



Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº 10 • 2025

Editorial
Rocha Almeida

Consumo de substâncias psicoativas em
jovens portugueses institucionalizados:
a relação com as estratégias de *coping* e a
Triade Negra da personalidade
Ana Simão, Cristina Nunes

Álcool e Conjugalidade — Pensar a
(in)evitabilidade de certos destinos.
Zélia Teixeira, Luis Santos,
Margarida Soliz, Paula Dias

Vinculação e Adição: um modelo relacional
de vulnerabilidade ao uso de substâncias.
Francisco Cunha, Orlando von Doellinger

Uso de substâncias psicoativas
durante a gravidez.
Iara dos Santos, Rui Andrade,
Paula Carriço, Bruna Melo

Projecto de micro eliminação do vírus
HVC na população de utentes da Equipa
de Tratamento de Santarém, do Centro de
Respostas Integradas do Ribatejo.
Teresa Molina

adictologia

REVISTA ADICTOLOGIA

Publicação científica editada pela
Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas
e das Dependências

DIRETOR

Nuno Silva Miguel

CONSELHO EDITORIAL

Alice Castro
Carlos Vasconcelos
Catarina Durão
Davide Cruz
Elisabete Albuquerque
Emídio Rodrigues
Emília Leitão
Graça Vilar
Helena Dias
João Curto
Leonor Madureira
Luiz Gamito
Rocha Almeida
Rui Correia

PROPRIEDADE

Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas e das Dependências
Correspondência: Rua Luís Duarte Santos, nº 18 – 4º O
3030-403 Coimbra

www.adictologia.com
geral@adictologia.com

DESENHO E PAGINAÇÃO

Henrique Patrício
henriqpatrício@gmail.com

ISSN – 2183-3168
Publicação Semestral



- 04** **Editorial**
Rocha Almeida
- 06** **Consumo de substâncias psicoativas em jovens portugueses institucionalizados: a relação com as estratégias de *coping* e a Tríade Negra da personalidade**
Ana Simão, Cristina Nunes
- 19** **Álcool e Conjugalidade — Pensar a (in)evitabilidade de certos destinos.**
Zélia Teixeira, Luis Santos, Margarida Soliz, Paula Dias
- 30** **Vinculação e Adição: um modelo relacional de vulnerabilidade ao uso de substâncias.**
Francisco Cunha, Orlando von Doellinger
- 40** **Uso de substâncias psicoativas durante a gravidez.**
Iara dos Santos, Rui Andrade, Paula Carriço, Bruna Melo
- 49** **Projecto de micro eliminação do vírus HVC na população de utentes da Equipa de Tratamento de Santarém, do Centro de Respostas Integradas do Ribatejo.**
Teresa Molina

EDITORIAL

ROCHA ALMEIDA

O consumo de substâncias psicoativas em meio prisional tem um grande impacto na vida cotidiana dos reclusos pois afeta não só a sua saúde, mas também as suas expectativas de reinserção social, a segurança e o funcionamento dos estabelecimentos prisionais.

Calcula-se que uma em cada três pessoas presas em todo o mundo tenha consumido uma substância ilícita durante o período em que esteve preso. Em Portugal e segundo o Inquérito Nacional sobre Comportamentos Aditivos em Meio Prisional (ICAD 2023), cerca de 63,4% dos reclusos afirmaram já ter consumido substâncias ilícitas. A cannabis é a substância com maior consumo em meio prisional, logo seguida pelo consumo de heroína e de cocaína. Se considerarmos que nos 49 Estabelecimentos Prisionais que existem em Portugal estão mais de 12.000 pessoas em situação de reclusão, vemos que o número de consumidores de drogas nas prisões portuguesas é muito significativo. Mas, se temos números sobre os consumidores pouco se sabe sobre o tratamento para os problemas com o consumo de substâncias em meio prisional.

Em geral, as intervenções eficazes no combate aos problemas da droga na comunidade também se revelam eficazes nas prisões. Portugal tem sido pioneiro na abordagem ao tratamento numa perspetiva de saúde pública e no contexto prisional verificamos que o programa de metadona ou de buprenorfina estão nas prisões portuguesas, mas o acompanhamento em consulta por equipas multidisciplinares (médicos, psicólogos, enfermeiros) existe apenas em alguns estabelecimentos prisionais. Esta cobertura desigual entre estabelecimentos prisionais é uma lacuna que muitas vezes põe em causa a eficácia de um programa terapêutico bem como a sua continuidade quando o recluso sai em liberdade. O rastreio aleatório de testes para pesquisa de metabolitos de drogas na urina é um dos métodos mais comuns utilizados pelas prisões para monitorizar o consumo de drogas. E a presença de uma análise positiva pode ter consequências negativas para o recluso (precárias, emprego, mudança de cela).

Por outro lado, a crescente utilização das novas substâncias psicoativas (NSP) nas prisões é preocupante e coloca novos desafios a todos os níveis. Estas substâncias sintéticas entram mais facilmente nas prisões circulando sob formas disfarçadas (papel, líquidos, sprays), são mais fáceis de vender, são mais baratas e geralmente são indetetáveis pelos testes de drogas mesmo em laboratórios mais avançados. O seu consumo pode ser mais prejudicial do que o consumo de drogas tradicionais, com efeitos a nível físico e mental graves como episódios psicóticos, convulsões, perda de consciência, problemas cardíacos, dependência rápida e até a morte.

Recentemente os jornais diários deram conta da presença de NSP, sob a forma de papel, nas prisões portuguesas. Uma simples folha de papel é impregnada com uma substância de potência elevada. O facto de o produto ser muito forte faz com que seja colocada no papel pouca quantidade dessa substância, permitindo assim que a impregnação

passe despercebida pois geralmente não há manchas visíveis ou alterações na textura do papel.

E aqui, voltamos à realização do teste obrigatório nas prisões onde o consumo de cannabis, por exemplo, é penalizado porque o teste o deteta e nada se faz perante o consumo de uma NSP que é indetetável, mas que trás maiores riscos para o consumidor e para o próprio estabelecimento prisional. A ausência de deteção pode levar à desvalorização do consumo destas NSP e, consequentemente, a um aumento do seu consumo e à falta de respostas adequadas.

Neste sentido, o consumo de drogas nas prisões portuguesas exige uma resposta multidimensional que vá para além da punição. Por isso é necessário apostar numa maior ligação entre os serviços prisionais, serviço de justiça e serviços de saúde de modo a podermos oferecer a esta população serviços de prevenção do consumo, deteção, tratamento e uma planificação da saída em liberdade, eficazes.

P.S. No final deste ano de 2025 os órgãos sociais da Associação Portuguesa de Adictologia concluem os dois mandatos permitidos pelos estatutos. Como presidente da direção quero aproveitar para deixar aqui o meu grato reconhecimento ao Dr. Nuno Miguel, diretor da Revista Adictologia, pela sua disponibilidade, o seu interesse, os seus ensinamentos e a facilidade de trabalhar em equipa que sempre demonstrou na edição desta revista. Apesar de algumas dificuldades podemos afirmar que a revista tem tido uma aceitação e procura elevada, cada uma das revistas saídas após 2020, ano da Covid19, têm mais de 10.000 visualizações. Certamente que vamos continuar com o Dr. Nuno Miguel na direção da revista, mas para isso precisamos também dos nossos leitores e daqueles que nos enviam artigos pelo que só me resta acrescentar, queremos continuar a contar consigo caro leitor.

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM JOVENS PORTUGUESES INSTITUCIONALIZADOS: A RELAÇÃO COM AS ESTRATÉGIAS DE *COPING* E A TRÍADE NEGRA DA PERSONALIDADE

Autores

Ana Simão^{1, 2*}

Psicóloga Clínica e Estudante de Doutoramento

Cristina Nunes²

Professora Catedrática de Psicologia

¹ ICAD, I.P. – CRI do Algarve, Equipa Técnica Especializada de Prevenção, Rua Brites de Almeida n.º 6, 1º Esq, 8000-234 Faro; ana.simao@icad.min-saude.pt

² Centro Universitário de Investigação em Psicologia (CUIP), Universidade do Algarve, Campus de Gambelas, 8005-135 Faro; csnunes@ualg.pt

Autor para correspondência

* E-mail: ana.simao@icad.min-saude.pt

RESUMO

Os adolescentes a viver em acolhimento residencial apresentam um risco acrescido de problemas emocionais e comportamentais. Em Portugal, a percentagem de jovens que consome algum tipo de substância psicoativa tem aumentado e, no último ano, entre os jovens acolhidos o aumento foi de 10%. Pretendemos explorar as relações entre os traços de personalidade da Tríade Negra, as estratégias de *coping* e o ajustamento psicológico, e investigar potenciais diferenças entre sexos. Foram utilizados questionários de autor-relato (Questionário de Capacidades e Dificuldades, Short Dark Triad, Brief COPE) para recolher os dados numa amostra de 511 jovens, dos 12 aos 24 anos, a viver em 46 instituições de acolhimento residencial. Foram realizadas análises descritivas e de correlações. Mais de metade dos jovens já experimentou pelo menos uma substância. Observam-se diferenças entre sexos nos problemas emocionais, hiperatividade e comportamento pro-social, assim como no maquiavelismo e psicopatia; ao nível dos consumos não se observam diferenças entre sexos. O uso de substâncias correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do SDQ e negativamente com o comportamento pro-social. Os três traços da Tríade Negra correlacionam-se positivamente com estratégias de *coping* desadaptativas; o narcisismo é o único traço que correlaciona positivamente com todas as estratégias. Estes resultados podem ajudar os profissionais das instituições, da área da infância e juventude, e das equipas de prevenção a delinear intervenções individualizadas. Recomenda-se um trabalho articulado entre todos os profissionais para que a intervenção junto desta população seja ajustada às características particulares de cada situação, considerando as especificidades da adolescência.

PALAVRAS-CHAVE: *Ajustamento Psicológico; Estratégias de coping; Jovens institucionalizados; Substâncias Psicoativas; Tríade Negra da Personalidade*

ABSTRACT

Adolescents living in residential care have an increased risk of emotional and behavioral problems. In Portugal, the percentage of young people who consume some kind of psychoactive substance has increased and, in the last year, among young people in residential care, the increase was 10%. We intend to explore the relationships between the Dark Triad personality traits, coping strategies and psychological adjustment, and to investigate potential differences between boys and girls. Self-report questionnaires (Strengths and Difficulties Questionnaire, Short Dark Triad, Brief COPE) were used to collect data from a sample of 511 young people, aged 12 to 24, living in 46 residential care institutions. Descriptive and correlation analyses were carried out. More than half of the young people had experimented at least one substance. There were differences between sexes in emotional problems, hyperactivity and pro-social behavior, as well as Machiavellianism and psychopathy; there were no differences between sexes in terms of consumption. Substance use correlated positively with all the dimensions of the SDQ and negatively with prosocial behavior. The three Dark Triad traits correlated positively with maladaptive coping strategies; narcissism is the only trait that correlates positively with all strategies. These results can help professionals in institutions, in the area of children and young people, and in prevention teams to design individualized interventions. It is recommended that all professionals work together so that the intervention with this population is adjusted to the particular characteristics of each situation, taking into account the specificities of adolescence.

KEYWORDS: *Coping Strategies; Dark Triad of Personality; Institutionalized Youth; Psychoactive Substances; Psychological Adjustment*

INTRODUÇÃO

Um relatório da UNICEF que analisou quarenta e dois países da Europa e Ásia Central, identificou Portugal como o país com mais crianças e jovens retirados às famílias¹. Os últimos dados disponibilizados pela Segurança Social reportam mais de 5400 crianças e jovens em situação de acolhimento, das quais 84% encontram-se a viver em instituições e dessas, 25% deram entrada no acolhimento devido a problemas de comportamento². A literatura tem documentado que os jovens em acolhimento residencial (AR) apresentam mais problemas emocionais, comportamentais, sociais e académicos que os seus pares a viver com as famílias biológicas^{3,4}, e que estas dificuldades persistem na vida adulta, após a saída das instituições^{5,6}. No que concerne ao acolhimento, as mudanças no contexto de vida, nos cuidadores, e a inerente rotatividade dos cuidadores no ambiente institucional, aumentam a suscetibilidade dos jovens para sofrerem problemas psicológicos⁷. O ajustamento psicológico nestes jovens é multiterminado⁸, envolve a adaptação ao ambiente utilizando recursos emocionais, cognitivos e sociais⁹, e pode ser conceptualizado como o conjunto dos problemas internalizantes como a ansiedade ou depressão¹⁰, e externalizantes como a agressividade ou o consumo de substâncias, que os indivíduos exibem, e que muitas vezes co-ocorrem¹¹.

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento que inclui a procura de experiências, limites e definição da identidade, sendo um período sensível para o início do uso e abuso de substâncias psicoativas (SPA)¹². O álcool e o tabaco são as substâncias mais utilizadas pelos adolescentes, e a cannabis a substância ilícita mais consumida, sendo frequente a associação das diferentes SPA^{12,13}.

Os maus-tratos físicos e psicológicos na infância, muitas vezes presentes na história dos jovens em AR, influenciam o consumo de SPA na fase da adolescência^{12,14}. Alguns estudos relatam que qualquer tipo de maltrato pode resultar numa prevalência de 85,7% de consumo de cannabis ao longo da vida¹⁵, enquanto outros trabalhos realizados em Espanha

indicam que 37,2% dos adolescentes em AR são consumidores frequentes de drogas¹⁶. Nestes jovens a proporção de consumo de cannabis aumentou de 9 para 18% após 36 meses no acolhimento¹⁵.

Uma revisão sistemática recente¹⁵ identificou alguns fatores que podem ser considerados de risco para o consumo de SPA, concretamente: a existência de problemas de saúde mental e comportamental prévios à institucionalização, pressão dos pares, fraca supervisão, relações parentais disfuncionais, sexo, acontecimentos de vida traumáticos, características da personalidade, e estratégias de *coping*. Paralelamente, os autores identificaram vários fatores de proteção, tais como: um bom nível de autoestima, a religiosidade, relação com os pares, autocontrolo, e a existência de políticas de combate ao consumo de droga. No contexto português a percentagem de jovens que até aos 18 anos já experimentou ou consome algum tipo de substância tem vindo a diminuir, com exceção de alguns grupos específicos¹³, e entre os jovens em AR o aumento foi de 10% em relação a 2022².

O *coping* pode ser definido como a resposta cognitiva, emocional e comportamental de um indivíduo para gerir as exigências internas e externas decorrentes dos problemas do quotidiano¹⁷. Os indivíduos selecionam as estratégias de *coping* a utilizar com base na perceção do seu controlo sobre os fatores de stresse, ajustando as respostas para evitar o desajustamento¹⁸. Estratégias de *coping* eficazes podem influenciar a adaptação aos diferentes contextos sociais bem como minimizar dificuldades de integração¹⁹. As estratégias de *coping* podem também mediar a relação entre as experiências de vida adversas, os recursos pessoais e sociais para as resolver, e as consequências dos problemas de saúde mental. Estratégias desadaptativas conduzem a um aumento dos sintomas internalizantes, enquanto estratégias adaptativas reduzem os sintomas externalizantes. Os jovens em AR sofrem frequentemente vários tipos de maus-tratos e fatores de stresse crónicos, que conduzem a piores resultados em termos de saúde mental. Simultaneamente, as estratégias de *coping* influenciam a variância na

quantidade de problemas de internalização e externalização que apresentam^{20, 21}. Assim, os estilos de *coping* podem esclarecer acerca das disparidades de saúde mental que os adolescentes em AR apresentam. O seu ajustamento psicológico depende então do tipo e duração dos maus-tratos, mas também da forma como os jovens gerem os seus sentimentos e comportamentos após os maus-tratos²⁰.

A Tríade Negra (TN) refere-se a características de personalidade subclínicas de maquiavelismo, narcisismo e psicopatia ligadas a comportamentos da população em geral que são ética, moral e socialmente questionáveis²². Embora considerados aversivos ou negativos, estes traços não são indicativos de patologia, no entanto englobam dimensões de personalidade socialmente prejudiciais e todos os traços captam tendências socialmente indesejáveis^{23, 24}. O maquiavelismo é definido por enganar, explorar e manipular^{22, 25}; o narcisismo envolve visões grandiosas de si mesmo e estratégias de dominância²²; e a psicopatia está associada à impulsividade, procura de emoção e baixa empatia²⁴. A TN representa um lado malévolos e desadaptativo da natureza humana, frequentemente associado a efeitos e comportamentos psicossociais adversos²⁶. Investigações prévias mostraram que a TN pode influenciar as estratégias de *coping* e a saúde psicológica²⁷ e que cada característica provoca respostas distintas ao stress^{27, 28}.

O consumo de SPA, as estratégias de *coping* e as características da TN podem influenciar o ajustamento psicológico dos jovens em AR e foram consideradas neste estudo que teve como ponto de partida o facto de não existir até ao momento, tanto quanto conhecemos, um estudo português que retrate a realidade dos consumos dos jovens a viver em AR e procure relacionar com as características da Tríade Negra da Personalidade e com a utilização das estratégias de *coping*. O presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação mais alargada que identificou que, tanto em Portugal como a nível internacional, não existe nenhum trabalho publicado que tenha investigado a presença das características da TN da personalidade em jovens a viver em regime

de AR. Deste modo, o objetivo deste estudo é explorar a experiência de consumo de SPA, as estratégias de *coping* e a TN em jovens que vivem em AR, de modo a conhecer o seu impacto no ajustamento psicológico dos mesmos. Esperamos que os resultados possam contribuir para a definição de estratégias interventivas mais adequadas à especificidade desta população, nomeadamente pelos técnicos das equipas de prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, ou outros profissionais que trabalhem na área da infância e juventude, ou do acolhimento residencial.

MATERIAL E MÉTODOS

Participantes

Participaram 511 jovens de 46 instituições portuguesas de acolhimento residencial, incluindo 232 rapazes (45,4%) e 279 raparigas (54,6%), com idades compreendidas entre os 12 e os 24 anos ($M = 15,87$, $DP = 2,25$). A distribuição etária foi a seguinte 12-15 anos: $n = 226$ (44,2%); 16-18 anos: $n = 227$ (44,4%); 19-24 anos: $n = 58$ (11,4%). A faixa etária dos 12-24 anos é a mais prevalente no AR em Portugal². Em média, os jovens viviam na atual instituição há 41 meses ($DP = 43$; intervalo = 1-204). Embora muitos jovens apresentassem mais do que uma razão para terem sido acolhidos, as principais razões para as atuais medidas de proteção foram a negligência e os maus-tratos (38%), o absentismo escolar (30%), os problemas financeiros (29%) e a violência doméstica (25%). Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes (75%) concluiu o 3º ciclo do ensino básico. A maioria dos jovens (93%) tinha irmãos, mas apenas 31% viviam na mesma instituição.

Instrumentos

O protocolo de recolha de dados incluiu um questionário sociodemográfico para caracterização da amostra, onde se incluíram questões relacionadas com a experimentação, consumo regular, ou intenção de consumo das SPA mais consumidas pelos

jovens portugueses¹³, bem como outras substâncias menos prevalentes, assim como cada um dos instrumentos que abaixo se descrevem.

Questionário de Capacidades e Dificuldades^{29, 30}

O SDQ é uma escala de autorrelato de 25 itens concebida para avaliar problemas socio-emocionais em crianças e adolescentes. Os itens são classificados através de uma escala tipo Likert de três pontos (0 = “Não é verdade”, 1 = “É um pouco verdade”, 2 = “É muito verdade”) e estão organizados em cinco subescalas: problemas emocionais, problemas comportamentais, dificuldades de hiperatividade/desatenção, problemas de relacionamento com os pares e comportamentos pró-sociais²⁹. A pontuação total das dificuldades do SDQ (ou seja, a soma de todas as subescalas, exceto os comportamentos pró-sociais) é uma medida psicometricamente sólida dos problemas globais de saúde mental dos jovens³¹. Os valores de consistência interna na versão original³² variavam entre ,41 e ,80, indicando uma boa fiabilidade interna. Na adaptação portuguesa³⁰, os alfas de Cronbach variaram entre ,43 e ,61. Para o presente estudo, os valores de fiabilidade obtidos para cada subescala e para a escala total do SDQ foram os seguintes: problemas emocionais = ,68, problemas de comportamento = ,57, dificuldades de hiperatividade/desatenção = ,66, problemas de relacionamento com os pares = ,51, comportamentos pró-sociais = ,78, e escala total = ,78.

Short Dark Triad (SD3)^{33, 34}

A escala SD3 foi concebida para captar a Tríade Negra³⁵, com enfoque nas concepções clássicas e nas características de cada traço, nomeadamente: os maquiavélicos são manipuladores estratégicos, os narcisistas promovem a procura de atenção e os psicopatas são impulsivos em busca de emoção. Trata-se de uma medida breve de 27 itens que avalia as dimensões do maquiavelismo, do narcisismo e da psicopatia, com nove

itens em cada uma das três subescalas. A versão portuguesa³⁴ excluiu alguns itens, culminando numa estrutura com três fatores e sete itens cada. Os participantes indicam o seu nível de concordância numa escala de Likert de 5 pontos que varia entre 1 “Discordo totalmente” e 5 “Concordo totalmente”. Pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de traços da TN. No estudo de validação a consistência interna foi boa para as três subescalas do SD3, com valores de alfa de Cronbach e de fiabilidade composta sempre superiores a ,80. No presente estudo, os valores de fiabilidade obtidos para cada subescala foram os seguintes: maquiavelismo = ,78, narcisismo = ,58, e psicopatia = ,69.

Brief COPE^{36, 37}

O Brief COPE³⁶ é uma versão reduzida do COPE original para avaliar as estratégias de *coping* dos indivíduos numa situação de stresse. É um instrumento de auto-preenchimento composto por 14 subescalas com 2 itens cada, e os 28 itens são escritos em termos da ação que as pessoas implementam. As respostas são dadas numa escala de 4 pontos (de 0 = “Nunca faço isto” a 3 = “Faço quase sempre”). Os alfas de Cronbach na versão original³⁶ situam-se entre ,50 e ,90 indicando uma boa fiabilidade interna; na adaptação portuguesa³⁷ os alfas de Cronbach variaram entre ,37 e ,88. Para o presente estudo, obtiveram-se os seguintes valores de consistência interna: *coping* ativo = ,65, planeamento = ,69, uso de suporte instrumental = ,74, aceitação = ,63, humor = ,58, religião = ,70, uso de suporte emocional = ,71, reinterpretação positiva = ,72, expressão de sentimentos = ,68, auto-culpabilização = ,61, auto-distração = ,49, negação = ,58, uso de substâncias = ,80, e desinvestimento comportamental = ,70.

Procedimentos

Foi obtida aprovação ética da Comissão de Ética da Universidade do Algarve (CEUAlg Pn° 110 /2023). Todos os procedimentos realizados no estudo

cumpriram os padrões éticos da Declaração de Helsínquia de 1964 e as suas alterações posteriores. Os autores da versão portuguesa da escala SD3 concordaram com a utilização deste instrumento em jovens em AR.

Quarenta e seis instituições de Portugal continental e dos arquipélagos dos Açores e da Madeira foram contactadas por telefone e e-mail. Os diretores técnicos foram informados sobre os objetivos e procedimentos do estudo, tendo todos concordado em colaborar. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter idade igual ou superior a 12 anos, dominar a língua portuguesa e não apresentar nenhuma condição médica que afetasse a sua participação no estudo. Foram excluídos os jovens identificados por profissionais da instituição como tendo défice cognitivo. Os participantes elegíveis foram informados sobre o objetivo do estudo pelo primeiro autor e foram convidados a participar voluntariamente. Foram também informados de que podiam desistir em qualquer momento sem sofrer quaisquer consequências. Os participantes com idade igual ou superior a 16 anos que concordaram em participar deram o seu consentimento informado por escrito. Para os participantes com idade inferior a 16 anos, o tutor legal ou o diretor técnico de cada instituição forneceu o consentimento informado por escrito.

Os adolescentes preencheram na instituição de acolhimento o protocolo estruturado, anónimo, para recolha de dados. Foi pedido aos diretores das casas de acolhimento que preenchessem igualmente de forma anónima, um protocolo estruturado com detalhes sobre as características de cada instituição.

Plano de análise

A análise dos dados foi efetuada utilizando o IBM SPSS 29.0³⁸ para realizar a análise estatística descritiva e inferencial. Foram consideradas estatisticamente significativas as diferenças de médias em que o valor de *p* do teste era menor ou igual a 0,05. Os casos omissos foram excluídos da análise. Foram efetuadas análises para investigar as associações entre as estratégias de *coping*, as dimensões da TN,

o consumo de SPA, e o ajustamento psicológico. Foram utilizadas correlações de Pearson para analisar as associações entre as variáveis. As correlações foram consideradas baixas se inferiores a ,20, moderadas se entre ,20 e ,50, e altas se superiores a ,50³⁹.

RESULTADOS

Num primeiro momento apresentamos a estatística descritiva da amostra relativamente ao ajustamento psicológico e à presença de traços da TN. A análise da Tabela 1 permite observar que as raparigas apresentam mais problemas de ajustamento (SDQ total), mas simultaneamente mais comportamentos pró-sociais, e que os rapazes pontuam mais alto em todas as facetas da TN.

Tabela 1. Estatística descritiva do ajustamento psicológico e das características da TN por sexo ($N_{\text{raparigas}} = 279$, $N_{\text{rapazes}} = 232$).

	Raparigas	Rapazes		
	M	DP	M	DP
Problemas emocionais	5,29	2,39	3,80	2,20
Problemas comportamentais	2,79	2,01	3,08	2,04
Hiperatividade	4,94	2,50	4,37	2,19
Relacionamento com os pares	3,34	2,05	3,34	2,04
Comportamento pro-social	7,79	2,13	6,87	2,42
SDQ total	16,35	6,46	14,59	5,82
Maquiavelismo	2,71	0,79	2,92	0,86
Narcisismo	3,03	0,63	3,09	0,67
Psicopatia	2,39	0,76	2,62	0,74

Foi realizado um teste *t* para amostras independentes que revelou a existência de diferenças significativas entre sexos nos problemas emocionais ($t = 7,27$, $p < ,001$), hiperatividade ($t = 2,71$, $p = ,007$), comportamentos pro-sociais ($t = 4,57$, $p < ,001$), valor total do SDQ ($t = 3,22$, $p = ,001$), maquiavelismo ($t = -2,85$, $p = ,005$) e psicopatia ($t = -3,34$, $p < ,001$). Os problemas de comportamento estão no limiar da significância estatística.

Numa análise comparativa entre grupos etários observou-se que os participantes mais novos apresentam mais problemas emocionais, de comportamento, e de hiperatividade, sendo que os comportamentos pró-sociais aumentam com a idade dos jovens. Observou-se ainda que os rapazes mais novos apresentam mais traços de maquiavelismo e psicopatia.

Na Tabela 2 apresentam-se os valores absolutos e as percentagens relativamente à experimentação, uso regular ou intenção de consumo de SPA pela totalidade dos jovens.

A análise da Tabela 2 revela que mais de metade dos jovens inquiridos já experimentou pelo menos uma substância, e que cerca de 27% consome regularmente uma substância, preferencialmente tabaco. Verifica-se também que a maior parte dos participantes recusa experimentar substâncias ilícitas, sobretudo as sintéticas (MDMA e LSD), mas a percentagem reduz para menos de metade no que respeita a substâncias legais como o tabaco ou o álcool. Realizou-se uma análise de diferenças entre sexos relativamente ao consumo de SPA, mas não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 2. Experimentação e intenção de consumo de substâncias (N = 511)

	N (%)				
	Álcool	Tabaco	Cannabis	MDMA	LSD
Já experimentei	283 (55,40)	184 (36,00)	103 (20,20)	30 (5,90)	14 (2,70)
Consumo regularmente	26 (5,10)	103 (20,20)	11 (2,20)	0	0
Quero experimentar	10 (2)	3 (0,60)	5 (1)	5 (1)	6 (1,20)
Não quero experimentar	192 (37,60)	221 (43,20)	392 (76,70)	476 (93,20)	491 (96,10)

Na Tabela 3 apresentam-se as correlações entre as diferentes estratégias de *coping*, os traços da TN e as dimensões do SDQ. Observam-se correlações significativas entre todas as estratégias adaptativas para enfrentamento dos problemas. Verifica-se que os três traços da TN se correlacionam de forma significativa com estratégias desadaptativas (e. g., auto-distração, negação, desinvestimento comportamental), e o uso de substâncias para fazer face aos problemas correlaciona-se positivamente com todos os traços da TN. O narcisismo é o único traço que se correlaciona positivamente com todas as estratégias de *coping*, por outro lado a psicopatia correlaciona-se com o humor, o suporte instrumental, e a auto-distração o que parece validar as características deste estilo de personalidade enquanto indivíduos que utilizam os outros para benefício próprio, desvalorizando ou ignorando os próprios sentimentos, problemas ou preocupações. O uso de substâncias corelaciona-se positivamente com estratégias de reinterpretação positiva, humor, suporte emocional, negação e expressão de sentimentos como se os consumos fossem uma “solução mágica” para os problemas ou uma forma de encontrar refúgio/apoio emocional. Finalmente, esta estratégia de recorrer a substâncias para enfrentar os problemas correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do SDQ e negativamente com os comportamentos pro-sociais.

Em média, as estratégias que os jovens referem utilizar com mais frequência perante situações de problema são o planeamento, aceitação, *coping* ativo e auto-distração. O recurso às substâncias ou à religião surgem como as estratégias menos referidas.

Tabela 3. Correlações entre as estratégias de coping, traços da Triáde Negra e dimensões do SDQ (N = 511)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1.Ativo	-	,61***	,52***	,38***	,23***	,27***	,36***	,37***	,34***	,29***	,20***	,07	,06	,19***	,09	,28***	,03	,13**	-,14**	-,05	,32***	,32***	-,03
2.Plan		-	,57***	,51***	,25***	,26***	,28***	,38***	,37***	,27***	,22***	,02	,03	,22***	,07	,30***	-,00	,10*	-,12**	-,19***	-,04	,31***	-,09
3.Rein			-	,40***	,33***	,24***	,40***	,37***	,31***	,19***	,22***	,11*	,03	,04	,02	,25***	-,04	-,04	-,07	-,18***	-,08	,25***	-,14**
4.Acei				-	,23***	,23***	,23***	,29***	,35***	,20***	,24***	,05	,10*	,14**	,05	,21***	,01	,13**	-,01	-,09	,01	,26***	,02
5.Hum					-	,17***	,19***	,24***	,31***	,22***	,14**	,15***	,23***	,20***	,15***	,09*	,12*	,08	,08	,09*	,03	,05	,10*
6.Reli						-	,24***	,32***	,23***	,26***	,23***	,13**	,09*	,16***	,05	,19***	,02	,15***	,09	-,00	,04	,19***	,10*
7.Sup em							-	,61***	,33***	,32***	,46***	,10*	,21***	,15***	,02	,19***	,04	,25***	,04	,08	-,07	,26***	,12**
8.Sup ins								-	,26***	,34***	,47***	,11*	,20***	-,10*	,10*	,29***	,14***	,25***	,10*	,02	-,05	,26***	,12*
9.Autodis									-	,33***	,28***	,10*	,20***	,30***	,17***	,22***	,15***	,26***	,07	,16***	,04	,15***	,20***
10.Neg										-	,30***	,27***	,47***	,45***	,21***	,22***	,27***	,33***	,28***	,24***	,15***	,10*	,36***
11.Exp sen											-	,15***	,33***	,18***	,13**	,17***	,23***	,31***	,22***	,26***	,07	,10*	,31***
12.Subs												-	,37***	,25***	,26***	,21***	,33***	,26***	,43***	,21***	,25***	-,14**	,40***
13.Desinv													-	,41***	,27***	,10*	,33***	,45***	,37***	,38***	,28***	-,02	,53***
14.Autoc														-	,21***	,13**	,23***	,48***	,20***	,30***	,29***	,15***	,46***
15.Maq															-	,40***	,60***	,16***	,25***	,12**	,19***	-,17***	,25***
16.Narc																-	,38***	,14**	,12**	-,08	,00	,17***	,06
17.Psicop																	-	,19***	,49***	,27***	,28***	-,25***	,43***
18.Emoc																		-	,27***	,38***	,36***	,22***	,74***
19.Comp																			-	,44***	,33***	-,31***	,71***
20.Hiper																				-	,15***	-,15***	,72***
21.Pares																					-	-,21***	,63***
22.Prosoc																						-	-,15***
23.SDQ T																							-

Nota: 1 = *coping* ativo, 2 = Planear, 3 = Reinterpretação positiva, 4 = Aceitação, 5 = Humor, 6 = Religião, 7 = Suporte emocional, 8 = Suporte instrumental, 9 = Auto-distração, 10 = Negação, 11 = Expressão de sentimentos, 12 = Uso de substâncias, 13 = Desinvestimento comportamental, 14 = Auto-culpabilização, 15 = Maquiavelismo, 16 = Narcisismo, 17 = Psicopatia, 18 = Problemas emocionais, 19 = Problemas de comportamento, 20 = Hiperatividade, 21 = Problemas de relacionamento com os pares, 22 = Comportamentos pró-sociais, 23 = SDQ total.

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

DISCUSSÃO

Este estudo pretendeu conhecer a experiência de consumo de SPA, as estratégias de *coping* e a presença de traços da TN em jovens portugueses que vivem em AR, de modo a conhecer o seu impacto no ajustamento psicológico destes adolescentes. Com uma amostra que cobre todas as regiões do território nacional observamos que o consumo de substâncias é transversal entre sexos e grupos etários. Embora o consumo de substâncias surja como uma das estratégias menos referidas para fazer face aos problemas, é importante notar que muitos dos jovens experimentam ou consomem com frequência por motivos diversos, e não apenas com o intuito de resolver problemas do seu quotidiano. É ainda importante ressaltar um possível efeito de deseabilidade social nos resultados uma vez que os questionários foram respondidos no contexto institucional.

Aproximadamente metade dos jovens (48%) a quem é aplicada uma medida de proteção em regime de acolhimento institucional esteve exposta a comportamentos de perigo pelos pais². Esta condição, juntamente com o facto de muitas famílias biológicas serem disfuncionais, não demonstrarem competências parentais adequadas ou apresentarem estilos educativos com consequências negativas para o comportamento e desenvolvimento dos jovens, fazem com que os mesmos não aprendam um modelo adequado de resolução de problemas, revelando falta de estratégias de resolução de problemas adaptativas e dificuldades de regulação emocional. Adicionalmente, observam-se problemas de ajustamento psicológico que nesta população surgem associados a múltiplos determinantes⁸, como por exemplo o apoio social⁴⁰, a relação com os cuidadores⁷ ou as estratégias de *coping* utilizadas⁴¹. Verifica-se que o ajustamento psicológico destes jovens, assim como questões relacionadas com a sua saúde mental, encontram-se associados de uma forma positiva com a procura de suporte emocional, e de uma forma negativa com o uso de

substâncias, tanto ao nível do ajustamento global como dos problemas emocionais ou comportamentais que apresentam.

Os jovens que vivem em AR nesta fase da vida enfrentam mais dificuldades neste processo do que os seus pares que vivem com as famílias biológicas, em parte porque as relações familiares são disfuncionais na maioria dos casos, mas também devido à rutura das ligações sociais com os amigos quando entram no acolhimento⁴.

O facto de o recurso às substâncias estar positivamente associado a estratégias de reinterpretação positiva, humor, suporte emocional, negação e expressão de sentimentos parece configurar da parte dos jovens uma desvalorização dos efeitos dos consumos, como se as consequências do uso de SPA fossem negadas uma vez que cumprem um propósito de bem-estar ou servem para obter algum apoio emocional. No mesmo sentido, o recurso às substâncias como estratégia para enfrentar os problemas correlaciona-se positivamente com todas as dimensões do SDQ e negativamente com os comportamentos pró-sociais, observando-se dificuldades em todas as áreas e, portanto, considerando-se um maior nível de desajustamento, e simultaneamente uma dificuldade em apresentar comportamentos pro-sociais. Os comportamentos pró-sociais aumentam no grupo de participantes com idades entre os 19 e os 24 anos, o que parece sugerir que a transição da adolescência para a idade adulta é acompanhada de alguma melhoria nos comportamentos e adequação social.

Os rapazes pontuam mais alto em todas as facetas da TN, em linha com os resultados observados noutras investigações com adultos, ou com adolescentes da população em geral²². Observou-se ainda que os rapazes mais novos apresentam mais traços de maquiavelismo e psicopatia, podendo colocar-se a hipótese de ser mais difícil para os participantes mais novos adaptarem-se ao contexto institucional ou distanciarem-se das experiências precoces prévias à institucionalização (e. g., vitimização, negligência ou maus-tratos) que estão

associados na literatura ao desenvolvimento destas características⁴². Estudos anteriores mostraram que o maquiavelismo e a psicopatia estão significativamente relacionados com os elevados níveis de sofrimento psicológico dos jovens e que o maquiavelismo pode aumentar o sofrimento psicológico⁴³.

Os três traços da TN correlacionam-se de forma significativa com estratégias desadaptativas confirmando-se a tendência de serem traços socialmente indesejáveis^{23,24}, e a dificuldade em reconhecer os seus comportamentos. Estudos anteriores mostraram que a TN pode influenciar as estratégias de *coping* utilizadas²⁷ e que cada traço provoca respostas distintas ao stress^{27,28}. No presente estudo verificou-se que de uma forma geral os jovens com traços elevados de TN recorrem a mais estratégias desadaptativas, com exceção do narcisismo que é o único traço que se correlaciona positivamente com todas as estratégias de *coping*. Os jovens com elevados níveis de psicopatia apresentam estratégias para lidar com os problemas baseadas no humor, suporte instrumental, e auto-distração o que parece validar as características deste estilo de personalidade enquanto impulsivo, procura de emoção ou baixa empatia²⁴. Simultaneamente retratam-se como indivíduos que utilizam os outros para benefício próprio, desvalorizando ou ignorando os próprios sentimentos ou problemas. Estes jovens parecem não abdicar de determinados comportamentos porque são insensíveis aos potenciais problemas causados por comportamentos de risco, mas porque a atração por potenciais recompensas decorrentes de comportamentos de risco é mais cativante⁴⁴. Estas características podem ainda explicar o facto de uma grande quantidade de adolescentes que entram no AR (25%) ser devido a problemas de comportamento e atividades de risco², não explicados apenas por fatores ambientais ou experiências adversas na infância.

A TN representa um lado desadaptativo da natureza humana, frequentemente associado a comportamentos psicossociais negativos²⁶. Os resultados obtidos permitem comprovar esta característica através das correlações positivas observadas com as

diferentes dimensões da escala SDQ, e com as correlações negativas entre o maquiavelismo e a psicopatia com os comportamentos pró-sociais. O recurso a substâncias para fazer face aos problemas correlaciona-se positivamente com todos os traços da TN, acentuando a tendência para a adoção de comportamentos impulsivos, baseados na procura de emoção ou na ausência de julgamento moral. Contudo, conforme referido por alguns autores, alguns dos consumos que os jovens institucionalizados apresentam parecem refletir comportamentos prévios à institucionalização⁴⁵. Estudos anteriores mostraram uma associação entre o maquiavelismo e o consumo de álcool, e entre o narcisismo e o consumo de tabaco e outras SPA⁴⁶.

Implicações práticas

Uma constelação de fatores que inclui modelos parentais desadequados, poucos fatores de proteção, banalização dos efeitos das SPA, utilização de estratégias de *coping* desadaptativas, dificuldades de regulação emocional, problemas de vinculação ou características da personalidade, faz desta população específica um grupo de alto risco para o consumo de SPA. Acrescem a estes fatores a percepção que os jovens têm de si como sendo alvo de discriminação ou inferiores aos outros jovens e que, consequentemente, afeta a sua capacidade de inclusão na sociedade levando a que muitos dos problemas de ajustamento persistam após a saída do acolhimento. Por esse motivo é fundamental que sejam delineadas estratégias de intervenção individualizadas e articuladas e que, no contexto terapêutico da relação reparadora, se tenha em consideração as seguintes necessidades: treinar estratégias de *coping* alternativas e positivas, encontrar novas formas de lidar com as situações, desenvolver estratégias de regulação emocional e comportamental, analisar os modelos de referência destes jovens, avaliar os fatores de risco e os fatores de proteção. Simultaneamente, é fundamental adotar uma compreensão mais abrangente do significado do uso das substâncias por estes jovens, considerados um grupo de alto risco⁴⁷, uma vez que

do ponto de vista institucional o consumo de SPA pode ser gerador de mais conflitos, provocar quebras na confiança ou implicar uma maior restrição de comportamentos associados às regras e rotinas estabelecidas. Por fim, é fundamental assegurar formação adequada às equipas técnicas e educativas das instituições de acolhimento, aos técnicos que trabalham na área da infância e juventude, implementar junto dos jovens programas de treino de competências, e desenvolver ações de sensibilização e informação para esta população.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com o presente estudo mostram que o consumo de SPA nesta amostra de jovens institucionalizados é transversal entre sexos e grupos etários, e que mais de metade dos jovens já experimentou pelo menos uma substância. Observaram-se diferenças entre sexos no que respeita aos traços da TN, e os três traços correlacionam-se de forma significativa com estratégias de *coping* desadaptativas. O ajustamento psicológico destes jovens está associado à procura de suporte emocional e ao uso de substâncias. O uso de substâncias correlaciona-se positivamente com todas as dimensões da escala de ajustamento e negativamente com o comportamento pro-social, e o recurso a substâncias para fazer face aos problemas correlaciona-se positivamente com todos os traços da TN, acentuando a tendência destes jovens para a adoção de comportamentos desajustados. Os resultados confirmam a importância de estudar esta população de forma a minimizar os fatores de risco e potenciar fatores de proteção que promovam um melhor ajustamento psicológico destes jovens.

Declaração de conflitos de interesse: as autoras declaram não ter nenhum conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. UNICEF Regional Office for Europe and Central Asia. (2024). TransMonEE analytical series: Pathways to Better Protection - Taking stock of the situation of children in alternative care in Europe and Central Asia. UNICEF. <https://www.unicef.org/eca/media/33251/file/Pathways%20to%20better%20protection.pdf>
2. Instituto da Segurança Social, I. P. (2024). CASA 2023 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens. https://www.seg-social.pt/documents/10152/13326/Relat%C3%B3rio_CASA_2023/da8913ce-97e0-4b5d-ae10-bf16c7a88901
3. Mota CP, Serra L, Relva I, Fernandes OM (2017), Do sibling relationships protect adolescents in residential care and traditional families from developing psychopathologies? *Journal of Family Studies* 23(3): 260–277. <https://doi.org/10.1080/1322940020151106333>
4. Molano N, Espinosa E, León E (2024), Psychological adjustment of children and adolescents in residential care with collaborating families: A multi-informant assessment. *Anales de Psicología* 40(1): 139–149. <https://doi.org/10.6018/analesps.542161>
5. University of York (2023), Care leavers face ‘acute challenges’ in transition to adulthood. University of York. <https://www.york.ac.uk/news-and-events/news/2023/research/care-leavers-face-acute-challenges-in-adulthood/>
6. Sulimani-Aidan Y (2017), To dream the impossible dream: Care leavers’ challenges and barriers in pursuing their future expectations and goals. *Children and Youth Services Review* 81: 332–339. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.08.025>
7. Rayburn AD, Withers MC, McWey LM (2018), The importance of the caregiver and adolescent relationship for mental health outcomes among youth in foster care. *Journal of Family Violence* 33(1): 43–52. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9933-4>
8. Simão A, Santos Rd, Brás M, Nunes C (2025), Determinants of Psychological Adjustment of Institutionalized Adolescents: A Systematic Review. *Child Youth Care Forum* <https://doi.org/10.1007/s10566-025-09859-3>
9. Schoeps K, Tamarit A, González R, Montoya-Castilla I (2019), Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: Impacto sobre el ajuste psicológico. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 6(1): 51–56. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.1.7>
10. Dwight AR, Briesch AM, Hoffman JA, Rutt C (2024), Systematic review of the psychometric evidence supporting use of the depression anxiety stress scales, short form (DASS-21) with youth. *Child & Youth Care Forum* 53(5): 1235–1250. <https://doi.org/10.1007/s10566-024-09795-8>
11. Keil V, Price JM (2006), Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review* 28(7): 761–779. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2005.08.006>

12. Gilvarry E (2000). Substance Abuse in Young People. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 41(1): 55–80. doi:10.1017/S0021963099004965
13. Lavado E, Calado V (2024), ECATD-CAD. Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Relatório Nacional. ICAD, I.P. <https://www.icad.pt/DocumentList/GetFile?id=961&languageId=1>
14. Fernández-Artamendi S, Águila-Otero A, Del Valle JF, Bravo A (2020), Victimization and substance use among adolescents in residential child care. *Child Abuse & Neglect* 104. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104484>
15. Nawi et al. (2021), Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: A systematic review. *BMC Public Health* 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11906-2>
16. Martín E, González-García C, del Valle JF, Bravo A (2018), Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child & Family Social Work* 23(1): 1–7. <https://doi.org/10.1111/cfs.12374>
17. Folkman S (1984), Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4): 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
18. Lazarus RS, Folkman S (1984), *Stress, Appraisal and Coping*. Springer.
19. Frydenberg E, Lewis R (2009), Relations among Well-Being, Avoidant Coping, and Active Coping in a Large Sample of Australian Adolescents. *Psychological Reports* 104(3): 745–758. <https://doi.org/10.2466/PRO.104.3.745-758>
20. Huffhines L, Jackson Y, Stone KJ (2020), Internalizing, Externalizing Problems and Psychiatric Hospitalizations: Examination of Maltreatment Chronicity and Coping Style in Adolescents in Foster Care. *Journal of Child & Adolescent Trauma* 13(4): 429–441. <https://doi.org/10.1007/s40653-020-00305-1>
21. Miller GE, Chen E, Parker KJ (2011), Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin* 137(6): 959–997. <https://doi.org/10.1037/a0024768>
22. Klimstra TA, Sijtsma JJ, Henrichs J, Cima, M (2014), The Dark Triad of personality in adolescence: Psychometric properties of a concise measure and associations with adolescent adjustment from a multi-informant perspective. *Journal of Research in Personality*, 53: 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2014.09.001>
23. Muris P, Merckelbach H, Otgaar H, Meijer E (2017), The Malevolent Side of Human Nature. *Perspectives on Psychological Science* 12(2): 183–204. <https://doi.org/10.1177/1745691616666070>
24. Paulhus DL, Williams KM (2002), The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism, and psychopathy. *Journal of Research in Personality* 36(6): 556–563. [https://doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00505-6](https://doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00505-6)
25. Götz FM, Bleidorn W, Rentfrow PJ (2020), Age differences in Machiavellianism across the life span: Evidence from a large-scale cross-sectional study. *Journal of Personality* 88(5): 978–992. <https://doi.org/10.1111/jopy.12545>
26. Sijtsma JJ, Garofalo C, Jansen K, Klimstra TA (2019), Disengaging from Evil: Longitudinal Associations Between the Dark Triad, Moral Disengagement, and Antisocial Behavior in Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 47(8): 1351–1365. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00519-4>
27. Birkás B, Gács B, Csathó Á (2016), Keep calm and don't worry: Different Dark Triad traits predict distinct coping preferences. *Personality and Individual Differences* 88: 134–138. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.007>
28. Yang et al. (2024), Relationships between Dark Triad and negative emotions during COVID-19 lockdown: The chain mediating roles of negative coping and state boredom. *Current Psychology* 43(15): 14005–14017. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03560-7>
29. Goodman R (1997), The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 38(5): 581–586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
30. Pechorro P, Poiars C, Vieira R (2011), Propriedades psicométricas do Questionário de Capacidades e de Dificuldades na versão portuguesa de auto-resposta. *Journal of Consultation-Liaison Psychiatry* 16(1): 99–109.
31. Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB (2010), When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *Journal of Abnormal Child Psychology* 38(8): 1179–1191. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9434-x>
32. Goodman R (2001), Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40(11): 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
33. Jones DN, Paulhus DL (2014), Introducing the Short Dark Triad (SD3). *Assessment* 21(1): 28–41. <https://doi.org/10.1177/1073191113514105>
34. Pechorro P, Caramelo V, Oliveira JP, Nunes C, Curtis SR, Jones DN (2018), The Short Dark Triad (SD3): Adaptation and Psychometrics among At-Risk Male and Female Youths. *Deviant Behavior* 40(3): 273–286. <https://doi.org/10.1080/01639625.2017.1421120>
35. Jones DN, Paulhus DL (2011), Differentiating the Dark Triad Within the Interpersonal Circumplex. In L. M. Horowitz & S. Strack (Eds.), *Handbook of Interpersonal Psychology* (pp. 249–267). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118001868.ch15>
36. Carver CS (1997), You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine* 4(1): 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
37. Nunes C, Pérez-Padilla J, Martins C, Pechorro P, Ayala-Nunes L, Ferreira LI (2021), The Brief COPE: Measurement Invariance and Psychometric Properties among Community and At-Risk Portuguese Parents. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph18062806>

38. IBM Corp. (2020). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 29.0). IBM Corp.
39. Marôco, J. (2021), *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8ª ed.). ReportNumber Lda.
40. Singstad MT, Wallander JL, Lydersen S, Kaye N (2022), Perceived social support and symptom loads of psychiatric disorders among adolescents in residential youth care. *Social Work Research* 46(1): 30–43. <https://doi.org/10.1093/swr/svab031>
41. Gundogdu U, Eroglu M (2023), Major depression, substance use, and resilience among female adolescents in institutional care. *Journal of Substance Use*: 1–8. <https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2221352>
42. Jonason PK, Lyons M, Bethell EJ (2014), The making of Darth Vader: Parent–child care and the Dark Triad. *Personality and Individual Differences* 67: 30–34. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.10.006>
43. Mushtaq A, Inam A, Najmussaqib A, Afshan A, Ermagan-Caglar E (2022), Mediating Role of Psychological Maladjustment in Relation Between Dark Triad, Psychological Distress and Subjective Happiness of Pakistani Emerging Adults. *Frontiers in Psychology* 13. doi: 10.3389/fpsyg.2022.906334
44. Malesza M, Ostaszewski P (2016), The utility of the Dark Triad model in the prediction of the self-reported and behavioral risk-taking behaviors among adolescents. *Personality and Individual Differences* 90: 7–11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.10.026>
45. McCrystal P, Percy A, Higgins K (2008), Substance Use among Young People Living in Residential State Care. *Child Care in Practice* 14(2): 181–192. <https://doi.org/10.1080/13575270701868819>
46. Pechorro P, Jonason PK, Raposo V, Maroco J (2021), Dirty dozen: A concise measure of dark triad traits among at-risk youths. *Current Psychology*, 40: 3522–3531. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00288-9>
47. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2022). *Intervenção em crianças e jovens com processos de promoção e proteção e comportamentos aditivos e dependências – Manual*. Lisboa https://www.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/manual_intervencao_com_crianças_e_jovens_comppp_e_cad_v22.pdf

ÁLCOOL E CONJUGALIDADE: PENSAR A (IN)EVITABILIDADE DE CERTOS DESTINOS

ALCOHOL AND
CONJUGALITY:
IT IS URGENT TO THINK
OF THE (IN) AVOIDANCE OF
CERTAIN DESTINATIONS.
ANALYSIS OF THE STORY OF
LÍDIA JORGE “MARIDO”.

Autores

Zélia Teixeira¹; Luis Santos²; Margarida Soliz³ & Paula Dias⁴

¹ Psicóloga (PhD)

² Psicólogo (PhD), Universidade Fernando Pessoa

³ Psicóloga (PhD), Unidade de Alcoologia do Porto

⁴ Socióloga, CRI Porto Ocidental

RESUMO

Este artigo tem como base o conto *Marido* de Lídia Jorge¹, e propõe uma abordagem qualitativa interseccional, com recurso à análise temática, em torno do género, alcoolismo e dinâmica conjugal. A partir da seleção de um conjunto de repertórios discursivos desta obra relaciona-se a construção identitária feminina de si, de raiz essencialista, com a ideia de interação conjugal alicerçada na aceitação de uma (di)visão de papéis de género que fragiliza o desenvolvimento do pensamento crítico e a autodeterminação da mulher. Destacam-se várias dimensões explicativas associadas à resposta da mulher e esposa de um homem alcoólico e sublinha-se a pertinência do planeamento colaborativo de intervenções multidisciplinares afastadas de crenças e estereótipos perpetuadores de sistemas opressivos que colocam a mulher numa posição de vulnerabilidade e que potenciam intervenções menos eficazes.

PALAVRAS-CHAVE:

Género; Álcool; Dinâmica Conjugal.

ABSTRACT

This article is based on the tale *Marido* from Lídia Jorge¹, and proposes a qualitative intersectional approach, using thematic analysis, around gender, alcoholism and conjugal dynamics. From the selection of a set of discursive repertoires of this work, it is related to the feminist construction of feminine identity, of an essentialist root, with the idea of conjugal interaction based on the acceptance of a gender role (di)vision that weakens the development of the critical thinking and the self-determination of women. There are several explanatory dimensions associated with the response of the woman wife of an alcoholic man and it is underlined the collaborative planning of multidisciplinary interventions, far from believes and perpetuating stereotypes of oppressive systems that place women in a position of vulnerability and that make foster interventions less effective.

KEYWORDS: *Gender, Alcohol; Partners' dynamic.*

INTRODUÇÃO

Os aspetos relacionais associados à problemática individual da dependência alcoólica têm sido muito discutidos num movimento de tentativa de compreensão da múltipla teia de fatores que induzam, mantenham ou sejam potencial de mudança, no percurso de vida de quem faz um uso problemático desta substância. As esposas/parceiras deste tipo de sujeitos surgem pois, não só como quem partilha as vivências de sofrimento, mas como alguém que acompanha o cônjuge quando há tentativas de mudança, e que por isso se torna uma presença regular no contexto de tratamento. Desde os anos 50 do séc. XX que este grupo tem merecido alguma atenção por parte dos estudiosos do alcoolismo². Em termos históricos encontramos movimentos de compreensão que vão desde a tentativa claramente patologizante de classificar as esposas de alcoólicos de acordo com um reduzido número de categorias, passando pelas perspetivas de compreensão mais global que advêm, por exemplo, das correntes sistémicas, até aos modelos de contornos pós-modernos que descentram do indivíduo o foco de atenção, para o dirigir para os processos relacionais e sociais². Assim, na linha de investigação mais clássica encontramos dois vetores primordiais que orientam as investigações sobre quem são e como são estas mulheres: o primeiro, em que o comportamento da mulher é determinado pelos seus próprios traços de personalidade e que favorece o alcoolismo do marido^{3,4}; um segundo, em que a conduta desta mulher é determinada pela situação em que se encontra, relacionada com o alcoolismo do marido, e em que os diferentes estados de alcoolização do companheiro produzem alterações logicamente previsíveis no comportamento da esposa⁵. Como representantes do primeiro vetor vamos encontrar os trabalhos de Whalen⁴, que defendia que quem vivesse com um alcoólico mais de dez anos teria que o fazer com base numa necessidade patológica inerente à sua personalidade, procedendo, de seguida, à enumeração de quatro tipos de mulheres que aceitariam estas condições motivadas por necessidades

diferentes. Destas necessidades surgem quatro categorias: a mulher masoquista, a punitiva ou sádica, a dominadora ou diretiva, e finalmente a indecisa. Como padrão comum a estas mulheres teríamos uma grande necessidade de dependência que as levaria a escolherem um homem incapaz de as satisfazer e facilitando-lhes o domínio do casamento através da tomada dos papéis não assumidos pelo parceiro. Não demorou a que esta posição levantasse críticas entre os seus contemporâneos. Jackson⁶, reportando-se à anterior posição, não sustentava a existência de características patológicas na mulher do alcoólico que justificassem só por si a criação de um meio facilitador para o surgimento do alcoolismo do cônjuge. Para esta autora, as constelações de comportamentos patológicos exibidas pelas mulheres de alcoólicos (de acordo com a classificação de Whalen) poderiam representar formas alternativas de elas lidarem de uma forma apropriada com o stress dos vários estádios porque passaria a família, no processo de adaptação ao alcoolismo. A tendência para desconfirmar a existência destas tipologias foi-se desenvolvendo, nomeadamente através dos trabalhos de Edwards, Haney e Whitehead⁷, mas a procura da psicopatologia associada às esposas de alcoólicos bem como a pesquisa de características típicas das mulheres companheiras de abusadores ou dependentes de álcool, ainda se encontra em alguma literatura^{8,9}. De entre essas características salientam-se elevados níveis de depressão, ansiedade e de queixas somáticas, bem como baixos níveis de satisfação relacional, aos quais se acrescentam vivências repetidas de abuso físico e verbal, e mais recentemente, níveis de resiliência. A década de 70 viu nascer o termo codependência, cunhado para definir o parceiro do dependente químico (seja ele alcoólico ou toxicodependente). Subjacente a este modelo está a noção de que os consumidores excessivos e suas parceiras desenvolvem relações complementares, nas quais cada um reforça as necessidades patológicas do outro, retomando alguns dos aspetos do modelo do distúrbio da personalidade que Edwards e seus colaboradores⁷ tinham

desacreditado uma década antes². Levado ao limite, o modelo da codependência defendia que todos os membros de cada família onde existisse um bebedor excessivo seriam perturbados psicologicamente, e que existiria uma síndrome de comportamentos de confronto mal-adaptados observados nestas famílias. Timmen Cermak¹⁰ descreveu a codependência como uma desordem de personalidade e outros autores caracterizaram-na como uma doença transmitida de geração para geração através de processos de aprendizagem². O conceito de codependência foi gradualmente questionado após larga disseminação, nomeadamente em outros domínios da experiência humana. A sua aplicação ao fenómeno da violência doméstica foi particularmente alvo de crítica. Mais recentemente vários autores têm apresentado modelos alternativos de compreensão do peso do uso problemático do álcool no stresse conjugal num registo de interdependência¹¹, tal como têm vindo a reforçar a produção teórica que defende a adição como um processo complexo cuja leitura implica a mudança de paradigma¹². Tal inflexão pressupõe que a abordagem de que a adição se sustenta exclusivamente no indivíduo induz limitações consideráveis na teorização, investigação e tratamento dos comportamentos adictivos¹³. A focalização predominante no nível individual de análise neurobiológica impede a consideração de outros importantes níveis adicionais de compreensão, nomeadamente quanto aos papéis das ações humanas individuais e coletivas, aos processos socialmente construtores da adição, e ao papel do género¹⁴. Com a consciência de que uma visão neurobiológica e psicológica sobre a adição ao álcool é insuficiente para compreender e intervir, subscrevemos as linhas teóricas que apontam a intencionalidade, os relacionamentos e a procura de significado como complementos indispensáveis à compreensão do comportamento humano. Assumimos assim uma perspectiva relacional enquadrada pelo construcionismo social. O conto de Lídia Jorge com o título *Marido*¹ é, na essência, a história de Lúcia, uma porteira, que partilha com o marido um pequeno décimo andar,

onde, apesar da sua dimensão, consegue ter espaço na varanda, debaixo de um pombal, para se abrigar da fúria dele quando chega alcoolizado. É um conto sobre a forma como Lúcia se vê a si, ao marido, aos vizinhos, e à sua relação com estes intervenientes na sua vida. É uma história sobre a sobreposição de fragilidades que começam cedo na sua vida e que contribuem para a precocidade da sua morte num dia em que sente, pensa e faz as coisas de modo diferente. A leitura e desconstrução deste conto afasta-se da visão clínica tradicional (ainda muitas vezes expressa no conceito de codependência). A grelha que escolhemos está centrada na perspectiva de Lúcia e na sua narrativa. Foi, pois, inserido no movimento narrativo de intervenção e pesquisa nas ciências sociais e humanas que nos enraizamos para iniciar este estudo. Inspirados em Roland Barthes¹⁵, para quem as narrativas no mundo são inumeráveis, com múltiplos géneros, presentes em todos os tempos e lugares onde existiu humanidade, reconhecemos que a narrativa pode ser então conceptualizada como construção, como movimento, como organizador, não só da experiência humana, mas também da vivência social e cultural.

METODOLOGIA

A abordagem utilizada no presente trabalho é de índole qualitativa e foi sustentada na totalidade do texto que constitui o conto *Marido*¹, com vista a responder à seguinte pergunta de partida. Quais os mecanismos inibidores do processo de tomada de consciência de uma situação de risco individual em sede conjugal e consequente adesão à mudança? Como objetivo geral, os autores consideraram problematizar, a partir da história de Lúcia, a manutenção de relacionamentos conjugais assentes em dinâmicas assimétricas de poder e potencialmente lesivas para a mulher. Como objetivos específicos, pretendeu-se identificar mecanismos inibidores do processo de tomada de consciência da mulher face a situações de risco individual em sede conjugal em casos de dependência alcoólica do companheiro e equacionar

estratégias a implementar pelos profissionais de saúde, facilitadoras da promoção e adesão à mudança por parte de mulheres vítimas de relacionamentos com companheiros com dependência alcoólica. Os dados foram tratados à luz da análise temática^{16,17}, um método fundamental na análise qualitativa, que permite identificar, relatar e analisar temas emergentes dos dados. Tal como outros métodos, a análise temática pode ser conduzida de acordo com diferentes paradigmas, nomeadamente, essencialista ou construcionista^{16,17}, seguindo abordagens dedutivas^{18,19} ou indutivas²⁰. O trabalho apresentado orienta-se por uma perspetiva construcionista, cujos pressupostos, de acordo com Conceição Nogueira²¹, remetem para: a) uma posição crítica face ao conhecimento fornecido como verdade objetiva, explicada à luz da natureza individual; b) a ideia de que as formas e os termos pelos quais o mundo é compreendido e cada um individualmente correspondem a derivações das (inter)relações entre as pessoas, permeáveis às especificidades históricas e culturais; c) as descrições do mundo ou do *self* são sustentadas ao longo do tempo devido às variações do processo social e não por uma validade objetiva; e d) o significado da linguagem deriva do seu modo de funcionamento inscrito nos padrões de relacionamento. Em termos de abordagens possíveis, a dedutiva tende a derivar do quadro teórico de base ou do interesse em investigar questões particulares^{18,19}. Esta forma de investigação poderá oferecer uma menor quantidade relativa à descrição dos dados em geral, mas antes uma análise aprofundada de diferentes aspetos presentes nos dados. Por outro lado, a abordagem indutiva, reporta-se a temas fortemente associados aos dados²², aproximando a análise temática à *grounded theory*. De acordo com esta abordagem, se os dados foram recolhidos especificamente para a pesquisa, por exemplo através da entrevista, os temas identificados podem não ter especial relação com as questões colocadas pelo investigador aos participantes, mas emergido durante o processo de recolha de informação. Poderão mesmo não estar relacionados com os interesses específicos do investigador no

âmbito da pesquisa que conduz naquele momento. Nesse sentido, a abordagem indutiva consiste num processo que não visa encaixar a informação recolhida em categorias pré-existent ou nas pré-suposições do investigador²⁰. O trabalho que se segue foi orientado por uma abordagem mista, no sentido em que foram considerados significados moderadamente explícitos e outros mais latentes. A leitura do *corpus* de análise não foi desprovida de intenções, até porque, conforme referido, havia um interesse específico relacionado com a questão de investigação, mas com a abertura suficiente para captar outros significados úteis para uma compreensão mais alargada e aprofundada de questões subjacentes aos dados. Tal significou uma abertura para analisar as entrelinhas, as possíveis suposições, as conceptualizações e as ideologias que pudessem, porventura, estar na base do texto, no caso concreto, no pensamento de Lúcia.

PROCEDIMENTOS

O objeto de análise foi a totalidade do texto que constitui o conto. Optámos por estruturar a análise temática numa perspetiva interseccional, o que significa, de acordo com Branco (2008), considerar o modo como diferentes conjuntos de identidades influenciam a forma como se acede aos direitos e às oportunidades, procurando compreender diversas experiências de opressão e de privilégio. No âmbito do processo de análise temática, foram ainda seguidas as fases propostas por Braun e Clarke^{16,17}, a saber: a) familiarização com os dados; b) início da codificação; c) procura de temas; d) revisão dos temas; e) definição e nomeação dos temas; e, por fim, f) produção do relatório.

RESULTADOS

Levados a cabo os procedimentos acabados de elencar pudemos organizar a informação recolhida e tratada de acordo com quatro temas principais, cada um deles composto por vários subtemas, e que estão esquematicamente apresentados na Fig. 1.

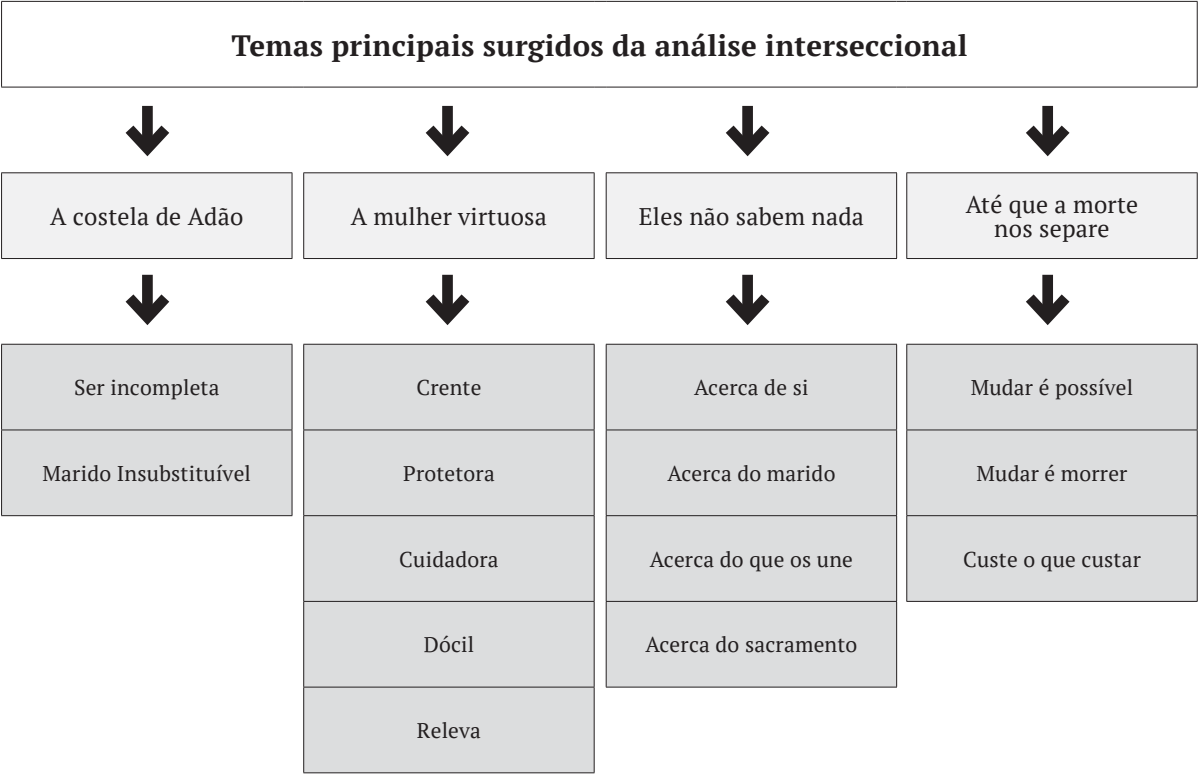


Fig. 1. Representação esquemática dos vários temas emergentes da análise interseccional

O tema *A costela de Adão* resulta da problematização de uma construção identitária feminina de si alicerçada no cumprimento de uma (di)visão tradicional de papéis de género que fragiliza o desenvolvimento crítico e a autodeterminação da mulher; o tema *A mulher virtuosa* ilustra a incorporação de um modelo de conjugalidade congruente com as normas convencionais do comportamento feminino ancoradas numa diversidade de estereótipos que, no geral, subalternizam a mulher; tema *Eles não sabem nada* reflete um padrão relativo a uma estrutura cognitiva habitada por esquemas de pensamento que dificultam o rompimento de um estado de pré-contemplação, isto é, a tomada de consciência face a um problema e, conseqüentemente, a mudança de comportamento; e finalmente, o tema *Até que a morte nos separe* sublinha o triunfo da violência

simbólica, leia-se, a consequência-limite do fracasso de intervenções que negligenciam a urgência de um trabalho colaborativo e sistemático de prevenção, consciencialização e intervenção em múltiplos sectores da sociedade.

TEMA 1: A COSTELA DE ADÃO

A história de Lúcia, a porteira, remete-nos para a constatação de como a construção de si pode refletir de forma vincada os estereótipos de género. Lúcia constrói-se, desde criança, como metade e não como unidade. Como incompleta que se pensa e sente (subtema), Lúcia assume, desde cedo, a necessidade de um homem, de um marido que lhe confira sentido como pessoa e

dê significado à sua existência. Tal como Eva se reconhece, na sua essência, como uma das costelas de Adão, também Lúcia se percebe através do marido, substantivo necessário e suficiente, tal como mostram as seguintes passagens discursivas:

Se, mal tinha deixado de ser criança, já procurava um homem, era porque de facto metade de si andava nesse homem desde sempre. (p. 18).

Que ideia triste aquela de a assistente social dizer que uma mulher é um ser completo. (p.18).

Assim se compreende que o marido surja como insubstituível (subtema), como figura que delimita os passos de Lúcia, as suas aspirações, os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. Limita, inclusive, o seu medo. Na sua masculinidade, enquanto detentor único de um conjunto de atributos e competências que são exclusivas da sua masculinidade hegemónica e que ela jamais deterá. Também neste domínio ela permanecerá incompleta, dependente, conforme testemunha a próxima passagem discursiva:

Quem atarrachava as lâmpadas do tecto? Quem tinha força para empurrar os móveis? Quem espantava os ladrões de carros com dois tiros para o ar, do alto da varanda? Quem desarmava a cama, empurrava o frigorífico, consertava o carro quando avariava? (p.18).

TEMA 2: MULHER VIRTUOSA

Em múltiplos aspetos, Lúcia configura-se como modelo da visão convencional do que é ser feminina: submissa, dependente, sensível, afetuosa, resigna-se às vicissitudes das suas noites e madrugadas, bem como às da sua vida em geral. Como porteira, atrai as atenções dos restantes condóminos quando estes percebem os ruídos que vêm do 10.º andar, a ponto de alguns deles se disporem a ajudá-la a sair daquela situação de risco. Inconcebível. Do texto extraíram-se cinco subtemas que ilustramos com as respetivas passagens discursivas:

Crente:

A porteira aos cinco (minutos) para as cinco da tarde acende uma vela, põe as mãos pedindo que ele (o marido) chegue antes do jantar. (p.13)

É com a voz muito doce que a porteira ao cair da noite se põe a chamar à janela pela Regina [referindo-se à Nossa Senhora] (...). (p.15)

Protetora:

Ela chama a Regina [referindo-se à Nossa Senhora] para (...) proteger o marido, antes de a proteger a ela e à casa. (p.13)

Aí, (na saleta) bem poderia ele dormir antes do jantar, e não estaria em perigo. (p. 12)

Ela não vai, por sua causa particular, incomodar tanta gente que logo abriria a janela reclamando o chamado da porteira ao invocar a Regina (...). (pp.15-16)

Cuidadora:

Ela é que o vestia, ela é que determinava a comida. (p.19)

Depressa lhe tira os sapatos, esfrega-lhe as mãos, massaja-lhe as pernas. (p.22)

Dócil

A porteira tem imensa doçura. (p. 15)

Que releva

O seu homem tinha um bom carácter. Primeiro, porque fora a bebida nunca tinha querido bater nem matar, como tantos há. (pp.18-19)

Que importava então que viesse com os olhos mais luzidios, e de vez em quando a chamasse daquele jeito, estendendo o seu nome de Lúcia como um brado, perseguindo-a? era só aquele instante em que gritava na sala da televisão, e enquanto a procurava na varanda, ao todo uns quinze minutos de sobressalto. (pp. 20-21)

Como é bonito o lábio roxo do marido, sem som, sem bafo. Ela até gosta do bafo a óleo e álcool. (p.22)

TEMA 3: ELES NÃO SABEM NADA

Quando vários dos condóminos se dispuseram a ajudar Lúcia, roubaram-lhe a doçura porque desrespeitaram a sua identidade construída com e, sobretudo, através do marido. Propunham-lhe o sacrifício de si própria, do seu marido, da sua união e de um sacramento. Ao oferecerem-se para a estimular a sua autodeterminação, para a guiarem em direção à independência e à segurança, não a comovem nem a demovem, pois, as propostas de ajuda que cada um lhe faz ameaçam a construção pessoal e social que foi fazendo da sua relação: a vivência conjugal e emocional é uma (con)vivência com o álcool, que ela culpa para poder desculpar o marido. Por outro lado, a presença do álcool viabiliza a aceitação do comportamento agressivo e desajustado do companheiro, legitimando a violência. E isso os inquilinos não entendem, porque não sabem nada.

Acerca de Si:

Ela pôs-se a pensar (...) que os habitantes daquele prédio de que era porteira lhe estendiam um tapete de negrume e solidão (...) pensou como (...) seria triste a vida de porteira sem um marido que viesse da oficina-auto com o seu fato-macaco por tratar. (...) por quem iria ao talho, de quem falaria quando fosse às compras, para quem pediria proteção quando cantasse à janela por Salve Regina. (p.18)

Os inquilinos não viam isso. (p.19)

Ainda por cima tinham-lhe falado como quem concede e dá uma prenda, ou faz uma surpresa. Não, na verdade, não queriam ajudar a porteira. (p.20)

Acerca do marido:

A porteira entendeu que se haviam congregado todos contra o seu homem e perdeu a doçura nesse dia mesmo. (p. 17)

Quantos mais, naquela paróquia, deixavam que a mulher se entregasse à devoção? (...) O marido da porteira nunca procedera assim. (p. 19)

“(...) ela escondia o dinheiro onde ele nem sabia, e ele nem lho pedia nem queria ver. (p.19)

Acerca do que os une:

A vida apareceu-lhe completamente absurda, como se todos se tivessem combinado para lhe arrancarem metade do corpo. (p. 18)

Ah, como nos quiseram separar! Ainda tremo, marido. (p.21)

Apetece-lhe cuspir contra o conluio dessa gente. (p.20)

A porteira (...) nunca dará um passo para se separar do marido. Pensando nisso, chega a sentir um sentimento incristão. (p. 20)

Acerca do valor do sacramento:

Um sacramento é mais do que um homem, e nem parte dele perece na terra. (17)

TEMA 4: ATÉ QUE A MORTE NOS SEPARE

A história e a vida de Lúcia param, para depois mudarem de direção quando esta se apercebe de tudo o que implicaria a aceitação da ajuda dos vizinhos/inquilinos. A viragem dá-se quando decide comprovar a si própria, sem ajuda divina, de que ela tem estado errada no comportamento que manifesta quando o marido chega embriagado. É mais fácil duvidar de si, de todas as suas experiências passadas escondida na varanda do pomal do que aceitar que a separação é para ela, para eles. Nesse momento decide mudar, invertendo as suas atitudes, optando tranquilamente por encarar o marido quando este chegar alcoolizado. Em detrimento de tudo o que já viveu, negando o que anos de convívio lhe mostraram, espera/crê estar enganada, pois se tal acontecer os inquilinos

não terão razão. O casamento não se questiona. Quando o marido chega alcoolizado, as expectativas de Lúcia cumprem-se: sem gritos, sem correrias, o marido surpreendido e em silêncio parece pacificado. Mas as pessoas dificilmente mudam, muito menos quando o álcool lhes altera a forma como se veem a si e aos outros.

Mudar é possível:

Não fugirá para o terraço, não permitirá que ninguém lhe oiça os passos, nem correrá diante dos brados do marido. (p.21)

Com jeito, ela há-de acalmá-lo, em silêncio. (p.21)

Pensando nessa doce mudança quase se deixa dormir. (p.21)

Afinal o que o marido queria não era incendiar-lhe o cabelo, mas antes acender a vela. (p.23)

Mudar é morrer:

Ele toma a vela, traz a vela do Rex e da Regina até junto da porteira, puxa-lhe a roupa, aproxima a vela da camisa de nylon, com brilho e em silêncio. Ateia. Ateou? Ateou a camisa? Ela vira-se, sai da cama, esfrega-se na parede, o fogo primeiro não alastra, depois de repente alastra, cola, passa ao cabelo, ela remove-se no chão, na carpete da sala, junto da porta, ainda abre a porta. (...) A chama da porteira sai pela escada de serviço abaixo. (p.24)

Custe o que custar:

Levem-na Regina e Rex, com vossas quatro mãos, vossos quatro pés, deste lacrimarum valle, eia ergo, ad nos converte. (p.24)

Levam-na sem ruído, sem sirene, sem apito, sem camisa, sem cabelo, sem pele (...). (p.24)

O desfecho desta história aproxima-se do que vários autores vêm escrevendo sobre género e violência em contextos de consumo excessivo

de álcool pelo marido/homem, em que o preço a pagar pela permanência pode ser muito alto. Sendo o processo de construção identitária um processo temporal, facilmente percebemos que no passado de Lúcia sobressaíram narrativas de incompletude, de incapacidade de autodeterminação, social e culturalmente construídas, que, arrastadas para o presente, asseguram a sua sobrevivência escondida da vida e do marido, quando se nega a aceitar ajuda, ou se refugia literalmente debaixo do pombal. Trata-se de uma sobrevivência em que a mudança é dissonante, principalmente quando proposta em formato de rutura com a estrutura identitária que a organizou no passado e no presente. Para Lúcia, a mudança nunca poderá residir numa avaliação contextual da sua situação. Quando pensa que pode mudar é no sentido da confirmação do passado e do presente, refém de estereótipos e crenças que conhece desde sempre como fazendo parte de si. Desta forma, o futuro, enquanto projeto de questionamento e mudança dificilmente tem lugar, tornando inevitável o cumprimento de um destino que já vem traçado, que a consome e em que se consome.

CONCLUSÕES

“Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”²³. Esta célebre passagem do livro *O Segundo Sexo*, de Simone de Beauvoir²³, sugere que o sexo não é um destino inexorável, mas sim que a cultura e a sociedade definem os espaços que os sexos ocupam²¹. De acordo com esta perspetiva, pensar o género e a dinâmica conjugal como um fenómeno meramente natural, desligado da história, da sociedade e da cultura, para além de redutor, é problemático²⁴. Na verdade, a feminilidade (tal como a masculinidade) constituem formas de pensar, dizer e fazer, socialmente construídas em diversos planos da vida em sociedade, incluindo os das relações entre

homens, entre mulheres e entre homens e entre mulheres²⁵. Tal significa assumir que na vida de cada pessoa existe uma sequência temporal no decurso da qual a mesma é induzida a tomar parte na dialética da sociedade²⁶, observando e cumprindo, sob pena de vir a ser punida, todo um dispositivo de normas e regras sociais de acordo com o seu sexo. A análise do conto *Marido*, centrada na visão de Lúcia e na sua narrativa em torno da dinâmica conjugal focalizada nos cuidados para com o seu marido alcoólico de modo a protegê-lo de si e dos outros e no juízo que faz do seu casamento, ilustra, de modo exemplar, a incorporação da violência simbólica²⁷, instituída por intermédio de uma consciência de si em função do seu marido como alguém que não apenas a completa, como dá sentido e utilidade à sua existência. Os esquemas de pensamento que Lúcia utiliza para se perceber e se apreciar resultam da incorporação das classificações das quais o seu ser é produto²⁷, não lhe permitindo pensar-se na sua individualidade. Como Boonzaier²⁸ refere quando está em causa o abuso de mulheres, estas optam umas vezes pela construção da perspetiva hegemónica de género, e outras vezes conseguem resistir-lhe. O álcool, neste processo, assume uma vertente iluminadora destas dinâmicas, enquanto intensificador emocional das relações que se estabelecem no casal, mas ao mesmo tempo obnubila os limites entre o que é individual e o que é social, dado o seu peso cultural e tradicional, também com expressão na diferenciação dos géneros. Na abordagem que apresentámos, o álcool não pode ser diabolizado. É mais uma condição que configura a identidade do marido, e que dá tonalidade à relação que os aprisiona. Para Lúcia é o bode expiatório e o único entrave ao seu casamento.

Subscrevemos Boonzaier²⁸ quando refere que o acesso às narrativas sobre a violência nas relações de proximidade se tem mostrado útil na investigação. O conto analisado exibe um potencial imenso de reflexão não só sobre a dinâmica dos personagens, como também sobre os outros agentes que participam nestas narrativas. Na história de Lúcia a ajuda de um médico, de um advogado e de uma

assistente social (todos vizinhos) foi rejeitada. Fica aqui a ressalva de que estes personagens não foram por ela ouvidos. Por motivos dela e por motivos deles que nos fazem refletir não só sobre as estratégias de motivação para a mudança que estão no repertório destes profissionais, mas também sobre a linguagem usada, como instrumento de construção individual e social. Nas palavras de Lúcia “(Para eles) ... de facto era tudo uma questão de papéis” (p.16). Finalmente gostaríamos de realçar a manutenção da atualidade do tema - género, álcool e violência – transposto na escrita de Lídia Jorge em 1997, cuja análise qualitativa permitiu a desconstrução de uma visão tradicional, classificadora e redutora do que é experienciar a conjugabilidade em presença do álcool e da violência, abrindo novos desafios a quem escuta profissionalmente estas vozes, leia-se estas vidas, com vista a definir colaborativamente processos de mudança.

Declaração de conflitos de interesse: os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. JORGE, Lúcia. *Marido e outros contos*. Lisboa. Dom Quixote, 1997.
2. TEIXEIRA, Zélia. *Construção e Validação de uma narrativa protótipo para a dependência alcoólica*. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho, 2004.
3. KALASHIAN, Marion. M.. “Working with the wives of alcoholics in an outpatient clinic setting”. *Marriage and Family*, v. 21, p. 130-133, 1959.
4. WHALEN, Timothy. Wives of Alcoholics: four types observed in a family service survey. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v.14, p. 632-641, 1953.
5. WISEMAN, Jacqueline P.. *The other half- Wives of alcoholics and their social-psychological situation*. New York: Aldine de Gruyter, 1991.
6. JACKSON, Joan. “The adjustment of the family to the crisis of alcoholism”. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 15, p. 562-586, 1954.
7. EDWARDS, Peter, HANEY, Christopher ; WHITEHEAD, P.C. “Wives of alcoholics: a critical review analysis”. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v.34, p. 112-132, março 1973.
8. DANDU, Aruna, BHARATHI, S., & DUDALA, Shankar Reddy. Psychiatric morbidity in spouses of patients with alcohol related disorders. *Journal of family medicine and primary care*, v.6, n. 2, p. 305-310, abr/jun 2017.
9. JOHNSON, Pradeep. R. et al.. “Resilience in Wives of persons with Alcoholism: An Indian exploration”. *Indian journal of psychiatry*, v. 60, n.1, p. 84-89, 2018.
10. CERMAK, Timmen. *Diagnosing and treating co-dependency*. Minnesota: Johnson Institute Books, 1986.
11. RODRIGUEZ, Lindsey M.; NEIGHBORS, Clayton; KNEE, C. Raymond. “Problematic alcohol use and marital distress: An interdependence theory perspective”. *Addiction Research & Theory*, v. 22, n. 4, p. 294-312, 2014.
12. ALEXANDER, Bruce K. “Addiction: The urgent need for a paradigm shift”. *Substance use & misuse*, v.47, n.13-14, p. 1475-1482, nov/dez. 2012.
13. SELBEKK, Anne Schanche; SAGVAAG, Hildegunn, & FAUSKE, Halvor. “Addiction, families and treatment: a critical realist search for theories that can improve practice”. *Addiction Research & Theory*, v. 23, n. 3, p.196-204, 2015.
14. GRAHAM, Matthew D.; YOUNG, Richard A.; VALACH, Ladislav; WOOD, R. Alan. “Addiction as a complex social process: An action theoretical perspective”. *Addiction Research & Theory*, v. 16, n.2, p. 121-133, 2008.
15. BARTHES, Roland. *Poétique du récit*, Paris: Editions du Seuil, 1977.
16. BRAUN, Virginia, & CLARKE, Victoria. “Using thematic analysis in psychology”. *Qualitative Research in Psychology*, v.3, n. 2, p. 77-101, julho 2008.
17. BRAUN, Virginia, & CLARKE, Victoria. *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: DC: SAGE Publications, 2013.
18. BOYATZIS, Richard. E. *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1998.
19. HAYES, Nicky (1997). *Theory-led thematic analysis: Social identification in small companies*. In HAYES, Nicky (Ed.), *Doing qualitative analysis in psychology*. Erlbaum: Psychology Press, 1997. p. 93-114.
20. FRITH, Hannah; GLEESON, Kate. *Clothing and embodiment: men managing body image and appearance*. *Psychology of Men and Masculinity*, v.5, p. 40-48, Janeiro 2004.
21. NOGUEIRA, Conceição. *Um novo olhar sobre as relações sociais de género. Perspectiva feminista crítica na psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2001.
22. PATTON, Michael Quinn. *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1990.
23. BEAUVOIR, Simone. *O segundo sexo II. A experiência vivida*. Lisboa: Quetzal, 2008.
24. SANTOS, Luis. *Tornar-se homem: Dramaturgias em torno das apresentações de si, das emoções e dos afectos em palcos offline e online*. Tese de Doutoramento em Psicologia Social. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2009.
25. AMÂNCIO, Lígia Barros. *Masculino e feminino. A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento, 1994.
26. BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. *A construção social da realidade*. Lisboa: Dinalivro, 2004.
27. BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Oeiras: Celta Editora, 1999.
28. BOONZAIER, Floretta. “If the Man Says you Must Sit, Then you Must Sit”: The Relational Construction of Woman Abuse: Gender, Subjectivity and Violence. *Feminism & Psychology*, v.18, n.2, p. 183-206, maio 2008.

VINCULAÇÃO E ADIÇÃO: UM MODELO RELACIONAL DE VULNERABILIDADE AO USO DE SUBSTÂNCIAS

ATTACHMENT AND ADDITION: A RELATIONAL MODEL OF VULNERABILITY TO SUBSTANCE USE

Autores

Francisco Cunha^{1,2}
Médico Interno de Formação
Específica em Psiquiatria, MD

Orlando von Doellinger^{1,3}
Médico Psiquiatria,
Assistente Graduado Sênior, MD, PhD

¹ Departamento de Neurociências
Clínicas e Saúde Mental,
Faculdade de Medicina
da Universidade do Porto,
Porto, Portugal

² Serviço de Psiquiatria,
ULS Viseu Dão-Lafões, Viseu, Portugal

³ Serviço de Psiquiatria,
ULS Tâmega e Sousa,
Penafiel, Portugal

Autor para correspondência

Francisco Cunha
E-mail: franciscocunhapsiquiatria@gmail.com

RESUMO

Em termos psicodinâmicos a adição pode ser compreendida como uma tentativa complexa de autorregulação emocional e de reparação de falhas relacionais precoces. Esta revisão narrativa analisou a relação entre estilos de vinculação e vulnerabilidade à dependência de substâncias, integrando contributos da Teoria da Vinculação, da Psicologia do *Self* e das Teorias das Relações de Objeto. A evidência empírica indica que padrões inseguros de vinculação aumentam significativamente o risco de desenvolvimento de comportamentos aditivos. Assim, a substância é conceptualizada como um substituto relacional com a função de colmatar lacunas no suporte afetivo primário. Modelos como a hipótese da automedicação elucidam como os efeitos psicofarmacológicos das diferentes substâncias correspondem às necessidades emocionais específicas dos indivíduos. Assim, a recuperação eficaz da dependência requer mais do que a supressão do consumo: exige a reconstrução de capacidades de vinculação segura, de regulação emocional e de integração do *self*. Estes dados reforçam a importância de abordagens terapêuticas que, para além da abstinência, privilegiem a transformação das dinâmicas relacionais subjacentes à adição.

PALAVRAS-CHAVE: *Adição, Vinculação, Psicoterapia Psicodinâmica, Psicologia do Self, Relações de Objeto, Perturbações por Uso de Substâncias*

ABSTRACT

From a psychodynamic perspective, addiction can be understood as a complex attempt at emotional self-regulation and a way of repairing early relational failures. This narrative review explored the relationship between attachment styles and vulnerability to substance dependence, integrating contributions from Attachment Theory, Psychology of Self, and Object Relations Theory. Empirical evidence indicates that insecure attachment patterns significantly increase the risk of developing addictive behaviors. Consequently, the substance is conceptualized as a relational substitute, serving to fill gaps in primary affective support. Models such as the self-medication hypothesis help explain how the psychopharmacological effects of different substances correspond to individuals' specific emotional needs. Thus, effective recovery from addiction requires more than suppressing substance use: it demands the rebuilding of secure attachment capacities, emotional regulation, and self-integration. These findings underscore the importance of therapeutic approaches that go beyond abstinence and focus on transforming the relational dynamics underlying addiction.

KEYWORDS: *Addiction, Attachment, Psychodynamic Psychotherapy, Psychology of Self, Object Relations, Substance Use Disorders*

INTRODUÇÃO

Os comportamentos aditivos são um fenômeno complexo que não pode ser reduzido apenas a um problema neurobiológico ou comportamental. A investigação científica sugere uma relação estreita entre os modelos de vinculação e a vulnerabilidade ao uso de substâncias, apontando para a adição como uma perturbação do desenvolvimento emocional e relacional. O presente trabalho explora essa interligação, analisando as bases teóricas da vinculação, as evidências empíricas que sustentam essa relação e as implicações clínicas para o tratamento das dependências.

METODOLOGIA

Este trabalho consistiu numa revisão narrativa da literatura com o objetivo de integrar contributos teóricos e empíricos relevantes sobre a relação entre estilos de vinculação e a vulnerabilidade ao uso de substâncias, a partir de uma perspetiva psicodinâmica.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre janeiro e abril de 2025, utilizando as bases de dados PubMed, PsycINFO e Google Scholar. Foram utilizadas combinações de palavras-chave como “attachment”, “substance use disorders”, “addiction”, “psychodynamic”, “self psychology” e “object relations”. O intervalo temporal considerado foi de 1960 a 2023, com ênfase em publicações dos últimos 20 anos, sempre que disponíveis. Foram incluídos artigos em português, inglês e espanhol, publicados em revistas com revisão por pares, bem como obras clássicas relevantes para os modelos teóricos analisados.

A seleção e análise dos materiais valorizou a coerência teórica, a relevância clínica e a articulação com os modelos psicodinâmicos de compreensão da adição.

A pesquisa inicial identificou aproximadamente 147 artigos. Após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 56 para análise integral. Destes, 33 foram incluídos na revisão final por cumprirem os critérios de inclusão e apresentarem

relevância teórica ou empírica no contexto psicodinâmico-relacional da adição.

A análise foi realizada segundo uma abordagem interpretativa integrativa, articulando os dados empíricos com os modelos teóricos clássicos e contemporâneos. A síntese narrativa procurou destacar convergências entre os diferentes contributos, mapear categorias explicativas comuns e extrair implicações clínicas para o tratamento da dependência sob uma perspetiva relacional.

DA VINCULAÇÃO À VULNERABILIDADE ADITIVA

John Bowlby propôs que os seres humanos nascem com um sistema psicobiológico inato, designado por sistema comportamental de vinculação, que assegura a proximidade com figuras cuidadoras, desempenhando um papel essencial na sobrevivência e no desenvolvimento afetivo (Bowlby, 1982). Este sistema manifesta-se desde os primeiros momentos de vida através de comportamentos instintivos como seguir, agarrar, sorrir, chuchar e chorar, cuja função é eliciar respostas de cuidado e proteção. A vinculação promove não apenas a satisfação das necessidades físicas básicas, mas também a construção de uma base segura, indispensável para a exploração do ambiente, a regulação emocional e a formação de relações interpessoais futuras (Ainsworth et al., 1978; Mikulincer & Shaver, 2007). A ativação consistente e responsiva deste sistema permite ao indivíduo desenvolver modelos internos de funcionamento que moldam a perceção de si mesmo e dos outros em contextos relacionais, influenciando profundamente o ajustamento psicológico ao longo da vida.

A adição pode ser compreendida como uma tentativa disfuncional de suprir falhas no desenvolvimento dos vínculos afetivos. Durante a adolescência e o início da vida adulta, períodos críticos para a reorganização das relações de vinculação, a ausência de figuras cuidadoras capazes de proporcionar segurança emocional pode favorecer o recurso a substâncias psicoativas

como forma de compensar carências afetivas e regular estados emocionais perturbadores (Schindler, 2019). Indivíduos que experienciaram abandono, negligência ou abuso têm maior propensão para desenvolver padrões aditivos, utilizando o consumo de substâncias como estratégia de autossustentação emocional e de evasão face à instabilidade relacional (Khantzian, 1997). Nestes contextos, a substância adquire funções análogas às de uma figura de vinculação, oferecendo previsibilidade, controle e alívio temporário da angústia emocional. Assim, a droga não é meramente um veículo de prazer hedônico, mas emerge como um substituto relacional — uma tentativa de reconstrução precária da segurança interna e da coesão do *self* (Flores, 2004; Mikulincer & Shaver, 2012).

De acordo com a teoria da Psicologia do *Self*, desenvolvida por Heinz Kohut, a dependência pode ser interpretada como uma tentativa de regulação afetiva e de autorreparação, motivada por défices estruturais no desenvolvimento do *self* (Kohut, 1977, 1984). Quando as necessidades de vinculação não são adequadamente atendidas durante a infância e a adolescência, o indivíduo pode desenvolver uma estrutura psíquica vulnerável, caracterizada pela incapacidade de regular as próprias emoções de forma autónoma (Mollon, 2001). A ausência de um ambiente responsivo e validante conduz a um funcionamento interno deficitário, no qual a busca por objetos externos, como substâncias psicoativas, se torna essencial para a manutenção transitória da estabilidade emocional (Flores, 2004). Esse processo reflete uma tentativa inconsciente de compensar lacunas na constituição do *self*, proporcionando, através da substância, uma ilusão temporária de coesão e completude. Contudo, esta dependência externa perpetua o ciclo de desregulação emocional e impede o desenvolvimento de mecanismos internos saudáveis de autorregulação, perpetuando o ciclo aditivo.

À medida que o indivíduo em processo de recuperação se reintegra no tecido social, atenuam-se gradualmente os sinais de degradação social e

a percepção de marginalização que caracterizaram a trajetória da adição (Best et al., 2016). A exclusão social, que é tanto uma consequência como um fator de perpetuação da dependência, começa a ser substituída por novas interações e possibilidades de pertença (Granfield & Cloud, 2001). Esta mudança pode inverter a trajetória descendente marcada pelo isolamento, pela desesperança e pela fragmentação do *self*. No entanto, a posição social do sujeito mantém um papel crítico: quando a reintegração é dificultada pelo estigma ou pela falta de suporte, o sentimento de exclusão e de desesperança pode ser reativado, aumentando substancialmente o risco de recaída (White, 2007; Livingston et al., 2012). A recuperação sustentada depende, assim, não apenas de processos intrapsíquicos, mas também da capacidade da comunidade em acolher e validar trajetórias de transformação.

A literatura tem identificado correlações consistentes entre os diferentes estilos de vinculação e padrões de risco para o desenvolvimento de perturbações por uso de substâncias. A tabela 1 resume estas associações, destacando as estratégias emocionais predominantes e o respetivo impacto na vulnerabilidade aditiva.

Tipo de vinculação	Estratégias emocionais predominantes	Padrão de risco para adição
Segura	Regulação emocional adaptativa; recurso a apoio social	Baixo risco
Ansioso-ambivalente	Hipervigilância emocional; necessidade intensa de validação	Risco aumentado: mitigar ansiedade e medo de abandono
Evitante	Supressão emocional; distanciamento afetivo	Risco aumentado: preservação de sentimento de autossuficiência
Desorganizado	Regulação emocional caótica; impulsividade; psicoticismo	Alto risco: fuga de estados emocionais intoleráveis

Tabela 1. Relação entre tipo de vinculação, estratégias emocionais predominantes e padrões de risco para perturbações por uso de substâncias (Mikulincer & Shave, 2007; Flores, 2004; Thorberg & Lyvers, 2010).

A PERSPETIVA PSICODINÂMICA DA ADIÇÃO

Alguns modelos de compreensão psicodinâmica dos comportamentos aditivos enfatizam a sua raiz em conflitos inconscientes, défices estruturais do *self* e modos primitivos de regulação afetiva. O uso compulsivo de substâncias é compreendido como uma tentativa de gerir angústias intoleráveis, reparar falhas precoces nas relações de vinculação e compensar fragilidades do funcionamento psíquico.

A Teoria Pulsional de Sigmund Freud oferece contributos fundamentais para a compreensão da adição enquanto forma de regresso a estados de prazer primitivo e uma defesa contra a dor psíquica (Freud, 1898). Em *Além do Princípio do Prazer*, Freud (1920) elabora a noção de compulsão à repetição e de uma tendência regressiva do aparelho psíquico para retornar a estados anteriores de menor tensão. Embora não tenha desenvolvido uma teoria sistemática da adição, a sua conceptualização do conflito entre a pulsão de vida (*Eros*) e a pulsão de morte (*Thanatos*) permite inferir que o comportamento aditivo pode ser interpretado como uma tentativa inconsciente de restaurar, ainda que ilusoriamente, uma condição psíquica de menor conflito interno. Esta visão seria subsequentemente enriquecida pela Psicologia do *Self* de Kohut (1977), que permitiu compreender que, na ausência de vínculos responsivos, a substância pode ser investida como um substituto *self*-objetual, conferindo, de forma transitória, a coesão e a estabilidade emocional que a relação com os cuidadores primários deveria ter assegurado.

Diversos contributos da Teoria da Relação de Objeto também aprofundaram o entendimento dos défices emocionais subjacentes à adição. Para Bion (1962), a falha das figuras de vinculação em acolher e transformar os estados emocionais primitivos do indivíduo, função essa que designou como *rêverie*, compromete a capacidade de metabolizar experiências internas dolorosas. Perante esta falha, emoções intoleráveis permanecem em

estado bruto, favorecendo a utilização de mecanismos de *acting-out* aditivo como tentativa de descarregá-las sem simbolização.

A literatura psicodinâmica contemporânea corrobora esta visão, conceptualizando a adição como a externalização de dinâmicas inconscientes de desamparo e agressividade reprimida (Flores, 2004; Khantzian, 1997). A substância representa simultaneamente uma defesa contra a dor emocional e uma expressão da impossibilidade de construir relações de confiança e mutualidade. Assim, a perspetiva psicodinâmica convida a compreender a adição como uma tentativa dramática de autoconservação perante falhas profundas no desenvolvimento emocional e relacional.

A SUBSTÂNCIA COMO SUBSTITUTO RELACIONAL

A leitura psicodinâmica da adição possibilita reconhecer a substância não apenas como um agente farmacológico, mas como um substituto relacional, investido inconscientemente de funções emocionais e psíquicas essenciais. Em situações onde a construção de vínculos seguros foi comprometida, seja por negligência, inconsistência ou intrusão precoce, a substância emerge como uma tentativa de preencher o vazio deixado pela ausência de experiências *self*-objetuais adequadas (Flores, 2004). Ao invés de facilitar a autonomização saudável do *self*, a droga fixa o indivíduo numa dependência compulsiva, perpetuando a necessidade de recurso externo para a regulação de estados emocionais intoleráveis.

Assim, a adição adquire o estatuto de uma solução relacional patológica, uma forma de restaurar precariamente funções psíquicas básicas de regulação, coesão e segurança. Contudo, ao oferecer apenas um alívio transitório e ilusório, a droga aprofunda progressivamente a desconexão do indivíduo consigo mesmo e com os outros, perpetuando o ciclo de fragmentação emocional e solidão.

Nesta perspectiva, a escolha da substância não ocorre de forma arbitrária: os efeitos psicofarmacológicos específicos de cada droga tendem a corresponder às necessidades emocionais predominantes do indivíduo (Khantzian, 1997). A hipótese da automedicação propõe que o uso de substâncias emerge como uma estratégia adaptativa disfuncional, orientada para o alívio de estados afetivos intoleráveis. Segundo este modelo, diferentes substâncias são selecionadas em função dos padrões emocionais subjacentes, funcionando como tentativas de autorregulação face a perturbações que o indivíduo é incapaz de modular de forma autônoma.

Estudos empíricos demonstram que determinados padrões de consumo de substâncias estão fortemente correlacionados com perfis emocionais específicos (Khantzian, 1997; Schindler, 2019). Indivíduos que experienciam ansiedade intensa tendem a recorrer a depressores do sistema nervoso central, como o álcool e os benzodiazepínicos, devido à capacidade destas substâncias de atenuar temporariamente estados de hiperativação emocional. Por outro lado, sujeitos dominados por sentimentos de vazio, apatia ou anedonia mostram uma maior propensão para o uso de estimulantes, como a cocaína e as anfetaminas, que proporcionam uma sensação transitória de energia, vitalidade e autoestima. Os opiáceos, como a heroína, são frequentemente escolhidos por indivíduos que enfrentam estados emocionais marcados por dor psíquica profunda, promovendo, através da ativação do sistema opioide endógeno, uma experiência de conforto emocional e anestesia afetiva (Volkow et al., 2019). A hipótese da automedicação é sustentada por estudos neurobiológicos que demonstram que o consumo de substâncias interfere na atividade de sistemas-chave de regulação emocional, nomeadamente os sistemas dopaminérgico, serotoninérgico e opioide (Koob & Volkow, 2016). Embora essas alterações neuroquímicas proporcionem alívio momentâneo dos estados afetivos dolorosos, a exposição repetida às substâncias conduz a adaptações plásticas

no cérebro, como a dessensibilização dos circuitos de recompensa e o recrutamento progressivo de sistemas de stress, perpetuando assim o ciclo da dependência.

A tabela 2 sintetiza as relações observadas entre tipos de substâncias, emoções dominantes e os efeitos psicofarmacológicos procurados pelos indivíduos, à luz da hipótese da automedicação.

Substância	Emoção dominante	Efeito procurado
Álcool	Ansiedade, tensão	Redução da hiperativação emocional, relaxamento
Cocaína	Vazio, apatia, anedonia	Aumento de energia, vitalidade, motivação
Opioides	Dor emocional profunda, desamparo	Anestesia emocional, conforto, sensação de segurança
Cannabis	Ansiedade, stress	Relaxamento, alteração da percepção emocional

Tabela 2. Relação entre tipo de substância consumida, emoção dominante subjacente e efeitos psicofarmacológicos procurados (Khantzian, 1997; Schindler, 2019; Volkow et al., 2019).

EVIDÊNCIA EMPÍRICA

A relação entre estilos de vinculação e perturbações por uso de substâncias é amplamente suportada pela literatura científica. Estudos longitudinais demonstram que indivíduos que cresceram em ambientes familiares instáveis, marcados por negligência emocional, abuso ou inconsistência nos cuidados parentais, apresentam uma probabilidade significativamente maior de desenvolver padrões problemáticos de consumo de substâncias (Schindler, 2019; Vungkhanching et al., 2004). Esta associação é explicada, em grande medida, pelo papel que a vinculação desempenha na regulação emocional e na organização da identidade.

Indivíduos com estilos de vinculação evitante ou ansioso exibem uma predisposição aumentada

para recorrer ao uso de substâncias perante situações de sofrimento emocional (Thorberg & Lyvers, 2010; Estévez et al., 2017). Pessoas com um padrão de vinculação evitante, que tendem a suprimir as suas emoções e a evitar a intimidade afetiva, frequentemente utilizam substâncias como estratégia de autorregulação, preservando uma sensação artificial de autossuficiência. Em contraste, indivíduos com um estilo de vinculação ansioso, caracterizados por uma necessidade intensa de validação e medo do abandono, podem recorrer ao uso de substâncias para mitigar a ansiedade e a insegurança.

Estudos com modelos animais também fornecem suporte à relação entre experiências de vinculação precoce e vulnerabilidade à dependência. Estudos com primatas demonstraram que a separação materna precoce provoca alterações neuroquímicas significativas, aumentando a sensibilidade ao consumo de substâncias (Harlow, 1961; Higley et al., 1991). Experiências com roedores indicam que cuidados maternos deficientes se associam a uma maior libertação de dopamina em resposta ao consumo de drogas, sugerindo um impacto direto nos circuitos de recompensa cerebral (Meaney, 2001; Brake et al., 2004). De facto, a ativação do sistema opioide endógeno, observada em padrões de vinculação segura, é semelhante à induzida pelo consumo de opiáceos, sugerindo que substâncias como a heroína podem funcionar como substitutos neurobiológicos de proximidade emocional (Panksepp et al., 1980).

Um dos estudos mais emblemáticos na compreensão do impacto do ambiente social na vulnerabilidade à dependência foi o *Rat Park Experiment*, conduzido por Bruce Alexander e colaboradores (1978). Este estudo desafiou a conceptualização tradicional da adição como fenómeno exclusivamente genético e biológico, argumentando que fatores sociais e ambientais desempenham um papel crítico na predisposição para o uso de substâncias. Os resultados mostraram que ratos

criados em ambientes enriquecidos com liberdade de movimento, interação social e estimulação consumiam significativamente menos morfina do que aqueles mantidos em isolamento.

De forma consistente, estudos longitudinais indicam que indivíduos que cresceram em lares disfuncionais apresentam taxas mais elevadas de consumo de substâncias na adolescência e na idade adulta (Anda et al., 2006). Populações clínicas revelam uma elevada prevalência de experiências adversas na infância, incluindo abuso físico, emocional e negligência, entre pessoas em tratamento para dependência. A correlação entre trauma precoce e dependência é robustamente sustentada: de facto, a exposição cumulativa a fatores de adversidade infantil aumenta proporcionalmente o risco de desenvolvimento de perturbações por uso de substâncias (Felitti et al., 1998).

Além disso, a qualidade da vinculação estabelecida na infância influencia diretamente a forma como os indivíduos lidam com o stress e os desafios emocionais na vida adulta (Mikulincer & Shaver, 2007). Indivíduos com padrões de vinculação segura tendem a recorrer a redes de apoio social e a estratégias adaptativas, enquanto aqueles com padrões inseguros demonstram uma maior propensão para mecanismos mais disfuncionais, incluindo o uso de substâncias. Paralelamente, intervenções terapêuticas baseadas na Teoria da Vinculação têm demonstrado eficácia no tratamento da dependência (Flores, 2004; Schindler, 2019). Abordagens focadas na reparação dos vínculos afetivos, como a Terapia Baseada na Mentalização (Fonagy & Allison, 2014), têm demonstrado eficácia no tratamento de perturbações aditivas (Khantzian, 2014; Kern & Fikretoglu, 2008). Estas intervenções enfatizam a criação de um ambiente terapêutico seguro, onde os pacientes possam explorar, integrar e reconstruir as suas experiências relacionais, favorecendo uma recuperação emocional mais sustentável.

Em suma, a literatura científica evidencia de forma consistente que a qualidade das experiências de

vinculação desempenha um papel central na vulnerabilidade à adição e que a reparação de vínculos disfuncionais pode constituir uma estratégia terapêutica crucial. Esta compreensão possibilita o desenvolvimento de abordagens centradas nas necessidades emocionais do indivíduo, promovendo trajetórias de recuperação menos propensas à recaída e mais orientadas para a reconstrução relacional.

IMPLICAÇÕES TERAPÊUTICAS

A adição ultrapassa a visão reducionista de um simples comportamento impulsionado pela busca do prazer químico ou pela falta de vontade. Representa uma manifestação complexa de necessidades humanas fundamentais: conexão, segurança afetiva e regulação emocional. Compreender a adição a partir da perspectiva da vinculação abre possibilidades terapêuticas que transcendem o foco exclusivo na abstinência, propondo uma intervenção centrada na reconstrução do *self* relacional e na promoção da capacidade de estabelecer vínculos seguros. Se a ausência precoce de experiências relacionais consistentes pode aumentar a vulnerabilidade à dependência, a criação, no espaço terapêutico, de condições que favoreçam o restabelecimento da confiança interpessoal torna-se um objetivo clínico relevante. Importa, contudo, reconhecer que outros modelos de intervenção, como a terapia cognitivo-comportamental, a prevenção da recaída e as abordagens motivacionais, oferecem também contributos valiosos e complementares no tratamento da dependência.

A dor emocional que muitas vezes impulsiona o consumo de substâncias não desaparece com a simples interrupção do uso. Pelo contrário, pode emergir de forma ainda mais intensa, desprotegida pela anestesia química. Assim, a intervenção terapêutica necessita de incluir estratégias que promovam a reintegração gradual do mundo emocional, respeitando os limites de tolerância do paciente

e oferecendo alternativas seguras de regulação afetiva. A ampliação da consciência emocional, o treino da tolerância ao desconforto psíquico e o desenvolvimento de competências de *coping* são considerados componentes fundamentais de uma recuperação sustentada (Khantzian, 1997).

Além da dimensão intrapsíquica, a adição frequentemente fragmenta as relações sociais, conduzindo ao isolamento e à erosão dos laços afetivos. A reconstrução de redes de apoio autênticas e funcionalmente adaptativas constitui um dos pilares para a consolidação da recuperação. Este processo não se limita a uma reinserção social superficial, mas implica o fortalecimento da capacidade do indivíduo para estabelecer relações caracterizadas por reciprocidade, fiabilidade e suporte emocional. A qualidade da aliança terapêutica desempenha aqui um papel crítico, funcionando como uma experiência corretiva onde o paciente pode, gradualmente, ressignificar a sua forma de estar em relação (Flores, 2004; Mikulincer & Shaver, 2007).

A prevenção da dependência, por seu lado, deve considerar a importância dos primeiros vínculos e da regulação emocional desde a infância. Estratégias de intervenção precoce que promovam competências parentais, ambientes familiares seguros e o desenvolvimento de competências socioemocionais em crianças e adolescentes podem atenuar o risco de trajetórias aditivas. Um contexto social que reconheça e legitime a expressão emocional poderá contribuir para quebrar ciclos transgeracionais de trauma, negligência e adição.

CONCLUSÕES

A relação entre vinculação e adição revela-se um eixo central para a compreensão do fenómeno da adição. A adição, longe de ser um fenómeno isolado, insere-se numa complexa teia de relações emocionais e experiências precoces que moldam a forma como os indivíduos regulam as suas

emoções e interação com o mundo. A evidência indica que a qualidade dos primeiros vínculos tem um impacto profundo na vulnerabilidade ao uso de substâncias, sugerindo que padrões inseguros de vinculação, em particular os evitantes e desorganizados, podem predispor os indivíduos a utilizar drogas como forma de autorregulação emocional.

O papel da vinculação na recuperação da adição é central. Intervenções terapêuticas que procuram reconstruir um sentido de segurança e promover relações significativas têm demonstrado eficácia na reestruturação de padrões emocionais disfuncionais e na diminuição de recaídas. A criação de um ambiente terapêutico seguro, onde o paciente possa explorar e reconstruir as suas experiências de vinculação, constitui um fator essencial para o sucesso da reabilitação.

A adição é, então, compreendida como um sintoma de um sofrimento profundo, frequentemente enraizado em padrões de vinculação disfuncionais. Assim, ao compreendermos a dependência como uma expressão do desejo humano por conexão e segurança, podemos redefinir as abordagens de tratamento e promover soluções que respeitem a complexidade e a profundidade da experiência humana.

Declaração de conflitos de interesse: os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
2. Alexander, B. K., Coombs, R. B., & Hadaway, P. F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58(2), 175–179. <https://doi.org/10.1007/BF00426903>
3. Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
4. Best, D., Irving, J., & Albertson, K. (2016). Recovery and desistance: What the emerging recovery movement in the alcohol and drug area can learn from models of desistance from offending. *Addiction Research & Theory*, 23(1), 1–10. <https://doi.org/10.3109/16066359.2014.930132>
5. Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
6. Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss. Volume I: Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
7. Brake, W. G., Zhang, T. Y., Diorio, J., Meaney, M. J., & Gratton, A. (2004). Influence of early postnatal rearing conditions on mesocorticolimbic dopamine and behavioral responses to psychostimulants and stressors in adult rats. *The European Journal of Neuroscience*, 19(7), 1863–1874. <https://doi.org/10.1111/j.0953-816X.2004.03278.x>
8. Estévez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 534–544. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.086>
9. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
10. Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham, MD: Jason Aronson.
11. Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
12. Freud, S. (1898). The psychical mechanism of forgetfulness. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 287–297). London: Hogarth Press.
13. Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 7–64). London: Hogarth Press.

14. Granfield, R., & Cloud, W. (2001). Social context and “natural recovery”: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1543–1570. <https://doi.org/10.1081/JA-100106963>
15. Harlow, H. F. (1961). The development of affectional patterns in infant monkeys. In S. Schaffer (Ed.), *The Origins of Human Social Relations* (pp. 17–34). London: Tavistock Publications.
16. Higley, J. D., Hasert, M. F., Suomi, S. J., & Linnoila, M. (1991). Nonhuman primate model of alcohol abuse: Effects of early experience, personality, and stress on alcohol consumption. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 88(16), 7261–7265. <https://doi.org/10.1073/pnas.88.16.7261>
17. Kern, M., & Fikretoglu, D. (2008). Attachment representations, trauma, and the use of substances: A model and a review. *Traumatology*, 14(4), 75–83. <https://doi.org/10.1177/1534765608322126>
18. Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
19. Khantzian, E. J. (2014). *Treating addiction as a human process*. Lanham, MD: Jason Aronson.
20. Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
21. Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
22. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
23. Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: A systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
24. Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161–1192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.24.1.1161>
25. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
26. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
27. Mollon, P. (2001). *Releasing the self: The healing legacy of Heinz Kohut*. London: Whurr Publishers.
28. Panksepp, J., Herman, B. H., Conner, R., Bishop, P., & Scott, J. P. (1980). The biology of social attachments: Opiates alleviate separation distress. *Biological Psychiatry*, 15(5), 677–683.
29. Schindler, A. (2019). Attachment and substance use disorders – Theoretical models, empirical evidence, and implications for treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 727. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00727>
30. Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder inpatients. *Addictive Behaviors*, 35(10), 1012–1017. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.06.006>
31. Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2019). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1511480>
32. Vungkhanching, M., Heinemann, A. W., & Langley, S. (2004). Relationship between alcohol dependence and adult attachment style. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 41(5), 739–746. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2003.07.0101>
33. White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>

USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DURANTE A GRAVIDEZ

ATTACHMENT AND ADDITION: A RELATIONAL MODEL OF VULNERABILITY TO SUBSTANCE USE

Autores

Iara dos Santos¹, Rui Andrade¹,
Paula Carriço², Bruna Melo¹

¹Departamento de Psiquiatria
e Saúde Mental,
ULS Viseu Dão-Lafões;

²Centro de Respostas
Integradas de Coimbra/
Equipa Técnica Especializada
de Tratamento de Coimbra, ICAD

RESUMO

A exposição pré-natal a substâncias psicoativas é um problema de saúde pública, associado a resultados adversos tanto para a mãe como para a criança. Com este artigo, pretendemos analisar a farmacocinética da transferência de substâncias durante a gravidez, as alterações fisiológicas no metabolismo materno que influenciam a exposição fetal, o impacto, na mulher e na criança, de cada uma das substâncias psicoativas mais utilizadas e a abordagem destas situações. Para isso, foi conduzida uma revisão bibliográfica não sistemática na base de dados PubMed, visando o período entre 1998 e 2024. Os estudos mostraram que a nicotina, o álcool, a canábis, a cocaína e os opióides são as substâncias mais utilizadas entre as mulheres grávidas e, cada uma dessas substâncias apresenta efeitos deletérios distintos, tanto no período pré-natal e neonatal, como a longo prazo. Os resultados destacam uma variedade de efeitos adversos, incluindo o parto prematuro, restrições ao crescimento fetal, problemas do neurodesenvolvimento, défices cognitivos, perturbações comportamentais e síndromes de abstinência neonatal. A triagem eficaz é essencial para mitigar os riscos, assim como as intervenções precoces, baseadas num modelo de cuidados abrangentes, incluindo o apoio social e psicológico, e tratamentos personalizados e seguros.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez; substâncias psicoativas; exposição pré-natal a substâncias; desfechos do neurodesenvolvimento;

ABSTRACT

Prenatal exposure to psychoactive substances is a public health concern associated with adverse outcomes for both mother and child. This article aims to analyse the pharmacokinetics of substance transfer during pregnancy, the physiological changes in maternal metabolism influencing fetal exposure, the impact of the most used psychoactive substances on women and children, and the approaches to managing these situations. A non-systematic literature review was conducted using the PubMed database, covering the period from 1998 to 2024. Studies revealed that nicotine, alcohol, cannabis, cocaine, and opioids are the most frequently used substances among pregnant women, each with distinct deleterious effects during the prenatal and neonatal periods and over the long term. Findings highlight a range of adverse outcomes, including preterm birth, fetal growth restrictions, neurodevelopmental issues, cognitive deficits, behavioural disorders, and neonatal abstinence syndromes. Effective screening is essential to mitigate these risks, alongside early interventions based on a comprehensive care model that includes social and psychological support, as well as safe and personalised treatments.

KEYWORDS: Pregnancy; psychoactive substances; prenatal substance exposure; neurodevelopmental outcomes;

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm-se assistido a uma prevalência crescente do uso de substâncias psicoativas e, embora tradicionalmente a prevalência seja superior nos homens, a proporção entre homens e mulheres tem vindo a atenuar-se. Proporcionalmente a este aumento do uso de substâncias lícitas e ilícitas, verificou-se uma maior prevalência também em mulheres em idade fértil. A exposição pré-natal a drogas é um fenómeno global crescente e associa-se a múltiplas complicações médicas na mãe e no seu filho. De facto, segundo o National Institute on Drug Abuse (NIDA), cerca de 75% das crianças expostas in útero a uma ou mais substâncias desenvolverão problemas médicos, em comparação com apenas 27% das crianças não expostas. Assim, o uso de substâncias durante a gravidez revela-se uma grande preocupação de saúde pública.^{1,2} Existem variáveis críticas envolvidas nos efeitos do uso de substâncias no desenvolvimento fetal cerebral, nomeadamente a duração, o momento e a magnitude da exposição à substância, assim como a percentagem de substância que chega ao Sistema Nervoso Central (SNC) do feto. Esta percentagem é altamente influenciada pelas vias de administração das substâncias (oral, inalada, fumada ou injetada) que influenciam diretamente a rapidez e a quantidade de substância no organismo, assim como a intensidade dos seus efeitos. A exposição embrionária a substâncias psicoativas pode originar alterações na morfologia celular dos neurónios corticais, alterações na função dos recetores e alterações na plasticidade sináptica, implicando consequências futuras na criança.²

MÉTODO

Realizamos uma revisão não sistemática da literatura, utilizando a base de dados PubMed. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Prenatal substance exposure”, complications” e “treatment”, visando o período temporal entre 1998 e 2024, sem exclusão de nenhuma categoria de artigo. Foram selecionados os artigos mais relevantes para o tema.

RESULTADOS

Farmacocinética durante a gravidez

Há três fatores principais que determinam a taxa de transferência de uma substância da placenta para o feto. Em primeiro lugar a lipofilicidade da substância, que se refere à capacidade que uma substância tem em se dissolver em lípidos, sendo as substâncias lipofílicas aquelas que tendem a ser mais facilmente transferidas através da membrana placentária. O gradiente de pH através da placenta influencia as formas das substâncias, sendo as formas não ionizadas aquelas que passam facilmente a placenta. Por último, as propriedades de ligação da substância às proteínas também têm um papel relevante, uma vez que substâncias com alta afinidade de ligação a proteínas estão menos disponíveis para transferência, sendo a fração livre aquela que efetivamente passa a membrana.

No que concerne ao equilíbrio entre os compartimentos sanguíneos da mãe e do feto, existem dois fatores responsáveis, o fluxo sanguíneo placentário e o gradiente de concentração. Havendo maior concentração de substância num dos compartimentos, há uma tendência ao equilíbrio das concentrações através da difusão passiva.

Também as próprias mudanças fisiológicas que se verificam durante a gravidez afetam vários parâmetros farmacocinéticos. O atraso no esvaziamento gástrico e a diminuição da motilidade intestinal levam a prejuízo na absorção. O volume plasmático pode aumentar em até 50% durante a gravidez, levando por um lado a diminuição da concentração plasmática da substância e, por outro, ao aumento do volume de distribuição da mesma. No que concerne à metabolização, esta é variável, uma vez que depende não só dos polimorfismos genéticos que levam a maior ou menos atividade enzimática, como também da indução ou inibição hormonal dos processos metabólicos. Durante a gravidez, verifica-se um aumento da taxa de filtração glomerular, especialmente em fases mais avançadas da gravidez, e a um aumento do fluxo sanguíneo hepático, levando a uma maior excreção materna.

A exposição fetal às substâncias depende não só da farmacocinética materna e da transferência placentária mencionados anteriormente, como também da taxa metabólica fetal. No feto, há uma menor quantidade de proteínas plasmáticas, o que condiciona uma maior fração livre de substâncias que, associada a uma maior permeabilidade da barreira hematoencefálica do feto, condiciona um aumento da distribuição da substância pelo feto, nomeadamente no sistema nervoso central. A imaturidade e a atividade reduzida do sistema enzimático, geram um metabolismo e excreção mais lentos. No que concerne à capacidade de excreção renal das substâncias, a taxa de filtração glomerular é diminuída no feto, o que condiciona uma excreção mais lenta das substâncias. Estas particularidades levam a uma acumulação de substâncias no feto.²⁻⁴

Os estudos epidemiológicos são escassos, contudo a prevalência do uso de substâncias é semelhante entre os países desenvolvidos e comparáveis com observações realizadas nos Estados Unidos da América, Europa e Austrália. Cerca de 40% da população consumidora é preenchida por mulheres e, dentro desta fatia, as mulheres em idade fértil representam o maior risco.⁵ Os estudos mostram que o tabaco é a substância psicoativa mais usada por mulheres grávidas, seguindo-se o álcool, a canábica, a cocaína e os opióides.⁵⁻⁶

Nicotina

A substância mais comumente usada durante a gravidez é a nicotina. Segundo o NIDA, cerca de 20% das mulheres continuam a fumar ao longo da gestação. O fumo do cigarro contém mais de sete mil substâncias químicas tóxicas, cancerígenas e teratogénicas. Por atravessar facilmente a placenta, as concentrações de nicotina no feto chegam a ser 15% superiores às observadas no sangue materno.⁷ O uso de tabaco durante a gestação aumenta o risco de complicações como o aborto espontâneo, descolamento prematuro da placenta, prematuridade, baixo peso ao nascer, restrição do crescimento intrauterino, morte fetal ou síndrome de

morte súbita infantil. Além dos impactos pré-natais e neonatais, a exposição à nicotina está associada a risco acrescido de perturbações de hiperatividade e défice de atenção (PHDA), perturbação do espectro do autismo (PEA), ansiedade, depressão, esquizofrenia, défices cognitivos, uso de substâncias na adolescência e idade adulta, assim como obesidade, hipertensão arterial e diabetes. Os mecanismos patogénicos envolvidos no desenvolvimento destas complicações são ainda pouco compreendidos. Os estudos apontam para as alterações no stress oxidativo, na função mitocondrial e na apoptose placentária. A exposição à nicotina também está relacionada com uma redução do volume cerebral em áreas como o córtex pré-frontal, podendo justificar o prejuízo nas funções cognitivas. A exposição à nicotina durante a gravidez leva também a uma estimulação constante das vias da recompensa, interferindo na plasticidade sináptica e, a longo prazo, aumenta a propensão do futuro adolescente e adulto a usar substâncias ilícitas. As alterações no eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal também são observadas nestes indivíduos, podendo resultar em problemas na regulação emocional e maior vulnerabilidade a perturbações psiquiátricas no futuro.⁸⁻¹⁰

Álcool

A segunda substância mais usada durante a gravidez é o álcool.⁷ O álcool atravessa facilmente a placenta, fazendo com que os níveis de álcool no sangue do feto se aproximem dos níveis maternos até duas horas após o consumo da mãe.¹¹ O feto é particularmente sensível ao consumo materno de álcool, uma vez que apresenta uma diminuição da atividade da enzima responsável pela sua metabolização, a álcool desidrogenase e o facto de pequenas quantidades de etanol serem excretadas inalteradas via pulmonar e pela urina fetal, acumulando-se no líquido amniótico. Desta forma, o feto sofre uma exposição prolongada ao álcool.²⁻¹¹ O álcool pode afetar o tónus vascular nos vasos umbilicais, reduzindo o fluxo sanguíneo placentário, condicionando hipoxia fetal e, conseqüentemente, levando a um baixo peso ao nascer. Além disso,

a curto-prazo também condiciona um maior risco de prematuridade, aborto espontâneo e abstinência alcoólica neonatal. A abstinência alcoólica neonatal manifesta-se por distensão abdominal no recém-nascido, assim como movimentos excessivos da boca, agitação, irritabilidade, convulsões, opistótonos e alterações dos reflexos. Estes sintomas podem ocorrer várias horas após o parto e estender-se até aos 18 meses de idade.¹² A exposição intrauterina ao álcool está associada a várias anomalias estruturais, nomeadamente malformações renais, cardíacas, ósseas e craniofaciais. Uma das consequências mais importantes associadas ao consumo pré-natal de álcool são as Perturbações do Espectro da Síndrome Alcoólica Fetal (PESAF), que incluem comprometimento cognitivo, alterações do comportamento, atraso no desenvolvimento, défices neurológicos e características craniofaciais anómalas.¹³ Adicionalmente a exposição pré-natal ao álcool parece ser um fator de risco para o uso de álcool no futuro adolescente e futuro.⁷ Perante o risco teratogénico e potenciais efeitos negativos a longo prazo na criança, nenhum nível de consumo de álcool durante a gravidez pode ser considerado seguro, pelo que se recomenda completa abstinência durante este período.^{11,12}

Canábis

A canábis é a terceira substância mais usada durante a gravidez, o que pode dever-se à percepção de segurança no seu uso.^{2,7} Por ser uma substância lipofílica atravessa facilmente a barreira placentária.¹² A canábis provoca um efeito sedativo na mãe, principalmente devido à sua substância psicoativa, o delta-9-tetraidrocanabinol (THC), que pode permanecer no corpo materno até um mês e atravessa rapidamente a placenta, prolongando assim a exposição fetal a esta substância. O canabidiol, outro canabinóide presente na canábis, altera o funcionamento normal e os mecanismos de transporte pela placenta, aumentando a permeabilidade desta a outras substâncias e toxinas.^{2,7} A utilização da canábis durante a gravidez tem sido associada a efeitos teratogénicos

cerebrais, baixo peso ao nascer, prematuridade, perímetro cefálico diminuído, restrição ao crescimento intrauterino e aumento do risco de aborto, apesar da evidência ser mínima e os resultados inconsistentes. No recém-nascido, está associada a distúrbios do sono, aumento do sobressalto, tremores e episódios de choro agudo. A longo prazo, são observados distúrbios do sono, alterações comportamentais, com desatenção, hiperatividade, comportamentos antissociais, sintomas depressivos e ansiosos, assim como aumento do risco de consumo de canábis na adolescência e vida adulta.⁹

Cocaína

A cocaína é a quarta substância mais usada durante a gravidez. Sendo uma substância lipofílica atravessa facilmente a barreira placentária.⁷ A cocaína liga-se aos transportadores de monoaminas, bloqueando a recaptção de neurotransmissores monoaminérgicos e aumentando os níveis sinápticos dos mesmos, em particular da dopamina, responsável pelos seus efeitos psicoativos. O aumento dos níveis sinápticos dos neurotransmissores simpaticomiméticos, provoca uma estimulação adrenérgica prolongada, causando uma vasoconstrição generalizada que afeta os vasos sanguíneos maternos e fetais. Esta vasoconstrição pode originar insuficiência placentária, acidose e hipóxia fetal, com consequente impacto no crescimento fetal. Outros resultados negativos que têm sido descritos são o aumento do risco de malformações congénitas, nomeadamente cardíacas e cerebrais. Os efeitos a longo prazo ainda permanecem pouco conhecidos, mas foram mencionadas alterações comportamentais e cognitivas. Na mãe, pode levar a complicações como crises hipertensivas, enfarte agudo do miocárdio, insuficiência renal, edema pulmonar, disseção da aorta e acidentes vasculares cerebrais. As complicações cardiovasculares da cocaína não são dependentes da dose, mas, de facto, durante a gravidez há uma maior sensibilidade do músculo cardíaco na presença de

maiores concentrações de progesterona, pelo que pequenas doses de cocaína poderão ser suficientes para levar a morbidade e mortalidade cardíaca em mulheres grávidas saudáveis.^{2,9,12,13}

Opióides

Os opióides referem-se aos derivados naturais do ópio e às substâncias semissintéticas e sintéticas relacionadas. A prevalência do uso de opióides entre as mulheres em idade fértil aumentou dramaticamente.² As grávidas com perturbação de uso de opióides estão sujeitas a um risco aumentado de desfechos negativos na gravidez, como pré-eclâmpsia, hemorragia pós-parto, prematuridade e a síndrome de morte súbita infantil. As consequências mais significativas da exposição a opióides no desenvolvimento neuronal fetal são os defeitos do tubo neural e a Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN), a última tratando-se da complicação mais comum, que pode estar presente em até 95% dos recém-nascidos.^{7,9} As manifestações da SAN resultam da interrupção abrupta da exposição do bebé à substância usada pela mãe durante a gravidez e englobam sobretudo sintomas do sistema nervoso central, gastrointestinais e autonómicos.¹⁵ A maioria dos recém-nascido apresentará os sintomas dois a três dias após o nascimento. No entanto, o início dos sintomas pode ocorrer até uma a duas semanas de idade, podendo durar até 10 semanas após o parto. Um recém-nascido de uma mãe com uso de opióides de semivida curta deverá ser observado em contexto hospitalar por um período de 3 dias. No caso de uso de opióides com semivida longa, deverá ser vigiado por um período mínimo de 5 a 7 dias. O tratamento da SAN inclui numa primeira linha medidas não farmacológicas, como providenciar um ambiente tranquilo, reduzir os estímulos luminosos, sonoros e manuseios. Em alguns casos poderá ser necessário recorrer a medidas farmacológicas, como a morfina, o fenobarbital ou a metadona. Nas situações de maior gravidade o recém-nascido pode necessitar de um internamento prolongado numa unidade de cuidados intensivos neonatais. A longo prazo, a exposição intrauterina

a opióides está associada a uma ampla variedade de perturbações do neurodesenvolvimento. As crianças expostas a opióides apresentam défices motores, cognitivos e maior probabilidade de perturbações de hiperatividade e défice de atenção.^{7,9,14}

Abordagem e Tratamento

A abordagem das perturbações do uso de substâncias na gravidez é complicada devido às comorbilidades associadas, ao conhecimento limitado dos profissionais de saúde sobre os efeitos e tratamentos do uso de substâncias psicoativas durante a gestação, e aos fatores psicossociais e socioeconómicos adversos, nomeadamente os problemas de saúde mental, problemas financeiros e falta de uma rede de suporte. É essencial que os profissionais de saúde vejam o período de gestação como uma janela de oportunidade para intervenção em mulheres com problemas de uso de substâncias, considerando que, nesta fase, há uma tendência para o aumento da motivação para a mudança.

A avaliação deve iniciar-se pela entrevista materna, o mais completa e detalhada possível, que é um componente fundamental na deteção do uso de substâncias. Todas as grávidas devem ser questionadas acerca do uso presente ou passado de substâncias psicoativas, história de abuso sexual ou emocional, bem como antecedentes familiares de dependências. As perguntas devem ser abertas, sem julgamento, uma vez que, existe, levam a uma maior abertura por parte da mulher. A par com a entrevista materna, o profissional de saúde deve prestar atenção a alguns marcadores clínicos, maternos ou fetais, úteis para triagem de abuso de substâncias. Alguns dos sinais que podem ser observados são a má nutrição materna, a restrição do crescimento intrauterino, má perfusão e função placentária alterada. As mulheres com dependência de opióides tendem a procurar cuidados médicos pré-natais tardiamente ou apenas no trabalho de parto, faltam às consultas, apresentam baixo ganho de peso, podem apresentar sinais de sedação, intoxicação ou comportamento errático

na consulta. O exame físico pode revelar marcas de injeções intravenosas, lesões subcutâneas, abscessos ou celulites. O facto de positivarem para o vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou da hepatite, pode indicar abuso de substâncias. As mulheres com uso de cocaína podem apresentar-se com hipertensão, hipertermia, dor abdominal, aumento da frequência cardíaca e, em casos graves, podem ocorrer arritmias, enfartes agudos do miocárdio, insuficiência respiratória, acidentes vasculares cerebrais ou convulsões. Existem questionários validados para utilização na prática clínica, embora pouco fiáveis, como o T-ACE (Tolerance, Annoyed, Cut down, Eye-opener), o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), o TWEAK (Tolerance, Worried, Eye-openers, Amnesia, Kut down) e o CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-Opener). Por último, outro método descrito, baseia-se na toxicologia. Este método não é recomendado para rastreio universal, devendo ser utilizado numa ótica de teste confirmatório após uma avaliação completa. Os marcadores biológicos utilizados para a deteção de substâncias incluem diferentes amostras, cada uma com características específicas. A urina é utilizada para detetar exposição recente, sendo ideal até 72 horas após o uso. Já o cabelo e o mecnónio são utilizados para identificar o uso intrauterino, uma vez que começam a formar-se no segundo e terceiro trimestres da gravidez. A análise do cabelo apresenta elevada sensibilidade para opióides e cocaína, mas baixa sensibilidade para canábis. Além disso, é tecnicamente mais complexa, embora ofereça uma maior janela de deteção. No entanto, esse método possui algumas limitações, como a possibilidade de falsos negativos caso haja um longo intervalo entre o uso da substância e a colheita da amostra. Outra desvantagem significativa é o custo elevado e a demora para obter resultados, tanto na análise do cabelo quanto do mecnónio.

A Fase 1 do tratamento de mulheres com perturbações relacionadas ao uso de substâncias envolve o tratamento dos sintomas de abstinência, que surgem entre horas a dias após a interrupção do uso. O tratamento desses sintomas pode requerer

terapêutica farmacológica nos casos de substâncias como o álcool, opióides ou benzodiazepinas, enquanto o manejo da abstinência com cuidados de suporte não farmacológicos é indicado para substâncias como a cocaína e canábis. Na Fase 2, o objetivo é a manutenção do tratamento, com ênfase no encorajamento contínuo e no desenvolvimento de uma rede de suporte. As intervenções breves desempenham um papel fundamental, sendo compostas por conselhos simples ou sessões curtas de aconselhamento (de 5 a 20 minutos), e múltiplas sessões são mais eficazes do que uma única intervenção. Essas intervenções envolvem a definição de objetivos, a resolução de problemas relacionados aos fatores precipitantes do consumo e a informação sobre as potenciais consequências do uso de substâncias. Embora os estudos mostrem eficácia na redução do uso de álcool, os dados são limitados para as substâncias ilícitas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso destas intervenções para todas as mulheres grávidas, dado o seu potencial benefício na redução do uso de substâncias. Os cuidados integrados são fundamentais para as mulheres com perturbação de uso de substâncias, pois apresentam necessidades únicas e complexas, como uma maior prevalência de perturbações mentais, história de trauma e abusos, e baixo suporte social e capacidade parental, pelo que necessitam de serviços abrangentes, que incluam cuidados médicos e obstétricos, adictologia e suporte psicossocial. Os benefícios desses cuidados são significativos, pois ajudam a reduzir o uso de substâncias, a melhorar o acesso aos cuidados pré-natais, a aumentar a taxa de alta neonatal sob cuidados maternos, além de encorajar a mulher a interagir com os recursos disponíveis na comunidade. A abordagem à perturbação de uso de nicotina deve incluir o aconselhamento para cessação tabágica, utilizando estratégias simples e comportamentais, materiais de autoajuda específicos para a gravidez e suporte por meio de aconselhamento telefónico. No entanto, essas abordagens não são eficazes para prevenir recaídas após o parto. Outra opção é o tratamento de reposição de nicotina, que, embora não aumente

de forma significativa as taxas de cessação, pode ajudar a diminuir o número de cigarros consumidos. Quando combinado com a terapia comportamental, resulta em taxas de desistência mais altas do que apenas o aconselhamento. As preparações de dosagem intermitente, como a goma de nicotina, são preferíveis, embora a segurança durante a gravidez permaneça incerta, exigindo uma discussão cuidadosa sobre os riscos e benefícios. O bupropion pode ser eficaz durante a gravidez, embora os dados disponíveis ainda sejam limitados. Em relação à perturbação de uso de opióides, a desintoxicação no segundo e terceiro trimestres não está associada a um aumento de eventos adversos perinatais, mas, devido à elevada taxa de recaída, não é recomendada durante a gravidez. Caso seja necessária, deve ser iniciada apenas após o primeiro trimestre e com uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios. A terapia de substituição opióide é preferível, pois está associada a maior adesão terapêutica e a redução do risco de recaída. O tratamento padrão para a dependência de opióides é a terapêutica com agonistas opióides, sendo a metadona e a buprenorfina as principais opções. Ambas requerem monitorização contínua e ajustes de dose para atender às necessidades específicas da grávida. A terapia com metadona apresenta vários benefícios, incluindo a melhoria nos cuidados pré-natais, maior duração da gestação, maior peso do recém-nascido e aumento do número de altas sob o cuidado materno. A buprenorfina oferece vantagens como a menor sedação em comparação com a metadona, além de possuir um limiar máximo, a partir do qual doses adicionais não produzem efeitos adicionais, reduzindo o risco de overdose e depressão respiratória. Também está associada a uma menor incidência e gravidade da SAN.^{7,9,14}

CONCLUSÕES

A exposição pré-natal a substâncias psicoativas é um fenómeno global em crescimento, associado a efeitos prejudiciais que podem manifestar-se em fases pré-natais, neonatais e a longo prazo. Perante isto, é fundamental que o rastreio de todas as mulheres grávidas ou que planeiam engravidar inclua a avaliação do uso de substâncias, bem como a identificação de condições psiquiátricas e de comorbilidades médicas. A gravidez representa uma valiosa “janela de oportunidade” para incentivar mudanças comportamentais e proporcionar cuidados adequados. Nesse sentido, torna-se imprescindível implementar, o mais cedo possível, tratamentos personalizados e seguros para lidar com o uso de substâncias. Inicialmente, devem ser oferecidas intervenções breves, seguidas de tratamentos mais intensivos e direcionados, conforme necessário. [9] São necessários mais estudos para compreender melhor o impacto do uso de substâncias durante a gravidez na saúde infantil, explorar as opções de tratamento farmacológico para mulheres grávidas que utilizam substâncias e avaliar os efeitos das Novas Substâncias Psicoativas.^{2,9}

Declaração de conflitos de interesse: os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- 1 - Lamy, S., Laqueille, X., & Thibaut, F. (2015). *Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant : revue de littérature Consequences of tobacco, cocaine and cannabis consumption during pregnancy on the pregnancy itself, on the newborn and on child development: A review*. *L'Encephale*, 41 Suppl 1, S13–S20. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.08.012>
- 2 - Etemadi-Aleagha, A., & Akhgari, M. (2022). *Psychotropic drug abuse in pregnancy and its impact on child neurodevelopment: A review*. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v11.i1.1>
- 3 - Garland, M. (1998). *Pharmacology of drug transfer across the placenta*. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25(1), 21–42. [https://doi.org/10.1016/s0889-8545\(05\)70356-9](https://doi.org/10.1016/s0889-8545(05)70356-9)
- 4 - Feghali, M., Venkataramanan, R., & Caritis, S. (2015). *Pharmacokinetics of drugs in pregnancy*. *Seminars in Perinatology*, 39(7), 512–519. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.08.003>
- 5 - Prince, M. K., Daley, S. F., & Ayers, D. (2023). *Substance use in pregnancy*. In StatPearls Internet. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542330/>
- 6 - Rodriguez, J. J., & Smith, V. C. (2019). *Epidemiology of perinatal substance use: Exploring trends in maternal substance use*. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 24(2), 86–89. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2019.01.006>
- 7 - Bailey, N. A., & Diaz-Barbosa, M. (2018). *Effect of Maternal Substance Abuse on the Fetus, Neonate, and Child*. *Pediatrics in review*, 39(11), 550–559. <https://doi.org/10.1542/pir.2017-0201>
- 8 - Wells, A. C., & Lotfipour, S. (2023). *Prenatal nicotine exposure during pregnancy results in adverse neurodevelopmental alterations and neurobehavioral deficits*.
- 9 - Ordean, A., Wong, S., & Graves, L. (2017). *No. 349-Substance use in pregnancy*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, 39(10), 922–937.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.04.028>
- 10 - Makadia, L. D., Roper, P. J., Andrews, J. O., & Tingen, M. S. (2017). *Tobacco Use and Smoke Exposure in Children: New Trends, Harm, and Strategies to Improve Health Outcomes*. *Current allergy and asthma reports*, 17(8), 55. <https://doi.org/10.1007/s11882-017-0723-0>
- 11 - Dejong, K., Olyaei, A., & Lo, J. O. (2019). *Alcohol Use in Pregnancy*. *Clinical obstetrics and gynecology*, 62(1), 142–155. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000414>
- 12 - Louw, K. A. (2018). *Substance use in pregnancy: The medical challenge*. *Obstetric Medicine*, 11(2), 54–66. <https://doi.org/10.1177/1753495X17750299>
- 13 - Cressman, A. M., Natekar, A., Kim, E., Koren, G., & Bozzo, P. (2014). *Cocaine abuse during pregnancy*. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, 36(7), 628–631. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30543-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30543-0)
- 14 - O'Donnell, F. T., & Jackson, D. L. (2017). *Opioid Use Disorder and Pregnancy*. *Missouri medicine*, 114(3), 181–186.
- 15 - Anbalagan, S., Falkowitz, D. M., & Mendez, M. D. (2024). *Neonatal Abstinence Syndrome*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- 16 - Wozniak, J. R., Riley, E. P., & Charness, M. E. (2019). *Clinical presentation, diagnosis, and management of fetal alcohol spectrum disorder*. *The Lancet. Neurology*, 18(8), 760–770. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30150-4](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30150-4)
- 17 - Cook, J. L., Green, C. R., de la Ronde, S., Dell, C. A., Graves, L., Morgan, L., Ordean, A., Ruiter, J., Steeves, M., & Wong, S. (2017). *Screening and management of substance use in pregnancy: A review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC*, 39(10), 897–905. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.07.017>

PROJECTO DE MICRO ELIMINAÇÃO DO VÍRUS HVC NA POPULAÇÃO DE UTENTES DA EQUIPA DE TRATAMENTO DE SANTARÉM, DO CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS DO RIBATEJO

PROJECT FOR MICRO-ELIMINATION
OF HCV VIRUS IN THE PATIENT
POPULATION OF THE SANTARÉM
TREATMENT TEAM, RIBATEJO
INTEGRAD RESPONSE CENTER

Autora
Teresa Molina
Psicóloga Clínica
na Equipa de Tratamento
do CRI do Ribatejo

RESUMO

Este estudo relata o projecto de micro eliminação do Vírus HVC realizado com a população de utentes assistidos na Equipa de Tratamento de Santarém em colaboração com a consulta de doenças infecciosas do Hospital Distrital de Santarém. Trata-se de um estudo retrospectivo que procura analisar o seguimento de doentes com HVC do CRI do Ribatejo, Equipa de Tratamento de Santarém, no período de Junho de 2021 a Dezembro de 2022. O objectivo do estudo é agilizar o rastreio, o seguimento e o tratamento de utentes com HVC positivo. Rastreámos 274 utentes, dos quais 65 revelaram infecção activa. Receberam tratamento 63 utentes.

PALAVRAS-CHAVE: *Comportamentos aditivos, vírus HCV, tratamento, infecção, carga viral.*

ABSTRACT

This study reports the micro-elimination project of the HCV Virus conducted with the population of patients assisted by the Treatment Team of Santarém, in collaboration with the infectious diseases clinic of the Santarém District Hospital. It is a retrospective study aimed at analyzing the follow-up of patients with HCV from the CRI of Ribatejo, Treatment Team of Santarém, during the period from June 2021 to December 2022. The objective of the study is to streamline the screening, follow-up, and treatment of patients with a positive HCV diagnosis. A total of 274 patients were screened, of which 65 showed active infection. Sixty-three patients received treatment.

KEYWORDS: *Addictive behaviors, HCV virus, treatment, infection, viral load.*

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo ocidental o HVC é a infecção mais prevalente em populações vulneráveis, particularmente em consumidores de drogas. Em Portugal a prevalência do HVC é de 0,65% na população geral e 2,3% na população que injecta drogas (Velosa e Macedo, 2020).

Há evidência científica que o principal factor para a transmissão do vírus é a partilha de material em pessoas que fazem consumo endovenoso de substâncias psicoactivas. Isto torna estas pessoas o principal grupo de risco na infecção e transmissão da mesma.

Há um estudo português que revela uma taxa de sero prevalência para o Ac HVC entre pessoas que consomem substâncias por via endovenosa de 97%. Estima-se que estes comportamentos de risco sejam responsáveis por 78% de novas infecções por VHC na Europa (Paulo Lopes, 2019).

O Relatório Mundial sobre Drogas estimou que, no ano de 2015, 12 milhões de utilizadores de drogas consumiram por via endovenosa e destes, mais de metade (6.1 milhões) foram infectados pelo vírus da hepatite C. (Paulo Lopes, 2019).

Desde 2011 com as novas terapêuticas- Direct-acting antiviral (DAAs) - a cura da infecção torna-se realidade na maioria dos pacientes. Proporciona taxas de cura aos utentes de 97% com tratamento oral de curta duração (8-12 semanas). Isto trouxe uma redução na prevalência das doenças associadas (Velosa e Macedo, 2020).

O avanço farmacológico e a consequente melhoria de prognóstico nos doentes infectados com o Vírus da Hepatite C, leva a que apareçam programas com objectivos estratégicos para eliminar a infecção até 2030 (Diana Corona-Mata, 2023).

Em 2016, a 69ª Estratégia Global de Saúde para a eliminação da infecção hepatite C até 2030 e a Organização Mundial de Saúde introduzem metas globais para o tratamento do HVC. Estas são 90% de redução de novos casos de hepatite C crónica,

65% de redução de mortes com hepatite C e tratamento de 80% das pessoas elegíveis com infecção crónica de hepatite C. (The Polaris Observatory HVC Collaborators)

A Organização Mundial de Saúde ao estabelecer este objectivo global propõe um objectivo estratégico de micro eliminação da doença dirigida a populações vulneráveis (World Health Organization — WHO 2022). Se o trabalho incidir especialmente em população vulnerável o risco de progressão da doença diminui (Diana Corona-Mata et al.).

Qualquer estratégia para a eliminação efectiva da hepatite C tem que contemplar três eixos: prevenção, rastreio e tratamento.

Os programas implementados em contexto prisional obtiveram melhores resultados do que os dirigidos a populações que consomem ou consumiram drogas injectadas em contexto não prisional. Isto explica-se pela grande dificuldade em manter esta última população no sistema de saúde.

Cada utente que está infectado e consome drogas injectadas é um reservatório do vírus que causará a transmissão e disseminação da infecção. Assim, identificar novas estratégias para tratar utentes que consomem drogas injectadas é uma prioridade no controle da infecção HVC (Diana Corona-Mata, 2023)

Uma das formas de ajudar a ultrapassar obstáculos ao tratamento é aproveitar o vínculo aos serviços que têm utentes em tratamento de substituição/manutenção opióide. Tirar partido deste vínculo é uma medida que se considera essencial. (Velosa/Macedo).

Os programas de manutenção em metadona já mostraram ser eficazes reduzindo o consumo de opiáceos ilícitos e assim o risco de infecção com o vírus da imunodeficiência (HIV) e com o vírus da hepatite C (HVC) (Roberto Lozano, 2019).

A equipa de Tratamento de Santarém em colaboração com o Hospital Distrital de Santarém implementou um projecto de micro eliminação do vírus

HCV realizado com os utentes assistidos na Equipa e na Consulta de Doenças Infecciosas do Hospital.

Depois de muitos anos de colaboração com a equipa do serviço de doenças infecciosas do HDS, pensámos em otimizar o nosso esforço conjunto no rastreio e tratamento desta infecção.

Para isso reunimos com a equipa do HDS e estabelecemos novo um circuito, que permitisse um maior número de utentes rastreados, acompanhados em consulta de infecciologia e encaminhados para tratamento e, em simultâneo, uma menor taxa de abandono de todo o processo.

Assim, o objectivo do presente trabalho é descrever como funcionou este circuito entre as duas instituições e os resultados obtidos, no período entre Janeiro de 2021 a Dezembro de 2022.

MÉTODO

Participantes

A equipa de tratamento de Santarém tinha, à data do estudo, cerca de mil utentes em seguimento.

Quando os utentes chegam ao serviço, pela primeira vez, são – lhe pedidos exames médicos entre os quais o Anticorpo HVC.

Os exames são registados na nossa plataforma informática que nos devolveu 247 utentes com o anticorpo HVC positivo.

Estes utentes residem nos Concelhos de Santarém, Almeirim, Benavente, Rio Maior, Cartaxo, Salvaterra, Torres Novas, Coruche, Azambuja, Alcanena, Alpiarça e Entroncamento. Relativamente ao sexo 55 são homens e 8 são mulheres. Observámos uma maior incidência no intervalo entre os 40 e 50 anos de idade.

Em relação ao programa de tratamento 43 estavam em programa de substituição com metadona, 4 em programa de substituição com buprenorfina e 17 sem programa de substituição.

Todos os utentes foram chamados ao serviço e foi-lhes explicado que estávamos a fazer um

rastreio, em colaboração com o Hospital, para saber quem tinha a infecção activa. Expusemos, criteriosamente, os benefícios de conhecer a situação serológica de cada um dos utentes. Os utentes assinaram uma declaração de Consentimento Informado.

De Junho de 2021 a Dezembro de 2022 rastreámos os 247 utentes. A colheita foi feita nas instalações do serviço a 224 utentes e as análises foram realizadas no laboratório do HDS. As análises continham um teste qualitativo, outro quantitativo e ainda o genótipo do vírus da hepatite.

Dos 247 utentes rastreados 65 tinham carga viral positiva ou seja a infecção estava activa.

Procedimentos e resultados

Um mês depois de feita a análise chegaram os resultados das mesmas e foi pedido ao terapeuta de cada utente que informasse sobre a situação serológica.

Houve assim o cuidado de esclarecer sobre o tratamento e os benefícios do mesmo.

Dos 247 utentes rastreados 65 revelaram carga viral positiva ou infecção activa. Dois destes casos já tinham sido há alguns anos submetidos o tratamento podendo tratar-se de reinfeções.

A estes 65 utentes foi marcada uma consulta no serviço com um médico do Serviço de Doenças Infecciosas do HDS a fim de avaliar o grau de fibrose do fígado. Compareceram 62 utentes que foram posteriormente contactados pelo HDS para uma consulta onde lhes foi explicado o tratamento.

Foram considerados menos organizados para fazer a autogestão da toma dos medicamentos 14 utentes. Nestes casos foi administrada a medicação no serviço, pelo serviço de enfermagem. Houve assim toma assistida para alguns utentes.

Foi relatado um óbito, um abandono e uma reinfeção.

Por último estava planeado avaliar a eficácia do tratamento através da análise Resposta Viral

Sustentada (RVS) que só deve ser feita 6 meses após o tratamento.

A consulta para realização da análise RVS ficou a cargo do departamento de doenças infecciosas do HDS, pelo que esses resultados não serão contemplados neste estudo.

DISCUSSÃO

Um dos principais objectivos deste projecto de micro eliminação foi mostrar que nestas populações, não só mais vulneráveis como também mais desorganizadas, a colaboração interinstitucional de alguma forma permitiu um valioso suporte e um acompanhamento ao longo do processo, que de outra forma teria sido impossível.

É também de referir que não houve a duplicação de exames que por vezes ocorre entre o HDS e a nossa Equipa. Constatamos que, em geral, há um ganho para os utentes quando os diferentes serviços de saúde trabalham em articulação, diminuindo duplicação de intervenções e desperdício de recursos humanos e técnicos.

Foi também muito importante para a Equipa de Tratamento a actualização de informação que este rastreio permitiu. Temos por norma o rastreio anual dos utentes em programa de substituição ainda assim houve uma importante actualização na informação sobre a situação serológica dos utentes em geral.

Do ponto de vista pedagógico a generalidade da equipa técnica e os utentes contemplados aumentaram o seu conhecimento sobre a infecção do vírus HVC e as suas consequências.

A infecção por HCV continua a ser a principal causa de cirrose, de carcinoma hepatocelular, transplante de fígado e a causa de morte por doença de fígado no mundo (The Polaris Observatory HCV Collaborators).

A articulação com a equipa de doenças infecciosas do Hospital de Santarém já existia e funcionava eficazmente. Ainda assim, as reuniões de trabalho

que tivemos no âmbito deste projecto permitiram actualizar a formação das equipas.

Por fim resta agradecer à equipa em que trabalho sabendo que tudo seria impossível sem a colaboração de todos.

Esperamos que a intervenção relatada possa abrir caminho no futuro para outras “pontes” com instituições locais. Sentimo-nos satisfeitos por fazer parte de um todo quando colaboramos, à nossa escala, com os objectivos e metas da Organização Mundial de Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Diana Corona-Mata, *Efficacy of a comprehensive strategy for the detection and treatment of hepatitis C infection in a population attending addiction centres*. Publicado em National Library of Medicine em 2 de Fevereiro de 2023
- José Velosa, Guilherme Macedo, G82020: *Elimination of Hepatitis C in Portugal: Un Urban Legend?* GE Portuguese Journal of Gastroenterology 2020; 27:166-
- Paulo Lopes e colaboradores. *Avaliação do retorno e impacto social (SROI) em doentes com hepatite C integrados em PSBLE – Estudo exploratório*. Publicado em REVISTA DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADICTOLOGIA NÚMERO 5 • 2019
- The Polaris Observatory HCV Collaborators† *Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study*, Volume 2, Issue 3P161-176 March 2017
- World Health Organization - *recommendations on simplified service delivery and diagnostics for the Hepatitis C infection*, 2022
- Roberto Lozano, Nieves Domeque et. Al., *Mortality rate in patients on metadone treatment and infected with the human immunodeficiency virus and/ or the hepatitis C*. Publicado em Adicciones, vol.31, nº1.2019



adictologia

Associação Portuguesa para o Estudo
das Drogas e das Dependências

Revista da Associação Portuguesa de Adictologia
Nº 10 • 2025