

Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia
Nº7 • JULHO 2022

adictologia

SINAIS A infeção por COVID-19 nos consumidores de substâncias psicoativas.
Rocha Almeida

Stress e risco de consumo de álcool: a saúde ocupacional de profissionais da polícia.
Joana Dias, Rita Novais, Melani Silva,
Jorge Negreiros

Guia para a cessação tabágica na doença mental grave.
Rodrigo Valido, Filipa Caldas, Gustavo Santos

O lugar da família na intervenção nas dependências.
Fabrizia Raguso

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
Emídio Rodrigues
Emília Leitão
Graça Vilar
Helena Dias
João Curto
Leonor Madureira
Luiz Gamito
Rocha Almeida

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
henriqpatricio@gmail.com
Foto: Mishal Ibrahim | Unsplash

ISSN – 2183-3168
Publicação Semestral

adictologia

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO

PORTUGUESA DE
ADICTOLOGIA

NÚMERO 7 • 2022

- 04** **Editorial**
Nuno Miguel
- 05** ***SINAIS* A infeção por COVID-19 nos consumidores de substâncias psicoativas.**
Rocha Almeida
- 09** ***Stress* e risco de consumo de álcool: a saúde ocupacional de profissionais da polícia.**
Joana Dias, Rita Novais, Melani Silva, Jorge Negreiros
- 24** **Guia para a cessação tabágica na doença mental grave.**
Rodrigo Valido, Filipa Caldas, Gustavo Santos
- 33** **O lugar da família na intervenção nas dependências.**
Fabrizia Raguso

EDITORIAL

NUNO MIGUEL

Olhando para a diversidade de temas dos artigos que têm sido publicados na nossa revista vemos que a nossa área de interesse investigação e acção se alargou a outras temáticas diferentes da que ocupava inicialmente muitos de nós e abrangendo também novas populações.

Particularmente significativa é a questão do consumo abusivo de álcool e do alcoolismo que passou a fazer parte da intervenção das Unidades de Tratamento e Comunidades Terapêuticas e que como consequência tem um lugar cada vez maior na nossa revista.

Um olhar novo sobre o consumo de álcool e a integração de consumidores problemáticos de álcool nas estruturas antes dedicadas às outras dependências foi também uma consequência da intervenção que foi possível realizar em Portugal e que despertou e continua a despertar o interesse de muitos países pela abrangência, originalidade e audácia do que tem sido chamado modelo português.

Nunca é demais frisar que o conjunto de ideias que inspiram este modelo são muito anteriores à aprovação da Estratégia Nacional, embora esta as tenha consagrado e permitido desenvolver e aprofundar a sua prática.

Este caminho, no entanto, não tem sido isento de dificuldades e, particularmente, no fim do ano de 2011 foi dada, pelo governo de então, uma forte machadada destrutiva no edifício institucional existente: a extinção do IDT e a criação do SICAD organismo sem responsabilidade sobre as estruturas de intervenção local que foram atribuídas às ARS.

Esta fragmentação institucional tem sido amplamente criticada, mas mais de dez anos depois e com várias reformas legislativas anunciadas e adiadas a situação permanece inalterada.

A urgência desta alteração é cada vez maior. A situação das dependências tem-se alterado ao mesmo tempo que os serviços perdem capacidade de intervenção.

João Goulão refere no Expresso de 6 de Maio que, em 2021, o número de utentes que foram readmitidos nos serviços aumentou 12% e o número de novos utentes aumentou quase 25% e Emídio Abrantes, no mesmo jornal, compara o modelo português a um automóvel muito bonito mas sem bateria.

Será este governo capaz de finalmente alterar esta situação como está anunciado no Programa de Governo?

SINAIS

A INFEÇÃO POR COVID-19 NOS CONSUMIDORES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

ROCHA ALMEIDA
PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ADICTOLOGIA

Nestes dois últimos anos de pandemia por Covid-19 foi possível verificar em Portugal como o Serviço Nacional de Saúde (SNS) desempenhou um importante papel nas respostas aos vários problemas de saúde provocados pela infeção pelo coronavírus. Foi aos serviços públicos que os doentes infetados recorreram em grande escala, foram os profissionais de saúde que aí trabalham que deram resposta a uma situação de doença nova e desconhecida e foi, mais tarde, com o processo de vacinação que estes serviços começaram a prevenir a doença. Perante esta realidade temos que chamar a atenção para a necessidade que o SNS tem de estar preparado para responder a situações de crises de saúde sejam elas provocadas por pandemias, catástrofes ou outras situações.

Esta foi a estratégia seguida por Portugal na área dos comportamentos aditivos e dependências (CAD) quando nos anos 80 e 90 do século passado o nosso país passou um grave problema de saúde pública provocado pelo consumo de drogas a que se associou a marginalidade, a violência e a insegurança. A resposta foi dada através de mudanças nas políticas públicas de luta contra a droga, das quais saliento a criação na área da saúde de uma rede de serviços públicos em todo o país que veio a ser complementada com serviços privados, comunidades terapêuticas e equipas de redução de riscos e minimização de danos. Foi com esta abordagem integrada e equilibrada que se conseguiu

dar resposta àquele que, naquela altura, era considerado pela população o principal problema na sociedade portuguesa.

E que respostas deu esta rede dos CAD perante a pandemia por Covid-19?

Vários estudos mostraram que indivíduos com função imunológica comprometida apresentavam risco aumentado de infeção ao coronavírus. Sabemos que o consumo de drogas e de álcool afeta a função imunológica, o que provavelmente torna esta população consumidora de substâncias psicoativas mais vulnerável ao risco da infeção. Por outro lado, esta vulnerabilidade pode agravar-se devido ao maior risco de comorbilidades médicas e mentais, problemas respiratórios, por exemplo, recorrência ou exacerbação de ansiedade, depressão ou sintomas psicóticos.

Perante serviços de saúde gerais que estavam sob grande pressão, com recursos limitados e que priorizavam doentes com Covid-19, a ida da população com problemas de adição a esses serviços corria o risco de os marginalizar aumentando assim o estigma em relação à sua doença. Neste sentido, a rede pública de serviços com intervenção nos CAD que está integrada no SNS, rapidamente se adaptou a esta nova realidade no sentido de assegurar a continuidade do tratamento e permitir o acesso a novos utentes que solicitavam apoio. Sempre que possível manteve-se a consulta presencial,

mas o atendimento virtual através de vídeo chamada passou a ser mais utilizado. Os protocolos que regulamentam a prescrição de medicamentos e os programas de manutenção opioide com metadona ou buprenorfina, foram agilizados de modo a facilitar a continuidade do tratamento durante as restrições impostas pela pandemia. No caso do programa de metadona, os serviços de tratamento e de redução de riscos e minimização de danos, possibilitaram o acesso e a continuidade do tratamento a 16 888 utentes.

Apesar de os serviços de tratamento terem sido forçados a reduzir e a reorganizar a sua atividade, em 2020 o número de utentes com problemas de drogas e/ou álcool atendidos na rede pública foi de 36 326 utentes. As comunidades terapêuticas mantiveram os internamentos seguindo as orientações e as normas da DGS, em 2020 foram internados 3 094 utentes com problemas de drogas e/ou álcool. A vacinação destes utentes foi feita seguindo as orientações que nos eram dadas e sempre que possível os enfermeiros que trabalham nestes serviços foram disponibilizados para os centros de vacinação.

Esta pandemia mostrou ainda como é importante o trabalho em rede que vai muito para além da articulação entre serviços de saúde envolvendo outras estruturas, famílias, IPSS e ONG, órgãos de poder local (Câmaras Municipais e Juntas de Freguesia), forças de segurança e proteção civil. Através desta rede foi possível potenciar as sinergias disponíveis no terreno de forma a ultrapassarmos dificuldades que as restrições impostas pela pandemia nos iam colocando.

De um modo geral, podemos dizer que os serviços com intervenção nos CAD implementaram medidas preventivas para reduzir o risco de infeção por Covid-19 e mantiveram os cuidados de saúde a uma população que foi considerada muito vulnerável à doença. A resposta dada pelos serviços permitiu que o número de utentes infetados fosse pouco significativo e assim este grupo poucos problemas trouxe aos serviços de saúde gerais.

Dissemos atrás que o SNS tem de se preparar para responder a situações de crises de saúde sejam elas provocadas por pandemias, catástrofes ou outras situações. Mas se uma catástrofe, por exemplo, tem um começo e um fim claro, no caso das pandemias o fim de uma vaga não significa o fim da doença, uma vaga pode ser seguida de uma outra e assim sucessivamente. As pandemias trazem muitas incertezas que podem originar problemas ao funcionamento dos serviços de saúde existentes. Daí que tenhamos de pensar na identificação desses problemas e ajudar a fortalecer o SNS, não apenas nas situações de emergência, mas também para as atividades a longo prazo.

O que se está a passar atualmente no SNS faz-nos refletir, já que muito pouco está a ser feito para dotar este mesmo SNS de recursos para poder continuar a responder aos problemas de saúde da população portuguesa, o que significa que não se está a preparar minimamente para outras situações de crise que possam vir a acontecer no futuro.

No caso da rede de serviços com intervenção nos CAD, que estão integrados no SNS, a situação é também muito preocupante. A rede de serviços públicos de tratamento está numa indefinição relativa ao seu modelo organizativo desde 2012. Desde 2014 que as comunidades terapêuticas não têm qualquer revisão no preço de uma cama contratualizada para internamento e os projetos de respostas integradas (PRI), projetos de intervenção comunitária, não têm qualquer revisão do seu orçamento desde 2012. Apesar destas dificuldades e perante a pandemia por Covid-19, os serviços com intervenção nos CAD e os profissionais que aí trabalham não desistiram do seu papel de técnicos de saúde e, tal como já o tinham feito no início deste século, deram resposta a mais este grave problema de saúde pública apoiando uma população vulnerável com problemas de adição.

As dificuldades no funcionamento dos serviços são cada vez maiores pelo que se exige uma definição clara do Ministério da Saúde sobre o modelo de organização destes serviços.

Nos dois últimos anos a Associação Portuguesa de Adictologia foi recebida por três vezes no Ministério da Saúde para falarmos do modelo de intervenção em CAD no nosso país. Saímos sempre com a promessa de uma decisão para breve, mas até hoje nada aconteceu. Parece haver quem queira e quem não queira avançar com um modelo de organização de serviços.

A verdade é que nenhum estado está livre de ter problemas com o consumo de substâncias psicoativas. As perturbações por consumo de substâncias psicoativas são um problema crónico que coloca as pessoas afetadas vulneráveis para toda a vida, pelo que necessitam tratamento de forma prolongada e contínua. A Constituição da República Portuguesa teve em conta essa preocupação e por isso contempla no n.º 3 alínea f) do artigo 64 que “Para assegurar o direito à proteção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado: f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência”.

Tem mesmo de haver uma decisão. Para quando senhora Ministra da Saúde?

REFERÊNCIAS

Marel, C.; Mills, K.L. e Teesson, M. (2021) *Substance Use, Mental Disorders and COVID-19: a volatile mix*. *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 34, nº4, 351-356

Castillo, J.A.G. (2012) *Labilidad de las políticas en Materia de Drogas*. *Salud y Drogas*, vol 12, nº1, 7-18

SICAD (2020) *A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*

SICAD (2020) *A Situação do País em Matéria de Álcool*

EMCDDA (2021) *Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e Evoluções*

STRESS E RISCO DE CONSUMO DE ÁLCOOL: A SAÚDE OCUPACIONAL DE PROFISSIONAIS DA POLÍCIA

AUTORES:

JOANA DIAS,
POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
RITA NOVAIS
POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
MELANI SILVA,
POLÍCIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
JORGE NEGREIROS,
UNIVERSIDADE DO PORTO

NOTA DE AUTOR

Joana Dias, Divisão de Psicologia da Polícia de
Segurança Pública, jssdias@psp.pt;
Rita Novais, Divisão de Psicologia da Polícia
de Segurança Pública, rbnovais@psp.pt;
Melani Silva, Divisão de Psicologia da Polícia
de Segurança Pública, mepsilva@psp.pt;
Jorge Negreiros, Faculdade de Psicologia e
de Ciências da Educação da Universidade do
Porto (FPCEUP), jorgeneg@fpce.up.pt
Autor correspondente:
Joana Dias – Divisão de Psicologia da Polícia
de Segurança Pública, Quinta das Águas Livres,
2605-197 Belas, Portugal. Fax: 219809814; Tel:
21802020; E-mail: jssdias@psp.pt

RESUMO

Diversos autores têm descrito a atividade policial como arriscada e stressante, distinguindo-se entre fatores stressores inerentes ao serviço, nomeadamente incidentes críticos no desempenho da função, que constituem potencial risco físico ou psicológico (violência, exposição ao perigo, crime e contacto com o desconhecido); e fatores stressores organizacionais, resultantes da estrutura organizacional e funcionamento da força policial, tais como excesso de trabalho, trabalho por turnos, políticas e procedimentos da própria organização, e conflito da profissão com a vida familiar.

Diversas investigações têm mostrado que o consumo de álcool, enquanto estratégia de *coping* para lidar com o *stress* ocupacional, tende a ser tolerado na cultura policial, existindo literatura que identifica este consumo como um problema importante na população policial.

Este estudo teve como objetivo explorar a relação entre variáveis socio profissionais, *stress* e risco de consumo de álcool em elementos policiais da Polícia de Segurança Pública (PSP), numa amostra de 309 polícias.

Os resultados obtidos apontam para a presença de baixos níveis de *stress* e um baixo risco de consumo de álcool, bem como a ausência de relações estatisticamente significativas entre variáveis sócio profissionais e o risco de consumo nocivo de álcool e *stress*, o que parece ser um indicador positivo da saúde ocupacional desta amostra.

Palavras-Chave: Polícias, variáveis socio profissionais, *stress* e níveis de risco de consumo de álcool

INTRODUÇÃO

Etimologicamente o termo *stress* deriva do verbo latino *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strinctum* que significa apertar, comprimir, restringir (Houaiss & Villar., 2001; Serra, 2002). Historicamente, este conceito foi sofrendo resignificações em função da área do saber que o adotou, tal como física, engenharia, biologia e, mais tarde, a psicologia.

Lazarus (1988) investigador clássico do fenómeno do *stress* defendeu que este conceito é apenas parte do processo de interação entre o indivíduo e o ambiente. O indivíduo responde às solicitações e expectativas internas ou externas com o potencial e recursos dos quais dispõe sendo que, quando as solicitações percebidas superam os recursos, pode surgir uma rutura, significando isto que o *stress* se manifesta quando a apreensão do ambiente pelo indivíduo é reconhecida como demasiado exigente, excedendo os recursos e ameaçando o bem-estar do mesmo.

De acordo com as teorias transacionais, o *stress* é um estado psicológico negativo envolvendo aspetos cognitivos e emocionais, pelo que a intensidade e a forma das reações, entre indivíduos, varia. Sendo válido que a forma como o indivíduo lida com situações de *stress* depende dos seus recursos pessoais e sociais (Serra, 2002).

O impacto de fatores/traços de personalidade na gestão do *stress*, o *Hardiness* corresponde a um conjunto de atitudes e estratégias que definem a motivação para percecionar circunstâncias stressoras de trabalho como oportunidades de desenvolvimento ou crescimento. Trata-se de uma variável ou recurso pessoal usado para aliviar ou minimizar os efeitos negativos de eventos stressantes na saúde, especialmente para proteger contra o *stress* no trabalho (Kobasa et al., 1982).

Ramos (1999, cit. in Vara, 2007) considera que o trabalho é a principal fonte de *stress* no ser humano.

O *stress* resultante de motivos profissionais, é designado por *stress* no trabalho, *stress* laboral ou

stress ocupacional e constituiu uma preocupação decorrente do mundo industrializado (Fletcher, 2006) e universalmente reconhecido como problema social (Mizuno, Yamada, Ishii & Tanaka, 2006), com tal expressividade que a Agência Europeia de Segurança e Saúde no Trabalho, em 2002, estimou em 20.000 milhões de euros os custos anuais relacionados com o impacto do *stress* laboral (Gil-Monte et al., 2006), e tem vindo a promover campanhas de esclarecimento e sensibilização para a mudança de uma realidade que continua a perseguir os países Europeus (EU-OSHA, 2016).

O *stress* ocupacional, em consonância com o que a literatura científica mostra, apresenta um impacto negativo quer a nível individual, quer organizacional.

O impacto do *stress* poderá traduzir-se em dimensões física, psicológica e/ou comportamental (Cooper et al., 2001). Para a dimensão física, as somatizações mais frequentes são cefaleias, dores lombares, cervicais e dorsais, oscilações no peso, alterações gastrointestinais (indigestão, diarreia, obstipação, úlceras gástricas), sensação de falta de ar, palpitação cardíaca e aumento da tensão arterial (Hespanhol, 2005). Na dimensão psicológica, segundo Hespanhol (2005), o *stress* ocupacional pode desencadear sintomas como insónia, depressão e ansiedade.

Já no que reporta à dimensão comportamental, este mesmo autor faz referência a manifestações tais como dificuldades na tomada de decisão, negligência e diminuição da eficiência no trabalho, agitação motora, aumento do consumo de substâncias como álcool, tabaco e outras. Cooper (2001) fez menção a alterações do estado de humor, insatisfação profissional e aumento do risco de prevalência de doenças cardiovasculares e de perturbação psicológica e/ou psiquiátrica como possíveis consequências da exposição de indivíduos a estados prolongados de *stress*.

Outros fatores que parecem influenciar de forma consistente o *stress* profissional incluem as exigências da tarefa, o excesso de trabalho, a segurança, a estrutura organizacional e a participação na

tomada de decisões (Turnage & Spielberger, 1991), horários de trabalho (e.g. turnos) e as políticas organizacionais (Cropanzano, Goldman, & Benson III, 2005; Harris & Kacmar, 2005; Totterdell, 2005).

No que se refere ao impacto organizacional, Cooper (2001) apontou o fraco desempenho profissional, atrasos frequentes, absentismo ao trabalho, apatia, reformas antecipadas, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, reduzido controlo da qualidade do trabalho e comportamento agressivo no trabalho, como manifestações de *stress* ocupacional, com impacto organizacional.

Outros estudos concluem que, entre 50 % a 60% do absentismo laboral, está associado ao *stress* ocupacional (Cox, Kuk & Leiter, 1993).

Em Portugal, a Polícia de Segurança Pública é uma força uniformizada, armada e dotada de autonomia administrativa respondendo, em linha direta, ao Ministério da Administração Interna (MAI). No que ao critério territorial respeita, à PSP compete a responsabilidade da manutenção da segurança e ordem pública das áreas urbanas.

O estatuto da PSP categoriza o seu efetivo em pessoal com funções policiais e pessoal com funções não policiais. Do ponto de vista das carreiras, existe um modelo de carreira técnico-policial que integra três categorias principais: agentes, chefes e oficiais.

Segundo dados da investigação, os stressores inerentes à função policial têm maior impacto no aumento dos problemas de saúde e no enfraquecimento das estratégias de *coping*, enquanto os fatores organizacionais criam alienação (Dowler & Arai, 2008).

As condições de trabalho surgem como produto de uma complexa interação entre trabalho, instituição e indivíduo (Gollac, 2004). A profissão policial é, frequentemente, descrita na literatura como arriscada e stressante (Anderson, Litzenberger, & Plecas, 2002; Berg, Hem, Lau, Håseth, & Ekeberg, 2005; Liberman et al., 2002).

No que respeita ao trabalho policial, deverão ser distinguidas duas categorias principais de exigências (Kop et al., 1999). Primeiramente, stressores

inerentes ao serviço, que remete para incidentes críticos no trabalho policial constituindo potencial risco físico ou psicológico (violência, exposição ao perigo, crime e contacto com o desconhecido).

Um segundo grupo de stressores policiais consiste em stressores organizacionais, resultantes da estrutura organizacional e funcionamento da força policial.

Os profissionais da polícia estão expostos a situações especialmente exigentes, que podem afetar o seu estado de saúde. Alguns exemplos dessas situações incluem o contacto com vítimas de crimes, acidentes, mortes (Richardson, Burke, & Martinussen, 2006), e ainda outras tarefas e responsabilidades laborais, tais como providenciar ajuda, mediar conflitos entre cidadãos, reportar ofensas e fazer detenções. Estas tarefas expõem os elementos policiais a situações de carácter traumático (Garbarino et al., 2011; Korre et al., 2014; Patil et al., 2014) e mais propensos a desenvolver outros problemas de saúde (van der Velden et al., 2013; Gerber et al., 2014). Diversos estudos conduzidos em diferentes países, tais como Alemanha (Schmidtke, Fricke & Lester, 1999), Reino Unido (Collwell, 2009), Turquia (Gul & Delice, 2011) e Polónia (Dudek, Waszkowska, & Hanke, 1999) indicaram prevalência de problemas de saúde mental em profissionais de polícia.

Ekman (1990) descreve o ambiente de trabalho operacional como sendo caracterizado pela proximidade à violência e à decisão de como lidar com situações violentas, sendo que a exposição constante à violência, risco de lesões que comprometam a integridade física, e a exposição à morte, podem ter repercussões emocionais negativas que, eventualmente, afetem os elementos policiais de forma crónica (McCraty et al., 1999). Também Violanti (2010) concluiu que estudos no âmbito da mortalidade em profissionais de polícia revelam que esta população apresenta maior incidência de doenças induzidas pelo *stress*, comparativamente com a população geral.

Estudos internacionais apontam para maior prevalência de *stress* pós-traumático na população policial (Asmundson & Stapleton, 2008), comparativamente com a população geral (Seedat & Stein, 2001).

Fisher (2003) considera que alguns desafios organizacionais sistémicos que contribuem para o aumento de *stress* na Polícia são o excesso de trabalho, a experiência de falta de controlo, políticas departamentais e o conflito da profissão com a vida familiar.

Por sua vez, Violanti (1997) aponta o perigo, o trabalho por turnos, a indiferença do público, o sentido de inutilidade e o confronto com a miséria humana e a morte.

O perigo assume diferentes dimensões, podendo incluir desde uma “operação stop” de fiscalização a veículos até uma “entrada num edifício”.

Alguns estudos concluem que polícias com pouco controlo percebido, pouco suporte pela organização, e poucas recompensas, apresentam um maior número de sintomas indicadores de perturbação mental, comparativamente com elementos policiais que não apresentam essa percepção adversa de stressores (Garbarino et al., 2013; Hoven et al., 2015).

Brown e Campbell (1994), indicam, como fontes relevantes de *stress* para os polícias, aquelas que envolvem as políticas e procedimentos das próprias organizações, e não tanto o perigo e a tensão que a profissão comporta.

A falta de suporte social, pela organização, é uma das variáveis que melhor explica o *stress* nos profissionais de polícia. Roberg, Kuykendall e Novak (2002) concluíram que a percepção por elementos policiais de pouco suporte social e ainda imagem policial negativa veiculada pela comunicação social, constituem fatores de *stress* em profissionais de polícia.

Em contraponto, a percepção de suporte por pares e superiores é crucial para estes profissionais (Page and Jacobs, 2011). Por sua vez, Burke e Mikkelsen (2006) no âmbito de investigação desenvolvida, concluíram que recursos sociais e estratégias de

coping focadas na emoção contribuem para a redução do *stress* em policiais.

No que remete para o fenómeno do *burnout* em populações policiais, uma investigação holandesa (Euwema, Kop & Bakker, 2004) e outra finlandesa (Keerkaner, Kuiper & Martin, 2004) concluíram que profissionais de polícia com funções operacionais e com a responsabilidade de manterem a ordem e a segurança pública, estão mais propensos a desenvolver quadros de *burnout*.

Segundo Barrucand e Decorme (1988), o álcool acompanha de perto a história da humanidade, exercendo influência sobre domínios como saúde, vida social e religião.

Os avanços científicos nesta área conduziram, na segunda metade do século XIX, ao reconhecimento do alcoolismo como uma doença, assim como dos prejuízos associados ao consumo excessivo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece o consumo excessivo de álcool como ameaça à saúde pública mundial. Estima-se que mais de 2,3 % da população mundial seja alcoólica, o que corresponde a cerca de 140 milhões. Alguns relatórios apontam Portugal como um dos maiores consumidores à escala mundial.

Nos anos oitenta e noventa eram escassas as publicações sobre a perturbação de uso de álcool em populações policiais e militares, apesar de haver fortes indícios de elevada incidência (Polich, 1981; Bray, Marsten, Herbold & Peterson, 1992), inclusivamente, documentada em algumas investigações que expuseram a severidade do problema, indicando que, mais de 25% dos polícias, apresentam problemas graves de consumo de álcool (Dietrich & Smith, 1986; Kroes, 1985; Violanti, Marshall & Howe, 1985).

Também Richmond, Wodak, Kehoe et al. (1998), num estudo conduzido numa amostra policial australiana, verificaram que, quase metade dos elementos policiais masculinos e 40% dos elementos policiais femininos, reportaram consumo

de álcool, de forma abusiva, perigosa e/ou prejudicial, nos últimos 3 meses.

Davey, Obst e Sheehan (2000) utilizaram o AUDIT numa amostra de 4193 polícias australianos tendo encontrado também resultados significativos: 33% dos homens e 24% das mulheres revelaram consumo nocivo de álcool 3% dos homens e 2,5% das mulheres reportaram dependência de álcool.

Também Ballenger et al. (2010), num estudo conduzido com polícias nova iorquinas, encontraram dados que sustentam que estes têm uma maior probabilidade de consumir álcool de forma excessiva, comparativamente com a população geral. Paralelamente, obtiveram resultados pertinentes relativos à associação significativa entre consumo de álcool e acontecimentos de vida adversos. No mesmo estudo, encontrou-se, para o sexo masculino, uma relação significativa entre baixas habilitações académicas e risco de consumo de álcool.

Quanto ao impacto no género no fenómeno de consumo abusivo de álcool, Thomas e Davies (2004) concluíram que mulheres e homens apresentam risco similar de envolvimento em perturbações relacionadas com o uso de substâncias.

A investigação prossegue na busca de respostas que expliquem o consumo abusivo de álcool na população policial, mas não em grande escala, sendo que um dos fatores que surge como potenciador do consumo são as características do próprio serviço policial.

Macdonald, Wells e Wild (1999) debruçaram-se sobre possíveis fatores de risco ocupacionais, potenciadores do consumo de álcool, tendo identificado: fácil acesso ao álcool, insatisfação laboral, *stress* no trabalho e a subcultura policial, que admite o risco de consumo como uma norma aceitável. No que respeita a este último ponto, Obst, Davey, Obst e Sheehan (2001), num estudo realizado com polícias australianos, corroboraram a hipótese de que os níveis de risco de consumo de álcool, para os recruta, aumentam à medida que o seu treino prossegue, apontando para

a possibilidade do processo de treino inserir os recrutas numa cultura de consumo de álcool. Da mesma forma, outros autores (Beehr et al., 1995; Dietrich e Smith, 1986) concluíram que a cultura policial é favorável a um elevado nível de consumo de álcool por parte dos seus elementos. Fenlon et al. (1997) consideram que a influência entre colegas de trabalho, a pressão de pares e situações de ocultação de problemas relacionados com álcool de elementos policiais, são fatores que favorecem o consumo abusivo de álcool, assim como fácil acesso a álcool dentro e fora do local de trabalho, a ausência de uma política de restrição de consumo de álcool no serviço, falta de psicoeducação, e o consumo periódico de álcool no âmbito de operações especiais e nas festividades tradicionais. Também Davey, Obst e Sheehan (2001), concluíram que bebidas alcoólicas estão, frequentemente, disponíveis nos estabelecimentos policiais, pelo menos, em certas situações. Concomitantemente, quase 25% da amostra relatou que o consumo de álcool por parte dos colegas o afeta negativamente. No mesmo estudo (*idem*), ao analisar as respostas relacionadas com a imagem que os elementos policiais têm dos colegas que não consomem álcool, verificou-se que uma parte significativa da amostra indicou ter uma imagem negativa dos mesmos, com atribuições de comportamento anti-social.

Estes autores mais referiram alguns fatores que podem contribuir para o consumo excessivo de álcool na população policial, nomeadamente, celebração de ocasiões especiais, integração de colegas, sentimento de fazer parte da equipa e sensação agradável decorrente deste consumo. Os resultados deste estudo apontam ainda para a existência de um padrão específico de consumo de álcool, como forma de comemoração, dentro do serviço policial.

Deste modo, os polícias sentem-se pressionados a consumir álcool para se sentirem mais integrados (Lindsay e Shelley, 2009).

Roman e Blum (2002), com base numa revisão da literatura sobre os consumos excessivos no local de trabalho, chegaram a conclusão, consensual na comunidade científica, de que o nível stress sofrido no local de trabalho está correlacionado com as taxas de consumo de álcool.

Em suma, o stress ocupacional é um fator amplamente relacionado com a vulnerabilidade para o abuso de substâncias, corroborado por investigações diversas, tais como as de Hurrell e Kleistmet (1984), Kroes (1985), Souza, Schenker, Constantino e Correia (2012), que identificam relações significativas entre o *stress* e o consumo de álcool. Segundo dados da investigação, o consumo de álcool, enquanto estratégia de *coping* para lidar com o *stress* ocupacional, tende a ser tolerado na cultura policial (Waters & Ussery, 2007), o que parece estar associado à “cultura de consumo” anteriormente mencionada. Outros autores (Chopko, Palmieri & Adams, 2013; Shanahan, 1992; Elliott & Shanahan, 1994; Violanti, 1993) também concluíram, em estudos desenvolvidos na população policial, a mobilização da estratégia de *coping* desadequada de consumo de substâncias tóxicas (e.g. álcool, tabaco e estupefacientes) com vista à diminuição do *stress* laboral. Macdonald, Wells e Wild (1999) analisaram ainda a diferença entre sexos na utilização de estratégias de *coping*, e concluíram que, como o consumo de álcool é aceite e constitui parte integrante da cultura policial, este poderá constituir uma influência significativa para o consumo abusivo de álcool nas polícias mulheres, que exercem as suas funções num ambiente masculinizado.

O presente estudo visa analisar a relação entre variáveis socio profissionais, *stress* e risco de consumo de álcool numa amostra de profissionais de polícia da Polícia de Segurança Pública.

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

Foram inquiridos 309 elementos policiais da PSP, colocados em diversos Comandos de Polícia, a nível nacional. Na amostra predominou maioritariamente o sexo masculino (83,3%), e as idades variaram entre 23 e 59 anos; a média de idades da amostra é de 44,12 ($DP= 8,37$). Quanto às restantes características sociodemográficas, na escolaridade, predominou a categoria “até ao 12º ano” (61,9%), seguida da categoria “até ao 9º ano” (16,9%), apresentando a frequência universitária o valor mais baixo (5,2%); no que diz respeito ao estado civil, verificou-se a predominância de indivíduos casados (76,6%), enquanto que, para a “existência de filhos”, predominaram os sujeitos com descendentes (82,4%).

Na variável “distribuição por categoria profissional”, verificou-se que a maioria dos inquiridos pertencia à categoria de Agente Principal (47,6%), por oposição à minoria de Oficiais (8,1%). Os anos na atual função variaram entre menos de um ano e 36 anos, com média de 15,6 anos ($DP=10,50$), predominando, no ano de admissão na PSP, 1998 e 1999. Uma percentagem baixa da amostra (14,1%) indicou exercer funções a mais de 50 km da residência do agregado familiar, ou seja, encontrar-se deslocado da sua residência familiar. Analisando as variáveis que nos remetem para a especificidade do trabalho policial, a maioria da amostra (80,8%) referiu exercer funções operacionais, e 68,5% dos inquiridos indicou trabalhar por turnos. A variável “faltas ao trabalho” variou entre 0 e 420 dias, com média de 8,03 dias ($DP=39,63$), com a larga maioria da amostra a indicar não ter faltado um único dia ao trabalho no último ano (74,3%).

2.2. MEDIDAS

Foi aplicado um questionário de autopreenchimento, anónimo e confidencial, com 6 grupos de questões, que incluiu instrumentos de avaliação psicológica adaptados para português. Para efeitos do presente estudo, apenas foram analisados os resultados da *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS, Lovibond & Lovibond, 1995) e do *Alcohol Use Disorders Identification Test: Self-Report Version* (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Este questionário contemplou ainda questões sociodemográficas e profissionais, nomeadamente idade, sexo, existência de filhos, estado civil, ano de ingresso na PSP, anos na atual função, grau de escolaridade, categoria profissional, distância entre o local de exercício de funções e residência do agregado familiar, exercício de funções operacionais, trabalho por turnos e absentismo no último ano.

A *Depression, Anxiety Stress Scale*, constituída por 42 itens cotados numa escala de 0 (não se aplicou nada a mim) a 3 (aplica-se a mim a maior parte das vezes), avalia os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* psicológico. No caso concreto da DASS, não foram utilizadas todas as subescalas ou dimensões do instrumento, mas dentro destas foram considerados todos os itens de forma a não interferir com a qualidade psicométrica das dimensões (Negreiros, Queirós & Pereira, 2017).

A prevalência do consumo de álcool e nível de risco foi avaliado através do *Alcohol Use Disorders Identification Test: Self-Report Version* composto por 10 questões que avaliam a frequência do consumo de álcool, os comportamentos alcoólicos e os problemas provocados pelo consumo. O risco de consumo é calculado em valor numérico e em categoria (risco baixo, moderado ou elevado).

Pela utilização de uma amostra de profissionais tão específicos (elementos policiais) foi efetuado o cálculo do *Alpha de Cronbach* como medida de consistência interna de cada escala e subescala.

Tabela 1. Alpha de Cronbach por escala e dimensão dos questionários utilizados

Dimensões	Alpha de Cronbach
Stress	0,941
Dificuldade em Relaxar	0,809
Activação Nervosa	0,808
Ficar facilmente preocupado/ irritado e impaciente	0,914
DASS	0,965
Uso	0,558
Dependência	0,676
Problemas resultantes do uso	0,773
AUDIT	0,765

2.3. PROCEDIMENTO

O presente estudo foi autorizado pelo Diretor Nacional da Polícia de Segurança Pública em 03 de julho de 2015, de acordo com o pedido solicitado pela Divisão de Psicologia da PSP.

Foi utilizado um questionário impresso, cujo preenchimento demorou cerca de 30 minutos, em formato anónimo e confidencial. Foi também utilizado um documento relativo ao consentimento informado, em duplicado, de forma a salvaguardar a liberdade do indivíduo em participar na investigação. Os questionários foram recolhidos em grupo, em dois momentos - reavaliação psicológica e ações de formação sobre a temática do Suicídio realizadas pela Divisão de Psicologia da PSP - ambos determinados por despacho ministerial de 2007, enquadrados no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (Ministério da Saúde, 2008), entre setembro de 2017 e março de 2018.

Os resultados foram analisados no programa *IBM SPSS Statistics* versão 23 e a análise estatística efetuada baseou-se nos pressupostos recomendados por vários autores (Pestana & Gageiro, 2008; Field, 2009) para este tipo de amostra, variáveis e objetivos do estudo, correspondendo a uma análise descritiva (frequências, média e desvio-padrão) e análise inferencial (correlação de Pearson).

3. RESULTADOS

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA E CORRELACIONAL

No que se refere à análise descritiva, concretamente das variáveis socio profissionais analisadas neste estudo, refira-se que, para efeitos de análise estatística, a variável anos de serviço foi transformada na variável tempo de serviço, com 8 níveis traduzidos em intervalos de 5 anos (nível 1 – 0/5 anos; nível 2 – 6/10 anos; nível 3 – 11/15 anos; nível 4 – 16/20 anos; nível 5 – 21/25 anos; nível 6 – 25/30 anos; nível 7 – 31/35 anos; nível 8 – 36/40 anos). A maioria da amostra situou-se nos níveis 5 (23,6%) e 6 (23%).

As outras variáveis estudadas incluíram o exercício da função profissional a mais de 50 km de residência do agregado familiar, com uma percentagem baixa da amostra (14,1%) a indicar encontrar-se deslocado da sua residência familiar; o exercício de funções operacionais, com a maioria da amostra (80,8%) a indicar ter este tipo de função; o trabalho por turnos, com 68,5% dos inquiridos a indicar trabalhar por turnos; e as faltas ao trabalho no último ano.

Tal como decidido para a variável anos de serviço, também a variável faltas ao trabalho no último ano foi transformada na variável absentismo, com dois níveis – sem absentismo e com absentismo, referindo-se o primeiro nível à ausência de faltas e o segundo nível à existência de faltas ao serviço. A maioria da amostra (74,3%) não faltou um único dia de trabalho no último ano e apenas 25,7% apresentou absentismo.

Tabela 2. Média e desvio padrão das variáveis sócio profissionais

Dimensões	Média	D. P.
Tempo de serviço	5,01	,556
Deslocado	1,86	,348
Operacionalidade	1,19	,394
Trabalho por turnos	1,31	,465
Absentismo	1,26	,438

No que reporta aos indicadores de saúde ocupacional em estudo, o *stress* apresentou um valor médio de 1,46 (*DP* = 0,45) (numa escala de 1 a 4).

Já no que diz respeito às prevalências de consumo de álcool, 27,4% dos inquiridos indicou beber uma bebida alcoólica 2 a 4 vezes ao mês, 26% indicou beber uma ou menos vezes ao mês, 17% indicou beber 2 a 3 vezes numa semana, 16,2% indicou beber 4 ou mais vezes numa semana e 13,4% indicou nunca beber. Analisando de forma global os resultados, ao nível de padrões de consumo regular de álcool, verifica-se uma baixa percentagem de sujeitos com consumos regulares - uma vasta maioria dos inquiridos (89,8%) indicou beber nenhum, um ou dois copos de uma bebida alcoólica por dia, e 53,2% dos inquiridos indicou nunca beber 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa única ocasião, por oposição a apenas 1,1% da amostra que referiu fazê-lo todos os dias ou quase.

O risco de consumo nocivo de álcool para o total da amostra apresentou uma média significativamente baixa ($M= 3,47$; $DP= 3,21$) numa escala que tem como valor máximo 36 pontos. A análise do risco de consumo excessivo, tendo em consideração a categorização do AUDIT (Babor et. al., 2001), permitiu verificar que 92,9% da amostra apresenta um risco baixo (risco inferior a 8), 6,3% apresenta um risco médio (risco entre 8 e 15), sendo praticamente inexistentes as situações que configuram um risco elevado - apenas 0,8% da amostra apresentou um risco superior a 16.

Para efeitos de análise estatística, os três níveis de risco identificados através da aplicação do AUDIT foram reagrupados em apenas dois níveis – nível baixo e nível médio/alto, referindo-se os valores apresentados na tabela, a esse reagrupamento.

A análise correlacional permitiu verificar a ausência de correlações significativas entre as variáveis sócio profissionais escolhidas e o risco de consumo nocivo de álcool e *stress* (Tabela 3).

Tabela 3. Média, desvio padrão e correlação entre variáveis

Dimensões	Média	D.P.	Tempo de serviço	Deslocado	Operacionalidade	Trabalho por turnos	Absentismo
<i>Stress</i>	1,46	,451	,071	,046	,073	,022	,030
Níveis de Risco	1,07	,258	,102	,026	,028	-,053	,033
* $p < .050$	** $p < .010$						

4. DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

O trabalho policial é reconhecido, de uma forma geral, como uma profissão com elevado *stress* ocupacional, pelo facto de implicar o desempenho de funções que são emocionalmente e fisicamente exigentes (Hussain, Sajjad & Rehman, 2014).

Ao longo da sua carreira, os elementos policiais são frequentemente expostos a situações com potencial traumático, tais como ameaças à sua integridade física, desordem pública, tiroteios, bombardeamentos, atividades criminosas, testemunho de mortes violentas, entre outras (Korre et al., 2014; Richardsen, Burke & Martinussen, 2006).

Diversos estudos (Garbarino et al, 2013; Kop, Euwema & Schaufeli, 1999; Violanti, 1997, 2010) estabeleceram relações entre características específicas do trabalho policial (variáveis sócio laborais) e sofrimento psicológico, depressão, ansiedade, alcoolismo, *burnout*, problemas cardíacos, suicídio, bem como problemas conjugais e familiares.

No presente estudo, desenvolvido com uma amostra de profissionais de polícia portugueses, os resultados apontam para a presença de baixos níveis de *stress* ($M=1,46$; $DP=0,45$), numa escala de 1 a 4, bem como baixo risco de consumo de álcool ($M=3,47$; $DP=3,21$), numa escala que tem como valor máximo 36 pontos.

A literatura científica alude, substancialmente, ao facto de a atividade policial integrar vários fatores que potenciam o *stress* profissional e podem favorecer o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Brown et. al., 1996; Seabra, 2008), contudo importa referir que Anson e Bloom (1988) alertaram para o facto de não existir evidência de que a função policial apresente maior *stress* do que outras profissões; por outro lado, alguns estudos atribuem, baixos valores de *stress* na população policial, a competências de ajustamento (Robinson, MacCulloch & Arentsen, 2014). Ribeiro e Rodrigues (2004) apontam o *coping* como

mecanismo determinante na resposta de *stress*, sendo que estratégias de *coping* positivas trariam, como resultado, níveis de *stress* mais baixos e boa adaptação do indivíduo, a longo termo.

Adicionalmente, não se encontraram correlações significativas entre as variáveis sócio profissionais selecionadas (tempo de serviço, exercício da função profissional a mais de 50 km de residência do agregado familiar, exercício de funções operacionais, trabalho por turnos, e absentismo no último ano) e as variáveis *stress* e o risco de consumo nocivo de álcool.

Ainda que as correlações encontradas não sejam estatisticamente significativas, integrando dados de outras investigações, considera-se interpretável o impacto de alguns fatores sociodemográficos e profissionais, na saúde ocupacional dos elementos policiais. Nomeadamente, o estado civil: a amostra do nosso estudo apresenta uma percentagem significativa de sujeitos casados ou a viver em união de facto (76,6%); investigações diversas reforçam que profissionais a viverem em união de facto/casados, são menos suscetíveis a níveis de *stress* elevados, sobretudo quando a relação é de apoio e retaguarda (Maslach & Jackson, 1985; Maslach et al., 2001; Silva & Gomes, 2009). Verifica-se que 82,4% da amostra tem filhos, e que apenas 14,1% dos sujeitos exercem funções policiais a mais de 50Km de residência do agregado familiar, significando que uma percentagem significativa da amostra não se encontra deslocada do meio de residência. A investigação enfatiza que a proximidade à família constitui fator protetor do *stress* na medida em que minimiza o conflito dos papéis trabalho-família, e ainda porque a dimensão familiar proporciona oportunidades de recuperação da tensão diária (Geurts et al., 2005). Adicionalmente, a esfera familiar apresenta maior flexibilidade comparativamente à esfera profissional (Carlson & Frone, 2003), atendendo a que a família mais facilmente se adapta às exigências profissionais do que o inverso (horários, trabalho por turnos, etc), podendo desta forma constituir

fator protetor, mitigando os efeitos negativos do exercício da função policial.

Já no que respeita ao tempo de serviço, verifica-se que, sensivelmente, metade da amostra apresenta mais de 21 anos de serviço (46,6%). Dito isto, algumas investigações concluem que polícias com tempo de serviço entre um e nove anos são os mais vulneráveis aos acontecimentos propiciadores de *stress* (Cooper, 1982, cit. in Burk, 1989). Atendendo aos baixos níveis de *stress* encontrados nesta amostra profissionalmente experiente, acredita-se que, ao longo do seu percurso profissional, os elementos policiais desenvolveram estratégias de *coping* positivo que ajudam a mitigar os efeitos psicológicos e comportamentais adversos da exposição ao trabalho policial.

Também os baixos níveis de absentismo laboral encontrados poderão ser interpretados como indicadores de ajustamento psicológico e de saúde ocupacional. Vários autores associam elevados níveis de *stress* a taxas de absentismo altas (Cox, Kuk & Leiter, 1993; Cooper, 2001).

Ainda que o consumo de álcool seja identificado em diversos estudos (Davey, Obst & Sheehan, 2001; Chopko, Palmieri & Adams, 2013; Saunders *et al.*, 1993; Souza, Schenker, Constantino & Correia, 2012) como um problema importante nas forças policiais, com consequências, quer ao nível da saúde mental dos indivíduos, quer ao nível da própria organização (nomeadamente, produtividade, absentismo e acidentes de trabalho), existem outros que também identificaram prevalências baixas de consumo de álcool na população policial (Lindsay, 2008; Violanti *et al.*, 2011). De acordo com alguns autores (Davey, Obst & Sheehan, 2001; Kroes, 1985; Violanti *et al.*, 1985), o consumo de álcool nas forças policiais encontra-se subestimado, por um lado, porque os elementos policiais não reconhecem a sua dependência desta substância (o álcool como fator importante de socialização, desvalorização dos consumos...) e, por outro lado, por existirem consequências disciplinares para estes consumos, colocando-se a responsabilidade no

indivíduo e não na estrutura organizacional. Neste seguimento, alguns autores procuraram perceber o que poderia potenciar o consumo nocivo de álcool no serviço policial, encontrando os fatores de *stress* e as exigências ocupacionais como fatores predominantes neste comportamento de risco (Chopko, Palmieri & Adams, 2013; Dietrich & Smith, 1986; Hurrell & Kleismet, 1984; Violanti *et al.*, 1985). Os resultados de um estudo (Almeida, Dias, Negreiros, Santos & Vieira, 2020) com a mesma amostra vão de encontro às investigações mencionadas, tendo-se verificado uma correlação significativamente positiva entre risco de consumo de álcool e *stress*. Parece importante referir ainda que os valores baixos de consumo de álcool, encontrados neste estudo, poderão dever-se também à falta de acesso fácil ao álcool por fecho de muitos bares e messes nas instalações policiais, onde se comercializava álcool, bem como a políticas de controlo de consumo de álcool, tais como os testes aleatórios de medição dos níveis de alcoolémia ao efetivo policial. De facto, os estudos indicam que o fácil acesso ao álcool poderá constituir um fator facilitador do consumo desta substância (Davey, Obst & Sheehan, 2001).

Para concluir, importa refletir algumas limitações da nossa investigação que se prendem com a utilização de uma amostra selecionada por conveniência, enquadrada no contexto que se pretende investigar; aplicação de escalas de auto-resposta, permeáveis a padrões de resposta tendentes à desejabilidade social e ainda o facto do presente estudo apresentar natureza quantitativa.

Por outro lado, há que considerar o impacto do facto de terem sido técnicos da própria instituição PSP a aplicar os questionários e a conduzir este estudo, ao nível do grau de defensividade nas respostas, por receios relacionados com a confidencialidade dos dados recolhidos.

Em investigações futuras sugere-se a inclusão de amostras de profissionais da PSP, de todos os comandos policiais (metropolitanos, regionais e distritais) e em fase de recruta por forma

a salvaguardar, que as mesmas representam fidedignamente a população portuguesa de profissionais da polícia de segurança pública; bem como a realização de investigações de natureza qualitativa e longitudinal que melhor permitam, respetivamente, compreender em profundidade a complexidade da problemática em estudo e ainda compreender a estabilidade, a longo prazo, dos resultados encontrados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F., Dias, J., Negreiros, J., Santos, A. A. & Vieira, A. C. (2020). Um estudo exploratório sobre risco de consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica em polícias. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 18, 1-31.
- Anderson, G., Litzenger, R., & Plecas, D. (2002). Physical Evidence of Police Officer Stress. *Policing: An International Journal of Police Strategies and Management*, 25(2), 399-420.
- Anson, R. H., & Bloom, M. E. (1988). Police stress in an occupational context. *Journal of Police Science and Administration*, 16(4), 229-235.
- Asmundson, G.J. & Stapleton, J.A. (2008). Associations between dimensions of anxiety sensitivity and PTSD symptom clusters in active-duty police officers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(2), 66-75.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care, 2nd edition. World Health Organization – Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Barrucand, D. & Decorme, M. F. (1988). *Alcoologie*. Paris: Riom Labaratoires CERM.
- Ballenger, J. F., Best, S. R., Metzler T. J., Wasserman, D. A., Mohr, D. C., Liberman, A., Delucchi, K., Weiss, D. S., Fagan, J. A., Waldrop, A. E. & Marmar, C. R. (2010). Patterns and Predictors of Alcohol Use in Male and Female Urban Police Officers. *American Journal on Addictions*, 20, 21-29.
- Berg, A. M., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, Ø. (2006). Help-seeking in the Norwegian police service. *Journal of Occupational Health*, 48(3), 145-153.
- Beehr, T. A., Johnson, L. B. & Nieva, R. (1995). Occupational stress: Coping of police and their spouses. *Journal of Organizational Behavior*, 16(1), 3-25.
- Berg, A., Hem, E., Lau, B., Haseth, K., & Ekeberg, O. (2005). Stress in the Norwegian police service. *Occupational Medicine*, 55(2), 113-120.
- Bray, R. M., Marsden, M. E., Herbold, J. R., & Peterson, M. R. (1992). Progress toward eliminating drug and alcohol abuse among U. S. military personnel. *Armed Forces & Society*, 18 (4), 476 - 496.
- Brown, J. M. & Campbell, E. A. (1994). *Stress and Policing: Sources and Strategies*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Burk, R. J. (1989). Career stages, satisfaction, and well-being among police officers. *Psychological Reports*, 65, 3-10.
- Burke, R. J., & Mikkelsen, A. (2006). Burnout among Norwegian police officers: Potential antecedents and consequences. *International Journal of Stress Management*, 13(1), 64-83. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.1.64>
- Carlson, D.S., & Frone, M.R. (2003). Relation of behavioral and psychological involvement to a new four-factor conceptualization of work-family interference. *Journal of Business and Psychology*, 17(4), 515-535.
- Chopko, B., Palmieri, P., & Adams, A. (2013). Associations Between Police Stress and Alcohol Use: Implications for Practice. *Journal of Loss and Trauma*, 18, 482-497.
- Collwell, L. H. (2009). Police officers experience with trauma. *International Journal of Emergency & Mental Health*, 11, 3-16.
- Cooper, C.L., Dewe, P.J. and O'Driscoll, M.P. (2001). *Organizational Stress: A Review and Critique of Theory, Research and Applications*. California: Sage Publications
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, health, works stress and organizational healthiness. En W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.). *Professional Burnout: Recent developments in theory and research* (pp.127-146). Londres: Taylor & Francis.
- Crank, J., Culbertson, R., Hewitt, J. & Regoli, B. (1993). An assessment of work stress among police executives. *Journal of Criminal Justice*, 21, 313-324.
- Cropanzano, R., Goldman, B. M., & Benson III, L (2005). Organizational justice. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress* (pp.63-87). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Davey, J. D., Obst, P. L., & Sheehan, M. C. (2000). Developing a profile of police officers in a large scale sample of an Australian polices service. *European Addiction Research*, 6, 205-212.
- Davey, J. D., Obst, P. L. & Sheehan, M. C. (2001). The use of AUDIT as screening tool for alcohol use in the police work-place. *Drug and Alcohol Review*. 19, 49-54.
- Davis, R. (1983). Stress: deadlier than a bullet. *Police Markman*, March, 10-12.
- Deschamps, F., Paganon-Badinier, I., Marchand, A.-C., & Merle, C. (2003). Sources and assessment of occupational stress in the police. *Journal of Occupational Health*, 45, 358-364.
- Dietrich, J.F. & Smith, J. (1986). The nonmedical use of drugs including alcohol among police personnel: A critical literature review. *Journal of Police Science and Administration*, 14, 300-306.

- Dowler, K., & Arai, B. (2008). Stress, gender and policing: The impact of perceived gender discrimination on symptoms of stress. *International Journal of Police Science & Management*, 10(3), 123-135. doi: 10.1350/ijps.2008.10.2.81.
- Dudek, B., Waszkowska, M., & Hanke, W. (1999). *Health care workers from the negative effects of job stress*. Łódź. Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy [In Polish].
- Ekman, P., Davidson, R. J. & Friesen, V. (1990). Emotional expression and brain physiology II: The Duchenne smile. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 342-353
- Elliott and Shanahan Research Australia (1994). *Alcohol and Other Drugs in the Workplace: a benchmark survey comparing two Victorian organisations*. Elliott & Shanahan Research Australia.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2016). *Healthy workplaces for all ages: promoting a sustainable working life – campaign guide*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Euwema, M., Kop, N., & Bakker, A. (2004). The behaviour of police officers in conflict situations: How Burnout and reduced dominance contribute to better outcomes. *Work & Stress*, 18 (1), 23-38.
- Fenlon, T., Davey, J. & Mann, K. (1997). *National Guidelines for Police Workplace Alcohol Policy*. Australia: Commonwealth Department of Health and Family Services.
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Fisher, P. (2003). *Workplace stress & Trauma in policing: sources, outcomes & implications*. A review document prepared for the Canadian Police Association Annual General Meeting. In: <http://www.cbupub.com/express> acedido em Outubro de 2006.
- Fletcher, D., Hanton, S., & Mellalieu, S.D. (2006). An organizational stress review: Conceptual and theoretical issues in competitive sport. In S. Hanton & S.D. Mellalieu (Eds.), *Literature reviews in sport psychology* (pp.321–374). Hauppauge, NY: Nova Science.
- Garbarino, S., Cuomo, G., Chiorri, C., and Magnavita, N. (2013). Association of work-related stress with mental health problems in a special police force unit. *BMJ. Open* 3, e002791. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002791
- Garbarino, S., Magnavita, N., Elovainio, M., Heponiemi, T., Ciprani, F., Cuomo, G. & Bergamaschi, A. (2011). Police job strain during routine activities and a major event. *Occupational Medicine*, 61(6), 395–399. doi: 10.1093/ocmed/kqr058.
- Gerber, M., Kellmann, M., Elliott, C., Hartmann, T., Brand, S., Holsboer-Trachsler, E., & Puhse, U. (2014). Perceived fitness protects against stress-based mental health impairments among police officers who report good sleep. *Journal of Occupational Health*, 55, 376–384. doi: 10.1539/joh.13-0030-OA.
- Geurts, S., Taris, T., Kompier, M., Dijkers, J., Hoof, M., & Kinnunen, U. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19(4), 319-339. doi: 10.1080/02678370500410208
- Gil-Monte, P., Núñez-Román, E., & Selva S. (2006). Relación entre el Síndrome de quemarse en el trabajo (burnout) y síntomas cardiovasculares: Un estudio en técnicos de prevención de riesgos laborales. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(2), 227-232
- Gollac, M. (2004). 'Measuring working conditions', unpublished presentation given at a meeting on the fourth European. *Working Conditions Survey*, 10–11 June 2004, Brussels.
- Gonçalves, S. & Neves, J. (2004). Stress ocupacional, estratégias de coping e implicação organizacional em contexto policial. A. Carvalho, J. Monteiro.
- Gul, Z., & Delice, M. (2011). Police job stress and stress reduction/ coping programs. The effects on the relationship with spouses. *Turkish Journal of Police Studies*, 13, 19-38.
- Harris, K, & Kacmar, K. M. (2005). Organizational politics. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress* (pp. 353-374). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stress ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1), 153-162
- Houaiss, A., Villar, M. S. e Franco, F. M. M. (2001). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Instituto Antônio Houaiss de Lexicografia. Rio de Janeiro: Objetiva
- Hoven, H., Wahrendorf, M., and Siegrist, J. (2015). Occupational position, work stress and depressive symptoms: a pathway analysis of longitudinal share data. *Journal of Epidemiology. Community Health*, 69, 447–452. doi: 10.1136/jech-2014-205206
- Hurrell, J. & Kleistmet, R. (1984). *Stress Among Officers*. USA: US Department of Health and Human Services.
- Hussain, W., Sajjad, R. & Rehman, A. (2014). Depression, anxiety and stress among female and male police officers. *Pakistan Journal of Clinical Psychology*, 13 (1), 3-14.
- Keerkaner, P., Kuiper, N., & Martin, R. (2004). Sense of humor, physical health, and wellbeing at work: A three-year longitudinal study of finnish police officers. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17 (1/2), 21-35.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168–177. doi: 10.1037/0022-3514.42.1.168.
- Kop, N., Euwema, M. C., & Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress and violent behavior among Dutch police officers. *Work & Stress*, 13, 326-340. doi: 10.1080/026783704200209767.
- Korre, M., Farioli, A., Varvarigou, V., Sato, S., and Kales, S. N. (2014). A survey of stress levels and time spent across law enforcement duties: police chief and officer agreement. *Policing*, 8, 109 – 122. doi: 10.1093/policing/pau001.
- Kroes, W. (1985). *Society's victims, the policeman. An analysis of job stress in policing*, 2nd ed. New York: Charles C. Thomas.
- Lazarus, R.S. (1988). *Coping theory and research: Past, present and future*. *Psychologist Medicine*, 55, 234-247.

- Lehman, W., Farabee, D., Holcom, M. & Simpson, D. (1995). Prediction of substance use in the workplace: unique contributions of personal background and work environment variables. *Journal of Drug Issues*, 25, 253-74.
- Liberman, A., Best, S., Metzler, T., Fagan, J. (2002). Routine occupational stress and psychological distress in police. *Pollicing: An International Journal of Police Strategies and Management*, 25(2), 421-441.
- Lindsay, V. (2008). Police Officers and their Alcohol Consumption: Should we be Concerned?. *Police Quarterly*, 11 (1), 74-87.
- Lindsay, L., & Shelley, K. (2009). Social and stress-related influences of police officers' alcohol consumption. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 24, 87-92, doi: 10.1007/s11896-009-9048-9.
- Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.
- Macdonald, S., Wells, S. & Wild. T.C. (1999). Occupational risk factors associated with alcohol and drug problems. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(2), 351-369.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*, 12 (7/8), 837-851.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- McCraty, R., Tomasimo, D., Atkinson, M., & Sundram, J. (1999). *Impact of the heartmath self-management skills program on physiological and psychological stress in police officers*. HeartMath Research Center, 99, 75-87.
- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Mizuno, M., Yamada, Y., Ishii, A., & Tanaka, S. (2006). *A human resource management approach to motivation and job stress in paramedics*. International Congress Series, 1294, 167-170.
- Negreiros, J., Queirós, C. & Braga Pereira, I. (2017). *Relatório Projecto: Aquisição de um dispositivo de diagnóstico de consumo de substâncias psicoativas em contexto laboral e respectivos impactos para a Câmara Municipal de Matosinhos*. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Obst, P. L., Davey, J. D., & Sheehan, M. C. (2001). Does joining the police service drive you to drink? A longitudinal study of the drinking habits of police recruits. *Drugs Education Prevention and Policy*, 8, 347-357.
- Page, K. & Jacobs, S. (2011). Surviving the shift: rural police stress and counseling services. *Psychological Services*, 8(1), 12-22. doi: 10.1037/a0021796.
- Patil, R. R., Chetlapally, S. K. & Bagavandas, M. (2014). Global review of studies on traffic police with special focus on environmental health effects. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 27(4), 523-535. doi: 10.2478/s13382-014-0285-5.
- Pestana. M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Polich, J. M. (1981). Epidemiology of alcohol abuse in military and civilian populations. *American Journal of Public Health*, 71(10), 1125 - 1132.
- Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 3-15.
- Richardson, A. M., Burke, R. J., & Martinussen, M. (2006). Work and health outcomes among police officers: The mediating role of police cynicism and engagement. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 555-574.
- Richmond, R., Wodak, A., Kehoe, L., & Heather, N. (1998). How healthy are the police? A survey of life-style factors. *Addiction*, 93, 1729-1737.
- Roberg, R., Kuykendall, J. & Novak, K. (2002). *Police Management* (3 rd. edn.). Los Angeles, CA: Roxbury Publishing Company.
- Robinson, S., MacCulloch, R. & Arentsen, V. (2014). The Effects of Gender and Country on Stress and Resilience: A Comparative Study of Police Academy Recruits from Australia, China and Canada. *Police Journal*, 87(4), 245-257. doi:10.1350/pojo.2014.87.4.678.
- Roman, P. M., & Blum, T. C. (2002). The workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Research and Health*, 26(1), 49 - 57.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de le Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption: II. *Addiction*, 88, 791-803.
- Savery, L., Soutar, G. & Weaver, J. (1993). Stress and the police officer: Some West Australian Evidence. *The Police Journal*, 66(3), 227-290.
- Seabra, A. (2008). *Síndrome de Burnout e a Depressão no Contexto da Saúde Ocupacional*. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde Mental. Porto: ICBAS.
- Seedat, S. & Stein, M. B. (2001). Post-traumatic stress disorder: A review of recent findings. *Current Psychiatric Reports*, 3, 288-294.
- Shanahan, P. (1992). *A Study of Attitudes and Behaviours: Working in the police force today and the role of alcohol*. Sydney: Elliot and Shanahan Research Australia.
- Sheehan, M. (1994). *Alcohol Controls and Drink Driving: the social context*. FORS CR142. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Schmitdke, A., Fricke, S., & Lester, D. (1999). Suicide among German federal and state police officers. *Psychological Report*, 84, 157-166. doi: 10.2466/PRO.84.1.157-166.
- Serra, A. V. (2002). *O stress na vida de todos os dias (2ªed.)*. Coimbra: Edição do autor.
- Silva, M. C., & Gomes, A.R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.

- Souza, E., Schenker, M., Constantino, P., & Correia, B. (2012). Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 667-676. doi.10.1590/S1413-81232013000300012.
- Thomas, J. C., & Davies, M. (2004). Stress, working conditions, and work-life events. In M. Hersen & J. C. Thomas (Eds.), *Psychopathology in the Workplace. Recognition and Adaptation*. (pp. 25 – 55). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Totterdell, P. (2005). Work schedules. In J. Barling, E. K. Kelloway, & M. R. Frone (Eds.), *Handbook of work stress* (pp.35-62). Thousand Oaks: Sage Publications
- Turnage, J. J. & Spielberger, C. D. (1991). Job stress in managers, professionals, and clerical workers. *Work & Stress*, 5(3), 165-176.
- Vara, N. (2007). *Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- van der Velden, P. G., Rademaker, A. R., Vermetten, E., Portengen, M. A., Yzemans, J. C. & Grievink, L. (2013). Police officers: a high-risk group for the development of mental health disturbances? A cohort study. *BMJ. Open* 3:e001720. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001720
- Violanti, J. M., Marshall, J. R. & Howe, B. (1985). Coping and Alcohol Use: The Police Connection. *Journal of Police Science and Administration*, 13(2), 106-110.
- Violanti, J.M. (1993). What does high stress police training teach recruits? An analysis of coping. *Journal of Criminal Justice*, 21, 411-417.
- Violanti, J. (1997). Suicide and the Police Role: a Psychosocial Model. *Policing: An International Journal*, 20(4), 698-715.
- Violanti, J.M. (2010). Police suicide: A national comparison with fire-fighter and military personnel. *Policing: An International Journal*, 33(2), 270-286. Doi: 10.1108/13639511011044885.
- Violanti, J. M., Slaven, J.E., Charles, L. E., Burchfiel, C. M., Andrew, M. E., & Homish, G. G. (2011). Police and Alcohol Use: A Descriptive Analysis and Associations with Outcomes. *American Journal of Criminal Justice*, 36(4), 344-356.
- Waters, J. A. & Ussery, W. (2007). Police stress: History, contributing factors, symptoms, and interventions. *Policing: An International Journal*, 30(2), 169–188.

GUIA PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA NA DOENÇA MENTAL GRAVE

GUIDE TO SMOKING CESSATION IN SEVERE MENTAL ILLNESS

AUTORES E AFILIAÇÕES

RODRIGO VALIDO ^A

FILIPA CALDAS ^A

GUSTAVO SANTOS ^B

^A HOSPITAL MAGALHÃES LEMOS, PORTO, PORTUGAL,
INTERNO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA DE PSIQUIATRIA

^B HOSPITAL MAGALHÃES LEMOS, PORTO, PORTUGAL,
ASSISTENTE HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA

ORCID FILIPA CALDAS: 0000-0002-2178-6802

ORCID GUSTAVO SANTOS: 0000-0002-8868-2274

**Não foram utilizados subsídios ou bolsas
para a realização do trabalho.**

AUTOR CORRESPONDENTE

Rodrigo Valido - rodrigovalido@hmlemos.min-saude.pt,

Telemóvel: 916859153

ORCID: 0000-0001-9114-0487

Morada: R. Prof. Álvaro Rodrigues,

4149-003 Porto

RESUMO

O tabagismo é um dos principais fatores de risco modificáveis que contribuem para a mortalidade precoce de pessoas com Doença Mental Grave (DMG). Existem dificuldades acrescidas na cessação tabágica nesta população. Elaboramos um guia para a cessação tabágica nas pessoas com DMG tendo por base uma revisão não sistemática da literatura e avaliação crítica da evidência atual no contexto da prática clínica em Saúde Mental. As pessoas com DMG apresentam uma prevalência de tabagismo duas a quatro vezes superior à população geral. As taxas de cessação tabágica nas pessoas com DMG são muito baixas. Devemos avaliar rotineiramente o “status” tabágico dos doentes e fazer aconselhamento à cessação. O tratamento combinado recorrendo a farmacoterapia e intervenções não farmacológicas deve ser considerado em pessoas com DMG. Programas de intervenção comportamental de base diretiva e de suporte podem ser adequados. O uso de Vareniclina, Bupropiona e Terapêutica de Substituição Nicotínica é recomendado. Defendemos a importância da formação em cessação tabágica e a mais-valia da criação de uma consulta especializada para cessação tabágica no enquadramento dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. A eficácia de programas de cessação tabágica com tratamentos psicofarmacológicos e psicoterapêuticos tem sido amplamente documentada e reforçada por revisões sistemáticas e meta-análises. São necessários mais estudos na população com DMG para se poderem atingir melhores resultados de cessação tabágica.

Palavras-Chave: Cessação tabágica; Psiquiatria; Fumadores; Perturbações mentais

ABSTRACT

Smoking is one of the main modifiable risk factors contributing to early mortality in people with Severe Mental Illness (SMI). There are increased difficulties in smoking cessation in this population. We developed a guide for smoking cessation in people with SMI based on a non-systematic review of the literature and critical evaluation of current evidence in the context of clinical practice in Mental Health. People with SMI have a smoking prevalence two to four times higher than the general population. Smoking cessation rates in people with SMI are very low. We should routinely assess the smoking status of patients and provide cessation counseling. Combination treatment using pharmacotherapy and non-pharmacological interventions should be considered in this population. Guideline-based behavioral intervention and support programs may be appropriate. The use of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Replacement Therapy is recommended. We advocate the importance of smoking cessation training and the added value of creating a specialized smoking cessation consultation within the framework of Psychiatry and Mental Health services. The effectiveness of smoking cessation programs with psychopharmacological and psychotherapeutic treatments has been widely documented and reinforced by systematic reviews and meta-analyses. More studies in the population with SMI are needed to achieve better smoking cessation outcomes.

Keywords: Smoking Cessation; Psychiatry; Smokers; Mental disorders

O tabagismo é um dos principais fatores de risco modificáveis que contribuem para a mortalidade precoce de pessoas com Doença Mental Grave (DMG).¹⁻³ A DMG compreende síndromes psiquiátricas como as Perturbações do Espectro da Esquizofrenia, a Perturbação Afetiva Bipolar e Perturbações Afetivas com sintomas psicóticos. Existe uma lacuna importante na literatura científica da cessação tabágica nesta população apesar da elevada prevalência de tabagismo. Revimos e analisamos as particularidades do tratamento farmacológico e não farmacológico na cessação tabágica das pessoas com DMG para poder servir de guia na sua abordagem.

Realizamos uma revisão não sistemática da literatura, utilizando as bases de dados *PubMed/Medline*. Foi utilizado o MeSH: “(smoking cessation) AND (severe mental illness)”, visando o período temporal entre 2000 e 2021, sem exclusão de nenhuma categoria de artigo. Foram selecionados os artigos mais relevantes para o tema. Os dados foram analisados conforme a evidência científica atual no contexto da prática clínica em consulta especializada de Cessação Tabágica num Serviço de Psiquiatria.

As pessoas com DMG apresentam a prevalência mais alta de tabagismo, duas a quatro vezes superior à população geral.¹⁻³ Apesar de, a nível mundial, a prevalência de fumadores se situar entre os 18 a 20%, estima-se que mais de 70% das pessoas com DMG tenham comportamentos tabágicos.⁵ Parece existir um “*continuum*” de gravidade na doença mental, com a Perturbação Depressiva Unipolar (moderada a severa) a apresentar uma prevalência de fumadores superior à população geral, mas inferior à Perturbação Afetiva Bipolar, que se situa nos cerca de 30%, e é inferior à prevalência de fumadores em pessoas com Esquizofrenia, com uma prevalência na literatura de 40 a 60%.^{2,5,6} Também nos casos de Primeiro Episódio Psicótico (PEP) e de Psicose Resistente ao Tratamento verifica-se uma prevalência estimada de 50%.⁶

A esperança média de vida das pessoas com DMG está diminuída em cerca de 20 a 30 anos.^{7,8} Porém,

verificam-se diferenças conforme o nível socioeconómico dos países, com uma esperança média de vida no Reino Unido e Austrália reduzida em 10 a 17 anos, nos países Nórdicos em 20 anos e nos países de baixo-médio rendimento, reduzida em até 30 anos.^{3,4} As taxas de morbidade e mortalidade são 2 a 2,5 vezes superiores entre os fumadores com DMG comparativamente aos sem DMG.⁶ O excesso de mortalidade deve-se a doença física, com cerca de 80% das mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias crónicas.⁶⁻⁸ Mesmo hábitos tabágicos ligeiros representam uma grande parte do risco de doença coronária e de acidente vascular cerebral.⁶ Verificou-se que o tabagismo intenso (mais de 25 cigarros por dia) em pessoas com Esquizofrenia, relacionou-se com a perda excessiva de substância cinzenta cerebral após cinco anos.⁶ Além disso, a diminuição da esperança de vida pode também dever-se à elevada prevalência de comorbilidade com Perturbações do Uso de Substâncias (PUS) nas pessoas com DMG.⁴

Os hábitos tabágicos das pessoas com DMG são caracterizados pela elevada prevalência de consumo atual de tabaco, elevado nível de dependência de nicotina e uma notável dificuldade em deixar de fumar, sendo que os hábitos tabágicos desta população são semelhantes em todos os países em que existem estudos.² Ainda assim, poucos estudos consideraram quais os fatores de risco associados a uma maior gravidade dos comportamentos tabágicos.⁵

As taxas de cessação tabágica nas pessoas com DMG são muito baixas.⁵⁻⁷ Cerca de 50% dos fumadores com DMG gostariam de deixar de fumar se fosse assegurado apoio no processo de cessação.⁸ Mesmo assim, recebem menos aconselhamento e incentivo à cessação tabágica comparativamente à população geral, sendo mais evidente quanto mais severa a doença mental.⁷ A evidência demonstra que o sucesso das intervenções de cessação em pessoas com DMG que recebem suporte adequado é semelhante ao dos fumadores da população geral.^{3,7,8} Contudo, este conhecimento não se reflete em maiores taxas de sucesso na redução do consumo de tabaco na população com DMG.^{4,5}

As principais motivações para a cessação tabágica são iguais nas pessoas com DMG comparativamente à população geral, relacionando-se com o impacto na saúde causado pelo tabaco.⁸ A percepção que os fumadores com DMG têm de deterioração da saúde física, bem como sintomas psiquiátricos mais graves, podem associar-se aos estádios de contemplação e de preparação para a cessação tabágica.⁹ A cessação sustentada é difícil de se conseguir, em linha com o observado na população geral.¹⁰ Identificamos múltiplas características distintas e importantes entre os fumadores com e sem DMG.

Tabela 1. Principais características dos fumadores com e sem Doença Mental Grave (DMG)

Características	Pessoas com DMG	Pessoas sem DMG
Prevalência	<ul style="list-style-type: none"> - superior 2 a 4x à da população geral; - mais de 70% das pessoas com DMG apresentam comportamentos tabágicos; - cerca de 30% nas pessoas com PAB; - cerca de 40% a 60% nas pessoas com Esquizofrenia; - cerca de 50% nos Primeiros Episódios Psicóticos e Psicose Resistente ao tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - a prevalência mundial de fumadores estima-se entre os 18 e 20%
Mortalidade	<ul style="list-style-type: none"> - as taxas de morbilidade e mortalidade são 2-2,5 vezes superiores entre os fumadores com DMG; - cerca de 70% a 80% das mortes de pessoas com DMG devem-se a comorbilidade por doença física, principalmente doença cardiovascular (DCV) e neoplasias; - a DCV contabiliza cerca de 43% das mortes em fumadores com Esquizofrenia comparativamente a 19% em não fumadores com Esquizofrenia; - esperança média de vida reduzida em cerca de 20 a 30 anos comparativamente à população geral. 	<ul style="list-style-type: none"> - estima-se que o consumo de cigarros seja responsável por mais de 10% de todas as mortes cardiovasculares em todo o mundo; - esperança média de vida reduzida em cerca de 10 anos comparativamente à população geral.
Tratamento Médico	<ul style="list-style-type: none"> - recebem tratamento sub-ótimo, tal como aconselhamento para a cessação tabágica e rastreio deficitários; - formas mais severas de doença mental parecem receber ainda menos aconselhamento. 	<ul style="list-style-type: none"> - recebem melhor tratamento médico, mais aconselhamento para incentivo à cessação tabágica e são alvo de mais rastreio do que a população com DMG.
Aconselhamento para deixar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> - não é oferecido por rotina; - quanto mais severa a doença mental menos aconselhamento parece haver. 	<ul style="list-style-type: none"> - é oferecido por rotina, contudo muitas vezes sem o suporte adequado.
Razões para deixar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> - as principais razões apontadas são relacionadas com o impacto na saúde física; - a razão menos importante é evitar o aumento do peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - as principais razões apontadas são relacionadas com o impacto na saúde física;

Características	Pessoas com DMG	Pessoas sem DMG
Vulnerabilidade neurobiológica à adição de nicotina	<ul style="list-style-type: none"> - alguns estudos mostram melhoria da regulação sensorial com o recurso a nicotina, melhorando a memória e a capacidade filtrar estímulos irrelevantes; - demonstrou-se que fumar induz a libertação de dopamina em áreas corticais, particularmente no córtex do cíngulo e pré-frontal, mas também na amígdala; - doentes fumadores ou expostos a altos níveis de nicotina têm menos risco de desenvolvimento de parkinsonismo. 	- não existe evidência de vulnerabilidade biológica.
Grau de dependência de nicotina	<ul style="list-style-type: none"> - níveis de dependência mais elevados como demonstrado por pontuações mais altas no “Fagerstrom Test for Nicotine Dependence”; - elevadas percentagens de “fumadores pesados” (> de 20 a 30 cigarros por dia), verificado em 45% a 70% dos fumadores com Esquizofrenia 	
Intervenções de cessação tabágica	<ul style="list-style-type: none"> - a taxa de abstinência tabágica em pessoas com DMG que recebem suporte adequado é semelhante à dos fumadores da população geral; - tentativas de cessação prévias foram em regra tentadas sozinhos, sem aconselhamento ou acesso a terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> - os tratamentos farmacológicos baseados na evidência são maioritariamente usados por fumadores com um estatuto socioeconómico médio - alto; - os métodos baseados na evidência são pouco utilizados para apoiar as tentativas de deixar de fumar.
Manutenção da abstinência	<ul style="list-style-type: none"> - a cessação tabágica sustentada é difícil de se conseguir, em linha com o observado na população geral; - a recaída é a regra. 	<ul style="list-style-type: none"> - as tentativas de cessação sem apoio específico terminam em insucesso aos 12 meses em 95% dos casos; - com apoio farmacológico a cessação tabágica sustentada a longo prazo é conseguida em 20% dos casos.

As Associações Americana e Europeia de Psiquiatria recomendam que os psiquiatras avaliem rotineiramente o “status” tabágico dos doentes.^{4,7} As intervenções breves são recomendadas. Um dos modelos mais usados e recomendado é o dos 5A’s, que consiste em 1) Perguntar (“Ask”), 2) Avaliação (“Assess”), 3) Aconselhar (“Advice”), 4) Assistir (“Assist”) e 5) Seguimento (“Arrange”).^{3,4,7} Nesta intervenção questiona-se acerca do comportamento tabágico, avalia-se o “status” tabágico (Fumador atual? Ex-fumador? Número de cigarros fumados atualmente? Unidades maço ano?), aconselha-se à cessação tabágica (educando para a saúde e fornecendo fontes de auto-ajuda), providencia-se assistência (recorrendo a farmacoterapia baseada na evidência, suporte psicológico e estratégias comportamentais) e por fim agenda-se o seguimento para reavaliação e prevenção da recaída.^{3,4,7} A implementação destas etapas em cada visita a pessoas com DMG pode já ter benefícios modestos, como a redução do número de cigarros fumados e cessação tabágica após 12 meses.⁷ Os baixos níveis de cessação tabágica sustentada na população com doença mental relacionam-se com tentativas espontâneas de cessação, ou seja, sem qualquer apoio e seguimento.^{2,8} Os profissionais de saúde mental com treino específico em cessação tabágica providenciam mais aconselhamento e têm mais doentes em cessação tabágica.³

A Consulta de Cessação Tabágica enquadrada nos Serviços de Saúde Mental segue moldes semelhantes aos da consulta realizada na população geral. Contudo, as intervenções habituais podem não ser suficientes para manutenção da abstinência nas pessoas com DMG. Um estudo prospetivo em pessoas com DMG, que comparou a intervenção habitual (suporte comportamental + farmacoterapia) com uma intervenção

específica (sessões pré-cessação, reduzir para cessar e visitas domiciliares, além do habitual), verificou evidência de uma maior proporção de cessação aos 6 meses no grupo de intervenção específica. Todavia, não houve diferenças significativas ao final de um ano, o que está em linha com o observado na população geral.¹⁰

Entre as pessoas com DMG, os serviços genéricos de cessação tabágica são vivenciados como inadequados e existe a percepção de falta de apoio dos profissionais de saúde para deixar de fumar.¹¹ Começa a acumular-se evidência de que intervenções mais intensivas e multifacetadas podem ser necessárias para atingir a cessação tabágica sustentada na população com DMG.^{7,10,11}

De acordo com orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) as recomendações para a gestão do uso de tabaco e PUS em pessoas com DMG conclui que o tratamento combinado recorrendo a farmacoterapia e intervenções não farmacológicas deve ser considerado. A força das recomendações é de qualidade baixa a muito baixa e assenta essencialmente em recomendações de boas práticas. Um programa de intervenção comportamental de base diretiva e de suporte pode ser considerado e adequado às especificidades de cada indivíduo. No que concerne à terapêutica farmacológica, o uso de Vareniclina, Bupropiona e Terapêutica de Substituição Nicotínica é recomendado. Nos doentes com PUS comórbida, esta deve ser tratada e as interações entre a Vareniclina ou Bupropiona e medicações psicotrópicas devem ser alvo de vigilância. A Entrevista Motivacional pode ser considerada nesta população como uma forma personalizada de intervenção.⁴ Identificamos particularidades relevantes na abordagem clínica da Perturbação do Uso de Nicotina nas pessoas com DMG comparativamente às sem DMG.

Tabela 2. Principais características da Perturbação do Uso de Nicotina nas pessoas com Doença Mental Grave (DMG)

Caraterísticas dos Fumadores com Doença Mental Grave
<ul style="list-style-type: none">• Características Gerais<ol style="list-style-type: none">1. Começam a fumar numa idade mais precoce;2. Inalam mais profundamente;3. Gastam uma maior percentagem relativa dos seus rendimentos em tabaco;4. Níveis mais elevados de dependência de nicotina<ol style="list-style-type: none">a. quantidade de cigarros fumados por dia e em Unidades Maço Ano (UMA)b. extensão do “craving”c. pontuações mais elevadas no “Fagerstrom Test for Nicotine Dependence”;d. “Heaviness of Smoking Index” > 4e. ocorrência de sintomas de abstinência
<ul style="list-style-type: none">• Principais razões apontadas pelos fumadores com DMG para continuar a fumar<ol style="list-style-type: none">1. Diminuição da percepção do stress causados pelo isolamento e estigma associados à doença psiquiátrica;2. Melhoria do afeto negativo;3. Melhoria de efeitos colaterais da medicação;4. Gerir o stress, ansiedade e sintomas depressivos;5. Facilitar a interação social;6. Amenizar o sentimento de aborrecimento e frustração;7. Relaxar.

O estudo “Global Smoking Cessation Study” permitiu constatar que cerca de 4% de todos os fumadores sujeitos a tratamento farmacológico, experienciaram algum efeito neuropsiquiátrico clinicamente significativo durante a tentativa de cessação tabágica. Contudo, verificou-se que cerca de 2% dos fumadores sem história psiquiátrica reportaram efeitos adversos comparativamente a 6% dos fumadores com história de doença psiquiátrica.¹³

Tabela 3. Uso de Farmacoterapia para a Cessação Tabágica e prevalência de Eventos Neuropsiquiátricos Adversos na população Psiquiátrica

Prevalência de Eventos Neuropsiquiátricos Adversos associados à farmacoterapia
<ul style="list-style-type: none"> • Prevalência global de Eventos Neuropsiquiátricos Adversos nas pessoas com antecedentes psiquiátricos - 6% <ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedente de Perturbação Psicótica - 5,1% a 6,3% 2. Antecedente de Perturbação Afetiva - 4,6% a 6,8% 3. Antecedente de Perturbação de Ansiedade - 4,6% a 8,0%
<ul style="list-style-type: none"> • Fatores associados a uma maior prevalência de ENAs
<ul style="list-style-type: none"> • Gerais <ol style="list-style-type: none"> 1. Raça caucasiana 2. Perturbação de Ansiedade atual 3. Ideação/comportamento suicida prévio
<ul style="list-style-type: none"> • População Psiquiátrica <ol style="list-style-type: none"> 1. Sexo Feminino 2. Idade mais jovem 3. Perturbação do Uso de Substâncias prévio 4. Dependência de nicotina mais elevada

O uso da Vareniclina ou Bupropiona, comparativamente aos adesivos de nicotina ou placebo, não se associou a um aumento significativo nas taxas de Eventos Neuropsiquiátricos Adversos (ENAs) moderados a graves, naqueles com ou sem perturbações psiquiátricas.¹³ Independentemente da farmacoterapia escolhida, havia uma maior probabilidade de sintomas neuropsiquiátricos moderados a graves se os fumadores reportassem ansiedade atual ou ideação/comportamento suicida prévio e se fossem caucasianos. Nos fumadores com antecedentes psiquiátricos, o sexo feminino, a idade mais jovem, e a maior dependência da nicotina foram também preditivos de uma elevada probabilidade de ENAs.¹³ Uma sub-análise do mesmo coorte mostrou que a PUS prévia também se relacionava com uma maior probabilidade de ocorrência de eventos adversos.¹⁴ Além disso, o sexo feminino e PUS prévia relacionam-se com sintomas de abstinência mais graves no processo de cessação.¹⁴ Numa avaliação longitudinal realizada com escalas validadas, abrangendo

ideação suicida, perturbações afetivas e psicóticas, não foram encontradas associações significativas em relação com o tratamento farmacológico usado na cessação tabágica.¹⁵ A Vareniclina e a Bupropiona podem ser usados com segurança em doentes com perturbações psiquiátricas não descompensadas, sendo que a Vareniclina parece poder ser superior em eficácia.^{13,14} Para fumadores com Perturbações do Espectro da Esquizofrenia, a Vareniclina associa-se a taxas de abstinência mais elevadas em comparação com a terapia de substituição de nicotina ou Bupropiona.¹⁴ Contudo, tanto a Vareniclina como a Bupropiona e os adesivos de nicotina são superiores ao placebo.^{15,14}

As pessoas com DMG podem necessitar de doses superiores de Vareniclina e durante um tempo superior ao previsto, com uma melhoria na remissão e sem prejuízo no que concerne aos efeitos secundários.^{13,14} Existe pouca investigação sobre quais são as características dos fumadores que podem influenciar a eficácia relativa de diferentes formas de tratamento farmacológico em comparação umas com as outras. Contudo, verifica-se que a história de doença psiquiátrica, os níveis mais elevados de dependência da nicotina e o recurso prévio a terapêutica de substituição de nicotina, associam-se a taxas mais baixas de cessação tabágica.¹⁵

Há um consenso de que todos os doentes devem ser monitorizados para alterações comportamentais e sintomatologia psiquiátrica. Assim, é boa prática dar a indicação de que se o doente notar uma alteração importante do humor ou do comportamento, a terapêutica deve ser descontinuada e a situação reportada ao médico assistente.¹⁶

O tabagismo pode afetar o metabolismo farmacológico através de mecanismos farmacocinéticos e farmacodinâmicos. Uma mudança no estatuto de fumador pode colocar os indivíduos em risco de reações adversas potencialmente graves. Os doentes devem ser regularmente questionados acerca da carga tabágica, para ajustar doses de medicamentos relevantes em conformidade.

As principais interações farmacocinéticas ocorrem através dos hidrocarbonetos policíclicos aromáticos resultantes da combustão dos produtos do tabaco, e não à nicotina. Estes podem induzir algumas enzimas do citocromo p450, particularmente a CYP1A2, CYP1A1, CYP2B6 e CYP2E1.¹⁸⁻²⁰ Poucos dias após o início de consumo regular de tabaco verifica-se um aumento do clearance em 25-50% de uma grande variedade de fármacos, particularmente alguns psicotrópicos, como a clozapina, olanzapina, haloperidol, clorpromazina e fluvoxamina.^{21,22} Por este motivo, geralmente necessitam de tratamento com doses mais elevadas do que o habitual. Este efeito é extremamente importante em situações onde os indivíduos ficam privados de fumar, por exemplo no internamento, dado que rapidamente (logo no primeiro dia) se verifica uma de-indução enzimática, e por conseguinte, uma redução da metabolização do fármaco e aumento do seu efeito. No caso dos antipsicóticos é necessário manter uma vigilância apertada pela possibilidade de sedação excessiva ou surgimento/agravamento de outros efeitos adversos.²² Apesar da terapêutica de substituição nicotínica estar indicada nestas situações, deve ser tido em conta que não sendo o efeito enzimático devido à nicotina, este não é minimizado com a suplementação, pelo que o tratamento passa pela redução da dose do antipsicótico em 25 a 50%. A título de exemplo, estima-se que um consumo de 7-12 cigarros seja suficiente para causar a indução máxima do metabolismo da Clozapina ou Olanzapina, e que a concentração plasmática de Clozapina aumenta 72% com a cessação tabágica.^{18,23} Este efeito de de-indução termina em 1 a 2 semanas após a cessação tabágica.^{18,19}

As interações farmacodinâmicas são bastante menos frequentes do que as farmacocinéticas estão relacionadas com a nicotina, pelo seu efeito ativador do sistema nervoso simpático.^{18,24} Resumem-se, essencialmente, ao efeito sinérgico com estimulantes, como a cafeína, e ao efeito pro-trombótico com contraceptivos orais combinados.^{19,24,25} Por outro lado, estudos verificaram a necessidade de doses

mais altas de metadona em grandes fumadores e que a metadona atenua os sintomas de descontinuação da nicotina.^{26,27}

Podemos constatar que sucessivos estudos aleatorizados e controlados mostram que o sucesso das intervenções de cessação tabágica em pessoas com DMG que recebem suporte adequado é semelhante ao dos fumadores da população geral. A referência para a consulta de cessação tabágica pode ser morosa ou inexistente e não deve comprometer o investimento na cessação tabágica. Devem-se adoptar medidas farmacológicas para assegurar que a motivação do doente é canalizada. A formação específica em cessação tabágica pode ser diferenciadora na prestação de cuidados. Especificamente nos contextos Psiquiátricos, deveria haver investimento na formação dos internos de psiquiatria e no desenvolvimento de programas e/ou protocolos dirigidos a esta problemática. A Vareniclina e a Bupropiona são seguras e eficazes no tratamento para cessação tabágica e, tal como o que se verifica na literatura recente, não se associam a um aumento importante nas taxas de Eventos Neuropsiquiátricos Adversos. Os ganhos em saúde e a melhorias na qualidade de vida são inquestionáveis com a cessação tabágica, contudo é a manutenção da cessação que se demonstra um grande desafio. Existem muito poucos estudos nesta área, sendo necessária uma atenção especial e investigação dedicada ao tabagismo e à sua associação com a Saúde Mental, para se poderem desenvolver novas estratégias comportamentais e farmacológicas para a cessação tabágica e, igualmente importante, a manutenção da mesma.

REFERÊNCIAS

1. Knowles S, Planner C, Bradshaw T, Peckham E, Man MS, Gilbody S. Making the journey with me: a qualitative study of experiences of a bespoke mental health smoking cessation intervention for service users with serious mental illness. *BMC Psychiatry*. 2016;16:193. Published 2016 Jun 8. doi:10.1186/s12888-016-0901-y.
2. Jackson JG, Diaz FJ, Lopez L, de Leon J. A combined analysis of worldwide studies demonstrates an association between bipolar disorder and tobacco smoking behaviors in adults. *Bipolar Disord*. 2015;17(6):575-597. doi:10.1111/bdi.12319.
3. Sharma R, Meurk C, Bell S, Ford P, Gartner C. Australian mental health care practitioners' practices and attitudes for encouraging smoking cessation and tobacco harm reduction in smokers with severe mental illness. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(1):247-257. doi:10.1111/inm.12314.
4. WHO. *2018 Global progress report on implementation of the WHO framework convention on tobacco control*. Geneva: WHO, 2018.
5. Dixon L, Medoff DR, Wohlheiter K, DiClemente C, Goldberg R, Kreyenbuhl J, et al. Correlates of severity of smoking among persons with severe mental illness. *Am J Addict*. 2007;16(2):101-110. doi:10.1080/10550490601184415.
6. Šagud M, Vuksan-Ćusa B, Jakšić N, Mihaljević-Peleš A, Rojnić Kuzman M, Pivac N. Smoking in Schizophrenia: an Updated Review. *Psychiatr Danub*. 2018;30(Suppl 4):216-223. PMID: 29864763
7. Mitchell AJ, Vancampfort D, De Hert M, Stubbs B. Do people with mental illness receive adequate smoking cessation advice? A systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(1):14-23. doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.11.006.
8. Peckham E, Bradshaw TJ, Brabyn S, Knowles S, Gilbody S. Exploring why people with SMI smoke and why they may want to quit: baseline data from the SCIMITAR RCT. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2016;23(5):282-289. doi:10.1111/jpm.12241.
9. Anzai N, Young-Wolff KC, Prochaska JJ. Symptom severity and readiness to quit among hospitalized smokers with mental illness. *Psychiatr Serv*. 2015;66(4):443-444. doi:10.1176/appi.ps.201400181.
10. Gilbody S, Peckham E, Bailey D, Arundel C, Heron P, Crosland S, et al. Smoking cessation for people with severe mental illness (SCIMITAR+): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(5):379-390. doi:10.1016/S2215-0366(19)30047-1.
11. Knowles S, Planner C, Bradshaw T, Peckham E, Man MS, Gilbody S. Making the journey with me: a qualitative study of experiences of a bespoke mental health smoking cessation intervention for service users with serious mental illness. *BMC Psychiatry*. 2016;16:193. Published 2016 Jun 8. doi:10.1186/s12888-016-0901-y.
12. Anthenelli RM, Gaffney M, Benowitz NL, West R, McRae T, Russ C, et al. Predictors of Neuropsychiatric Adverse Events with Smoking Cessation Medications in the Randomized Controlled EAGLES Trial. *J Gen Intern Med*. 2019;34(6):862-870. doi:10.1007/s11606-019-04858-2.
13. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, Aubin LS, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016;387(10037):2507-2520. doi:10.1016/S0140-6736(16)30272-0.
14. Evins AE, Benowitz NL, West R, Russ C, McRae T, Lawrence D, et al. Neuropsychiatric Safety and Efficacy of Varenicline, Bupropion, and Nicotine Patch in Smokers With Psychotic, Anxiety, and Mood Disorders in the EAGLES Trial. *J Clin Psychopharmacol*. 2019;39(2):108-116. doi:10.1097/JCP.0000000000001015.
15. West R, Evins AE, Benowitz NL, Russ C, McRae T, Lawrence D, et al. Factors associated with the efficacy of smoking cessation treatments and predictors of smoking abstinence in EAGLES. *Addiction*. 2018;113(8):1507-1516. doi:10.1111/add.14208.
16. Gartner C, Hall W. Tobacco harm reduction in people with serious mental illnesses. *Lancet Psychiatry*. 2015 Jun;2(6):485-7. doi:10.1016/S2215-0366(15)00238-2
17. Ahmed S, Virani S, Kotapati VP, Bachu R, Adnan M, Khan AM, et al. Efficacy and Safety of Varenicline for Smoking Cessation in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2018 Sep 19;9:428. doi: 10.3389/fpsy.2018.00428.
18. Lucas C, Martin J. Smoking and drug interactions. *Aust. Prescr*. 2013;26(13):102-104.
19. Benowitz NL. Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2009;49:57-71. doi:10.1146/annurev.pharmtox.48.113006.094742.
20. Rouhos A, Raaska K. Tupakointi ja lääkeinteraktiot [Smoking and drug interactions]. *Duodecim*. 2012;128(10):1073-1080.
21. Molden E, Spigset O. Tobakksrøyking og interaksjoner med legemidler [Tobacco smoking and drug interactions]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2009;129(7):632-633. doi:10.4045/tidsskr.08.0122.
22. Kennedy WK, Jann MW, Kutscher EC. Clinically significant drug interactions with atypical antipsychotics. *CNS Drugs*. 2013;27(12):1021-1048. doi:10.1007/s40263-013-0114-6.
23. Meyer JM. Individual changes in clozapine levels after smoking cessation: results and a predictive model. *J Clin Psychopharmacol*. 2001;21(6):569-574. doi:10.1097/00004714-200112000-00005.
24. Kroon LA. Drug interactions with smoking. *Am J Health Syst Pharm*. 2007;64(18):1917-1921. doi:10.2146/ajhp060414.
25. Schiff I, Bell WR, Davis V, et al. Oral contraceptives and smoking, current considerations: recommendations of a consensus panel. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;180(6 Pt 2):S383-S384. doi:10.1016/s0002-9378(99)70700-3.
26. Frosch DL, Stopshaw S, Nahom D, Jarvik ME. Associations between tobacco smoking and illicit drug use among methadone-maintained opiate-dependent individuals. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2000;8:97-103.
27. Elkader AK, Brands B, Selby P, Sproule BA. Methadone-nicotine interactions in methadone maintenance treatment patients. *J Clin Psychopharmacol*. 2009;29:231-8

O LUGAR DA FAMÍLIA NA INTERVENÇÃO NAS DEPENDÊNCIAS¹

AUTORA
FABRIZIA RAGUSO
PROFESSORA AUXILIAR NA UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA – UCP - FFSC - CEFH

FRAGUSO@UCP.PT
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS
SOCIAIS
PRAÇA DA FACULDADE, 1 – 4710-297
BRAGA - PORTUGAL
[HTTPS://ORCID.ORG/0000-0001-6044-1789](https://orcid.org/0000-0001-6044-1789)

¹ Este artigo de reflexão crítica é o desenvolvimento de uma comunicação oral apresentada no II Congresso Internacional Projecto Homem “Ecologia(s) das Dependências. Entre a Utopia e a limitação”. Braga, 4 e 5 dezembro 2017.

RESUMO

O lugar da família é sempre fulcral na vida e na maneira de se compreender e de se colocar no mundo de cada indivíduo, em todas as etapas do seu desenvolvimento e as experiências de vida. O que é na realidade a família, se não um corpo vivente, em constante desenvolvimento, na singularidade e pluralidade dos seus componentes, que se interligam e sucedem através das gerações? O fundamento da sua existência não se encontra na dimensão biológica dos laços, mas originariamente na sua dimensão relacional intersubjetiva. A transmissão transgeracional tem assim consequências ao nível intrapsíquico bem como interpessoal. Este corpo vivo não se estrutura apenas por fatores temporários e contextuais, como regras ou simples interações comunicativas. A família, ou melhor “o Familiar” é uma matriz antropológico/psíquica enraizada numa complexa organização de diferenças e de relações. Quando então, nos perguntamos sobre qual pode ser o lugar da família no desenvolvimento e na manutenção das dependências (em todas as suas formas), podemos encontrar resposta considerando a intrínseca inter-relação entre família e indivíduo como a descrevemos com a metáfora do “corpo” e do enredo intersubjetivo das gerações. Assim iremos refletir sobre a construção da pessoa e das suas escolhas no equilíbrio constante entre pertença e individuação, e procuraremos compreender em que sentido e quanto o sintoma se afigura como metáfora relacional transgeracional. Em conclusão suportaremos a nossa reflexão teórica, apresentando duas histórias clínicas de famílias com um membro com problemas de dependências de substâncias.

Palavras chaves: família, dependências, modelo transgeracional, individuação, sintoma como metáfora

ABSTRACT

The place of the family is always central in life and in the way of understanding and placing oneself in the world of each individual, in each and every stage of their development, in all life experiences. Family really is a living body, in constant development, in the uniqueness and plurality of its components that interconnect and succeed through the generations. The foundation of its existence is not found in the biological dimension of ties, but specifically and originally in its inter-subjective relational dimension; this is where transgenerational transmission is placed, with its consequences at the intrapsychic, as well as the interpersonal level. This living body is not structured only by temporary and contextual factors, such as rules or simple communicative interactions. The family, or better “the Familiar” is an anthropological / psychic matrix based on a complex organization of differences and relationships. When, then, we ask ourselves about the place of the family in the development and maintenance of addictions (whether they are related to psychoactive substances such as drugs or alcohol; or related to eating disorders - bulimia and anorexia; whether related to social relationships and activities - compulsive game, internet and virtual networks; shopping or sex), we can find no other answer than to consider the intrinsic interrelationship and union between family and individual, as we describe it, from the metaphor of the “body” and the intersubjective plot generations. In this perspective, we will reflect on the construction of the person and his choices in the constant balance between belonging and individuation. So, we will try to understand in what sense and to what extent the symptom appears as a transgenerational relational metaphor. In conclusion, we will support our theoretical approach, presenting the discussion of two clinical histories of families with a member with drug abuse.

Key words: family, dependencies, transgenerational model, individuation, symptom as a metaphor

INTRODUÇÃO

O lugar da família é sempre fulcral na vida e na maneira de se compreender e de se colocar no mundo de cada indivíduo, em todas e cada uma das etapas do seu desenvolvimento; em todas as experiências de vida. O que é na realidade a família, se não um corpo vivo, em constante desenvolvimento, na singularidade e pluralidade dos seus componentes que se interligam e sucedem através das gerações? O fundamento da sua existência não se encontra na dimensão biológica dos laços, mas especificamente e originariamente na sua dimensão relacional intersubjetiva; aqui se coloca a transmissão transgeracional, com as suas consequências ao nível intrapsíquico bem como interpessoal (Kaës, 1993). Este corpo vivo não se estrutura apenas por fatores temporários e contextuais, como regras ou simples interações comunicativas. A família, ou melhor “o Familiar” (Scabini, E., Cigoli, V., 2000) é uma matriz antropológico/psíquica que se fundamenta numa complexa organização de diferenças e de relações.

Portanto, esta organização é o esqueleto incontornável da nossa estrutura psíquica, permanece pouco visível nas condições de estabilidade; ao passo que se torna mais evidente e descoberta nos momentos e passagens de crise, como podem ser as transições do desenvolvimento humano, bem como nos estados de forte sofrimento psíquico que costumamos definir patologias.

Quando então, nos perguntamos sobre qual pode ser o lugar da família no desenvolvimento e na manutenção das dependências (sejam elas de substâncias psicoativas como drogas ou álcool; ou relativas às distúrbios alimentares – bulimia e anorexia; sejam relativas às relações e atividades sociais – jogo compulsivo, internet e redes virtuais; compras ou sexo), não podemos encontrar outra resposta a não ser considerar a intrínseca inter-relação e união entre família e indivíduo, assim como a descrevemos, a partir da metáfora do “corpo” e do enredo intersubjetivo das gerações.

Neste nosso contributo partiremos desta visão relacional e simbólica da pessoa e da família, e passaremos então a apresentar algumas críticas à visão dominante da compreensão e classificação dos sintomas e do sofrimento psíquico, assim como se foram codificando sobretudo nas últimas décadas nas classificações estatísticas das distúrbios mentais (DSM) assurgidas a visões totalizantes e unívocas, eminentemente intrapsíquicas. De seguida apresentaremos uma questão chave no modelo relacional, a saber a dialética família/indivíduo e o processo de individuação. Nesta perspectiva iremos refletir sobre a construção da pessoa e das suas escolhas no equilíbrio constante entre pertença e individuação. Desta maneira procuraremos compreender em que sentido e em que medida o sintoma se afigura como metáfora relacional transgeracional. Em jeito de conclusão suportaremos a nossa abordagem teórica, apresentando a discussão de duas histórias clínicas de famílias com um membro com problemas de dependências.

Para além do sintoma: de uma psicopatologia positivista a uma visão complexa e relacional da pessoa e das suas vicissitudes

Se procurarmos uma revisão da literatura recente e não, sobre o tema da família e das dependências, não encontraremos muito, a não ser a perspectiva clássica subjacente à clínica positivista individual, que considera a família como um fator protetor e/ou de risco em várias condições psicopatológicas ou de mal-estar psicológico. Contudo, estas condições são consideradas sempre e em qualquer caso uma condição do indivíduo (Gruber, K. J., Taylor, F. M., 2006). É uma posição que se tem vindo a acutilar ao longo dos anos, na medida em que o processo diagnóstico tem vindo a concentrar cada vez mais a atenção sobre os fatores biológicos; tem assim prevalecido o modelo médico “*evidence based*” da Psiquiatria organicista. Mesmo diante esforços estruturados e concertados de setores e especialistas de uma abordagem relacional e focada na complexidade, o

processo da APA na revisão periódica do seu bem conhecido manual estatístico das desordens mentais tem sistematicamente excluído ou apenas considerado marginais as apertações desta abordagem teórica. (Kaslow, F., Patterson, T., 2006; Beach, S. R. H., Wamboldt, M. Z., Kaslow, N. J., Heyman, R. E., Reiss, D., 2006; Andolfi, 2013; Lebow, 2013)

Nesta perspectiva, para além da ambiguidade do papel atribuído e desempenhado pela família, permanece não abordada e ainda menos resolvida uma questão fundamental: que tipo de relação existe entre sujeito e contexto? Mais concretamente, entre indivíduo e família? Se o indivíduo é membro da sua família, considerar esta última como realidade externa ao próprio, nos aparece de imediato uma contradição lógica. Quem seria neste caso a família? Um “sujeito coletivo” indiferenciado? Um “apêndice acidental” genérico? Continuando nesta lógica intrapsíquica ou subjetivística, o papel da família reduz-se a mero fator genético; ou pode ser considerado apenas uma fonte de *imprinting* e um modelo de imitação. Duas dimensões fundamentais continuam contudo ausentes nestas perspectivas: a relação compreendida como algo complexo, e fundamentada numa lógica de dar, receber e retribuir (Scabini, E., Cigoli, V., 2014); bem como a historicidade da mesma; ou seja, algo que não se esgota no “aqui e agora” da interação simplesmente comunicacional (Scabini, E., Cigoli, V., 2000)

Considerar a relação família/indivíduo nesta perspectiva relacional acarreta implicações significativas no tipo de abordagem diagnóstica. Na abordagem diagnóstica clássica, apesar da evidência de padrões relacionais problemáticos que podemos encontrar nas histórias de vida das pessoas que apresentam problemas de adição (independentemente do facto desta ser relativa a substâncias ou desenvolvida em relação à alimentação, ao jogo, etc.), o diagnóstico se concentra sobre fatores etiológicos distintos, e específicos. Se reifica deste modo, uma leitura causal específica de cada tipologia de dependência, relativamente ao objeto da mesma dependência. Chegamos portanto a construir e procurar por exemplo, “perfis de personalidade” específicos

relativamente à dependência de álcool, ou de heroína, ou de cocaína, ou de jogo compulsivo, e assim por diante. Procurando construir, na mesma lógica, padronizações da estrutura/dinâmica familiar relativa às várias formas de comportamento de dependência. A pouca literatura de cunho sistémico que se tem debruçado nos anos '80 e '90 sobre a análise da “família do toxicodependente” se apresenta também com esta perspectiva. Assim como, no mesmo contexto e na mesma altura, se tinha delineado o perfil da “família anorética”. Uma abordagem que se tem ainda mais cristalizado, pela influência do construtivismo na terapia familiar. Se tem de facto, estreitado o contacto entre os modelos construtivistas e cognitivistas na psicologia clínica em geral, e o modelo sistémico (sustentado sobretudo pela teoria geral dos sistemas e a cibernética). Deste modo, se tornou mais fácil o diálogo entre a clínica construtivista e a antropologia que a fundamenta, e a psicopatologia sistematizada nos manuais estatísticos classificatórios do sofrimento e do mal-estar psíquico. Contudo, não se pode mais ignorar, como afirmam Gruber e Taylor (2006) que de uma revisão atenta da literatura, emerge incontornavelmente que as dependências a) tornam as famílias mais pobres (financeiramente, eticamente e relacionalmente), b) porque acontecem *na* família, c) porque muitas vezes as relações familiares perpetuam a dependência e a sustentam, d) mas também porque as famílias também podem reencontrar ativamente os recursos internos para o tratamento e a recuperação.

A visão relacional da família procura ultrapassar a simples visão sistémica, rigidamente resistente em olhar para além do “sintoma”. Focaliza, ao mesmo tempo, a atenção sobre a complexidade das relações familiares, inclusive aquelas transgeracionais. Conceptualiza a família como raiz identitária e “corpo”, sustentada pela matriz antropológico/psíquica do símbolo. A relação que conecta o presente ao passado, organiza fronteiras entre as gerações, os géneros e as linhagens (Scabini, E., Cigoli, V., 2014; 2000; Andolfi, 1978; 2001); sem porém, eclipsar a unicidade de cada indivíduo, de cada membro que,

mesmo porque assim enraizado, pode desenvolver, expressar e viver a sua específica unicidade.

A psicologia relacional deste modo, procura situar o indivíduo e as suas vicissitudes nos seus contextos significativos de pertença: as relações familiares e o contexto social. Considera a pessoa como um ser em crescimento, em transformação. O modelo relacional, de facto, consegue considerar a família enquanto *sujeito*, com um seu ‘*Eu*’ definido e diversificado nas suas inúmeras dimensões, níveis de existência e funções. Mas, ao mesmo tempo, este ‘*Eu*’ existe, pode ser percebido, é equilibrado só na medida em que se diferencia, se articula na constelação relacional e emotivo/sentimental dos seus membros individuais, cuja singularidade e unicidade são necessárias e preciosas para a vida, crescimento e plenitude do todo, assim como para o desenvolvimento de cada um dos membros. O *Eu* familiar, deste modo, se constitui como entidade separada dos outros *Eus* sociais e também perante a rede mais ampla de relações com a família alargada. A sua maturidade, assim como a maturidade pessoal dos seus membros, depende especificamente da articulação e da diferenciação na relação que cada um dos membros é capaz de desenvolver. Nesta visão ampla, complexa, multifacetada, se compreende a “disfuncionalidade” como experiência de sofrimento e mal-estar, fruto de um bloqueio no desenvolvimento. O diagnóstico tem um outro alcance, muito além da simples classificação nosográfica. Procura avaliar o risco auto dirigido ou dirigido para a comunidade, considerando-o enquanto carga de sofrimento que o sujeito abarca, e da qual o sintoma se afigura apenas como manifestação extrínseca e objetiva (Scabini, E., Cigoli, V., 2000). O diagnóstico relacional fundamenta-se na observação relacional que, por sua vez, se constitui como procura da estrutura peculiar de cada família entre “o tempo da família” (o seguir-se das gerações desde os avós, passando pelos pais, até a geração dos filhos) e o “tempo do indivíduo”, isto é, a específica transição de desenvolvimento em que o próprio se encontra (Andolfi, 2003). Pois a vida se compreende como uma arquitetura complexa entre as heranças

das gerações anteriores (passado), os desafios do presente e as mudanças, desafios e “transgressões” esperadas face ao futuro.

A dialética família / indivíduo e o processo de individuação

A experiência da pessoa individual, nesta perspectiva, se compreende como intrinsecamente ancorada ao processo de crescimento e de abertura da família, que se vai transformando à medida que as exigências e experiências dos seus componentes lhe colocam novas metas e novos desafios. A família é o principal suporte estruturante da identidade pessoal de cada membro, e ao mesmo tempo, ela subsiste e se consolida na medida em que permite a cada um dos seus membros, na forma que lhe é mais peculiar, se desenvolver e expressar como pessoa única, dentro, e sobretudo fora, do específico contexto familiar. É por esta razão, que o próprio tecido social resulta constituído e animado pela presença criativa, ativa e específica das famílias/indivíduos que o compõem (Donati, 2013). A relação entre indivíduo e a família, então, é uma relação irreversível de co-dependência e co-referencialidade. A família permanece na matriz da construção/constituição do Self ao longo de toda a existência humana (L’Abate, 1997).

O ser humano não chega ao mundo sozinho, mas entra numa rede de relações e de tramas familiares, da qual representa em certo sentido a continuidade, mas na qual irá também introduzir novos elementos, ou até mesmo uma rotura. Segundo Andolfi (2003), vir ao mundo seria como ser lançado num livro no qual há já muitos outros personagens e outras histórias que se vão desenrolando; há já um trecho, e regras parcialmente delineadas. A chegada de cada um irá inevitavelmente modificar a trama, e mesmo o final da história; mas em nenhum caso poderá prescindir das “páginas” que antecedem o ingresso na cena de cada novo personagem. Esta metáfora bem representa a complexidade à qual assistimos quando procuramos aproximar-nos

de cada pessoa; ainda mais quando procuramos os significados das suas escolhas, percursos de vida, sofrimentos, falhanços. Esta complexidade nunca se pode cristalizar num simples processo causal, como se de um ponto de vista objetivante e descontextualizado se tratasse; pelo contrário, caímos em simplificações quando procuramos “causas” últimas e objetivas, como se se tratasse de fenómenos físicos ou biológicos. Ainda mais quando na contemporaneidade nem sequer a física ou a biologia se deixam enclausurar nas fórmulas simplificadoras de cadeias causa/efeito.

A pessoa entre pertença e distância

Neste trecho complexo se desenrola o “processo de individuação”. Consiste na emergência progressiva dos traços específicos da identidade de cada membro da família, interligados aos fios da longa e complexa trama de histórias familiares que constituem o pano de fundo. Nos primeiros anos de vida da pessoa é fundamental o sentido de pertença e cuidado necessário para que se desenvolva e cresça. Mas mesmo o cuidado e o sentido de pertença e proteção têm como finalidade intrínseca habilitar cada ser único a se “tornar si mesmo”, ou seja, a desenvolver as características salientes da sua pessoa, e desenvolver a sua própria história, entre crises e conquistas, avanços e recuos. É um percurso influenciado, ao mesmo tempo, pelo contexto cultural e social no qual estamos enraizados. As mudanças culturais e sociais que marcam a história da humanidade são ao mesmo tempo, ponto de chegada e de partida para novos processos de desenvolvimento e de personalização por parte dos indivíduos.

Neste sentido, o desenvolvimento individual se entrecruza com o desenvolvimento dos outros membros das suas relações fundamentais e cada nova etapa é um desafio de reorganização e de mudança para todos e cada um, e para os equilíbrios relacionais de toda a família. Todas as etapas representam oportunidades de transformação e de crescimento, como também necessitam o esforço de redefinições de espaços, de responsabilidades e

sobretudo, do laço recíproco de pertença e de autonomia. Contudo, é clara e unânime a percepção que, de todas, a adolescência é o momento que mais esforço requer por parte de cada membro e de toda a família, para acompanhar a profunda redefinição exterior e sobretudo interior, que levará os filhos a ser reconhecidos como adultos competentes e dignos de confiança; e exigirá que os pais, por sua vez, deem um passo atrás, para favorecer que isto aconteça (Scabini, E., Cigoli, V., 2014; Carrà, E., Lanz, M., Tagliabue, S., 2014; Andolfi, M., Mascellani, A., 2010). A carga de responsabilidade e de cuidado generativo que até então se concentrava no cuidado parental terá que ser reinvestida na generatividade social, bem como na reaproximação do casal e no eventual cuidado para com a geração dos próprios pais (os avós) que se encaminham para a última transição. (Scabini, E., Cigoli, V., 2014; Scabini, E., Cigoli, V., 2000).

A adolescência é, por isso, o momento do desenvolvimento pessoal e familiar mais propício para o aparecimento de dificuldades mais significativas na esfera relacional e pessoal, de cariz auto-lesivo (problema de dependências de vários géneros, dificuldades relacionais marcadas pelo isolamento, dificuldades em se “reconhecer” no próprio corpo, etc.), ou pela agressividade hétero-dirigida (explosões incontroladas de agressividade, comportamentos e experiências de risco em vários âmbitos, afiliação em grupos desviantes, etc.) (Andolfi, M., Mascellani, A., 2010)

A perspetiva relacional/sistémica procura ultrapassar a simples avaliação diagnóstica e comportamental destas dificuldades e problemas, procurando nas dinâmicas relacionais da família compreender e permitir que seja expresso o sentido do mal-estar que se esconde por trás destes sinais. Ao mesmo tempo, procura junto com a família, os recursos e as energias necessárias e construtivas, para que a transformação aconteça e o crescimento de todos seja possível (Baldascini, L., Pannone, F., 1991; Rowe, 2012; Andolfi, 2003). As histórias destas famílias nos apresentam então problemas

significativos em regular a pertença e o desapego, que se transmitem de uma geração para a outra.

Estas famílias maioritariamente apresentam dificuldade em regular a distância afetiva, bem como desenvolver com clareza a diferença intergeracional, unida a uma frágil capacidade da parte dos adultos em exercer um papel de apoio e contenção das necessidades recíprocas, inclusive dos filhos. Os pais, frágeis na sua própria identidade e/o periféricos, podem se apresentar, nalguns casos, muito próximos dos filhos, procurando segurar o laço afetivo e a proximidade através de uma relação de "amizade". Noutros casos, as famílias enclausuradas em papéis e trechos rígidos, resistem paroxisticamente ao processo de renovação e transformação que a adolescência implica e exige. Experiências peculiares e dificuldades específicas que observamos em pessoas com problemas de dependências, como insegurança profunda, dificuldades nos processos de identificação, falta de autonomia, escasso sentido de autoestima e do valor da própria pessoa, podem ser compreendidas melhor quando enquadradas nas especificidades dos estilos e das qualidades relacionais e estruturais das suas famílias (Baldascini, L., Pannone, F., 1991).

Frequentemente a experiência do abuso de substâncias e da dependência em geral, pode ser reencontrada, embora de formas diferentes, de uma geração para a outra. Estudos recentes tendem a considerar este fenómeno como expressão da implicação de fatores genéticos (Gruber, K. J., Taylor, M. F., 2006); todavia, numa perspetiva relacional, a história transgeracional destas famílias se afigura constelada de lutos e perdas não resolvidas, experiências de abuso e de negligência, cortes e roturas dos laços entre irmãos, com conseqüente isolamento e afastamento. Ou seja, experiências complexas e fraturantes, que não são a "causa" do aparecimento dos problemas de dependência, mas que criam sem dúvida o húmus propício (Andolfi, M., Angelo, C., 1987; Cigoli, 2006). Desta forma, de uma geração para a outra se transporta e, em parte, se reatualiza o legado/mito familiar. O que sustenta esta "transição" não é apenas a existência de acontecimentos

e experiências dolorosas; mas a impossibilidade de "viver" esta dor, para que se torne numa experiência de crescimento, de transformação, de consolidação da história e dos laços familiares. Quando isto não pode acontecer, a forma de contornar a dor e o sofrimento se limita à sua negação e exteriorização. A partilha do sofrimento abre o caminho para a compaixão, para o "afeto" e para, em última instância, o perdão; ao passo que a negação leva à separação, e à tentativa de encontrar explicações alternativas e compensatórias, que separam e abrem caminho para a "dis-córdia" (Cigoli, 2006). Estas feridas que escondidas e negadas, não podem sarar, cristalizam em sintomas e construções patológicas (Andolfi, M., Mascellani, A., 2010).

Cada família evolui e transmite as suas heranças simbólicas de uma geração para a outra. Heranças constituídas por memórias familiares, que contêm valores, tradições e modelos. O mito constitui um elemento de união e de coesão, que permite ao mesmo tempo, fornecer uma lente de conhecimento e interpretação da realidade, que se torna deste modo, também uma matriz de conhecimento (Andolfi, M., Angelo, C., 1987) e re-conhecimento recíproco. O mito é fundante para a família e estruturante para o indivíduo. De facto, cada um vai construído a sua própria identidade e sentido da vida também através da imagem que os outros significativos da sua vida lhe transmitem. Neste sentido, o mito familiar fundamenta o mundo psíquico individual. (Goldbert-Merinfeld, E., Linares, J. L., Onnis, L., Romano, E., Vannotti, M., 2012; Raguso, 2007). A cada geração estes mitos se acrescentam de novas leituras e interpretações, de novas memórias e novos modelos; a identidade da família se mantém entre continuidade e reformulação. As famílias que apresentam problemas significativos de saúde mental ou problemas relacionais graves e de dependência, apresentam, pelo contrário, um "mito" rígido e hipostasiado, cuja fidelidade exige aos membros das mesmas que sacrifiquem as necessidades individuais. O sintoma então, surge como tentativa fracassada de proteger o mito, mas, ao mesmo tempo, expressa a impossibilidade

de o realizar. (Goldbert-Merinfeld, E., Linares, J. L., Onnis, L., Romano, E., Vannotti, M., 2012) Todavia, na dialética entre fidelidade e proteção do legado familiar e espaço de individuação, o sintoma, de alguma maneira indica também o caminho de uma transformação possível, de uma “transgressão” que permita modificar e atualizar o mito familiar e assim libertar o crescimento. (idem)

É interessante notar que neste sentido, alguns terapeutas familiares, como Andolfi e Onnis, consideram que o portador do sintoma possa ser considerado o “terapeuta” da família; no sentido que procura, embora de modo fracassado, uma via de saída e de transformação criativa.

O sintoma como metáfora relacional transgeracional.

Na senda dos pioneiros da Terapia Familiar, como Bowen, Boszormenyi-Nagy, Ackerman, Minuchin, o objetivo e qualquer intervenção terapêutica será solicitar e apoiar os indivíduos a recompor os antigos cortes emocionais e/ou a diferenciar-se em modo claro das próprias dependências intergeracionais. O terapeuta não almeja apenas “modificações comportamentais”, mas que cada membro da família possa viver o presente e abrir-se ao futuro de forma mais autêntica, não mais gravado pelo peso e os legados intergeracionais (Andolfi, 2003). De facto, comportamentos e sintomas são compreendidos como processos históricos e avaliados pelo seu valor simbólico e relacional; enquanto se procura junto com as famílias o caminho mais saudável, e os recursos vitais que possam sustentar o desenvolvimento e as respostas mais apropriadas face aos desafios da vida, impulsionando para que cada um assuma e se reaproprie do seu sentido de responsabilidade generacional e individual (Andolfi, 2003).

A história pessoal do sintoma adquire espessura e se torna compreensível quando enquadrada na história multigeracional, portanto no arco mais amplo de tempo que permite elaborar melhor os significados (Andolfi, 1995). Como já dissemos, a

história de cada pessoa se inscreve numa história mais ampla de heranças e legados que nos precedem há várias gerações. São “lealdades invisíveis” como as define Boszormenyi-Nagy (1973); isto é, uma força de coesão que tende a manter coerente e a dar sentido à história familiar, através de um invisível trecho de expectativas, legados, atribuição de papéis. Um invisível livro de conta constitui o balanço entre obrigações passadas e presentes, que influencia a delegação de papéis e expectativas, na perspectiva de uma ética das relações e do sentido da justiça que cada família estruturou ao longo das gerações. Nesta visão, também os sintomas atuais se tornam o resultado de um processo multigeracional de projeção, através do qual “as contas em aberto” deixadas pela geração anterior são transmitidas à geração seguinte. Assim compreendemos melhor o alcance de uma história familiar pontuada por experiências dolorosas, mal resolvidas ou até negadas, que encontramos no pano de fundo da vida e das experiências de jovens e adultos com problemas de dependências. Esta condição, na maioria das vezes, é apenas compreendida numa perspectiva de simples influência ambiental, de esquemas de aprendizagem ou de um húmus cultural, social e relacional disfuncional e multi-problemático, que de certa forma, condena os seus membros a uma vida de marginalidade e desviância.

Uma das vantagens mais evidentes de um olhar mais concentrado sobre o tecido relacional, consiste em se aproximar à família e às suas dificuldades na atitude de quem quer ajudar a compreender o sofrimento, permitindo-se olhar para as pessoas e não identificá-las com os sintomas, mesmo quando esta identificação está enraizada e confirmada através um longo historial de diagnoses, curas e tentativas fracassadas e, de certa forma, o “sentido de onipotência” desta “carapaça” que o rótulo diagnóstico ambiguamente cria. Concretamente, na intervenção com pessoas com problemas de dependências este procurar as pessoas e a sua história pode favorecer o espaço para uma verdadeira aliança terapêutica, mesmo quando, como frequentemente acontece, o desejo de “cura” pode ser apenas oportunístico, ou

induzido por motivações secundárias, nem sempre completamente esclarecidas e/ou assumidas. Ver as pessoas para além dos seus problemas crónicos, dos estigmas estratificados é já por si, uma ação “transgressiva” que baralha um percurso já estruturado e muitas vezes, repetido inúmeras vezes.

Duas histórias de dependências: entre lutos enclausurados e a impossibilidade de se individuar.

1.

Julieta tem 51 anos, é a última filha de sete irmãos; três deles bem como o pai já faleceram. Quando Julieta tinha três anos, o primeiro a falecer foi o irmão Mário, com dez anos de idade; tinha uma doença congénita; ela não tem nenhuma memória deste acontecimento, e na família pouco se fala deste irmão e da sua doença: este é um assunto tabu, envolto de mistério ainda no presente. Mais tarde, quando Julieta tinha nove anos, faleceu com dezanove anos Maria, da mesma doença do irmão. Julieta lembra este acontecimento como um momento dramático; eram bastante próximas, apesar da diferença significativa de idade. Guarda ainda a recordação da irmã morta no caixão, vestida de freira. Quatro anos mais tarde, aos setenta e seis anos, faleceu também o pai. Depois da morte da filha tinha entrado num processo de decadência física e psicológica, com alguns traços de demência. Julieta, agora com treze anos, bem como toda a família, vivem este novo luto como uma nova catástrofe. Embora a relação com o seu pai foi sempre distante e pautada pelo silêncio e a frieza afetiva. Das imagens da sua infância que guarda sobressaem as recordações das tardes passadas a brincar sozinha, depois de terminar os deveres da escola, ao pé do pai na sala, que em silêncio fumava e lia o jornal.

As regras de família eram ditadas pelo pai, que “protegia” desmedidamente o seu lar; Julieta não podia ter amigas, nem sair de casa para brincar com as crianças. Os primeiros e únicos espaços de socialização extrafamiliar foi a escola e a participação na

missa ao domingo. De resto, imperavam as rotinas familiares. Este clima e este isolamento mantiveram-se ao longo de toda a adolescência até à conclusão do liceu.

Com a morte do pai o papel de “guardião” e protetor da família foi assumido pela mãe, que, nas palavras da filha, “se tornou ainda mais fria e ríspida, isolava os filhos ainda mais; queria ter o controlo sobre tudo.” Mas, simbolicamente, obriga a filha mais nova a “ocupar” o lugar do pai: é de facto obrigada a passar a dormir com a mãe no quarto dos pais, porque “o lugar do pai não pode ficar vazio”. Também as refeições adquirem um novo ritual: todos os dias é colocado à mesa o prato para o pai, que continua assim presente “a vigiar sobre a sua família”.

Neste clima fechado e opressivo, a leitura e a escrita são o único espaço “pessoal” que Julieta consegue recortar, mesmo sem aprovação por parte da mãe. Quando num concurso escolar de escrita literária ganhou um prémio, a mãe não permitiu que fosse recebê-lo; uma ferida que ainda agora, depois de muitos anos dói.

Nesta pressão que se torna cada vez mais insuportável, e que começa a se expressar através de crises de pânico, Julieta, com dezasseis anos, procura algum alívio nos calmantes que a mãe toma; começa a tomá-los ela também, às escondidas. No entanto cultiva um sonho: continuar os estudos, para se tornar professora. Mas a mãe tem outros projetos para ela. Acabado o secundário, começa a trabalhar. Não gosta desta nova condição, contudo, começa a ter algum contacto como o mundo exterior à casa: depois do trabalho começa a frequentar com alguns amigos um café onde se reúnem. Começa também a namorar; e será com o namorado que, com 26 anos, pela primeira vez experimenta heroína. Com o João, que ela considera “a sua alma gémea” irá casar dois anos mais tarde. Tudo corre bem nos primeiros anos, e ambas as famílias não suspeitam da dependência de ambos. Até quando os consumos fazem desabar a relação e se encontram constrangidos a pedir a ajuda das famílias. Assim começam as primeiras tentativas fracassadas de reabilitação;

até que a família do marido os obriga a separar-se; culpando Julieta da condição de ambos e impondo ao João de interromper qualquer contato. Contudo, para a mãe da Julieta é mais insuportável o escândalo da separação da filha, que todo o resto; por isto a pressionava numa tentativa de reconciliação conjugal. Julieta tenta portanto um contato telefônico com o João, mas toma conhecimento pelo cunhado que ele faleceu “caindo da varanda do 4º andar”. Novamente, esta morte fica encoberta pelo mistério; ainda hoje não é claro o que aconteceu; embora Julieta acredite que foi um suicídio; e não perdoa o marido “de a ter deixado sozinha e abandonado”!

O tema da morte é um longo *file rouge* na história desta família e desta mulher, que quando a conhecemos se confrontava novamente com o “medo pelo aproximar-se da morte da mãe”. Esta relação, que sentiu e viveu como uma prisão, mas da qual não se pode distanciar. E, concretamente, depois da morte do marido, tem vivido neste constante vai e vem entre a casa da mãe e várias tentativas de desintoxicação, com conseguintes recaídas; novos relacionamentos sucessivamente fracassados; uma experiência de violência por parte de um dos companheiros. E, ao mesmo tempo, tem procurado realizar o sonho de estudar, começando três cursos universitários sem concluir nenhum. O que será mais central nesta longa história de tentativas fracassadas de “se tornar adultos”, o problema da “heroína” ou a impossibilidade de desfazer o nó de uma relação fusional com a mãe e com a casa/prisão que, protegia do medo e da fadiga de viver? Será possível diferenciar-se sem ter totalmente a certeza de pertencer quando atravessar o limiar da casa que tanto segredos guarda? A distância interior e relacional (e não apenas emocional!) dos membros desta família é proporcional à proximidade física, que não pode ser quebrada. Bem como o silêncio (o do pai; aquilo que envolve as dores e traumas familiares; aquilo que paira sobre as relações com os irmãos vivos, dos quais Julieta nada diz) é também um laço difícil de alentar, mas, ao mesmo tempo, não tanto seguro para sustentar a vida fora da família. E por último, se o lugar da Julieta é garantir e

preencher o vazio deixado pelo pai com a sua morte, que poderá segurá-lo, se ela conseguisse verdadeiramente tornar-se mulher e adulta?

De facto, a tentativa de só tomar consciência destas antíteses intransponíveis, sem contudo poder contar com a presença e o suporte da mãe nesta empreitada (o processo terapêutico desenvolvido no contexto da Comunidade terapêutica onde se encontrava para mais do que uma tentativa de desintoxicação e recuperação, não previa a possibilidade que fosse uma terapia familiar) constituiu um horizonte demasiado amplo para ser vivido sem angústia e sentido de culpa. E Julieta desistiu, voltando mais uma vez “para o seu lugar” onde ainda mais na velhice da mãe fazia falta.

2.

A família Costa é constituída pelo pai, Sr. João, a sua esposa, D. Vitória (ambos com 60 anos) e quatro filhos: Carmo, com 40 anos; António, com 36 anos; João com 30 anos e Francisca com 27 anos. Os primeiros dois filhos nasceram do primeiro casamento do Sr. João com a D. Guilhermina, que faleceu quando os filhos tinham respetivamente 8 e 4 anos. No mesmo ano da morte da esposa o Sr. João voltou a casar com a D. Vitória e desta união nasceram os outros dois filhos. Quando encontramos a família, António está integrado há dois anos numa comunidade terapêutica a desenvolver mais uma das muitas tentativas de desintoxicação e recuperação do consumo e dependências de drogas. António teve uma adolescência turbulenta, que o levou cedo a ser etiquetado como a “ovelha negra” da família: relação com “más companhias”, consumos de substâncias ilícitas, comportamentos desafiadores em casa e na escola, baixo rendimento escolar. No tempo novos “fracassos” se acumularam, numa vida turbulenta entre envolvimento em atividades criminosas (tráfico de droga) e relações amorosas fugazes e mórbidas.

No primeiro encontro procurámos que a família se apresentasse, e portanto os desafiamos que escolhessem e partilhassem aqueles que consideram

ser os momentos mais marcantes da sua história; e propusemos que o fizessem deixando circular entre eles um “novelo”, que, passando de um membro da família para outro, foi construindo um enredo simbólico de laços e relações, no qual cada um se situa e se conecta com os outros membros.

Entre os muitos momentos da vida e história familiar, se detiveram sobre o recente sucesso da filha mais nova, que há pouco completou a licenciatura, passando pelas experiências de sofrimento e aperto, como uma doença grave do Sr. José que implicou vários internamentos e um transplante; um enfarte sofrido pela D. Vitória que os assustou; e por fim, a abertura de um estabelecimento comercial por parte do João. Todos, unanimemente afirmaram que a convivência e a verdadeira partilha que tinham em outros tempos acabaram, gradualmente substituídas por uma dinâmica rotineira bastante focada nos negócios nos quais os vários membros da família estão envolvidos. Encontramos, desta forma, o primeiro “mito” desta família (muito comum das famílias que apresentam um membro com dificuldades de abuso de substâncias e de dependência): o da “união”, e da proximidade relacional. Mesmo quando se referem e lamentam a sua falta; pois o sentimento desta falta, ou da sua perda, como é o caso da família Costa, subentende o grande valor atribuído à mesma; ainda mais quando se sublinha que o tempo a fez “desvanecer”.

Para além dos momentos mais salientes considerados “acontecimentos da história da família”, foram assinalando outros considerados fulcrais para alguns dos seus membros. É o caso da D. Vitória que frisa, a dada altura, como uma experiência muito importante para ela o nascimento dos filhos mais novos, ou seja, a experiência da maternidade biológica. Esta afirmação foi logo corrigida, pois ela se apercebe que, com isto, sem querer, está a sublinhar (e atacar o mito da união?) que há diferença para ela entre os filhos do primeiro casamento do marido e os “seus” filhos. E de facto, isto será afirmado, mais adiante, pelo João. Este lapso, nos chama a atenção sobre um outro episódio/momento da história desta família, que foi omissivo: o falecimento

da primeira esposa do Sr. José e a orfandade dos filhos mais velhos. Haver um “antes” a esta família atual e um “depois” mal se coaduna com o mito da família unida e coesa; onde “está tudo bem, exceto o que está mal”, como afirma logo no início do encontro o pai.

Portanto nos faz levantar a hipótese que a D. Guilhermina, a sua morte e a dor da perda sofrida pelos seus filhos, é um “fantasma” que paira nesta família; mas que não se pode nomear. Explorando mais as relações e a história familiar confirmamos esta realidade; o João relata que em pequeno lhe fazia muita confusão a constituição da sua família; se imaginava, com preocupação, o que poderia acontecer se um dia aparecesse a D. Guilhermina; como ficaria a família? Isto é, a D. Guilhermina estava viva na família, através do “silêncio tóxico” acerca da sua morte. Também a aceitação dos enteados por parte da D. Vitória não foi fácil; demorou a estabilizar-se até o nascimento dos seus filhos biológicos; quase como se precisasse encontrar o seu lugar nesta família que não tinha, sequer, conseguido fazer o luto da D. Guilhermina; e compreender, talvez, qual era a sua relação com o marido, que por ventura também não se tinha ainda despedido da sua falecida esposa.

Do ponto de vista das relações entre irmãos, é interessante notar uma reciprocidade invertida entre a experiência mais significativa referida pelo António, e aquela referida pelo João. António considera que para ele o nascimento do irmão mais novo foi um momento feliz. Este último, por sua vez, lembra como momento saliente, na sua vida, a rotura do laço com o seu irmão António, quando descobre a dependência deste e sente desmoronar-se o seu “ideal” do irmão mais velho. Sim, pois de facto, António com as suas escolhas “desviantes” introduziu na família uma ameaça constante e uma “desilusão”. Assim, o irmão mais novo se coloca perante o irmão mais velho como “guardião” da lei e das regras (as mesmas que a Comunidade terapêutica pede que a família, diligentemente, imponha e ajude a cumprir; partindo de uma hipótese de fundo, que a toxicodependências seria o efeito da

anomia e falta de organização coerente das famílias). Repetidamente João imputa todos os males e dificuldades da família aos problemas de António, que arrastam todos os membros.

Outro aspeto a salientar nesta família é a dificuldade destes filhos a encontrar o seu caminho na vida; ninguém está casado ou numa relação estável; todos, de um modo ou de outro, estão ligados aos “negócios da família”, quase a prolongar a rede das suas relações numa “rede comercial”. Mas não conseguem uma verdadeira transição para a vida adulta. A Carmo, quase uma segunda “mãe” para o António, não consegue compreender qual espaço encontrou na família reconstituída; parece estar, não apenas nas sessões, mas na vida quotidiana, quase “no pano de fundo”, uma presença distante, mas constante. Em todo o caso, parece que a grande atenção e tensão que se tem criado à volta das vicissitudes do António, neste largos anos (entre envolvimento no tráfico de droga, múltiplas e fugazes relações com mulheres, instabilidade de vida em geral) tenha abafado as dores e as necessidades de se definir, individuar de todos os outros membros. Assim por um lado a droga e a situação de instabilidade e dependência da família do António, e por outro o empenho na condução dos negócios e comércios de família, têm posto entre parêntesis e “congelado” o verdadeiro bloqueio desta família, e de cada um dos seus membros. É em conjunto que se devem e podem reconciliar com as perdas e dores, e os vazios que inevitavelmente a vida acarreta; para que também o António possa encontrar uma nova, outra imagem de si, para além de todo o caos e fracasso acumulado desde a adolescência. Pelo contrário, continuar a concentrar-se sobre o toxicodependente-António e em geral, sobre os seus fracassos, não parece libertar e abrir o caminho destes irmãos e destes pais para além desta “adolescência infinita” e deste luto ainda vivo, nos quais nos parecem enclausurados. Que os têm apenas distanciado afetivamente, mas na realidade enredado ainda mais entre ressentimentos, desilusões, medos não ditos, sem permitir que verdadeiramente

se possam separar como adultos, permitindo o aparecer de “uma nova geração”.

CONCLUSÃO

Qual é o lugar da família no surgimento e manutenção das várias formas de dependências bem como na intervenção terapêutica? A Psicologia e Psicoterapia, e não só, têm sempre considerado, em geral, a família como um suporte necessário para a recuperação, mas ao mesmo tempo, como um dos contextos que mais responsabilidade pode ter na escolha e no desenvolvimento das várias formas de dependências. Mas, seja a prevenção bem como a recuperação visa exclusivamente intervir sobre o indivíduo, seja do ponto de vista da educação e dissuasão preventiva; bem como da modificação do comportamento e hábitos de risco. E se a visão clássica da perspectiva psicanalítica procura individuar as motivações e traumas recalcados no inconsciente que sustentam e perpetuam a(s) dependência(s); as mais difusas perspectivas cognitivistas e comportamentais se focalizam sobre os aspetos de compreensão e dissuasão, bem como sobre os fatores neuro psicológicos que parecem sustentar e de certa forma determinar o comportamento aditivo. Em todo o caso é o sintoma que permanece em primeiro plano, seja como efeito e escolha indesejada/patológica, seja como causa das escolhas auto e hétero-lesivas.

Pela nossa parte, consideramos que a relação entre família e dependência precisa ser (re)compreendida de um ponto de vista intrinsecamente relacional, onde família e indivíduos pertencem a uma unidade complexa sustentada por uma raiz relacional recíproca e duradoura, que suporta a identidade e estrutura de ambos, integrada numa perspetiva histórica e contextualizada na cultura de pertença. Deste modo o sintoma pode ser considerado um epifenómeno, cujo sentido e significado relacional precisa ser descodificado à luz da história transgeracional de cada família, dentro da sua história e sequências de acontecimentos significativos (e não apenas traumáticos); à luz da cultura

familiar específica sedimentada em mitos, valores e transmissões intergeracionais. A maior vantagem que esta leitura pode garantir é a possibilidade de perscrutar junto com todos os membros da família as vias de saída dos vários bloqueios do desenvolvimento; procurando ativamente não apenas os fracassos (condensados nos “sintomas”) mas também os recursos vitais que permitem reconciliações com acontecimentos e “heranças do passado”, e abrem caminho para novas escolhas possíveis, mais que apenas demandas para titânicas mudanças de comportamento, que podem até, de certa forma, impulsionar a cadeia infinita de transmissões intergeracionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M. (2013). Uno sguardo critico - Editoriale. *Terapia Familiare*, no. 103, 103-107.
- Andolfi, M., Mascellani, A. (2010). *Storie di adolescenza. Esperienze di terapia familiare*. Milano: Raffaello Cortina.
- Andolfi, M. (2003). *Manuale di Psicologia relazionale. La dimensione familiare*. Roma: Accademia di Psicoterapia della Famiglia.
- Andolfi, M., D'Angelo, C., D'Atena, P. (2001). *La Terapia narrata dalle Famiglie*. Milano: Raffaello Cortina.
- Andolfi, M. (1995). Il bambino come consulente. Em M. R. Andolfi, *La consulenza in Terapia Familiare. Una prospettiva sistemica* (pp. 81-100). Milano: Raffaello Cortina.
- Andolfi, M., Angelo, C. (1987). *Tempo e Mito nella Psicoterapia della Familiare*. Torino: Boringhieri.
- Andolfi, M. (1978). *La Terapia con la Famiglia*. Roma: Astrolabio.
- Baldascini, L., Pannone, F. (1991). *Famiglia e tossicodipendenza. Quaderni di medicina e chirurgia*, pp.
- Beach, S. R. H., Wamboldt, M. Z., Kaslow, N. J., Heyman, R. E., Reiss, D. (2006). Describing Relationship Problems in DSM-V: Toward Better Guidance for Research and Clinical Practice. *Journal of Family Psychology*, Vol. 20, no. 3, 359-368.
- Carrà, E., Lanz, M., Tagliabue, S. (2014). Transition to Adulthood in Italy: An Intergenerational Perspective. *Journal of Comparative Family Studies*, Vol. 45, No. 2, 235-248.
- Cigoli, V. (2006). *L'albero della discendenza. Clínica dei corpi familiari*. Milano: Raffaello Cortina.
- Donati, P. (2013). *La familia como raíz de la sociedad*. Madrid: BAC.
- Eric, J. Mash, E. J., Johnston, Ch. (1996) Family Relational Problems: Their Place in the Study of Psychopathology. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, (1996, VOL. 4, NO. 4), 240-254.
- Goldbert-Merinfeld, E., Linares, J. L., Onnis, L., Romano, E., Vannotti, M. (2012). *La Terapia Familiare in Europa. Invenzione a cinque voci*. Milano: Franco Angeli.
- Gruber, K. J., Taylor, M. F. (2006). A Family Perspective for Substance Abuse: Implications from the Literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* · July 2006, 1-29.
- Kaës, R. (1993). *Transmission de la vie psychique entre les générations (em Le sujet de l'heritage)*. Paris: Dumond.
- Kaslow, F., Patterson, T. (2006). Relational Diagnosis: A Retrospective Synopsis. *Contemp Fam Ther (2006) 28*, 269-284.
- L'Abate. (1997). *The Self in the Family*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
- Lebow, J. (2013). DSM-V and Family Therapy - Editorial. *Family Process* n. 52, 155-160.
- Raguso, F. (2007). - Entre Reconhecimento e Construção da Identidade: O Desafio do Multiculturalismo a partir da perspectiva de Charles Taylor. *Diacrítica, Filosofia e Cultura*, n. 21º/2, 195-213.
- Rowe, C. L. (2012). Family Therapy for drug abuse: review and updates 2003-2010. *Journal of Marital and Family Therapy*, January 2012, Vol. 38, No. 1, 59-81.
- Scabini, E., Cigoli, V. (2000). *Il Familiare. Legami, simboli e transizioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Scabini, E., Cigoli, V. (2014). *La identidad relacional de la familia*. Madrid: BAC.



adictologia

Associação Portuguesa para o Estudo
das Drogas e das Dependências