipa, e onde a mesma delinea a melhor estratégia a considerar para cada caso comentado. A reunião semanal é também um espaço onde são informados e debatidos outros aspectos referentes ao CAT enquanto instituição, ficando essa tarefa ao encargo do Director do CAT, Dr. João Fatela, que também acumula o mesmo cargo e função no CAT de Castelo Branco.

Como já foi referido, também o CAT da Covilhã funciona em regime ambulatorio. Segundo Patrício (2002), na prática do regime ambulatorio, o doente que frequenta a consulta não vive na casa onde é consultado, no local de tratamento. Por isso é nas consultas que se faz a avaliação médica e psicológica, o diagnóstico, e que, sob responsabilidade médica, se desenvolve o tratamento. Sem pressas nem pressões, é na consulta que tudo se discute, se avalia, e que se decide o tratamento a efectuar.

Ao utente que chega pela primeira vez ao CAT, é-lhe feito o acolhimento ou seja, são recolhidos os seus dados pessoais e familiares, tentando recolher o máximo de informação que possa ajudar a conhecer o mais possível o percurso do indivíduo, e

avaliar numa primeira fase, a sua situação. Posteriormente, o processo do já utente é avaliado em reunião de equipa, e decide-se qual será a melhor estratégia tendo em contas as características do utente e todos os aspectos que o acompanham. Como tal, é atribuído um terapeuta de referência ao utente, bem como se necessário à sua família, sendo assim, marcada a primeira consulta.

Com a primeira consulta, dá-se início ao acompanhamento, onde o utente é seguido regularmente pelo seu terapeuta, que vai funcionar em sintonia com outros técnicos, visando sempre o bem-estar do indivíduo e o sucesso do seu processo terapêutico. Quando o utente possui um bom suporte familiar e motivação, é promovida a desabitação física neste regime ambulatorio. No entanto, há casos em que é necessário recorrer ao internamento como forma mais apropriada, não esquecendo que cada caso é um caso e cada indivíduo tem a sua particularidade.

Para se manter a abstinência, quando a substância principal consumida pelo utente, é opiácea, geralmente heroína, é proposto ao indivíduo uma desabitação através de um tratamento que tem por base, antagonistas opiáceos. Sendo muitas vezes solicitado uma terceira pessoa (familiar ou pessoa próxima), que se possa responsabilizar pela administração da medicação a horas e nas quantidades certas ao utente, e assim cumprir o mais fielmente possível a prescrição médica.

Como cada caso é um caso, existem também doentes aos quais é indicado um tratamento de substituição. Este tratamento tem por base duas substâncias substitutas, que podem ser a metadona ou a buprenorfina (subutex ®). No caso da metadona, esta é administrada diariamente no CAT, pela equipa de enfermagem, nos horários apropriados. O subutex ®, pode também ser tomado no CAT, no entanto, na maioria das vezes, esta medicação fica ao encargo de alguém próximo do utente, que fica responsável pela administração da dose diária e pela segurança do medicamento.

Quando se registam múltiplas tentativas de paragem de consumos, ou perante uma dificuldade ou impossibilidade do tratamento em regime ambulatorio, o utente pode ser proposto para internamento, existindo uma articulação com o Departamento de Saúde Mental, ou pode ser encaminhado para uma comunidade terapêutica. Para além das comunidades terapêuticas, existe também uma articulação do CAT com outras unidades especializadas.

De uma forma geral, podemos verificar que todo este procedimento visa o bem-estar do indivíduo e a sua aceitação incondicional, de forma a proporcionar um percurso terapêutico positivo para todos os utentes. Desta forma, verifica-se uma mobilização

geral de todas as equipas que constituem o CAT da Covilhã, que num esforço contínuo tentam promover a abstinência do utente, mantendo o acompanhamento psicológico, médico e social, com o objectivo de estabelecer uma relação saudável e positiva, baseada na aceitação, confiança e respeito.

Cada técnico, procura assim, contribuir com a sua actividade não só individual, mas também colectiva, para exercer um papel proeminente na recuperação do utente, prestando não só um apoio ao utente em causa, mas também não esquecendo a sua família e as esferas mais próximas do indivíduo. Trata-se assim de um esforço contínuo e incansável, de promover a recuperação do utente, tentando ao mesmo tempo, salvaguardar o desenvolvimento da sua autonomia, quer física quer psicológica, e emocional, de forma a alcançar a sua recuperação e equilíbrio.

Porém, vários são os problemas e limitações com que o CAT se depara, e que de uma forma ou de outra, poderão constituir dificuldades a todo o processo terapêutico dos seus utentes. Essas dificuldades passam pela intensificação do consumo que se tem vindo a verificar em todo o distrito, e que contribui para o aumento da população toxicodependente. Outro problema que assola fortemente a instituição, prende-se com a elevada taxa de dropouts que se verificam, talvez explicados pela falta de motivação dos utentes para a abstinência da substância, bem como, a falta de empenhamento no seu processo terapêutico e conseqüentemente, na sua recuperação. Este aspecto pode também influenciar o processo de reinserção social e profissional, na medida em que a desistência por parte do utente, aliada às frequentes dificuldades que o Programa Vida – Emprego enfrenta, contribui para uma dificuldade crescente da progressão positiva, desta iniciativa.

As dificuldades financeiras e humanas do IDT, vão inevitavelmente ter repercussões sobre os CAT's e como tal, também no CAT Covilhã, obrigando muitas vezes aos vários técnicos, mobilizarem-se de uma forma dinâmica, para tentar colmatar essas dificuldades e obter um maior espaço de manobra (ressalve-se o esforço realizado por alguns técnicos, para a obtenção de material para o espaço infantil). Outra dificuldade com que o CAT se depara diariamente, mas que também se compreende a sua inevitabilidade, prende-se com a acentuada dependência que alguns utentes têm para com a instituição, nomeadamente no que diz respeito ao tratamento de substituição, onde o utente tem que se dirigir diariamente (no caso da metadona) ao gabinete de enfermagem, para realizar a toma do agonista. Este aspecto, pode fortemente contribuir

para diminuir a autonomia do indivíduo, já por si muitas vezes limitado, dependendo muitas vezes da sua família ou de amigos, quer financeiramente, quer humanamente.

Porém, estas dificuldades são sempre enfrentadas em equipa, havendo toda uma acção por parte de todos os elementos, para que estas limitações sejam minimizadas o mais possível, promovendo-se acima de tudo, o bom funcionamento da instituição e a sua total dedicação aos seus utentes.

Actividades Desenvolvidas Durante o Estágio

As actividades descritas foram realizadas ao longo de todo o estágio, e foram sempre acompanhadas pela orientadora de estágio (Dr.^a Natália Nogueira), ou na sua ausência, por outro técnico do CAT, existindo por isso, um carácter profissional e responsável em cada actividade realizada ou participada.

Assim, desta forma, o ano de estágio curricular passou pelas seguintes actividades e acções:

- Observação de consultas de psicoterapia individual de utentes de ambas as psicólogas do CAT, Dr.^a Sónia Filipe e Dr.^a Natália Nogueira, orientadora de estágio;

- Participação nas reuniões clínicas realizadas semanalmente, pela equipa multidisciplinar do CAT, onde o estagiário teve oportunidade de expor alguns dos seus casos;

- Realização de alguns acolhimentos a utentes admitidos pela primeira vez, no CAT da Covilhã;

- Intervenção Psicológica e seguimento de 3 utentes, encaminhados para o estagiário pela Dr.^a Natália Nogueira e pela Dr.^a Marta Vilarinho;

- Visita ao Hospital do Fundão com o mediador do CAT, Dr. Neves Dias, no âmbito de uma apresentação do Programa Vida – Emprego aos utentes da consulta de extensão do CAT da Covilhã, realizada nesse mesmo Hospital;

- Presente nas Conferências “As Drogas, Tu Constróis o Teu Futuro”, na Escola Profissional da Serra da Estrela, no dia 20 de Março de 2007;

- Participação no XXVI Encontro do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática, subordinado ao tema “Diálogos e Recursos de Psiquiatria C/L”, realizado nos dias 11 e 12 de Maio de 2007;

- Presente na formação no âmbito do Programa Klotho, realizada no CAT da Covilhã, juntamente com a equipa do CAT de Castelo Branco, sendo administrada pela Equipa Dinamizadora Local.

- Realização do Seminário de Investigação com uma amostra de 50 utentes do CAT da Covilhã, sobre o tema “Análise do Perfil de Personalidade dos Utentes do CAT da Covilhã, sendo utilizado para o estudo, o inventário de personalidade NEO-PI-R, que assenta no modelo teórico dos Cinco Grandes Factores;

- Realização do Seminário de Intervenção tendo por base, o estudo de caso de um utente seguido em consulta de psicoterapia individual, pelo estagiário, sendo utilizado o inventário de personalidade NEO-PI-R, a Escala Geral (SPM), das Matrizes Progressivas de Raven e o Questionário de Estilos Parentais de Young;

- Visita à Comunidade Terapêutica “Casas de Santiago” em Belmonte, com o Dr. Neves Dias, com o objectivo de conhecer as instalações e o modelo adoptado e seguido na instituição;

- Participação e cooperação com a Dr.^a Marta Vilarinho e com as colegas estagiárias de Serviço Social, no “Grupo de Esposas” do CAT, elaborado pela Dr.^a Marta, com reunião mensal, nas instalações do CAT (anexo IV, relatório gentilmente cedido pelas colegas estagiárias de Serviço Social).

Casos Clínicos

As informações relatadas foram recolhidas ao longo das várias consultas, e fazem parte do diário terapêutico que acompanha a ficha do processo de cada utente. Foram, salvaguardadas todas as informações que pudessem de alguma forma, por em causa o anonimato dos utentes, e por isso, não foram divulgados aspectos como o nome do utente, a sua morada ou número de bilhete de identidade. Essas informações continuam apenas ao dispor dos técnicos do CAT e como tal, não correm o risco de serem divulgadas.

Procede-se a seguir, à descrição de dois caso clínicos, que o estagiário teve a oportunidade de seguir, sendo dado destaque em particular a um deles, visto constituir um estudo de caso.

Metodologia

O método de investigação do estudo de caso, poder-se-á definir de forma simplista, como um estudo intensivo e descritivo de um dado indivíduo, organização ou evento. Historicamente o método de estudo de caso encontrou a suas origens na medicina, pelo que o seu uso no campo da psicologia fundou-se pela via da especialidade psiquiátrica. Assim sendo, muitos são os estudos de caso em psicologia que se centram em casos individuais relativos à psicopatologia, mas também de uma forma geral, ao desenvolvimento e intervenção psicoterapêutica (Oliveira, 2001).

Instrumentos

Para a realização do estudo foram utilizados três instrumentos. Foram aplicados ao longo do seguimento no contexto de consulta, sendo primeiramente aplicado um inventario de personalidade, neste caso o NEO-PI-R, de seguida foi passado o Questionário de Estilos Parentais desenvolvido por Young e por último procedeu-se à aplicação das Matrizes Progressivas de Raven, mais propriamente da Escala Geral (SPM). De seguida serão descritos mais aprofundadamente estes três instrumentos de avaliação para que possamos entender o porque da sua aplicação.

NEO-PI-R

A escolha deste inventário, prende-se com o facto deste instrumento se encontrar aferido e validado para a população portuguesa, com um índice de fidelidade (alfa de

Cronbach e correlações item/total) que apresenta na generalidade resultados satisfatórios (Lima & Simões, 2000). No entanto, é também importante referir que nesta escolha pesou também o facto de autores como Manita (2002), referirem quer o NEO-PI-R, quer o NEO-PI, como sendo instrumentos particularmente úteis no domínio da avaliação da personalidade e mais concretamente, na avaliação da personalidade da população toxicodependente.

É um inventário composto por 240 afirmações, que nos permite avaliar cinco domínios da personalidade, sub-divididos cada um deles em seis facetas. Assim, temos o domínio Neuroticismo englobando as facetas Ansiedade; Hostilidade; Depressão; Auto-consciência; Impulsividade e Vulnerabilidade. O domínio Extroversão, que apresenta as facetas Acolhimento caloroso; Gregariedade; Assertividade; Actividade; Procura de excitação e Emoções positivas. Por sua vez, Conscienciosidade apresenta as facetas Competência; Ordem; Obediência ao dever; Esforço de realização; Auto-disciplina e Deliberação. A seguir temos o domínio Abertura à Experiência, englobando as facetas Fantasia; Estética; Sentimentos; Acções; Ideias e Valores. Por último, o domínio Amabilidade apresenta como facetas, a Confiança; Rectidão; Altruísmo; Complacência; Modéstia e Sensibilidade.

Foi elaborado por Costa e McCrae, em 1992, e constitui a última versão da revisão do NEO-PI. Tem uma administração individual ou colectiva, com uma duração entre 40 e 50 minutos, destinando-se a adultos e adolescentes a partir dos 17 anos, que não sofram de perturbações como por exemplo, psicose e demência, e que estejam aptos a completar medidas de auto-avaliação, de forma fiel e válida (Lima & Simões, 2000).

Aos sujeitos é solicitado que classifiquem cada afirmação, utilizando para tal, uma escala de tipo Likert de 5 opções (discordo fortemente, discordo, neutro, concordo, concordo fortemente), de acordo com o grau de concordância com cada uma delas. É assim, obtida uma nota bruta para cada faceta, que corresponde ao somatório da pontuação em cada um dos oito itens que lhe dizem respeito, e também para cada domínio, através do somatório da pontuação obtida em cada uma das seis facetas que o compõem. Essas notas brutas são posteriormente transformadas em notas T, que nos indicam o posicionamento dos sujeitos relativamente quer aos domínios, quer a cada uma das facetas anteriormente referenciadas. É precisamente a análise do modo como os sujeitos se posicionam em cada um dos domínios e facetas, que permite descrever o perfil de personalidade

Questionário de Estilos Parentais

Trata-se de um questionário utilizado para identificar a origem mais provável de determinados esquemas que o paciente em particular, possui em relação aos seus progenitores. Assim, permite verificar se os progenitores do paciente tiveram atitudes recorrentes que levaram à formação dos esquemas. Foi desenvolvido por Jeffrey Young, e é constituído por 72 itens com uma escala de resposta que vai do 1 ao 6 (1= completamente falso; 2= falso na maioria das vezes; 3= ligeiramente mais verdadeiro que falso; 4= moderadamente verdadeiro; 5= verdadeiro a maioria das vezes; 6= descreve-o(a) perfeitamente). Cada item reflecte comportamentos dos pais que estão relacionados com um dos 17 esquemas negativos. Todos os itens são cotados directamente, excepto os cinco primeiros que são invertidos e que correspondem ao esquema privação emocional (pe). O questionário cota-se através de uma tabela onde estão presentes os 17 esquemas existentes, tendo em conta a pontuação que cada progenitor obtém em cada um dos esquemas. Pontuações elevadas são indicadoras de uma percepção em que os pais se comportaram de uma forma em que se torna muito provável a formação dos esquemas relacionados. A média a ter em conta é de 3 ou 4 (Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray & Meyer, 2006).

A sua tradução e adaptação para a língua portuguesa, foi realizada por M. C. Salvador, D. Rijo e J. Pinto Gouveia.

Matrizes Progressivas de Raven – Escala Geral (SPM)

Este teste avalia a capacidade de observação e clareza de pensamento, baseando-se na teoria de inteligência multifactorial de Spearman (Campos, 1997). Foi criado na metade da década de 30 por J. C. Raven e teve algumas revisões ao longo do tempo. Desenvolveram-se inicialmente para serem usadas no estudo das origens genéticas e ambientais do comportamento intelectual. Primeiramente foi criada a Escala Geral (SPM), estando destinada a sua aplicação quer as crianças quer aos adultos, podendo estes ser muito dotados ou pouco. Posteriormente foram desenvolvidas as Matrizes Coloridas (CPM) e a Escala Superior (APM). A Escala Geral foi a utilizada no estudo. A sua administração pode ser individual ou colectiva, tendo uma duração variável, entre

40 a 90 minutos, sendo aplicada a crianças, adolescentes e adultos (Raven, Court & Raven, 2001).

Assim, o teste consiste na busca de um complemento de um sistema de relação ou matrizes, com uma, duas ou mais variáveis, devendo o sujeito deduzir relações ou correlações. É composto por cinco séries (A, B, C, D, E), com 12 problemas em cada uma, e quando somadas, fornecem a pontuação total, sendo as séries ordenadas por uma dificuldade crescente. Por sua vez, as séries A e B, são do tipo fortemente gestáltico, onde o indivíduo deverá completar uma figura com uma das opções que lhe são apresentadas. Como tal, é necessário que perceba as semelhanças, diferenças, simetrias e continuidade das partes, em relação ao todo. As séries C, D e E, constituem um sistema de relações que implica questões de raciocínio, exigindo assim, operações analíticas de dedução de relações. Deste modo, a capacidade referente à leitura e escrita, não são aspectos imprescindíveis para a realização deste teste.

Preconiza-se que até aos 11 anos, o desenvolvimento intelectual não estaria apto para compreender muito para além dos problemas apresentados nas séries A e B. o numero total, de respostas certas dadas pelo sujeito, corresponde à pontuação total obtida no teste, a qual, é então comparada com a tabela apropriada, segundo a idade do indivíduo, permitindo a classificação do seu desempenho, isto de acordo com a respectiva faixa em percentis. Através da diferença entre as respostas certas dadas pelo indivíduo, e as respostas que seriam esperadas em cada série do teste, avalia-se o nível de discrepância aceitável, que é responsável pela consistência do teste (Santos et al. 2002).

Caso Clínico I

Dados Sócio-demográficos

Fontes de Referencia: Família/Amigos;

Tratamentos Anteriores: Não;

Data de Admissão: 06-03-07

Sexo: Masculino;

Data de nascimento: 25-04-84;

Nacionalidade: Portuguesa;

Naturalidade: Teixoso;

Estado Civil: Solteiro;
Situação Conjugal dos Pais: Casados;
Escolaridade: 6.ºano;
Situação Laboral: Empregado a tempo inteiro (na data de admissão);
Situação de Coabitação: Familiares ascendentes;
Situação de Residência: Habitação condigna;
Situação Judicial: Nada a apontar.

Dados de Consumo

Droga Principal: Heroína;
Via de Administração: Fumada/inalada;
Frequência de Uso: Diariamente;
Utilização Endovenosa: Nunca;
Partilha de Material: Não;
Idade do 1.º Consumo de Droga: 15/16 anos;
Idade de Início de Consumo (droga principal): 16 anos;
Idade de Início Regular (droga principal): 19 anos.

Dados Familiares

Pai: 50 anos;
Mãe: 49 anos;
Habilitações Literárias dos pais: Pai e mãe - 4.ª classe;
Situação Laboral dos pais: Pai – empregado; mãe – desempregada;
Irmãos: uma irmã – 18 anos; um irmão – 16 anos;
Habilitações Literárias dos Irmãos. 3.º Ciclo;
Situação Laboral dos Irmãos: Estudantes;
História de Consumos/Restantes Familiares: Não.

Diário Clínico

06-03-07 – P. veio à consulta no CAT, sem pedido definido, no entanto, pretendia de alguma forma, iniciar um tratamento para o consumo de heroína, referindo que os pais tinham descoberto os seus hábitos de consumo, “estando tudo uma grande confusão”.

Apresentou-se sozinho na consulta, vestindo-se de acordo com a sua idade. O contacto visual caracterizou-se por um olhar vago e não muito fixo, no entanto, o tom de voz apresentava entoação e ritmo adequados. O motivo com que se apresentou na consulta remetia de uma forma geral, para os seus hábitos de consumo de opiáceos.

A sua postura corporal, transmitia de certa forma, uma atitude defensiva, no entanto, mostrava um certo à vontade, não se sentindo muito incomodado com o contexto da consulta. Não apresentava qualquer tipo de agitação psicomotora, ou qualquer indício de um estado ansioso. Diz conhecer alguns técnicos do CAT de outros contextos, e refere ter alguns dos seus amigos a serem seguidos também, a já algum tempo, no CAT.

Em relação aos seus consumos, P. refere que estes se iniciaram por volta dos 15/16 anos, sendo o primeiro contacto estabelecido com o haxixe, e posteriormente a heroína, mantendo consumos esporádicos desta substância, durante mais ou menos dois anos. Aos 17/18 anos começa a consumir heroína de uma forma mais regular, vindo este consumo a ser diário, onde actualmente, diz consumir “dois pacotes de heroína por dia”. Este consumo é feito através do fumo, nunca tendo injectado a substância.

08- 03-07- P. vem como pai à consulta e diz que quer parar os consumos o “mais rápido possível”, uma vez que, segundo refere, os consumos estão cada vez mais a interferir como o seu trabalho, dizendo que “muitas vezes tem dificuldade em fazer o que lhe compete, e não quer que o “patrão se aperceba”, e por isso, pretende parar os consumos “ com a ajuda de medicamentos”. P. tem uma consulta com o médico de clínica geral, e começa o tratamento para desabitação física e paragem dos consumos de heroína, ficando os seus pais, mais concretamente o pai, responsável pela administração e controle da medicação.

15-03-07 – O utente passa a ser seguido exclusivamente pelo estagiário. Vem novamente com o pai, que é atendido pela Dr.^a Natália, informando-a que P. tinha saído

no fim-de-semana e tinha consumido heroína. “Tinha fumado aquela coisa”, segundo, o relato do seu pai.

Na consulta com o estagiário e com o processo da medicação já em curso, P. refere que os medicamentos apenas o deixam “mole”, e “parecem não estar a resultar”, descrevendo sintomas como a “falta de força nas pernas” e os “tremores”. Entretanto, vai apontando com alguma persistência, para o tratamento com o agonista parcial, ou seja, a buprenorfina (Subutex®), como “única forma de não fazer caso da heroína”. Refere também, uma forte dificuldade em lidar com a simples observação de pessoas ou objectos (P. da o exemplo da prata) que possam, segundo P., estar associados à heroína, ou ao seu consumo.

O consumo de haxixe tem estado sempre presente desde que manteve contacto com a substância, e é encarado por P. como sendo inofensivo, verbalizando que sempre “gostou de fumar os seus charros”. O consumo de haxixe, é também apresentado por P., como uma estratégia para se esquecer da heroína, referindo que já há alguns anos, que mantém um consumo elevado desta mesma substância (haxixe).

Refere que ultimamente tinha faltado ao trabalho, visto que, a medicação não lhe permite ter um actividade normal, sentindo assim, que o desempenho ficava prejudicado. P. referiu ainda, que o ambiente em casa “não estava nada bem”, principalmente com o seu pai, com o qual P. “as vezes se desentendia” devido às saídas de P. ou a amigos com que P. andava frequentemente. No mesmo dia, P. tem consulta como o médico de clínica geral, e inicia o tratamento de substituição com o Subutex®, ficando a sua mãe responsável pela administração do medicamento em casa.

22-03-07- P. veio à consulta sozinho, apresentando sinais físicos de melhoras significativas. Refere que com o Subutex®, anda bem, e “já não lhe mete confusão”, ver passar as pessoas que segundo P. estão associadas à heroína. Diz tomar cerca de $\frac{3}{4}$ de um comprimido por dia, sendo este dado pela sua mãe, sentindo-se bem e refere não ter necessidade de tomar o comprimido inteiro.

Refere igualmente que a situação em casa está diferente, e que os diálogos com o pai têm aumentado de uma forma positiva.

No último sábado, P. diz ter consumido uma vez, heroína, mas refere “que não bateu nada”, por isso, diz que chegou à conclusão que “não vale a pena gastar dinheiro”, salientando que não consome desde então.

Relativamente, aos consumos de haxixe, P. diz que não vai deixar de consumir, no entanto, diz ter reduzido o n.º de “charros” por dia (cerca de 5 no máximo). Continua a encarar o consumo de haxixe como uma estratégia, contra o consumo de heroína.

29-03-07- Chegou à hora marcada, apresentando alguns sinais físicos de consumo. Quando foi questionado pelo estagiário se tinha consumido alguma coisa, P. refere ter consumido haxixe. Por sua vez, na mesma pergunta relativamente à heroína, P. afirma ter consumido na última quinta-feira, “alguns bafos de heroína”. Reforça que não sentiu nenhum tipo de compulsão para esse consumo, e que o fez de livre vontade. “Já não consumo à algum tempo, deixa-me dar uns bafos”, refere P. como ter sido o seu pensamento, quando lhe foi questionado o porquê de ter consumido. Reforça que foi uma vez sem exemplo, e que não volta a acontecer, voltando a salientar que se encontra “mentalizado de que não vale a pena gastar dinheiro”.

Ultimamente, diz ter recebido bastantes chamadas de colegas que lhe perguntam “se pode arranjar alguma coisa”. P. refere que muitas das vezes lhes diz com quem ir ter, mas não sai para ir com eles. O consumo elevado de haxixe é mantido, dizendo mais uma vez, que o ajuda a “esquecer da heroína”.

A boa relação com os pais e namorada é mantida, mas no entanto, ressalva o facto de estes ficarem preocupados, sempre que o P. atende o telefone, ou sai para segundo P., “fumar haxixe (reforça a ideia com comportamento não-verbal, abanando o dedo indicador) com os seus colegas. Refere também, que não bebe álcool mais ou menos há um mês, reforçando que é um comportamento que quer manter.

Pesquisas efectuadas para o consumo de heroína e cocaína, deram ambas, um resultado negativo.

Ficou acordado que P. iria comparecer na próxima consulta sem nenhum consumo de heroína.

12-04-07 – P. faltou à consulta.

19-04-07 – Não havia consulta de psicologia marcada para esta data, no entanto, enquanto esperava a consulta com o médico, P. não se importou de falar um pouco. Deliberadamente, P. começa por dizer que faltou à última consulta, porque se tinha esquecido, uma vez que por impossibilidade de P., foi o seu pai que veio buscar a medicação nesse dia ao CAT, e como tal, não pôde estar na consulta de psicologia. Diz não ter consumido nos últimos dias, como ficou acordado, mas mantêm os consumos de haxixe. Aponta para a continuação de uma boa relação com os pais e irmãos, dizendo que “há um bom ambiente em casa”.

26-04-07 – Veio à hora marcada, apresentando algum cansaço facial e alguma lentidão de discurso e psicomotora.

Começa por referir que tinha consumido no dia antes (25 de Abril) “alguns bafos de heroína”, com um colega seu. Espontaneamente, diz que foi uma situação isolada, e que só aconteceu porque fazia anos, tendo também “bebido algumas cervejitas”. Não deixando de realçar fortemente, que foi só por fazer anos.

Ia começar no mesmo dia, as aulas para a realização do 9.º ano, e demonstra uma certa excitação com a ideia. Para além das aulas, pretende também, arranjar “algum trabalhito”, pelo que depois da consulta fazia intenções de passar pelo Centro de Emprego. Mantém constantemente os consumos de haxixe e mesmo depois de uma psico-educação realizada pelo estagiário, P. refere mesmo que não tem intenção de reduzir, muito menos parar, dizendo uma vez mais, que “todos os dias fuma os seus charros”.

Tem pensado no futuro, e apresenta objectivos como tirar a licença de condução. O 9.º ano, passa também por um desses objectivos, demonstrando um arrependimento acentuado quando questionado à cerca do seu passado académico, e o facto de ter interrompido os seus estudos mais ou menos à 7 anos. Actualmente diz achar-se motivado para seguir as aulas até ao fim.

03-05-07 – A sua vinda à consulta foi caracterizada por alguma apatia. Quando questionado de o porque de parecer aborrecido, P. diz, que talvez se deva ao facto de ter rompido com a namorada. Ficou um pouco apreensivo quando foi questionado à cerca do motivo do rompimento, dizendo que “quando ela não faz as coisas como eu quero, assim não dá”. Pelo que P., achou melhor “darem um tempo”, não pondo de lado, a possibilidade de voltarem a namorar.

Diz, ter consumido no domingo passado com um amigo, desculpando-se com o facto de se ter esquecido de tomar a medicação, e acabou por consumir. Esclarece que não foi algo planeado, e que se sentiu bastante arrependido de o ter feito.

Quando o estagiário o questionou sobre qual seria o impacto do rompimento no seu tratamento, P. afirma prontamente, “que não tem nada a ver”, e que está convicto que a situação não afectará em nada, o seu percurso no tratamento.

Ficou acordado que na próxima consulta, P. iria realizar o teste das Matrizes Progressivas de Raven.

10-05-07 – Faltou à consulta.

24-05-07 – Faltou à remarcação da consulta.

31-05-07 – P. veio à consulta com o pai. Levaram a receita para a medicação e P. refere estar com pressa, e não poderia ficar o tempo necessário para a realização do teste. Esclareceu que as faltas às anteriores consultas, se deveram ao facto de começar a trabalhar. No entanto, diz que não vai continuar no actual trabalho, e que tem total disponibilidade para a semana seguinte.

Fisicamente, parecia estar bem, estando como sempre, de uma forma apresentável, não apresentando qualquer tipo de desorganização.

04-06-07 – Não compareceu.

05-06-07 – P. apresentou-se na consulta pedindo desculpas pela falta à consulta no dia atrás. Justificou-se que tinha estado com a namorada e não se lembrou da consulta.

Realizou o teste das Matrizes e diz “ter achado engraçado”. Apontou que a sua namorada, com a qual tinha reatado o namoro, sentiu necessidade de fazer o teste ao VIH, ficando para tal, marcado uma aplicação para o Programa Klotho.

Em relação a consumos, P. refere ter consumido no dia atrás “meio pacote de heroína”, “para falar com a namorada”. Quando o estagiário explorou o porquê do consumo ser necessário, P. referiu que na situação em que estava teve que consumir. Um aprofundamento dessa situação, permitiu verificar que P. se encontrava sobre o efeito de álcool e como tal, “com a bebedeira que já tinha, teve que consumir”. Porém, continua a frequentar as aulas e também à procura de “alguma ocupação para se desenrascar” financeiramente.

21-06-07 – Faltou à consulta.

22-06-07 – Veio ao CAT, dizendo que no dia atrás não pôde aparecer porque surgiram “uns imprevistos”, dando a entender ao estagiário que não queria desenvolver.

Diz que ultimamente, tudo tem corrido optimamente e que não tem tido problemas. Não tem consumido à já algum tempo, e diz que apenas tem “pena do dinheiro que gastou em todo este período de consumos”. Tem pensado ultimamente em deixar o subutex®, dizendo que tem intenções de falar com o médico, para iniciar o antagonista, dizendo sentir-se preparado para começar a deixar de tomar o agonista parcial.

Continua a apontar um bom ambiente em casa e com a namorada. As aulas estão a correr bem, e tem já bastantes trabalhos para fazer, os quais diz que irá realizar sentindo-se motivado para aplicar todo o seu empenhamento.

As próximas consultas serão seguidas pela Dr.^a Natália, devido ao facto de o estagiário ter acabado o período do seu estágio curricular.

Motivo da Consulta

O utente veio à consulta no CAT, sem pedido definido, no entanto, pretendia de alguma forma, iniciar um tratamento para o consumo de heroína, referindo que os pais tinham descoberto os seus hábitos de consumo, “estando tudo uma grande confusão”.

Apresentou-se sozinho na consulta, vestindo-se de acordo com a sua idade. O contacto visual caracterizou-se por um olhar vago e não muito fixo, no entanto, o tom de voz apresentava entoação e ritmo adequados. O motivo com que se apresentou na consulta remetia de uma forma geral, para os seus hábitos de consumo de opiáceos.

Durante as primeiras consultas, a sua postura corporal, transmitia de certa forma, uma atitude defensiva, no entanto, mostrava um certo à vontade, não se sentindo muito incomodado com o contexto da consulta. Não apresentava qualquer tipo de agitação psicomotora, ou qualquer indício de um estado ansioso.

Diz conhecer alguns técnicos do CAT de outros contextos, e refere ter alguns dos seus amigos a serem seguidos também, a já algum tempo, no CAT.

Dificuldades Actuais

Em relação aos seus consumos, P. refere que estes se iniciaram por volta dos 15/16 anos, sendo o primeiro contacto estabelecido com o haxixe, e posteriormente a heroína, mantendo consumos esporádicos desta substância, durante mais ou menos dois anos. Aos 17/18 anos começa a consumir heroína de uma forma mais regular, vindo este consumo a ser diário, onde actualmente, diz consumir “dois pacotes de heroína por dia”. Este consumo é feito através do fumo, nunca tendo injectado a substância.

Nas consultas seguintes, P. vem como pai à consulta e diz que quer parar os consumos o “ mais rápido possível”, uma vez que, segundo refere, os consumos estão cada vez mais a interferir como o seu trabalho, dizendo que “muitas vezes tem dificuldade em fazer o que lhe compete, e não quer que o “patrão se aperceba”, e por isso, pretende parar os consumos “ com a ajuda de medicamentos”. P. tem uma consulta com o médico de clínica geral, e começa o tratamento para desabituação física e paragem dos consumos de heroína, ficando os seus pais, mais concretamente o pai, responsável pela administração e controle da medicação.

Com o processo da medicação já em curso, P. refere que os medicamentos apenas o deixam “mole”, e “parecem não estar a resultar”, descrevendo sintomas como a “falta de força nas pernas” e os “tremores”. Entretanto, vai apontando com alguma persistência, para o tratamento com o agonista parcial, ou seja, a buprenorfina (subutex®), como “única forma de não fazer caso da heroína”. Refere também, uma forte dificuldade em lidar com a simples observação de pessoas ou objectos (P. da o exemplo da prata) que possam, segundo P., estar associados à heroína, ou ao seu consumo.

O consumo de haxixe tem estado sempre presente desde que manteve contacto com a substância, e é encarado por P. como sendo inofensivo, verbalizando que sempre “gostou de fumar os seus charros”. O consumo de haxixe, é também apresentado por P., como uma estratégia para se esquecer da heroína, referindo que já há alguns anos, que mantém um consumo elevado desta mesma substância (haxixe).

Refere que ultimamente tinha faltado ao trabalho, visto que, a medicação não lhe permite ter um actividade normal, sentindo assim, que o desempenho ficava prejudicado. Aquando das primeiras consultas, P. referiu ainda, que o ambiente em casa “não estava nada bem”, principalmente com o seu pai, com o qual P. “às vezes se desentendia” devido às saídas de P. ou a amigos com que P. andava frequentemente.

P. iniciou o tratamento de substituição e actualmente continua a tomar o subutex®, no entanto, foi mantendo consumos esporádicos de heroína, que ele diz que são “vezes sem exemplo”, reforçando que são acontecimentos isolados e que acontecem sem qualquer planeamento por parte dele (um desses consumos foi no aniversário e outro diz ter-se “esquecido de tomar o medicamento, e acabou por consumir”). O consumo de haxixe, P. diz não ter intenção de deixar de consumir a substância, reforçando mais uma vez, a ideia de que o haxixe o ajuda a não consumir heroína. “Fumo o meu charrito e fico bem”. Quando iniciou o tratamento, referiu que não iria beber mais álcool, porém nas últimas consultas, refere que ultimamente tem bebido. Sendo o período de não consumo de álcool, mais menos de um mês.

História Pessoal

P. é o mais velho de uma fratria de três irmãos, dois rapazes e uma rapariga. O irmão mais novo tem 16 anos e a sua irmã tem 18 anos.

Quando questionado sobre a sua infância, P. refere, ter sido sempre uma criança alegre, e de uma forma geral, classifica a sua infância como sendo uma “infância normal

igual à dos outros”. Enquanto criança diz ter tido uma boa esfera de amigos, e que apesar de nunca ter assumido um papel de líder do grupo, sempre participou nas varias brincadeiras e actividades, não tendo dificuldades de adaptação ou em fazer novos amigos. Por volta dos 16 anos, refere que progressivamente, começou a deixar para segundo plano os estudos e actividades escolares, canalizando os seus interesses para fora da escola, dando início a um processo progressivo de ausências às aulas, chegando muitas vezes a sair da escola para poder “ir para o café jogar bilhar com o resto do pessoal”, “e fazer outras coisas que na altura davam mais interesse”. Acabou por abandonar a escola, ficando apenas com o sexto ano concluído.

Posteriormente, frequentou um curso técnico relacionado com a jardinagem e do qual diz ter gostado bastante. Acabado o curso, P. começou a trabalhar como estucador, e assim, se manteve até ao início das consultas no CAT. Diz gostar do que fazia e que “já se desenrascava muito bem”. Interrompeu o trabalho dizendo ao patrão que precisava de fazer um tratamento e actualmente não tem nenhum trabalho fixo. Começou a frequentar um programa para tirar o nono ano. Diz gostar do ambiente das aulas e é um “objectivo que quer levar até ao fim”. Outro aspecto que vai apontando com alguma frequência, é o objectivo de tirar a licença de condução.

História Familiar

Pai: Tem 50 anos, é polidor de móveis de profissão. Tem uma postura agradável e que corresponde à sua idade, mantendo um tom de voz simpático e um bom contacto não-verbal. Mostra-se muito interessado na vida do seu filho, acompanhando o P. nas primeiras consultas e mostrando-se sempre disponível para vir ao CAT. Mostra interesse em participar no processo terapêutico, deslocando-se ao CAT para levantar a medicação se houver impossibilidade por parte do P.

P., descreve a sua relação com o pai como sendo um pouco tempestiva, devido ao interesse que o pai demonstra em relação ao comportamento de P.. No entanto, desde que começou o tratamento, P. diz que a relação com o seu pai, tem vindo a ser mais positiva, aumentando o número e a qualidade de diálogos entre eles.

Mãe: Tem 49 anos e está desempregada. Encontra-se em casa e ocupa-se com as lides domésticas. Não veio a nenhuma consulta com o P., mas é ela que se encarrega de dar a medicação ao P., ficando ao seu encargo o controlo das tomas.

Segundo o P., a sua mãe “é mais compreensiva e repreende menos que o pai”. Por isso, P. diz não ter qualquer problema em contar à sua mãe, um possível consumo que possa ter tido. Assim, segundo P., sempre manteve uma óptima relação com a sua mãe.

Irmãos: ambos os irmãos são estudantes. Com a irmã, P. refere uma relação não muito próxima, havendo divergências relativamente aos consumos do P., que são altamente punidos pela sua irmã.

Em relação ao irmão, P. diz manter uma relação mais ou menos próxima. Quando questionado sobre se o irmão mantinha algum tipo de consumo, P. respondeu imediatamente que não, apontando uma grande admiração pelas actividades que o seu irmão desempenha como por exemplo, o futebol. É um desporto pelo qual P. também nutre muito interesse e admiração, dizendo que também ele podia ter-se dedicado ao futebol se não tivesse sido os consumos.

Relacionamento entre os Pais: Segundo o P., de uma forma geral, existe uma boa atmosfera familiar caracterizada por uma boa relação entre todos os elementos que compõem o agregado familiar. Diz que para além da descoberta dos seus hábitos de consumo, não se verificou nenhum acontecimento de outro tipo, que pudesse prejudicar o bom funcionamento da família. Como já foi referido, diz também que depois de ter começado o tratamento, as coisas ficaram ainda melhores.

Objectivos do Tratamento

Os objectivos do tratamento passam por metas clinicamente relevantes, que são negociados com o indivíduo, tendo em conta os seus planos e objectivos. Assim, primeiramente pretende-se:

- Promover uma relação terapêutica caracterizada pela aceitação incondicional e facilitadora de expressões verdadeiras e espontâneas, que possam estar na base de uma boa aliança terapêutica.

- Trabalhar juntamente com outros técnicos, para que o indivíduo possa cessar os consumos sem qualquer tipo de consequências que ponham em causa a sua integridade física, psicológica, familiar e social.

- Desenvolver um conjunto de aptidões que permitam ao indivíduo lidar com o seu contexto social normal sem que possa haver o perigo de recaídas.

- Promover a adopção de um padrão cognitivo mais adaptativo e funcional face à sua dependência e face à substância.

- Facilitar o envolvimento da família no processo terapêutico, tornando-a indispensável para a obtenção de resultados positivos e à manutenção dos mesmos.

- Desenvolver um processo de psico-educação junto do indivíduo e das esferas que lhe são mais próximas.

Contribuir para uma boa qualidade de vida do indivíduo, quer a nível social quer emocional.

Estes objectivos, visam acima de tudo, promover um bom funcionamento do indivíduo, tentando estabelecer um equilíbrio entre a realidade da sua toxicodependência, e todo um ambiente social, familiar e afectivo que o envolve.

Programa de Tratamento

Em relação ao processo de tratamento, P. deu entrada de admissão no CAT, no dia 06/03/07, apresentando-se na consulta de psicologia em regime de ambulatório. No dia 08/03/07, deu início à desabilitação física e paragem de consumos de heroína, mantendo em consonância com as consultas de clínica geral, as consultas regulares (semanais) de psicologia.

Após o início da desabilitação P. refere que as coisas não correm da melhor maneira com a medicação prescrita primeiramente, mantendo os consumos e uma incapacidade em lidar com tudo o que estivesse directa ou indirectamente relacionado com a heroína. Como tal, inicia assim, o tratamento de substituição com a buprenorfina (subutex®), não deixando de referir que já os tinha tomado algumas vezes, e tinha-se sentido bem.

Actualmente, mantém o tratamento de substituição com o agonista parcial, continuando com as consultas de psicologia, que constituem parte integrante e fundamental do seu processo terapêutico. No entanto, foi mantendo alguns consumos esporádicos de heroína, classificados pelo próprio como “vezes sem exemplo”, afirmando que “corre tudo bem e que se sente melhor”, demonstrando-se motivado para cumprir o plano acordado entre ele e os técnicos.

Seleccção e Aplicação dos Instrumentos de Avaliação

As técnicas de avaliação utilizadas tiveram em conta acima de tudo, o tipo e características do indivíduo, tendo em conta o seu problema e o tratamento estabelecido. Assim, achou-se pertinente, uma análise do perfil do indivíduo, sendo para tal utilizado o inventário de personalidade NEO-PI-R. Outro aspecto k poderia revelar-se importante para o estudo, prendia-se com a avaliação de uma inteligência mais geral no indivíduo, e para esse fim, foi utilizado as Matrizes Progressivas de Raven, mais especificamente a Escala Geral (SPM). O último instrumento utilizado, visava permitir uma descrição dos progenitores por parte do indivíduo avaliado, permitindo-nos perceber como é que o indivíduo via os seus pais e como é que os descrevia. Para o efeito foi utilizado, o Questionário de Estilos Parentais de Young.

Seguidamente procedemos à interpretação dos dados obtidos em cada um dos testes.

Resultados Obtidos no NEO-PI-R

Assim, em termos gerais no que respeita ao NEO-PI-R é necessário ter em conta que foi concebido para operacionalizar o modelo de personalidade dos cinco factores, que são defendidos como agrupamentos de traços interrelacionados. Por isso, na sua interpretação deve-se ter em conta uma primeira abordagem geral aos cinco domínios e depois mais especificamente as várias facetas. Tendo em conta a descrição do posicionamento do indivíduo nos cinco factores, é possível obter-se um esquema compreensivo, que sintetiza o seu estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional (Lima & Simões, 2000).

Atendendo aos dados normativos para a população portuguesa, relativamente às médias do vários domínios, podemos proceder a uma comparação com os dados obtidos no estudo.

Tabela 1- Comparação das Pontuações Directas com as Médias Normativas

Domínios	Pontuação Obtida	Médias Normativas
Neuroticismo (N)	99	90,1
Extroversão (E)	119	107,7
Abertura à Experiência (O)	107	107,7
Amabilidade (A)	114	116
Conscienciosidade (C)	122	118,6

Podemos verificar que em termos gerais, as pontuações obtidas pelo indivíduo avaliado são de uma forma global, superiores aos dados normativos exceptuando, o domínio (A), onde o sujeito do estudo se encontra dois pontos abaixo da média, e o domínio (O), que regista um valor praticamente igual à média. De salientar os valores obtidos no domínio (N) registando-se uma diferença de 9 pontos, e o domínio (E), com a maior diferença registada (cerca de 27 pontos em relação à média normativa). Porém, em termos gerais não podemos falar da existência de pontuações muito discrepantes em relação à média normativa. Como tal, tendo em conta que o domínio (N) avalia a adaptação versus instabilidade, não podemos dizer que estamos perante um indivíduo que seja instável do ponto de vista emocional, mas que talvez possa tender para uma certa descompensação emocional, podendo ser emocionalmente seguro. Relativamente ao domínio (E), é como podemos verificar, o domínio que mais se destaca. Avalia a quantidade e intensidade das interacções interpessoais. Como tal, a pontuação mais ou menos elevada permite-nos verificar que estamos perante um indivíduo possivelmente activo, falador e talvez orientado para a relação interpessoal e amante da diversão.

Por sua vez, o domínio (O), é o que se encontra mais próximo da média, e sabendo que é um domínio que avalia a procura proactiva e apreciação da experiência por si própria, podemos através dos dados obtidos referir que podemos estar perante um indivíduo curioso em relação ao seu mundo interior e exterior. As suas vivências são de certa forma, ricas, podendo experienciar um leque variado de emoções, sejam negativas ou positivas.

O domínio (A), é uma dimensão que diz respeito às tendências interpessoais, referindo-se à qualidade da orientação interpessoal num contínuo que vai desde a compaixão ao antagonismo. Os dados remetem para uma possível tendência do

indivíduo para os bons sentimentos, prestável, disposto a confiar nos outros e possivelmente inclinado para o perdão, mostrando-se simpático para os outros e esperando que os outros, sejam simpáticos para ele.

Por último o domínio (C), avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo. A orientação dos dados adquiridos, podem-nos orientar para um indivíduo organizado, trabalhador e auto-disciplinado com ambições e objectivos claros e também com uma possível tendência para a perseverança.

No entanto, uma interpretação apenas ao nível das cinco dimensões seria demasiado rudimentar, assim, torna-se necessário, uma interpretação a nível das escalas que mais se destacaram, já que estas permitem uma análise mais fina, possibilitando a medição dos traços específicos de cada domínio. Tendo em conta as médias normativas para cada uma das facetas (tabela 2), e as pontuações obtidas pelo indivíduo, optou-se por ter em conta, as facetas que apresentavam maior discrepância em relação à média. Assim, no domínio (N), podemos verificar que as facetas Depressão (N1) e Impulsividade (N5), são as facetas que demonstram um maior valor acima da média (18 e 20 respectivamente). Relativamente à N1, a pontuação obtida poderá se indicadora de uma certa culpabilidade, com pouca esperança sentindo-se algo triste e melancólico. A outra faceta isto é, o N5, refere-se à incapacidade de controlar e de resistir às tentações, pelo que os desejos do indivíduo, podem ser percebidos como tão fortes, que o sujeito não pode resistir-lhe, apesar de mais tarde se poder arrepender desse comportamento.

O domínio (E), aponta como facetas mais destacadas, a faceta Actividade (E4) e a faceta Emoções Positivas (E6). Uma pontuação elevada em E4, poderá, evidenciar um indivíduo energético, evidenciando uma possível necessidade de estar ocupado. A pontuação de E6, evidenciará um indivíduo com tendência a experienciar emoções positivas, sendo alegre e bem disposto. Aqui não podemos deixar de verificar uma possível relação entre a impulsividade registada em N5 e a uma possível necessidade de actividade em E4.

No que diz respeito ao domínio (O), as facetas que se destacam são a Fantasia (O1), por uma pontuação baixa, a faceta Ideias (O5), com uma pontuação muito superior à média e ainda a faceta Valores (O6), com uma pontuação muito acima da média. Assim, uma baixa pontuação em O1, poderá significar que estamos perante um indivíduo que evita sonhar acordado, revelando uma preferência pelo pensamento realista e prático. Em relação a O5, podemos verificar que esta faceta tem a ver com a

procura activa de conhecimento, assim, a pontuação obtida pelo sujeito, poderá evidenciar um indivíduo curioso intelectualmente, procurando resolver problemas difíceis. A faceta, O6 revela um indivíduo tolerante, não conformista e de espírito aberto.

As escalas Confiança (A1), Rectidão (A2), e Altruísmo (A3), são as escalas que se destacam no domínio (A). Uma relativa pontuação baixa obtida em A1, revela alguém céptico e a suspeitar que os outros são desonestos e perigosos, por sua vez, uma baixa A2, poderá revelar um indivíduo calculista, considerando que as pessoas amáveis são ingénuas, desenvolvendo uma tendência para esconder a verdade ou a não mostrar os seus verdadeiros sentimentos. No entanto, poderá registar-se, neste domínio uma contradição, visto que o indivíduo apresenta uma pontuação acima da média relativamente a A3. Isto poderá apontar para uma preocupação activa com os outros, que poderá se traduzir numa vontade activa de ajudar e de se interessar pelos outros.

Por último, o domínio (C), apresenta como facetas mais destacadas a Competência (C1), o Esforço de Realização (C4) e a Deliberação (C6). Relativamente a C1 podemos dizer que um indivíduo de pontuação acima da média, reflecte aspectos de uma boa capacidade e preparação para lidar com a vida. Um elevado C4, permite-nos falar de uma forte motivação para atingir objectivos e com um forte sentido de vida. Embora por vezes possam investir demasiado e acabar prejudicados. Por último, uma pontuação elevada em C6, remete-nos para um indivíduo espontâneo, capaz de tomar decisões no próprio momento.

Posto esta análise primeiramente na linha dos cinco domínios e posteriormente ao nível das facetas podemos concluir que não estamos perante um perfil que se afasta muito da média. São registadas algumas características específicas que possam tornar o perfil personalístico um pouco peculiar, mas em termos gerais podemos referir que estamos perante um perfil que se enquadra relativamente perto dos dados normativos para as características do indivíduo e do seu grupo padrão de referência. No entanto, torna-se fundamental não esquecer que de qualquer maneira, as interpretações devem ser sempre consideradas aproximações provisórias e como tal, podem correr o risco de se tornarem falíveis.

Tabela 2- Médias Normativas para cada uma das Facetas

Neuroticismo	Extroversão	Abertura à Experiência	Amabilidade	Conscienciosidade
N1=17,6	E1=22	O=17,1	A=18,4	C=20,3
N2=14	E2=17	O=19,3	A=18,3	C=18,4
N3=15,1	E3=14,9	O=19,6	A=21,3	C=22,3
N4=16	E4=17,1	O=6	A=18	C=20,1
N5=16,1	E5=19	O=17,9	A=19,2	C=19,2
N6=11,7	E6=18	O=17,6	A=20,9	C=18

Resultados Obtidos no Questionário de Estilos Parentais

Em relação ao Questionário de Estilos Parentais, é necessário proceder a uma interpretação dos dados tendo em conta, cada um dos pais, verificando as pontuações elevadas que o indivíduo apresenta para cada progenitor, relativamente a cada esquema. Isto porque, actualmente ainda não se encontram normas rígidas para a sua interpretação. Assim, relativamente à mãe, nos cinco primeiros itens, que correspondem ao esquema Privação Emocional (pe), o indivíduo, pontuou 0 (zero), não se verificando a presença deste esquema, uma vez que quanto maior for a pontuação obtida maior é a probabilidade do esquema estar presente.

Para o esquema Abandono (ab), não se verificou igualmente nenhum ponto a registar pelo que podemos constatar que não haverá indícios da presença do esquema relativamente à mãe, verificando-se o mesmo resultado para o esquema Desconfiança/Abuso (da). Para o esquema Vulnerabilidade (vu), o indivíduo obteve uma pontuação de 3 pontos, que segundo Young, poderá ser uma pontuação significativa para uma possível presença do esquema. No esquema Dependência/Incompetência (di), a pontuação obtida é 0 e em Defeito/Vergonha é 1. Como tal, nada significativo. Esta pontuação é a mesma obtida para os esquemas Fracasso (fr), Subjugação (sb), e Auto- Sacrifício.

Relativamente ao esquema Padrões Excessivos/Rígidos, verifica-se uma pontuação de 5, que significa uma forte possibilidade da presença deste esquema em relação à mãe. O esquema Grandiosidade (gr), apresenta uma pontuação de 3, o que o torna significativo, e o esquema Auto-controlo Insuficiente (ai), regista uma pontuação de 1 ponto, bem como, o esquema Emaranhamento (ei). No esquema

Negativismo/Vulnerabilidade ao Erro, a pontuação obtida foi de 3 pontos, o que se torna significativo para uma possível presença deste esquema. Para a Inibição Emocional (ie) e Punitividade (pu), as pontuações obtidas respectivamente foram de 2 e 0 e como tal, não são significativas para a presença dos esquemas correspondentes.

Por último, no esquema Procura de Aprovação e Reconhecimento (par), a pontuação verificada é significativa para a presença do esquema, visto a pontuação registada ter sido 3.

Relativamente ao pai, regista-se igualmente uma pontuação de 0 em (pe), bem como, em (ba) e (da). O esquema (vu) apresenta uma pontuação não significativa de 2 e por sua vez, em (di), o indivíduo pontuou apenas 1. Os esquemas (dv), (fr), (sb) e (as), apresentam também uma pontuação não significativa para que possamos considerar a presença dos esquemas negativos que representam, no que diz respeito ao pai. O esquema (pr) apresenta uma pontuação de 5 pontos o que significa que também o pai, igualmente à mãe, apresenta segundo o indivíduo, a presença deste esquema. No esquema (gr), a pontuação obtida é igual à pontuação relativa à mãe (pontuação igual a 3), e como tal podemos falar de uma pontuação significativa para a possível presença do esquema de Grandiosidade. Mais uma vez, os esquemas (ai) e (ei) apresentam uma pontuação de 1 e 2 respectivamente, e no esquema (n/ve), o indivíduo obtém uma pontuação de 3 e como tal, significativa para a presença do esquema. O esquema (ie) regista uma pontuação de 2 e o esquema (pu), ao contrário do que se passava com a mãe, apresenta uma pontuação de 3, o que nos permite verificar que possivelmente este esquema poderá estar presente por parte do pai. Por último, no esquema (par), regista-se uma pontuação maior do que a verificada na mãe, verificando-se uma pontuação de 4, o que significa que este é também um esquema verificado no que respeita ao pai.

Assim, verificamos que não se registam diferenças muito significativas entre os dois progenitores, não se registando também ao mesmo tempo pontuações altas nos vários esquemas. Para ambos, destaca-se o esquema Padrões Excessivos/Rígidos (pr), com as pontuações mais elevadas de todos os esquemas, quer para um quer para o outro. Depois podemos ainda verificar como significativas as pontuações obtidas para ambos, em Grandiosidade (gr) e Negativismo/Vulnerabilidade ao Erro (n/ve) e no esquema Procura de Aprovação e Reconhecimento (par), onde para a mãe se verifica uma pontuação mais elevada. Importante, também será referir que relativamente ao esquema Punição (pu), o pai parece apresentar o esquema, ao contrario da mãe que nem chega a levar nenhuma pontuação, estando assim, possivelmente o esquema presente em apenas

um dos progenitores, neste caso o pai. O mesmo não se verifica relativamente ao esquema Vulnerabilidade (vu), onde parece ser a mãe que apresenta uma possível existência do esquema, não se registando uma pontuação significativa para o pai.

Resultados Obtidos na Escala Geral (SPM)

Para a interpretação dos dados obtidos na Escala Geral, é necessário ter sempre em conta os dados tipificados e normalizados. Assim, antes de mais podemos verificar que o indivíduo obteve uma pontuação directa de 35 pontos que corresponde ao percentil 5. Analisando, as cinco escalas que compõem a Escala Geral, verificamos que o indivíduo na escala A, apresenta uma pontuação de 11, na escala B 10, na C 7, 6 na D e por último 1 na escala E. Posto isto, se estabelecermos uma comparação com a pontuação que seria esperada podemos verificar a existência de uma discrepância. Isto porque, tendo em conta a pontuação directa obtida, era de esperar uma pontuação standard para a pontuação total obtida que seria escala A, 10 escala B, 9 escala C, 7, 7 também para D e 2 para a escala E. Este aspecto resulta numa pontuação de discrepância que para A é positiva (+1), para B é também positiva (+1). Para a escala C não existe discrepância, visto que a pontuação obtida é a esperada, mas para a escala D regista-se uma pontuação de discrepância negativa de -1, sendo o mesmo obtido na escala E. Por sua vez, esta situação revela que à medida que o grau de dificuldade se foi acentuando, houve também uma diminuição do desempenho do indivíduo.

Tabela 3- Pontuações Obtidas e Esperadas

Pontuações:	A	B	C	D	E	Total
Obtida	11	10	7	6	1	35
Esperada	10	9	7	7	2	
Discrepância	+1	+1	0	-1	-1	

A pontuação obtida pelo indivíduo e o percentil que lhe corresponde, permitem também falar em graus de capacidade intelectual. De acordo com os autores, existem cinco graus. Grau I- “superior intelectualmente”, quando o percentil é igual ou superior a 95; Grau II- “claramente acima da média da capacidade intelectual”, quando o percentil se encontra no intervalo 75-94. Designando-se grau II+, se o percentil está entre 90-94. Depois temos o Grau III- “dentro da média da capacidade intelectual”, se o

percentil estiver entre os valores 26 e 75. Pode ser III+ se for superior a 50, e III- se encontra abaixo desse mesmo valor. O grau IV, corresponde a “claramente abaixo da média” e corresponde a um valor entre 6 e 25, podendo representar-se IV- se for abaixo de 10.

Por último temos o Grau V – “défice intelectual”, se o percentil for igual ou inferior a 5. Tendo em conta a pontuação obtida pelo o indivíduo, verifica-mos que este se encontra no percentil 5 e como tal, no Grau V, o défice intelectual. Este resultado não pode ser encarado isoladamente, mas sim, tendo em conta uma série de factores que dizem respeito ao indivíduo e as esferas que o rodeiam. Para tal, não podemos deixar de apontar o tempo demorado pelo indivíduo na realização do teste (cerca de 30 minutos), que poderá ser indicador de alguma desmotivação e falta de interesse por parte do indivíduo. Outro aspecto a considerar, é o facto de o indivíduo fazer parte da população do CAT, e como tal, nada nos pode garantir que aquando da realização do teste, o indivíduo pudesse ou não, estar sob o efeito de alguma substância, e que desta forma, influenciasse por completo os resultados obtidos.

Caso Clínico II

Dados Sócio-demográficos

Fontes de Referência: Estabelecimento Prisional

Tratamentos Anteriores: Sim

Data de Admissão: 27-02-07

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 08-10-74

Nacionalidade: Portuguesa

Naturalidade: Oliveirinha

Estado Civil: Solteiro

Situação Conjugal dos Pais: Separados

Escolaridade: 9.ºano

Situação Laboral: Inactivo Economicamente

Situação de Coabitação: Outro

Situação de Residência: Instituição

Situação Judicial: Pena Efectiva

Dados de Consumo

Droga Principal: Cocaína

Via de Administração: Snifada

Frequência de Uso: Diariamente

Utilização Endovenosa: Injectou mas deixou de injectar

Partilha de Material: Não

Idade do 1.º Consumo de Droga: 22anos

Idade de Início de Consumo (droga principal): 22anos

Idade de Início Regular (droga principal): 27anos

Dados Familiares

Pai: 56

Mãe: Falecida em 2006

Habilitações Literárias dos pais: 4.ª classe ambos os pais

Situação Laboral dos pais: Empregado

Irmãos: Uma irmã 37 anos

Habilitações Literárias dos Irmãos. 6.ºano

Situação Laboral dos Irmãos: Inactiva Economicamente

Consumos Actuais do Companheiro(a):

Tratamento Actual do Companheiro(a):

História de Consumos/Restantes Familiares:

Diário Clínico

27-02-07 – Durante o acolhimento, PS., apresentou-se claramente ansioso, mantendo uma notória agitação psicomotora, visto apresentar alguma dificuldade em permanecer imóvel na cadeira. No entanto, não apresentava qualquer humor do tipo depressivo. Apresentava um tipo de vestuário que condizia com a sua faixa etária, não mostrando qualquer tipo de desorganização. Mantinha um contacto ocular ocasional, no

entanto, manteve-se sempre sorridente e cooperativo, apresentando um ritmo de voz um pouco trémulo, mas o discurso era coerente e rico. Parecia apresentar um bom insight à cerca do seu problema, bem como, um bom juízo crítico.

19-03-07 – PS, veio à consulta na hora marcada, apresentava-se claramente menos ansioso que aquando da consulta de acolhimento.

Diz ter estado no Departamento de Saúde Mental e que tinha sido medicado, encontrando-se bem com a administração da medicação. Porém, refere que por vezes, acorda durante a noite com “uma espécie de sonhos esquisitos” que não sabem muito bem explicar em que é que consistem.

Sente-se bem fisicamente, no entanto, acha que está talvez um pouco pesado, e manifesta o desejo de “emagrecer uns quilos”. Faz alguma actividade física como jogar à bola, mas pretende começar um tipo de exercício mais regular. Manifesta também, desejo de realizar mais algum tipo de actividade que lhe possa dar uma certa autonomia financeira, já que apesar de receber algum dinheiro da irmã, não a “quer sobrecarregar”. Falou com técnico das actividades do Estabelecimento Prisional, que lhe disse para aguardar.

10-04-07 – Veio à consulta no dia marcado. Encontrava-se mais ansioso que a consulta passada e evidenciava alguma agitação motora. Aponta que a medicação que toma, apesar de o ajudar a dormir “talvez seja responsável pela sensação de enchimento” que tem andado a sentir. Refere também, que os “sonhos estranhos” ainda se verificam e que apesar de acordar a seguir ao sonho, não apresenta dificuldade em voltar a adormecer logo de seguida. Não se refere a estes sonhos como sendo algo assustador, mas sim “como uma mistura de coisas e de situações”. Começou a descrever alguns desses sonhos, de uma forma muito pouco explícita, demonstrando alguma relutância em falar neles.

Aponta uma situação que o incomoda presentemente, e que se prende com o facto da casa da sua mãe poder estar hipotecada, o que segundo PS, “não pode ser porque liquidou todas as dívidas, referentes ao assunto” (neste momento apresenta alguma frustração e mal estar). Refere que a sua irmã está a tratar do problema.

Faz referência a situações passadas no Estabelecimento Prisional de Aveiro do qual, tinha sido transferido e onde PS, diz ter sido violentamente agredido por outros reclusos. Demonstra algum embaraço e desconforto, e diz que é algo a que os reclusos do actual Estabelecimento Prisional costumam fazer referência. Como tal, apresenta

alguma relutância em falar sobre o sucedido, mas tudo aponta para uma agressão física e sexual.

A esta altura o estagiário sente que estão desenvolvidos e reunidos todos os aspectos para um processo terapêutico positivo, existindo uma boa aliança terapêutica.

24-04-07 – Mais uma vez, é escoltado pelos guardas prisionais, que trazem PS, à hora combinada. Falou com o médico do Estabelecimento, em relação aos sintomas que estava a sentir. O médico informou-o de que era normal, e fazia parte do processo, e que acabariam por desaparecer. O que acabou por se verificar, visto que PS já não sentia a sensação de enfiamento que referia na consulta anterior.

Recentemente, aponta “alguns atritos” com um dos seus colegas de cela. Segundo PS, o colega provoca-o constantemente. PS pretende resolver a situação o mais rápido possível, dizendo que vai falar com o chefe e “tentar chegar à melhor solução”.

Sempre que pode, vai fazendo exercício “como forma de passar o tempo” e está à espera de frequentar as aulas de informática. Demonstrou-se aliviado ao ver a situação da casa da mãe, resolvida, dizendo que vai escrever o mais rápido possível à sua irmã para a informar das novidades.

Os “sonhos estranhos” vão se mantendo e PS continua relutante em falar neles, no entanto, diz terem diminuído de frequência e intensidade. “Talvez seja da medicação, ou de estar na cadeia”, aponta PS como possíveis causas.

Demonstra um interesse crescente em manter as consultas e encontra-se motivado, uma vez que desde que começou a medicação não voltou a consumir mais nenhum tipo de substância. Refere-se aos consumos como pertencendo ao passado, e o facto de se manter abstinente é segundo PS, uma forma de honrar a morte da mãe.

08-05-07 – Vem sorridente e muito bem disposto. Começou por comentar a situação que se verificava com o colega de cela, dizendo que “no próprio dia se resolveu a questão”. Não foi necessário falar com o chefe dos guardas. PS achou melhor falar directamente com os colegas e diz que tudo se resolveu. Actualmente não mantém contacto com esse seu colega.

Mantém os jogos regulares de futebol e continua à espera de uma vaga, quer para frequentar as aulas, quer para algum tipo de trabalho que possa surgir. Continua com planos e objectivos de futuro e diz que são para manter. “Há que pensar sempre positivo” refere PS, não deixando de fazer constantes referências a uma altura mais difícil da sua vida, e com a qual PS consegue actualmente estabelecer diferenças notórias, dizendo que “agora tem mais controlo sobre si próprio”.

“Apesar de estar preso, consegui coisas boas na prisão”, diz PS quando refere que foi na prisão que acabou com os consumos e conseguiu “organizar a cabeça”.

Relata situações da altura em que frequentava o CAT de Aveiro, dizendo que na altura não conseguia expressar-se, descrevendo toda uma sintomatologia fóbica em relação ao ambiente que o rodeava. Actualmente, descreve claramente esses pensamentos egodistónicos, como algo que fez parte da sua realidade da altura. Diz que com as consultas no CAT da Covilhã, está a conseguir verbalizar situações que nunca tinha conseguido exprimir antes, demonstrando-se cada vez mais motivado para o processo terapêutico.

22-05-07 – Veio à consulta com a boa disposição que já o caracteriza. Refere que está tudo a correr bem, e que o “ambiente na cela está muito melhor”. Diz ter entrado para a sua cela um outro recluso de quem é muito amigo e que as coisas agora estão muito mais calmas com o seu “colega problemático”. Refere também sentir alguma necessidade em começar a reduzir a medicação, pelo que pretende voltar a uma consulta no Departamento de Psiquiatria, para falar com o médico que lhe receitou a medicação.

05-06-07 – Apresenta um à vontade que vem ficando cada vez mais vincado e característico nas suas vindas ao CAT. Começa por referir que visitou Aveiro e que a sua irmã pôde comparecer à visita, expressando felicidade e gratificação para com a visita da irmã. Acrescenta que na presente semana foi chamado para trabalhar na cozinha, o que o deixou bastante feliz, já que, permite “ganhar alguns trocos, e o tempo sempre passa mais depressa”. Diz também que foi convocado para jogar num torneio de futebol, o que o deixou muito satisfeito já que encara as saídas como “mais uma forma de vir respirar ar puro cá para fora”, constituindo também uma forma de fazer mais exercício. Durante a consulta, PS, sentiu necessidade de voltar a falar de algumas das suas experiências, comentando a situação difícil que a sua mãe passou durante o tempo de consumo activo que o PS manteve durante alguns anos. Relata um episódio em que o PS decidiu ir falar com o seu pai, com o qual já não tinha uma relação próxima à 16 anos e que não correu muito bem. Diz que talvez, este afastamento entre ele e o seu pai, se deva à companheira e actual esposa, que segundo o PS, nunca viu com bons olhos a vida que ele levava. Refere que tem uma irmã pela parte do pai, com a qual não tem nenhuma relação, reforçando que se a “visse na rua, não a conheceria”.

Neste mesmo dia, teve consulta no Departamento de Psiquiatria, e o médico informou-o que iria começar a reduzir a medicação, algo com que o PS concordou, visto ele próprio ter já sentido essa necessidade.

O bom ambiente continua a “reinar” na sua cela, havendo um bom relacionamento entre todos os indivíduos, mesmo com o colega com quem PS, tinha tido alguns desentendimentos.

19-06-07 – Veio à consulta um pouco mais abatido, o que era muito pouco usual. Apresentava alguns ferimentos na cabeça, resultantes de uma queda no futebol. Estava bastante aborrecido com a atitude que os guardas demonstraram aquando da sua queda. PS, sofreu a queda em Coimbra, e apenas foi tratado quando chegou à Covilhã. Situação que desagradou bastante a PS, já que segundo ele, a atitude dos guardas deveria ser conduzir PS ao hospital em Coimbra e não esperar que chegassem à Covilhã. Na semana anterior, diz também ter havido um desentendimento geral dos reclusos, por causa da qualidade da comida servida durante dois dias seguidos. Segundo PS, esta encontrava-se estragada e não foi substituída. PS pensava seriamente em juntar-se aos colegas reclusos que reclamaram contra a situação. No entanto, não o fez por causa de possíveis represálias. O bom ambiente é mantido na sua cela e entre os colegas.

As próximas consultas serão seguidas pela Dr.^a Marta Vilarinho devido ao facto de o estagiário ter acabado o período do seu estágio curricular.

Actividades de Investigação

O consumo de substâncias psicoactivas é uma característica comum à maioria das civilizações. De um modo geral, foram e ainda são consumidas em diversas épocas e culturas com finalidades terapêuticas, religiosas e lúdicas e ainda para obtenção de prazer. O que de certa forma, coloca a história da humanidade, atrelada ao hedonismo e à utilização de substâncias de forma a facilitar o acesso ao prazer (Coutinho, Araújo & Gontiers; 2004). O seu uso e consumo tem sido prolongado desde há muito, sendo um dos fenómenos psicossociais que tem merecido um cada vez mais crescente lugar de destaque, na sociedade em geral (Formiga, 2006).

Tais condições, levaram estudiosos de diversas áreas da ciência humana e social, a tornar mais claro o facto, de como é que poderia ser realmente entendido os

comportamentos e características do toxicodependente, e quais as variáveis que de facto, influenciam o uso de drogas. Consequentemente, vários são os autores e os estudos, que ao longo do tempo se têm debruçado sobre a problemática da toxicodependência.

Como tal, o presente trabalho, constitui uma tentativa de análise do perfil personalístico dos utentes do CAT da Covilhã, recorrendo para tal, ao inventário de personalidade NEO-PI-R e ao modelo personalístico ao qual este instrumento se encontra adjacente, ou seja, o Modelo dos Cinco Grandes Factores. Segundo os autores Lima e Simões (2000), os factores de personalidade definidos neste modelo, poderão descrever de modo compreensivo e sintético, o estilo emocional, interpessoal, experiencial, atitudinal e motivacional dos sujeitos.

Neste estudo não se pretende no entanto, estabelecer um perfil personalístico padrão dos toxicodependentes, mas sim um padrão obtido através da possível manifestação de todo um conjunto de características que permitam obter traços personalísticos mais ou menos salientes. Ao mesmo tempo, pretende-se de certa forma, contribuir para uma melhor clarificação da importância do perfil de personalidade para a compreensão do estudo da toxicodependência, e o lugar que ocupa na avaliação psicológica. Uma vez que esta avaliação poderá desempenhar um papel primordial para o estabelecimento do diagnóstico e intervenção terapêutica.

Assim, de uma forma geral, tendo um melhor conhecimento da natureza do indivíduo, tornar-se-á mais fácil compreender as suas necessidades, e consequentemente, de um ponto de vista terapêutico, responder as verdadeiras manifestações das pessoas, compreendendo as suas potencialidades e fragilidades.

Desta forma, uma avaliação psicológica que pondere os aspectos personalísticos, poderá contribuir para a delimitação de um plano terapêutico que englobe a prática e a intervenção clínica adequada a cada indivíduo, visto como um ser singular e único.

Janeiro e Metelo (2004), referem que a prática clínica no atendimento em ambulatório a toxicodependentes, induz a percepção de que existe uma relação entre o modo como os indivíduos são afectados pelo problema da dependência de drogas e a sua personalidade. No entanto, segundo os mesmos, o estatuto concedido ao conceito de personalidade enquanto factor explicativo e compreensivo nas toxicodependências, pode assumir diversas configurações, já que, o significado atribuído ao termo personalidade adquire também acepções diversas.

Como tal, será útil apontar algumas das várias definições de personalidade que foram emergindo ao longo do tempo com o surgimento de diferentes corpos teóricos, tendo sempre em mente que enquanto constructo da psicologia, a noção de personalidade destaca-se pela dificuldade de ser definida e estudada, apesar de ser um dos mais antigos aspectos do ser humano que é analisado. (Guzzo, Pinho & Carvalho, 2002).

Segundo Allport (1966), citado por Dias (2004), na década de 30, tinha-se identificado mais de 50 definições de personalidade, definindo-a ele próprio, como a organização dinâmica no indivíduo, dos sintomas psicofísicos que determinam o seu comportamento e o seu pensamento característico. Eysenk (1976), também citado por Dias (2004), definia-a como a organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto e físico do indivíduo que permite o seu ajustamento único ao meio. Para Kaplan, Sadock & Grebb (2003), o termo personalidade pode ser definido como a totalidade dos traços emocionais e comportamentais, que caracterizam o indivíduo na vida quotidiana, sob condições normais, sendo relativamente estável e previsível. Como tal, apenas quando os traços de personalidade são inflexíveis e mal ajustados, causando um funcionamento significativamente comprometido ou sofrimento subjectivo, é que eles constituem uma classe de perturbação.

Dias (2004), refere ainda que apesar desta diversificação de conceitos, a personalidade representa essencialmente a noção de unidade integrativa da pessoa, com todas as características diferenciais permanentes e as suas modalidades de comportamento. O que a torna uma organização dinâmica dos aspectos cognitivos, afectivos, donativos, fisiológicos e morfológicos do indivíduo.

Em relação à adição, Wanigaratne (2006), refere que actualmente registam-se um sem número de extrapolações acerca do tema, apontando para a existência de cerca de 98 teorias e modelos sobre a adição. O que segundo a autora, contribui para uma dificuldade acrescida em compreender o peso que possa ser atribuído quer a factores psicológicos, sociais ou mesmo biológicos.

Numa revisão da literatura sobre estudos das características da personalidade em toxicodependentes, Janeiro e Metelo (2004), referem que a condição multidimensional da toxicodependência, explanada sob a fórmula do triângulo de interacção entre o produto, personalidade e momento sócio-cultural, encontra a sua origem histórica em 1957 quando enunciado por Leary e posteriormente reformulado por Nowlis em 1975.

Por seu lado, Kirkcaldy, Siefen, Surall & Bischoff (2004), apontam que uma das primeiras tentativas em determinar quais os potenciais aspectos da personalidade que pudessem ser preditores do uso de drogas, recaiu sobre o estudo levado a cabo por Zecune em 1971, onde se verificou que existia um aumento do psicoticismo, neuroticismo e introversão entre os consumidores de drogas.

Autores como Páges-Berthier (2002) e Fabião (2002), referem nos seus estudos não existir um padrão de personalidade característico dos toxicodependentes. Contudo segundo Neto e Torres (2001), é possível encontrar combinadas, de um modo variável, características neuróticas, anti-sociais e défices afectivos associados a uma educação permissiva, nesta população. Assim, apesar de ser claro que não se verifica um tipo claro e único de personalidade que seja forçosamente propenso à adição, há com certeza diferenças na personalidade que parecem estar associadas com o uso de substâncias em geral, e de uma forma mais particular com o tipo de substância que é usada (Conway, Kane, Ball, Poling & Rounsaville, 2003).

No mesmo sentido Ball (2005), refere no seu estudo, que conceptualizações recentes acerca do alcoolismo e toxicodependência, postulam a existência de uma personalidade ou carácter aditivo com base em conceitos psicodinâmicos de dependência patológica, apontando o facto de que esta relação entre toxicodependência e personalidade tem sido retratada desde a primeira e segunda edições do DSM, onde alcoolismo e toxicodependência eram inicialmente encarados como tipos de perturbações de personalidade sociopáticas.

Walton e Roberts (2004)., no seu estudo a cerca da relação entre o uso de substâncias e traços personalísticos, verificaram a existência de um conjunto de características negativas que se encontravam associadas com o uso de substâncias, tais como o neuroticismo ou a impulsividade. Verificaram que o uso de drogas ilícitas, ou mesmo o uso de álcool, estavam frequentemente relacionados com sintomas depressivos, verificando-se também uma tendência para um estado ansioso. De acordo com os autores, estes dois aspectos estavam relacionados com o factor neuroticismo, um dos aspectos que integram o Modelo dos Cinco Grande Factores da Personalidade. Como tal, tendo em conta este modelo de personalidade, Walter e Roberts, verificaram que indivíduos propensos ao uso de substâncias tóxicas, eram caracterizados por uma baixa extroversão, amabilidade e conscienciosidade, bem como um alto neuroticismo e abertura à experiência, o que permite verificar que quanto mais estes indivíduos apresentarem traços negativos, como uma baixa estabilidade emocional, mais provável

será uma ligação ao uso de substâncias ilícitas. O que segundo os mesmos autores pode alertar para uma relação proporcional, entre disposições negativas e uso de substâncias pesadas.

Outros aspectos que vão de encontro aos resultados de Walter e Roberts são apontados por outros autores, que alertam para o importante papel que estados negativos ocupam no consumo de substâncias. Por exemplo, Kashdan, Vetter & Collins (2005), referem que indivíduos com elevados estados afectivos negativos consomem mais substâncias com o objectivo de diminuir esses estados negativos, mas também como forma de aumentar e potencializar os resultados positivos que possam advir das suas diversas actividades. Segundo os autores, é também necessário olhar para o género sexual como sendo uma importante variável moderadora para a compreensão da ligação que é estabelecida entre disposições da personalidade, e o consumo de substâncias ilícitas.

Kashdan et al. (2005), concluíram assim, que a redução de estados negativos, parecia de certa forma, oferecer aos jovens uma maior protecção contra o uso e abuso de substâncias, onde a influência interactiva entre o género sexual e os aspectos relativos à personalidade, poderão ser importantes ferramentas para a compreensão de comportamentos aditivos entre os jovens.

No seu estudo, Ball (2005) aponta ainda o facto do abuso de substâncias e toda uma constelação de traços personalísticos, estarem relacionados com o uso de várias drogas, bem como o seu uso crónico, onde se verifica um forte peso de perturbações de humor, tentativas de suicídio ou mesmo comportamentos de risco com o HIV. Os vários comportamentos de risco, e uma incessante procura de novidades, são duas dimensões comportamentais que segundo Franken, Muris & Georgieva (2006), estão intimamente associados quer com a aquisição ilegal, quer com o uso de drogas.

Em relação a estes comportamentos de risco, Nuno Miguel (2003), conhecida e reputada personalidade na área da toxicoddependência em Portugal, refere haver toxicoddependentes que são capazes de injectar com uma seringa que sabem estar contaminada pelo vírus da SIDA, se precisarem de injectar e não tiverem outra. Refere, que o desejo do toxicoddependente pela substância é tão forte que o cega para outras realidades. Como tal, sugere como características mais observáveis na pessoa toxicoddependente, o carácter obsessivo da sua relação emocional com a substância, uma baixa auto-estima relacionada com a dificuldade no estabelecimento de relações de intimidade, e a ausência de ligações emocionais a projectos de futuro.

Felizardo (2005), no seu estudo realizado no CAT de Castelo Branco com o objectivo de avaliar a personalidade dos utentes em programa de substituição opiácea com metadona, refere que caracterizar esta população relativamente à personalidade é uma forma de a conhecer e assim, poder responder mais adequadamente às suas necessidades. Uma vez, que 54,8% da sua amostra revelou personalidades patológicas, havendo apenas 12,5% com um perfil clínico dentro dos parâmetros considerados normais pelo inventario de personalidade utilizado. Alerta ainda, para a importância da análise de cada caso no que diz respeito à avaliação da personalidade o que vai ao encontro dos resultados obtidos por Janeiro e Metelo, em 2004, onde após uma análise estatística por clusters dos resultados, caracterizaram três grupos em termos de personalidade e realçaram a importância da avaliação da personalidade nas implicações psicoterapêuticas.

Parece existir assim, um consenso entre a maioria dos estudos realizados sobre toxicod dependência, em relação ao facto de que o abuso de drogas ou mesmo a sua dependência, resulta de uma série de factores. Por sua vez, a personalidade como vimos é um desses factores que pode desempenhar um importante papel na predisposição, precipitação ou mesmo na perpetuação de comportamentos de abuso ou dependência de drogas (Bom et al., 2004).

Os traços personalísticos, segundo Bom et al. (2004); podem assim funcionar como factores pré-existentes que de certa forma, guiam os indivíduos pela escolha de determinada substância. Isto porque, para algumas classes de substâncias, as características pré-morbidas da personalidade do indivíduo, podem deter um valor preditivo (Conway, Swendsen, Rounsaville & Merikangas 2002).

Bon et al. (2004), mais adiantam, que a análise do perfil personalístico, poderá ser utilizado em procedimentos que ajudem a detectar e proteger adolescentes que possam encontrar-se em situações de risco relativamente ao uso de drogas.

Assim, dados suficientes parecem sugerir de facto, a existência de traços personalísticos que terão um papel preponderante no fenómeno da toxicod dependência. Traços esses que segundo Ball (2005), estão fortemente relacionados com perturbações de exteriorização que englobam traços como a impulsividade, ou a constante procura de sensações que funcionam muitas vezes, como factores de risco para o desenvolvimento e progressão do uso de substâncias. Refere ainda que afectos negativos são um traço personalístico tão eminente no abuso de substâncias com em qualquer outra perturbação psiquiátrica.

Numa outra linha de pesquisa, Conway et al. (2002), para além de afirmarem que os indivíduos consumidores de substâncias, diferem tipicamente em várias dimensões da personalidade, remetem também para um campo de cariz mais familiar. Os autores concluíram ainda na sua investigação, que se verificava uma distinção saliente entre consumidores de apenas uma substância, e consumidores de várias substâncias, já que estes últimos se caracterizam por maiores níveis de impulsividade e de busca de sensações.

Por sua vez, Conway et al. (2003), verificaram que o consumo e o envolvimento com várias substâncias, estão fortemente relacionados com indicadores de um comportamento desinibido. Estas conclusões, levaram os autores a considerar que um abuso caracterizado por varias substâncias, poderá reflectir uma certa negligência por parte destes indivíduos, em relação as várias consequências legais e sociais associadas com o uso de drogas em geral, ou mesmo uma incapacidade verificada, em lidar com as regras de conduta socialmente aceites.

Posto isto, autores como Merenakk et al. (2003), alertam que é importante notar que a associação entre traços personalísticos e o uso de drogas pode ser encontrada já na pré-adolescência, o que poderá ir de encontro aos resultados obtidos por Knyazev et al. (2004), no seu estudo acerca de aspectos personalísticos e o uso de substâncias em jovens russos. Segundo os autores, o uso e abuso de substâncias, constitui um dos mais perigosos comportamentos durante a infância e a adolescência, havendo nos últimos anos, um aumento alarmante do uso de drogas e álcool entre esta população.

Tendo em conta os vários estudos apresentados, e as várias considerações teóricas, podemos então constatar que não se verifica uma única e simples explicação para a natureza da toxicoddependência. No entanto, não podemos deixar de apontar que esta poderá tratar-se sem dúvida, de uma temática onde as esferas do psicológico, social e biológico exercem de uma forma específica uma certa pressão e influência, fazendo da toxicoddependência sem dúvida alguma, um fenómeno bio-psicossocial.

Como tal, este trabalho surge como um meio de expor e fornecer informação sobre a influência que a personalidade possa exercer na toxicoddependência, tentando de certa forma contribuir para alargar a informação já existente sobre a temática. Não esquecendo no entanto, as várias limitações que são inerentes a qualquer estudo e que tendo em conta a temática da toxicoddependência, poderão passar pela dificuldade em medir em concreto a severidade da dependência da substância, ou a dificuldade em detectar as comorbilidades que possam estar associadas à toxicoddependência, surgindo

muitas vezes como resultado, uma confusão entre causa e consequência. Mas ainda também, pelas dificuldades que se possam prender com as características próprias da população - alvo, sobre a qual o estudo incide ou ainda as dificuldades que possam advir da própria avaliação e análise do perfil personalístico dessa população.

Posto isto, o objectivo do estudo passa pela tentativa de contribuir para uma maior compreensão da população em causa, e sobretudo, fornecer informação relativa a características do perfil personalístico, relativamente a uma amostra de utentes do CAT da Covilhã, através do inventário NEO-PI - R.

Para além do inventário de personalidade utilizado, ou seja o NEO- PI –R, fazem também parte do estudo uma série de variáveis mais secundárias, que de certa forma, podem ter algum tipo de efeito sobre as dimensões abrangidas pelo inventário de personalidade.

Método

O presente estudo, segue os parâmetros de um estudo descritivo exploratório, de uma só amostra.

Participantes

Por sua vez, para seleccionar os participantes neste estudo, utilizou-se uma amostragem por conveniência, entre a população actual de utentes do CAT da Covilhã. Como tal, pretende-se que participem neste estudo 50 indivíduos ($n = 50$), tendo já sido compilados 36, que por sua vez serão anexados aos restantes que faltam. Qualquer um dos utentes pode integrar a amostra, desde que saiba ler e escrever, não fazendo parte dos critérios, a necessidade de qualquer tipo específico de condição ou intervenção terapêutica que o utente possa estar a frequentar na instituição. É uma amostra constituída por elementos de ambos os sexos, das mais variadas idades, verificando-se até então, uma maior predominância dos elementos masculinos.

Instrumentos

Para a realização do estudo, foram utilizados dois instrumentos. Um dos instrumentos trata-se de um questionário construído para o estudo, de forma a permitir fazer um levantamento de dados indispensáveis à caracterização da amostra. É

constituído por aspectos referentes a dados sociodemográficos, aspectos relacionados com a história de consumos, dados médicos e intervenções terapêuticas.

Para análise do perfil personalístico da amostra de utentes do CAT da Covilhã, foi utilizado o inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R). A escolha deste inventário, prende-se com o facto deste instrumento se encontrar aferido e validado para a população portuguesa, com um índice de fidelidade (alfa de Cronbach e correlações item/total) que apresenta na generalidade resultados satisfatórios (Lima & Simões, 2000). No entanto, é também importante referir que nesta escolha pesou também o facto de autores como Manita (2002), referirem quer o NEO-PI-R, quer o NEO-PI, como sendo instrumentos particularmente úteis no domínio da avaliação da personalidade e mais concretamente, na avaliação da personalidade da população toxicodependente.

É um inventário composto por 240 afirmações, que nos permite avaliar cinco domínios da personalidade, sub-divididos cada um deles em seis facetas. Assim, temos o domínio Neuroticismo englobando as facetas Ansiedade; Hostilidade; Depressão; Auto-consciência; Impulsividade e Vulnerabilidade. O domínio Extroversão, que apresenta as facetas Acolhimento caloroso; Gregariedade; Assertividade; Actividade; Procura de excitação e Emoções positivas. Por sua vez, Conscienciosidade apresenta as facetas Competência; Ordem; Obediência ao dever; Esforço de realização; Auto-disciplina e Deliberação. A seguir temos o domínio Abertura à Experiência, englobando as facetas Fantasia; Estética; Sentimentos; Acções; Ideias e Valores. Por último, o domínio Amabilidade apresenta como facetas, a Confiança; Rectidão; Altruísmo; Complacência; Modéstia e Sensibilidade.

Foi elaborado por Costa e McCrae, em 1992, e constitui a última versão da revisão do NEO-PI. Tem uma administração individual ou colectiva, com uma duração entre 40 e 50 minutos, destinando-se a adultos e adolescentes a partir dos 17 anos, que não sofram de perturbações como por exemplo, psicose e demência, e que estejam aptos a completar medidas de auto-avaliação, de forma fiel e válida (Lima & Simões, 2000).

Aos sujeitos é solicitado que classifiquem cada afirmação, utilizando para tal, uma escala de tipo Likert de 5 opções (discordo fortemente, discordo, neutro, concordo, concordo fortemente), de acordo com o grau de concordância com cada uma delas. É assim, obtida uma nota bruta para cada faceta, que corresponde ao somatório da pontuação em cada um dos oito itens que lhe dizem respeito, e também para cada domínio, através do somatório da pontuação obtida em cada uma das seis facetas que o compõem. Essas notas brutas são posteriormente transformadas em notas T, que nos

indicam o posicionamento dos sujeitos relativamente quer aos domínios, quer a cada uma das facetas anteriormente referenciadas. É precisamente a análise do modo como os sujeitos se posicionam em cada um dos domínios e facetas, que permite descrever o perfil de personalidade

Procedimento

Primeiramente foi pedida a autorização à direcção do CAT da Covilhã através de um pedido redigido pessoalmente pelo orientador da investigação, o Dr. Henrique Pereira, e entregue por mim ao Sr. Director da instituição. Reunidas as autorizações necessárias procedeu-se aos preparativos para a recolha dos dados, que se iniciou no dia 23 de Novembro de 2006.

Era solicitado aos sujeitos em ambulatório que se encontravam na instituição, através de consentimento informado, que preenchessem quer o questionário sociodemográfico, quer o inventário de personalidade, estando sempre presente aquando do preenchimento o inquiridor, (eu próprio) que para além de explicar como se preenchia o inventário, auxiliava sempre que fosse necessário, os utentes que revelavam dificuldades na leitura e/ou no preenchimento do mesmo, visto que, segundo os autores do teste tais procedimentos alternativos de administração não supõem a perda de validade.

Os vários inquiridos eram abordados na sala de espera da instituição, ou à saída dos gabinetes das várias especialidades, sendo mesmo algumas vezes, o utente solicitado primeiramente pelo terapeuta durante a consulta, para o posterior encontro com o inquiridor, e o conseqüente preenchimento do inventário. Antes da participação voluntária dos sujeitos, era sempre assegurada, ainda que sumariamente, uma exposição dos objectivos e pretensões do estudo, bem como a garantia de confidencialidade e anonimato em relação as respostas dadas em ambos os instrumentos, indicando que estas seriam tratadas estatisticamente, pelo inquiridor.

A aplicação do questionário sociodemográfico e do inventário de personalidade, mantém-se até à obtenção do número pretendido para a amostra representativa da população, ou seja, 50 elementos ($n = 50$), como já tinha sido referido na caracterização da amostra.

No que se refere à análise dos dados, é necessário referir que após a obtenção do numero desejado de inquiridos, os resultados obtidos serão submetidos a uma análise estatística elaborada, com recurso ao pacote estatístico SPSS para Windows, de forma a

obter estatísticas descritivas básicas. Serão também utilizados para esta análise estatística, os scores obtidos através do instrumento informatizado que acompanha o inventário de personalidade. Desta forma será possível cruzar os vários dados e assim, obter resultados que poderão revelar-se importantes e fundamentais para atingir o objectivo do estudo.

Resultados

Caracterização Sociodemográfica

Após a recolha dos dados procedeu-se ao tratamento estatístico, sendo utilizado o programa informático SPSS para Windows (versão 15.0), procedendo-se à realização da estatística descritiva das variáveis em estudo, bem como à verificação de algumas correlações e comparações entre as variáveis. Os dados obtidos no inventário de personalidade NEO-PI-R, foram inseridos no programa informático que acompanha o teste, e através do qual, foi possível obter o perfil personalístico para cada elemento da amostra. Para a sua análise estatística, foram tidas em conta as pontuações directas de cada um dos cinco domínios, constituindo assim, cada domínio, uma variável. Cada uma destas variáveis - domínio, foram manipuladas de forma a estabelecer correlações e comparações com as variáveis do questionário sociodemográfico.

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	%	Média	Desvio Padrão
Sexo			
Masculino	92		
Feminino	8		
Idade		33	7.309
Estado Civil			
Solteiro	60		
Casado/União de Facto	26		
Divorciado/Separado	12		
Viúvo	2		
Coabitação			
Com os pais	44		
Com companheiro(a)	26		
Sozinho(a)	20		
Outra	10		

Escolaridade	
1.º ciclo (antiga 4.ª classe)	14
2.º ciclo (6.º ano)	22
3.º ciclo (9.º ano)	44
Secundário (12.º ano)	14
Médio (Bacharelato)	4
Licenciatura (ou frequência)	2
Situação Laboral	
A trabalhar a tempo inteiro	34
A trabalhar a meio tempo	6
Baixa	6
Reforma	8
Formação profissional	6
Desemprego	30
Outro	10

Assim, tendo em conta as variáveis sociodemográficas podemos verificar através da sua análise estatística, que a maioria dos indivíduos que compõem a amostra são do sexo masculino com uma percentagem de cerca de 92% (46), verificando-se apenas 4 elementos do sexo feminino que corresponde a 8% da amostra reunida.

Relativamente à idade, podemos constatar que a média de idades é de cerca de 33 anos, com um desvio padrão (d.p.) de 7.309, onde a moda (mo) se encontra nos 28 anos, o que nos remete para uma amostra relativamente nova no que diz respeito ao aspecto cronológico dos indivíduos que a compõem. Por sua vez, em relação ao estado civil, verifica-se que cerca de 30 indivíduos (60%), encontram-se solteiros e 13 (26%), são casados ou encontram-se em uma relação de união de facto. Registou-se apenas um viúvo e cerca de 6 indivíduos (12%) estão actualmente divorciados ou separados.

Os dados obtidos em relação ao estado civil, contribuem de certa forma para os resultados verificados na variável relativa à coabitação, já que, uma elevada percentagem de indivíduos solteiros poderá, em certo ponto, explicar o porquê de se registar 44% de indivíduos que continuam a habitar com os pais. Verificou-se ainda, que 26% dos indivíduos habitam com o companheiro(a), e apenas 20% refere viver sozinho. 10% da população refere outras formas de habitação, como é o caso dos utentes provenientes do estabelecimento prisional.

Quanto ao meio de residência, 60% dos indivíduos diz viver na cidade, 30% em vilas e apenas 10% refere viver na aldeia. No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos indivíduos (cerca de 44%) tem o 3º ciclo (9ºano), no entanto, regista-se apenas um indivíduo com licenciatura, ou frequência, e apenas dois com bacharelato, o que nos permite dar indicações de uma amostra não muito qualificada, ocupando a maioria dos indivíduos, funções em profissões ou trabalhos pertencentes ao sector secundário, o que poderá ser compreensível dado o passado fabril da cidade da Covilhã. Face à situação perante o trabalho, 34% da amostra encontra-se a trabalhar a tempo inteiro, 8% encontra-se reformado e cerca de 30% dos indivíduos encontram-se actualmente em situação de desemprego.

Descrição de Consumos

Em relação aos consumos, os dados obtidos permitem verificar que a média de idades do primeiro consumo, é de 19 anos com um desvio padrão de 7,200, sendo também importante referir que o valor mínimo corresponde à idade de 11 anos e o valor máximo à idade de 43 anos, sendo a idade dos 16 anos aquela que regista uma maior frequência para a ocorrência do consumo. Relativamente á primeira substância consumida, é sem sombra de dúvida o haxixe (64%), sendo seguido pela heroína (20%) e cannabis (10%). Para além desta primeira substância consumida, as maiores percentagens de outras substâncias consumidas posteriormente a uma primeira, recaem principalmente sobre a heroína e cocaína e em menor percentagem, para o haxixe.

Ao consumo actual de substâncias, 72% dos indivíduos refere não consumir substancias actualmente. Dos 28% que mantêm um consumo actual activo, cerca de 16% diz consumir substâncias como a heroína e cocaína, enquanto que 8% diz apenas consumir haxixe. Face aos tratamentos de substituição, 56% da amostra encontra-se em programa de substituição, dos quais 26% refere fazer o tratamento com metadona, 24% diz tomar Subutex® (buprenorfina) e apenas 6% refere estar a fazer tratamento com antagonistas.

A média dos tratamentos realizados pelos indivíduos da amostra é de cerca de 3 tratamentos, com um desvio padrão de 3,467, onde por sua vez, a média de recaídas situa-se nas 4 com um desvio padrão de 4,757. O facto de se verificar uma média superior para o número de recaídas, poderá estar relacionado com o facto de alguns indivíduos considerarem como recaída o facto de voltarem a consumir, quando apenas tinham parado os consumos sem a ajuda de nenhum tratamento. Ou seja, o facto de

voltar a consumir, apesar de não haver nenhum tratamento envolvido, é considerado para alguns indivíduos como sendo uma recaída.

Tabela 2- Descrição dos Consumos da Amostra

	%	Média	Desvio Padrão
Idade do 1.º Consumo		19	7,200
Consumo Actual			
Sim	28		
Não	72		
Tratamento de Substituição			
Sim	56		
Não	44		
N.º de Tratamentos		3,06	3,467
N.º de Recaídas		3,94	4,757

Análise dos Dados Médicos

No que diz respeito aos dados médicos, será importante referir que estes dados se baseiam apenas na informação recolhida através do questionário não havendo qualquer tipo de recorrência ao processo médico dos indivíduos. No então, podemos verificar que o número de respostas de seropositividade foi de apenas 2%, ou seja, apenas se registou um caso positivo de VIH, na totalidade da amostra. Relativamente as hepatites, registou-se um valor mais elevado para a hepatite c (36%), do que para a hepatite b (4%). Para a tuberculose, verificou-se uma percentagem de 98% de casos negativos, havendo apenas um indivíduo que ignora o seu estado ou não tinha testado.

Análise das Intervenções Terapêuticas

72% da amostra diz que actualmente beneficia de apoio psicológico, sendo na maior parte dos casos um apoio quinzenal (36%). Por sua vez, 20 % dos inquiridos afirma que nunca teve apoio psicológico. Importante será referir também que apenas 18% dos indivíduos se encontram em programa de reinserção social, mais concretamente no Projecto Vida – Emprego.

Resultados do NEO-PI-R

Após inseridos os dados no programa informático *CEGOG – TEA SYSTEM*, foi-nos permitido obter o perfil de personalidade para cada indivíduo da amostra. Posteriormente, tendo em conta as pontuações directas que cada um dos indivíduos obteve no teste, foi calculada a média estatística para cada um dos cinco domínios.

Tabela3-Comparação das Médias da Amostra com as Médias Normativas Portuguesas

<i>Domínios</i>	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>	Médias Normativas
Neuroticismo (N)	100,48	16,443	90,1
Extroversão (E)	109,24	12,890	107,7
Abertura à Experiência (O)	112,08	13,635	107,7
Amabilidade (A)	114,88	13,706	116
Conscienciosidade (C)	114,12	18,188	118,6

No entanto, tendo em conta as médias normativas para cada um dos domínios, podemos verificar que a média da amostra para o domínio (N), é superior à média normativa em cerca de 10 pontos, por sua vez a média do domínio (E) é superior em sensivelmente 2 pontos, bem como a média para o domínio (O) que é superior na amostra relativamente à média normativa, em cerca de 5 pontos. Em relação ao domínio (A), a média verificada na amostra é inferior à média normativa em cerca de 2 pontos e por último, a mesma tendência é verificada no domínio (C) apresentando esta, um valor inferior à média normativa de cerca de 4 pontos.

Assim, em termos gerais, podemos verificar que em relação as médias normativas, as médias da amostra apresentaram um valor superior em (N), bem como em (E) e (C), e um valor inferior, embora pouco significativo, no domínio (A) e (C).

Depois do tratamento dos vários dados obtidos através dos dois instrumentos, resolveu-se cruzar variáveis dos dois questionários e fazer o tratamento estatístico, utilizando correlações entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis referentes aos domínios. Assim, pode-se verificar a existência de uma correlação entre algumas variáveis do questionário sociodemográfico e do inventário de personalidade. Entre a variável idade e a variável (E), verifica-se uma correlação negativa ($r=-0,45$; $p=0,001$), que significa que são inversamente proporcionais, ou seja, quanto maior for a idade menor é extroversão no indivíduo. A mesma tendência é verificada entre a idade e a variável domínio (O) ($r=-0,306$; $p=0,031$), que nos permite verificar que quanto mais velho for o indivíduo, menor será a sua abertura à experiência.

Por sua vez, a correlação obtida entre a variável escolaridade e (O), é uma correlação positiva ($r=0,371$; $p=0,008$), que nos permite a verificar que um maior grau de escolaridade contribui para uma maior abertura à experiência.

Outras correlações negativas, verificam-se entre o primeiro consumo e a variável (O), ou seja, este resultado permite-nos verificar quanto mais alta for a idade do primeiro consumo, menor será a abertura à experiência desse indivíduo ($r=-0,351$; $p=0,012$). Relativamente ao numero de recaídas, registou-se uma correlação negativa com a variável (A), ($r=-0,357$; $p=0,032$). Quanto maior o número de recaídas menor será os valores adquiridos para a variável amabilidade nos indivíduos da amostra. O mesmo se verifica para a variável ter apoio psicológico actualmente e a variável (O) ($r=-0,367$; $p=0,009$), onde ter apoio psicológico poderá corresponder um valor mais baixo na variável (O). Por último, verificou-se ainda mais uma correlação inversamente proporcional entre a periodicidade das consultas de apoio psicológico e a variável (N), ($r=-0,330$; $p=0,049$), onde quanto maior for o número de frequência às consultas, menor será o valor registado na variável (N).

Tabela 4-Cruzamento das Variáveis Sociodemográficas, com as Variáveis Domínio

<i>Variáveis Cruzadas</i>	<i>Significância (p)</i>	<i>Coef. Correlação (R)</i>
Idade *	0,001	-0,45
Extroversão (E)		
Idade*	0,031	-0,306
Abertura à Experiência (O)		
Escolaridade*	0,008	0,371
Abertura à Experiência (O)		
Idade do 1.º consumo*	0,012	-0,351
Abertura à Experiência (O)		
N.º de Recaídas*	0,032	-0,357
Amabilidade (A)		
Ter Apoio Psicológico*	0,009	-0,367
Abertura à Experiência (O)		
Periodicidade das consultas*	0,049	-0,330
Neuroticismo (N)		

Após esta análise correlacional, achou-se pertinente compara as diferenças entre algumas variáveis sociodemográficas importantes para a caracterização dos consumos

dos indivíduos da amostra, e as variáveis resultantes do inventário de personalidade. Assim, utilizando o comando ANOVA, podemos verificar que esta nos diz que se verificam diferenças entre o número de recaídas e a variável domínio (O), onde $F(23, 12) = 2,801$; $p = 0,034$, que nos permite apontar que quanto maior for o número de recaídas, menor será a abertura a experiência dos indivíduos. O mesmo se verifica para a variável número de tratamentos e a variável (A), registando-se $F(32, 15) = 2,744$; $p = 0,021$, que nos diz que quanto maior for o número de tratamentos menor será os valores adquiridos na variável Amabilidade. O mesmo se verifica para a variável número de recaídas e esta mesma variável (A), onde se obtém $F(25, 10) = 2,891$; $p = 0,041$.

Através da análise da variância verificou-se ainda uma diferença entre a variável número de recaídas e a variável domínio (C), que permite verificar que um elevado número de recaídas iria conduzir a uma menor ou baixa conscienciosidade por parte dos indivíduos da amostra com elevado número de recaídas, já que se verificou que para um $F(25, 10) = 4,030$; $p = 0,013$.

Tabela 5- *Comparação das diferenças entre N.º tratamentos, N.º recaídas, Tratamento de substituição e as Variáveis Domínio*

<i>Variáveis Comparadas</i>	<i>df</i>	<i>F</i>	<i>Significância (p)</i>
N.º de Recaídas/ Abertura à Experiência (O)	(23, 12)	2,801	0,034
N.º de Tratamentos/ Amabilidade (A)	(32, 15)	2,744	0,021
N.º de Recaídas/ Amabilidade (A)	(25, 10)	2,891	0,041
N.º de Recaídas/ Conscienciosidade (C)	(25, 10)	4,030	0,013

Discussão

O objectivo deste estudo passa por uma tentativa de analisar o perfil de personalidade de uma amostra recolhida entre a população de utentes do CAT da Covilhã, como forma de tentar compreender um pouco mais algumas das características que possam estar associadas a este tipo de população. O principal interesse que possa advir dos resultados obtidos, visa acima de tudo contribuir com novas ideias e com novos dados há cerca da temática da toxicod dependência, e assim, de certa forma, contribuir para o desenvolvimento de outras estratégias e intervenções que auxiliem no combate deste fenómeno e participar na luta pela melhor qualidade de vida desta população.

Para além das questões relacionadas com a personalidade, foi também possível obter caracterizações a outros níveis. Caracterizações essas, que também poderão desempenhar um papel importante na compreensão e ajuda dos indivíduos toxicodependentes que compõem a amostra. Assim, podemos verificar que nos encontramos perante indivíduos que apresentam um certo nível de carências, quer ao nível social, familiar ou mesmo financeiro. A maioria dos indivíduos encontra-se desempregada, estando ainda solteira, o que poderá explicar o facto de a maior parte habitar com os pais e assim, esbater as dificuldades financeiras que possam existir. Trata-se também de indivíduos na sua maioria, com um fraco percurso escolar, destacando-se um número muito baixo de indivíduos com uma educação superior.

Por outro lado, apesar de se registar uma percentagem significativa de trabalhadores a tempo inteiro, não podemos ignorar a igualmente, elevada taxa de desempregados, que poderá estar subjacente a uma certa instabilidade profissional, talvez também explicada pela baixa qualificação. Estes resultados, poderão ser indicadores de que será necessário uma forte reflexão e reforço sobre a importância de um maior investimento na reinserção social, e em todos os programas que lhe estão associados.

Em relação aos dados resultantes do inventário de personalidade, podemos constatar alguns aspectos que se tornam importantes para a análise do perfil personalístico da amostra em causa. A pontuação superior à média, no domínio (N) pode revelar-nos uma tendência da população toxicodependente, para a descompensação emocional, recorrendo a respostas de coping desadequadas perante as várias situações. A este respeito, Janeiro & Metelo (2004), aquando do seu estudo, falavam de uma possível previsão de situações de instabilidade emocional dominadas por sentimentos de tristeza, culpa e falta de esperança. O que poderá fazer sentido, uma vez que com o domínio (N), pretende-se uma avaliação da adaptação versus instabilidade emocional.

No mesmo sentido, não podemos esquecer os dados obtidos por Neto & Torres (2001), onde de um modo variável, é possível encontrar combinadas características neuróticas, anti-sociais, alexitímicas e défices afectivos associados a uma educação permissiva, nesta população.

E de facto a pontuação obtida da amostra, poderá remeter-nos para a tendência a experienciar afectos negativos como a tristeza, medo, embaraço, raiva e repulsa. Este resultado, aproxima-se também dos resultados obtidos por Walton e Roberts (2004),

onde no seu estudo há cerca da relação entre o uso de substâncias e traços personalísticos, verificaram que o uso e abuso de drogas ilícitas ou mesmo o álcool, estavam frequentemente associados a aspectos negativos como a impulsividade, ou a ocorrência de sintomas depressivos que se associavam a uma tendência para estados ansiosos.

Relativamente a estes afectos negativos, predominantes num alto (N), Ball (2005), aponta este tipo de afecto como sendo predominantes e eminentes no abuso de substâncias, como em qualquer outra perturbação psiquiátrica. Onde a redução desses estados negativos, parece segundo Kashdan et al. (2005), de certa forma oferecer uma maior protecção contra o uso e abuso de substâncias.

Assim, talvez possamos inferir que o consumo de substâncias poderá ser visto pelos sujeitos da nossa amostra, como uma forma desadequada e desadaptativa para lidar com esses sentimentos e diminuir esses estados negativos.

Como tal, uma maior influência da intervenção terapêutica, principalmente uma intervenção psicológica, poderá a nosso ver, ajudar a colmatar, ou por outro lado, a minimizar a influência negativa que este tipo de afectos possam exercer nos indivíduos da amostra. O que por sua vez, vai de encontro aos dados resultantes entre a correlação da periodicidade das consultas e o domínio (N). Ou seja, através dos resultados podemos verificar, que o aumento da periodicidade das consultas, implicavam directamente um baixo neuroticismo, o que poderá fazer sentido, uma vez que o individuo se poderá “aliviar” psicologicamente, com mais frequência, e assim, apresentar um menor incómodo causado por este tipo de afectos, e uma menor influência desses afectos no seu comportamento e atitudes.

O domínio (E), obtido através dos dados da amostra, encontra-se muito pouco afastado da média normativa como podemos constatar mais a cima (tabela 3). Este resultado permite-nos descrever os indivíduos como pessoas geralmente cordiais, que apreciam o contacto com os outros, não deixando de valorizar a privacidade e sendo moderadas no entusiasmo e na actividade. Uma vez que segundo Lima & Simões (2000), a extroversão traduz a quantidade e intensidade das interacções interpessoais, bem como, o nível de actividade e a capacidade de exprimir alegria, as conclusões a que podemos chegar, prende-se com o facto de poder-mos estar perante indivíduos orientados para a relação interpessoal, amantes da diversão e optimistas. A correlação negativa encontrada entre este domínio e a variável idade, permite-nos verificar que quanto mais idade o indivíduo tiver, menor extroversão apresenta, o que nos permite

inferir que quanto mais velho o indivíduo consumidor for, menor será a quantidade e intensidade das suas relações interpessoais, e por isso, talvez se caracterize pelo pólo contrário à extroversão, isto é, estamos perante um indivíduo claramente mais introspectivo. Alguém possivelmente caracterizado como sendo distante, reservado que aprecia estar sozinho, com um ritmo de vida mais calmo, o que não significa que tenha ansiedade social ou seja pouco amigável, infeliz ou pessimista (Lima & Simões, 2000).

Importante será também não esquecer as conclusões de Ball (2005), onde se verificou que uma baixa extroversão estaria relacionada com apenas alguns indicadores de um uso severo de substâncias e perturbações de personalidade.

Para o domínio (O) da amostra, podemos falar em uma possível tendência para uma curiosidade em relação ao mundo, quer interno quer externo, sendo capazes de equilibrar soluções práticas, e estando sempre dispostos a tomar em consideração novas ideias e valores não convencionais, experienciando um leque variado de emoções. Poderão ser indivíduos curiosos intelectualmente, que possuem uma grande variedade de interesses, sendo por isso pouco convencionais. Como tal, nestes indivíduos, a toxicod dependência poderá possivelmente surgir segundo Janeiro & Metelo (2004), como uma resposta no contexto de uma incapacidade para resolver uma tarefa ou acontecimento de vida, em pessoas que procuram soluções novas, ou respostas atractivas, ainda que com risco para o seu problema. O consumo de substâncias poderia assim, ser encarado como uma experiência estética e emocional.

É também importante referir que segundo Costa e McCrae, in Lima & Simões (2000), os autores do inventário, as escalas do domínio (O), estão moderadamente correlacionadas com medidas de rendimento escolar e da inteligência. Por conseguinte, a correlação positiva obtida nos resultados entre a variável escolaridade e o domínio (O), permite-nos chegar a conclusões diferentes às obtidas pelos autores. Segundo estes, algumas pessoas muito inteligentes são fechadas à experiência, no entanto os dados obtidos vão num sentido que nos permitem verificar que quanto maior for o grau de escolaridade, maior será a abertura à experiência dos indivíduos. O que por sua vez, poderá explicar o facto de apenas um numero mínimo de indivíduos da amostra (cerca de 3), possuam formação superior.

O facto de a idade estar também ela correlacionada negativamente como domínio (O), poderá talvez explicar a média obtida pela amostra neste domínio. Uma vez, que quanto mais novos forem os indivíduos, maior será o valor obtido no domínio (O). Assim, uma média de cerca de 33 anos, corresponde a uma amostra que em termos

gerais se encontra aberta à experiência. A mesma conclusão é verificada, se tivermos em conta a idade do 1.º consumo, onde se constata que indivíduos com uma idade mais avançada, possuem segundo os dados, um menor valor no que diz respeito à abertura à experiência. Mais uma vez, como estamos perante uma amostra relativamente jovem, a tendência verificada aponta para o facto dos indivíduos que consomem mais cedo, possuírem uma maior abertura à experiência, e como tal, talvez uma necessidade de colocar em causa uma possível autoridade, sendo pouco convencionais e tradicionais.

A correlação obtida entre o apoio psicológico e o domínio (O), não deixa de apresentar dados curiosos, uma vez, que para a maioria da amostra que tem apoio psicológico, vai-se registar uma menor abertura à experiência. Segundo os autores do inventário (Costa e MacCrae), as pessoas mais abertas podem parecer mais maduras e saudáveis psicologicamente, e como tal, provavelmente não sentirão necessidade de uma ajuda mais técnica. Este facto poderá evidenciar que grande parte dos indivíduos da amostra poderá encarar o apoio psicológico como uma forma de se tornarem mais abertos à experiência. Sendo talvez, através da ajuda proporcionada pelos técnicos, que se regista um valor superior para a amostra, relativamente à média normativa.

Relativamente ao domínio (A), embora os dados obtidos estejam a baixo da média normativa, essa diferença é muito pouco significativa, o que nos permitirá dizer que a nossa amostra, são pessoas razoavelmente amáveis, que conseguem estabelecer um ponto médio entre a compaixão e o antagonismo, relativamente aos pensamentos, sentimentos e acções e no que diz respeito à orientação interpessoal. Em correlação com outras variáveis, não podemos deixar de apontar os resultados obtidos no que diz respeito ao n.º de tratamentos e ao n.º de recaídas. Em relação ao n.º tratamentos, verifica-se através da análise da variância, uma diferença entre os valores médios do número de tratamentos e o domínio (A), isto é, verifica-se que quanto maior for o numero de tratamentos, menor será o valor de (A). Isto poderá ser explicado por uma possível saturação dos indivíduos com um elevado n.º de tratamentos, em relação a todo o processo que envolve um novo tratamento, o que poderá provocar nos indivíduos algumas desconfianças sempre que começam um novo tratamento. As experiências fracassadas de tratamentos anteriores, podem contribuir para a existência de fracas expectativas e de uma posição mais reticente em relação a um novo tratamento, formando-se assim, um ciclo vicioso que culmina numa baixa amabilidade. Para o n.º de recaídas a tendência dos dados é a mesma registada para o n.º de tratamentos. Perante um número elevado de recaídas, os indivíduos parecem apresentar um baixo valor

médio no domínio (A). As sucessivas recorrências à substância depois de um período de abstinência, poderá produzir de uma forma progressiva e gradual no indivíduo, uma atitude menos cooperativa e mais manipuladora e talvez possamos dizer que se tratam de pessoas mais cépticas em relação ao tratamentos e possivelmente até no que diz respeito à sua recuperação e abstinência.

Por último, para o domínio (C), verificou-se que é o domínio com o valor mais baixo em relação à média normativa. Tendo em conta que a Conscienciosidade avalia o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objectivo, podemos verificar que a nossa amostra é caracterizada em geral por indivíduos capazes de organizar o seu espaço, procurando ser organizados e cumprirem os seus deveres. No entanto, a pontuação a baixo da média poderá também alertar-nos para uma possível tendência para serem menos escrupulosos na aplicação dos seus princípios morais, não esquecendo que segundo Zuckerman, (1993), in Lima & Simões (2000), a conscienciosidade está negativamente correlacionada com a procura impulsiva e não socializada de sensações, que está por sua vez, associada a comportamentos desinibidos, criminalidade sexualidade e uso e abuso de substâncias. Esta situação poderá de alguma forma explicar as diferenças obtidas entre os valores médios do domínio (C), com a variável n.º de recaídas. Isto não significa que se registre necessariamente uma relação entre a criminalidade ou o consumo de drogas e uma baixa conscienciosidade, porém, os dados obtidos dizem-nos que parecem ser os indivíduos com um maior número de recaídas, que possuem valores mais baixos no domínio (C). Talvez possamos verificar, que as pessoas com maior n.º de recaídas, são também aquelas com alguma dificuldade de controlo dos seus impulsos, e que de uma forma ou outra, mantêm uma activa e constante procura de sensações, juntamente com uma baixa auto-disciplina.

Posto isto, estas são as características personalísticas, obtidas para a amostra que foi considerada. No entanto, não podemos esquecer que as interpretações devem ser sempre consideradas aproximações provisórias e por conseguinte, poderão também ser falíveis e nunca certezas absolutas.

Considerações Finais

Os resultados obtidos permitem-nos assim, especular acerca de vários aspectos que se revelam importantes na compreensão da população toxicodependente em geral, e mais em particular os indivíduos da nossa amostra de utentes do CAT da Covilhã. No entanto, os dados por si só não nos permitem falar da existência de uma personalidade tipicamente aditiva, como se a toxicodependência apenas fosse o destino de alguns indivíduos por si só, destinados por natureza ao meandros da toxicodependência e de todos os aspectos que a rodeiam e de ela resultam. Os resultados permitem-nos por outro lado, em consonância com o resultado obtido em outros estudos, falar de traços personalísticos que parecem estar presentes na maioria dos indivíduos toxicodependentes. Porém, conhecer esses traços personalísticos, pode definitivamente constituir uma forma imediata de contribuir para uma prevenção mais positiva e funcional como também, dar uma resposta mais eficaz a nível da natureza do pedido, da melhor forma de acompanhamento, e constituir um aspecto fundamental para o exercício de uma boa aliança terapêutica.

Assim, a avaliação da personalidade pode ser um importante aliado, para uma prática mais eficiente e eficaz junto da população em geral e mais concretamente, no nosso estudo, na população toxicodependente do CAT. Não esquecendo no entanto, que a personalidade apesar de ser nas palavras de Janeiro & Metelo (2004), um organizador comum a partir do qual estruturamos uma abordagem dos perfis de personalidade e suas implicações, não deixa de ser eventualmente redutora e necessariamente especulativa dado o carácter descritivo e exploratório do estudo aqui apresentado.

Por conseguinte, esperamos que o estudo apresentado seja também de alguma utilidade para a prática clínica e que contribua para uma melhor compreensão do indivíduo toxicodependente, e da toxicodependência como fenómeno real e actual.

Como qualquer estudo, também este se debate com limitações de vários tipos que estão presentes ao longo de todo o desenrolar da investigação, e como tal, poderão ter a sua cota parte de influência nos dados e conclusões obtidos. Essas limitações passam por aspectos como a população alvo do estudo, ou seja, a população toxicodependente, que por si só constitui uma população difícil de acompanhar devido às suas características peculiares, que associadas ao chamado tratamento em regime ambulatorio, permitem que estes indivíduos tenham uma taxa elevada de faltas às consultas. Este aspecto contribuiu fortemente para a dificuldade sentida em reunir todos os elementos da amostra. Uma vez que também se trata de uma população pouco

avaliada a nível de instrumentos, foi-nos permitido verificar também, que as características do inventário utilizado, constituíram por si só, uma limitação. Isto porque a extensão do instrumento (240 itens), fazia com que a maioria dos indivíduos necessitasse de dois momentos para a sua aplicação completa, o que de certa forma, constituiu uma dificuldade, ao nível do tempo dispendido, na reunião da amostra necessária. No entanto, não podemos esquecer também alguma inexperiência por parte do investigador, na aplicação dos instrumentos utilizados, bem como, o facto de nada nos garantir que alguns indivíduos pudessem ou não, estar sob o efeito de alguma substância aquando da aplicação dos instrumentos e como tal, enviesar de certa forma, os dados obtidos.

Outros aspectos como o estado de espírito dos indivíduos, ou a sua maior ou menor disponibilidade, podem também de certa forma, ter influenciado os resultados, pelo que se voltássemos a aplicar os instrumentos numa outra ocasião, não sabemos se os resultados apontariam noutra direcção. Outras limitações poderiam prender-se com o facto de alguns indivíduos não terem percebido a finalidade do estudo ou o instrumento em si, no entanto, esses aspectos são alheios à nossa percepção ou conhecimento. Resta no entanto, dizer que foram feitos os possíveis para que os instrumentos fossem bem compreendidos, sendo tomadas em consideração todas as instruções necessárias à sua aplicação correcta.

Consequentemente, pensa-se assim, que este estudo poderá constituir uma boa base de informação, podendo ser uma boa ferramenta para futuras investigações. Achamos que seria interessante poder relacionar os dados obtidos com varias esferas da vida do indivíduo que são também afectadas pela toxicodependência e de certa forma, tentar perceber o que é que determina o desenvolvimento deste perfil de personalidade, não esquecendo os determinantes biológicos e o contexto sócio-cultural.

Seria talvez também interessante, proceder a uma investigação tendo apenas em consideração os indivíduos consumidores de opiáceos, mais concretamente a heroína, já que esta parece ser a substância dita pesada, maioritariamente consumida pelos indivíduos da amostra, e verificar se registam diferenças quanto aos dados obtidos. Outro aspecto que poderá ser tido em conta, em investigações futuras, passa pela relação entre toxicodependência personalidade e comorbilidade, já que, existe muitas vezes, dificuldade em decidir se a toxicodependência é causa ou efeito de outras perturbações nomeadamente de personalidade. Como tal, um estudo neste sentido, seria pertinente para ajudar a esclarecer este aspecto importante.

Por último, um estudo ao nível mais individual, também não seria descabido, visto que seria uma forma de conhecer com mais profundidade os indivíduos e estabelecer com mais certezas, um plano personalizado de intervenção, facilitando sem dúvida o processo terapêutico e a recuperação do indivíduo.

Pretende-se ainda deixar uma chamada de atenção para a necessidade e urgência da aferição, construção ou adaptação de mais testes para a população toxicodependente, visto que, a avaliação psicológica, constitui uma importante arma para uma melhor compreensão do indivíduo dependente de substâncias, já para não referir o seu enorme contributo para uma prevenção positiva e eficaz.

Reflexão Pessoal

Como qualquer estagiário depois de 4 anos de teoria, estava impaciente para começar, mas também ao mesmo tempo um pouco assustado e ansioso com uma nova etapa de vida que estava prestes a começar.

A escolha pelo CAT da Covilhã como local de estágio, poderá dever-se ao interesse do aluno pelas dependências em geral e pela toxicodependência em particular. O fenómeno da toxicodependência sempre me chamou a atenção, talvez porque venha de uma região onde este fenómeno também está fortemente vincado, ou talvez por pura vontade de compreender melhor o fenómeno e sem dúvida, poder dar o meu contributo para a luta interminável com o consumo de substâncias, e de alguma forma ajudar no bem estar e recuperação dos indivíduos que estão enredados de uma forma ou de outra, neste flagelo. Algo que esteve sempre presente, foi que a toxicodependência, não é um fenómeno dos nossos dias, nas palavras de Formiga (2006), o uso e consumo de drogas, têm sido prolongados desde há muito, sendo um dos fenómenos psicossociais que tem merecido um cada vez mais crescente lugar de destaque, na sociedade em geral.

De uma forma geral, foi também este aspecto que despertou o interesse do aluno, para o tema de investigação, isto é, tentar perceber se existe ou não uma chamada personalidade aditiva, que funcionasse quase como que uma sentença para os indivíduos que por ela fossem ou não caracterizados, e que pudessem de alguma forma, seguir um caminho de toxicodependência. Claro está, que isto não se processa de uma forma tão rudimentar como a que o estagiário aqui talvez deixe transparecer. Apesar de uma forte revisão bibliográfica apontar para a não existência dessa dita personalidade, o estagiário, resolveu acalmar os meus “demónios interiores” e perceber um pouco melhor

como é que um indivíduo chega à toxicodependência e compreender o porquê de ser tão difícil libertar-se dela. Basicamente, estes foram os motivos que regeram a investigação e intervenção do estagiário ao longo do estágio. Importante será dizer que se chegou à mesma conclusão que muitos outros estudos, onde é evidenciado o facto de definitivamente não se registar uma personalidade tipicamente aditiva ou toxicodependente, mas onde são apontados com certeza, traços personalísticos comuns a indivíduos toxicodependentes. Nas palavras de Conway, Kane, Ball, Poling & Rounsaville (2003), apesar de ser claro que não se verifique um tipo claro e único de personalidade que seja forçosamente propenso à adição, há com certeza diferenças na personalidade que parecem estar associadas com o uso de substâncias em geral, e de uma forma mais particular, com o tipo de substância que é usada. Esta foi definitivamente, a conclusão que o estagiário pode retirar da sua investigação.

Voltando à chegada do estagiário ao CAT da Covilhã, e ao início do estágio, é fundamental referir que o estagiário foi muito bem recebido por toda a equipa do CAT, especialmente pela Dr.^a Natália Nogueira, orientadora de estágio, e a quem o estagiário deve muito do que aprendeu e apreendeu, durante todo o estágio. Mesmo quando a Dr.^a Natália não podia estar presente devido ao facto de estar ela própria numa situação de estágio em função do Estágio da Carreira dos Técnicos Superiores de Saúde, o estagiário teve todo o apoio em particular, por parte da Dr.^a Sónia Filipe, também ela psicóloga do CAT, bem como da Dr.^a Marta Vilarinho, técnica de serviço social. No entanto, de uma forma geral toda a equipa do CAT, fez os possíveis para que o estagiário se sentisse bem e para que a sua adaptação fosse o mais positiva e rápida possível, o que de facto aconteceu.

Assim, na generalidade, e sem excepção, toda a equipa multidisciplinar do CAT acolheu de uma forma muito positiva o estagiário, quer a um nível mais formal, quer a um nível mais informal, podendo mesmo dizer-se que o estagiário estabeleceu relações não só profissionais, mas também de amizade, com a equipa da instituição.

Relativamente ao contacto com os utentes, o estagiário conseguiu de uma forma geral, estabelecer relações positivas, que contribuíram para uma boa relação terapêutica entre o estagiário e os utentes que eram seguidos por este. O primeiro contacto estabelecido, foi através da observação de utentes de ambas as psicólogas, o que constituiu alguma ansiedade para o estagiário, visto ser a primeira vez, que estava num real contexto de consulta, e o estagiário encontrava-se um pouco nervoso relativamente a qual seria a reacção do utente a um elemento novo. Todas as observações correram

dentro da normalidade e o estagiário chegou à conclusão que foram fundamentais para o desenvolvimento de um certo à vontade para a aplicação dos questionários da investigação e posteriormente, para a relação com os seus próprios utentes. Já para não falar da observação ter sido fundamental para perceber como funcionava a relação da instituição com os seus utentes, e como é que se processavam todos os aspectos mais institucionais, relacionados com as regras e políticas às quais o CAT tem que obedecer e cumprir.

A aplicação dos questionários, constituiu um aspecto muito importante para o contacto com a população e para o desenvolvimento de competências que seriam fundamentais para um contacto mais profissional com os utentes, e para a obtenção de uma maior confiança e desenvolvimento das capacidades do estagiário. Através das sessões destinadas à passagem do instrumento, o estagiário teve também a oportunidade de verificar o quão peculiar e característica pode ser a população toxicodependente, sentindo “na pele”, não só o prazer de trabalhar com esta população, mas também as dificuldades que daí advêm.

Estas dificuldades talvez se possam desvanecer com a experiência, no entanto, dada a qualidade de estagiário, a vontade e o sentimento de que podemos mudar o mundo, estava bem vincada, e à medida que o tempo foi passando, o estagiário foi percebendo que é necessário um forte sentido de resiliência que nos deve acompanhar sempre, quando trabalhamos com uma população toxicodependente, ou com indivíduos que de uma forma ou outra são afectados e influenciados pelo fenómeno da toxicoddependência. Porém, o estagiário conseguiu de uma forma geral, perceber que o fundamental, está em dar-mos o nosso melhor, sendo o mais profissional possível, não esquecendo que o bem estar e recuperação do utente, passa primeiramente pela sua motivação, mas também pelo nosso empenho e dedicação.

Esta linha de pensamento, revelou-se fundamental para a intervenção nas consultas de psicoterapia individual, que o estagiário desenvolveu ao longo do segundo semestre com os seus utentes. De uma forma geral, o estagiário conseguiu estabelecer uma boa aliança terapêutica que se traduziu numa relação positiva entre terapeuta e utente. Foi também através desta vertente mais interventiva que o estagiário realizou o seminário de intervenção, realizando com um dos seus utentes um estudo de caso que permitiu ao estagiário ter contacto com alguns instrumentos de avaliação, e de uma forma geral, perceber e aprender mais à cerca do indivíduo toxicodependente.

Através da intervenção com os seus utentes, o estagiário teve também oportunidade de experimentar o trabalho em equipa, uma vez, que a sua intervenção, permitiu a articulação com outros técnicos, tendo como objectivo o progresso terapêutico do utente, ou em outros aspectos, a delineação de estratégias mais eficazes e que para as quais era fundamental a articulação interdisciplinar. Em relação a este aspecto, é importante falar no sentimento transmitido e inculcado no estagiário, por toda a equipa do CAT, da sempre necessidade de realização de um trabalho multidisciplinar, seja qual for o contexto, e da importante articulação que tem que existir impreterivelmente, entre todos os técnicos, para uma maior probabilidade de sucesso e recuperação do utente em causa. No entanto, no ponto de vista do estagiário, o trabalho em equipa poderá também ter alguns aspectos não tão positivos, visto que, apesar de ser uma equipa, esta é constituída por pessoas que são diferentes uma das outras, o que por vezes pode levar a algum choque de ideias ou atitudes. Porém, o estagiário considera este aspecto construtivo, uma vez que é na ultrapassagem desses inconvenientes que se consegue aperfeiçoar a união da equipa, e se consegue melhorar a nossa maneira de proceder.

Dentro deste contexto interdisciplinar, o estagiário não pode também deixar de mencionar o “Grupo de Esposas” elaborado pela Dr.^a Marta Vilarinho, e que permitiu ao estagiário ter a noção de como dois técnicos de áreas diferentes, podem articular em conjunto (embora ressalte-se algumas vezes a inexperiência do estagiário, sempre colmatada pelo à vontade e experiência da Dr.^a Marta), com o fim último, de contribuir para o bem estar e qualidade de vida das pessoas que aceitaram o compromisso proposto pelos técnicos.

De certo que algumas dificuldades foram também sentidas ao longo do percurso de estágio. Uma delas poderá prender-se com as instalações do CAT, visto que o facto de funcionar no local do antigo Posto de Saúde, poderá contribuir para um aspecto mais médico, o que por sua vez, poderá no ponto de vista do estagiário, intimidar um pouco os utentes. Outro aspecto ainda relacionado com as instalações diz respeito à falta de espaço, verificando-se algumas vezes, dificuldade em obter um gabinete onde o estagiário pudesse proceder nomeadamente à aplicação do instrumento para a sua investigação, sem ter que ocupar o espaço destinado aos outros técnicos, que gentilmente o cederam muitas vezes.

Outra dificuldade sentida pelo estagiário, diz respeito as características próprias desta população, que apresenta um elevado índice de falta de comparência às consultas,

chegando muitas vezes a desistir do seu percurso terapêutico. Sendo esta talvez, a principal dificuldade com que o estagiário se deparou durante o seu estágio. Daí a necessidade da existência de um forte sentido de resiliência, que o estagiário acredita ter desenvolvido, como já foi referido mais atrás.

A passagem pelo CAT, permitiu não só ao estagiário poder consolidar mais conhecimento sobre as dependências, como também perceber como funciona a primeira linha de combate a este flagelo. Mais do que isso, o estagiário tem noção que durante o estágio pôde contribuir de uma forma activa para esta luta, que cada vez mais precisa de pessoas dedicadas e prontas a dar tudo o que lhes é permitido, a esta causa. Foi esse tipo de profissionais com quem o estagiário pode definitivamente interagir e socializar, mas acima de tudo, com quem aprendeu a ouvir, a dialogar e a tentar compreender para depois ajudar pessoas que precisam muitas vezes, apenas de um pequeno suporte para que se sintam motivados para a mudança, e para a realização de um processo terapêutico positivo.

Desta forma, foi possível um despontar de competências e capacidades (que irão ser aperfeiçoadas e desenvolvidas com a experiência profissional), que devem estar sempre presentes numa boa prática em psicologia, baseadas no conhecimento, compreensão e ética profissional, que devem definitivamente contribuir para uma boa atitude profissional, aliada à natureza única da prática em psicologia.

Foi assim possível ao estagiário, demonstrar as suas competências na interacção com os utentes, definindo objectivos e metas a atingir. Foi possível também delinear estratégias de avaliação através de meios e métodos apropriados que permitissem ao estagiário descrever e compreender algumas características dos seus utentes, importantes para todo o processo terapêutico.

O estagiário teve também a oportunidade de identificar e levar a cabo, vários tipos de intervenção de forma a poder realizar os objectivos a que se propôs, usando para tal, dados obtidos através das varias actividades de avaliação, adoptando sempre uma postura comunicativa e de compreensão, que fosse de encontro às expectativas e necessidades dos seus utentes.

Assim, o estagiário faz votos para que a equipa multidisciplinar do CAT da Covilhã, mantenha o bom trabalho realizado até aqui, querendo agradecer a todos os elementos o seu empenho, e por terem ajudado na integração do estagiário, e por de uma forma geral, terem dado a oportunidade ao mesmo, de crescer não só pessoal e profissionalmente, mas acima de tudo, humanamente.

Bibliografia

- Ball, S. A. (2005) Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84-102.
- Campos, F. (1997). *Manual de Psicologia Aplicada – testes das Matrizes Progressivas Escala Geral*. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada.
- Conway, K. P.; Swendsen, J. D.; Rounsaville, B. J. & Merikangas, K. R. (2002). Personality, drug of choice, and comorbid psychopathology among substance abusers. *Drug and Alcohol Dependence*, 65, 225-234
- Conway, K. P.; Kane, R. J.; Ball, S. A.; Poling, J. C. & Rounsaville, B. J. (2003). Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 65-75.
- Coutinho, M. P. L.; Araújo, L. F. & Gontières, B. (2004). Uso da maconha e suas representações sociais: Estudo comparativo entre universitários. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 9 (3), 469-477.
- Dias, A. M. (2004). Personalidade e Coronariopatia. *Millenium - Revista do ISPV*, 30
- Fabião, C. (2002). Toxicodependência: Duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão. *Toxicodependências*, 8 (2), 37-51.
- Felizardo, S. (2005). Avaliação da Personalidade no CAT de Castelo Branco – perfil obtido a partir do Mini-Mult Questionário aplicado aos utentes em programa de metadona. *Toxicodependências*, 11 (3), 25-36.
- Formiga, N. S. (2006). Traços de personalidade e dimensões disposicionais a drogadição: a influência da busca de sensação, a intensidade e novidade no uso potencial de drogas em jovens. Endereço da pagina web: www.psicologia.com.pt. Consultado em 23 de Novembro de 2006.
- Franken, I. H. A.; Muris, P. & Georgieva, I. Gray's model of personality and addiction. *Addictive Behaviors*, 31, 399-403.
- Guzzo, R. S. L.; Pinho, C. C. M. & Carvalho, C. F. C. (2002). Construção da taxonomia brasileira para descritores da personalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), 71-75.
- I.D.T. (2007). *Plano de Actividades 2007*. Lisboa: Editora I. D.T.

- Janeiro, L.& Metelo, T. (2004). Contribuições para a descrição do perfil de personalidade dos utentes do CAT – Sotavento/Olhão. *Toxicodependências*, 10 (1), 25-35.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria - Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*, Porto Alegre: Artemed.
- Kashdan, T. B.; Vetter, C. J. & Collins, R. L. (2005). Substance use in young adults: Associations with personality and gender. *Addictive Behaviors*, 30, 259-269.
- Kirkcaldy, B. D.; Siefen, G.; Surall, D. & Bischoff, R. J. (2004). Predictors of drug and alcohol abuse among children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 247-265.
- Knyazev, G. G.; Slobodskaya, H. R.; Kharchenko, I. I. & Wilson, G. D. (2004). Personality and substance use in Russian youths: The predictive and moderating role of behavioural activation and gender. *Personality and Individual Differences*, 37, 827-843.
- Le Bon, O.; Basiaux, P.; Streel, E.; Tecco, J.; Hanak, C.; Hansenne, M.; Anseau, M.; Pelc, I.; Verbank, P. & Dupont, S. (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 175-182.
- Lima, M. P. & Simões, A. (2000). *NEO-PI-R manual profissional*, Lisboa: CEGOC.
- Manita, C. (2002). Avaliação psicológica no domínio das toxicodependências: Das estruturas aos processos. *Toxicodependências*, 8 (3), 25-35.
- Merenäkk, L.; Harro, M.; Kiive, E; Laidra, K.; Eensoo, D.; Allik, J.; Oreland, L. & Harro, J. (2003). Association between substance use, personality traits, and platelet MAO activity in preadolescents and adolescents. *Addictive Behaviors*, 28, 1507- 1514.
- Neto, D. & Torres, N. (2001). Tratamento combinado e por etapas de dependentes químicos: Evolução histórica e resultados conseguidos. In N. Torres & J. P. Ribeiro (Eds.), *A pedra e o charco: sobre o conhecimento e intervenção nas drogas* (pp. 297-319), Lisboa: Íman.
- Miguel, N. (2003). Sobre a Toxicodependência. *Jornal do Estudantes de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa*, 9, 10-13.
- Oliveira, S. P. (2001). Aspectos metodológicos de um estudo de psicose. *Análise Psicológica*. 3 (9), 399-415.
- Pagès-Berthier, J. (2002). Personalidade e toxicomania: Abordagem psicanalítica. In P. Angel, D. Richard & M. Veller (Eds.), *Toxicomanias* (pp.179-185). Lisboa: Climepsi.

- Pereira, A. (2003). *SPSS – Guia Prático de Utilização. Análise de dados para ciências sociais e psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Raven, J. C.; Court, J. H. & Raven, J. (2001). *Raven Matrices Progressivas – manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sheffield, A.; Waller, G.; Emanuelli, F.; Murray, J. & Meyer, C. (2006). Links between parenting and core beliefs: preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*. 29 (6), 787-802
- Santos, D. N.; Borges, A. P.; Chalhub, A. A.; Happé, F.; Silva, R. C. R.; Assis, A. M.; Blanton, R. E.; Parraga, I. M.; Reis, M. G.; Filho, N. M. A.; Barreto, M. L. (2002). Epidemiologia do desenvolvimento cognitivo de escolas em Jequié, Bahia, Brasil: procedimentos de avaliação e resultados gerais. *Cad. Saúde Pública*, 18 (3), 723-733.
- Walton, K. E, & Roberts, B. W. (2004). On the relationship between substance use and personality traits: Abstainers are not maladjusted. *Journal of Research in Personality*, 38, 515-535.
- Wanigaratne, S. (2006), Psychology of addiction. *Psychiatry*, 5 (12), 455-460.