



Instituto Superior de Serviço Social do Porto  
Cooperativa de Ensino Superior de Serviço Social, C.R.L.

# Emoções e Dependência de Substâncias Psicoativas em Consumidores de Longa Duração

SARA ISABEL COSTA GOMES BRITO

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social

Orientador: Prof. Doutor Óscar Ribeiro

Coorientador: Prof<sup>ª</sup> Doutora Luísa Costa Pinto

ISSSP

Dezembro de 2019

## Resumo

A presente dissertação tem como objetivo avaliar através da exposição a imagens faciais representativas de seis emoções básicas (raiva, alegria, tristeza, surpresa, medo e nojo) o processamento emocional de um subgrupo de consumidores de longa duração de substâncias psicoativas previamente identificados como alexitímicos (conforme resultados obtidos com a Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20). Procura-se ainda explorar eventuais diferenças no relato dos participantes tendo em conta as características sócio demográficas, familiares e clínicas dos mesmos. Trata-se de um estudo qualitativo e transversal que iniciou com recurso à aplicação de um Inquérito Sociodemográfico (ISD) e da Escala de Alexitimia de Toronto de vinte itens (TAS-20) a 118 consumidores de substâncias psicoativas, dos quais 26, considerados alexitímicos, integraram numa 2ª fase do projeto e a quem se aplicou uma entrevista Semiestruturada de Reconhecimento de Emoções Faciais (EREF). Esta permitiu a identificação de um pensamento concreto e orientado para o exterior no processamento emocional, assim como de dificuldades na identificação de sentimentos, resultados em linha com as dimensões avaliadas na TAS-20. A alegria, a tristeza e o nojo foram as emoções que os participantes identificaram com maior facilidade, sendo a descrição das emoções marcada por um evidente, embora infrutífero, esforço descritivo; a sua exemplificação, porém, ocorreu de modo correto. Verificou-se igualmente pobreza ao nível dos processos imaginativos, bem como uma associação das experiências emocionais relatadas a afeto negativo. Quer na descrição, quer na exemplificação das emoções, destaca-se a presença de um relato em torno do tema “solidão”, principalmente na faixa etária entre os 40-49 anos. É neste cenário que se destaca o distanciamento de relações de suporte, acompanhados de geralmente em processos de exclusão social. Os resultados do estudo realizado permitem afirmar serem grandes os desafios que esta população coloca à prática profissional dos trabalhadores sociais e aos modelos dominantes de intervenção, uma vez que as emoções se traduzem num processo crucial e básico numa comunicação e interação social eficazes.

**Palavras-chave:** alexitimia; dependência; consumidores de longa duração; envelhecimento precoce.

## Abstract

This dissertation aims to evaluate through exposure to representative facial images of six basic emotions (anger, joy, sadness, surprise, fear and disgust) the emotional processing of a long-term consumer subgroup of psychoactive substances previously identified as alexithymic (according to the results obtained with the Toronto Alexithymia Scale (TAS 20)). It is also sought to explore possible differences in the participants' report taking into account their socio-demographic, family and clinical characteristics. This qualitative and cross-sectional study began with the application of a Sociodemographic Questionnaire and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) to 118 psychoactive substance users. From these, 26 who were considered alexithymics, took part of a 2nd phase of the project and were further assessed by means of a Semi-Structured Facial Emotions Recognition Interview (SFERI). This interview allowed the identification of concrete and outward-oriented thinking in emotional processing, as well as difficulties in identifying feelings, results that are in line with the dimensions assessed in the TAS-20. Joy, sadness and disgust were the emotions that participants most easily identified. Participants made significant efforts in describing the emotions, but these were mostly unsuccessful. Their exemplification, however, was made correctly. In addition, there was found great poverty at the level of imaginative processes, as well as an association between emotional experiences and negative affect. Both in the description and in the exemplification of emotions, "loneliness" appeared as a common theme, especially among those aged between 40 and 49 years old. It is in this scenario that stands out the distancing of supportive relationships, usually accompanied by processes of social exclusion. This study's results show that the challenges posed by this population for the professional practice of social workers and the dominant models of intervention are great, since emotions constitute crucial and basic process for an effective communication and social interaction.

**Keywords:** alexithymia; dependence: long-term drug users; precocious ageing.

## Agradecimentos

Neste momento tão importante da minha vida, não podia deixar de manifestar o meu mais sincero e profundo sentimento de gratidão! Eu meu “MUITO OBRIGADA” a todos aqueles que se cruzam nesta minha longa caminhada e que sempre me deram forças para continuar. Não foi de todo uma caminhada fácil, muitas vezes até atormentante e dolorosa, mas hoje olho para trás e vejo que esta caminhada me fez crescer enquanto estudante, profissional e sobretudo enquanto pessoa!

Desde já agradeço a disponibilidade e a participação de todos os entrevistados na concretização deste projeto, assim como de todas as instituições e profissionais envolvidos para a realização do mesmo, sem eles nunca seria possível.

De igual forma deixo a minha profunda gratidão aos meus orientadores. Ao Prof. Dr. Óscar Ribeiro pela confiança que depositou em mim desde o início da minha dissertação. A incansável disponibilidade, paciência e a serenidade que me transmitiu nos momentos mais atribulados ao longo deste processo. Agradeço ainda, todo o saber transmitido e por isso só posso sentir-me privilegiada por tê-lo como orientador.

À Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luísa Costa Pinto, que me já me acompanha desde a licenciatura em Serviço Social, e que sempre acreditou nas minhas capacidades para a realização deste trabalho, quando eu sentia exatamente o oposto. Pela excelente professora e pessoa que é, tenho a certeza que se não me cruzasse consigo o meu percurso nunca seria o mesmo! Só posso também sem dúvida estar grata por tê-la como coorientadora da minha dissertação.

Agradeço também à Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rita Conde, por toda a disponibilidade que teve na explicação do software Nvivo, e na conseqüente análise qualitativa dos relatos, sem si não seria possível a execução do mesmo! Agradeço também à Prof<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Teresa Souto, pelo disponibilidade e apoio prestado, pelo seu discurso claro e objetivo que sempre me transmitiu!

Por fim, e não menos importante agradeço ao meu namorado, a todos os meus amigos, familiares e colegas de trabalho, pelas palavras de incentivo, pela tranquilidade, preocupação e pela força que sempre me transmitiram ao acreditarem na concretização deste trabalho! Só posso estar grata por ter tido tanta sorte pela vida me cruzar com todos vocês!

No final desta jornada, termino com a certeza que investir no conhecimento, sempre renderá os melhores juros (Benjamin Franklin)!

O meu “MUITO OBRIGADA” a todos!

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I. Alexitimia e Envelhecimento nas Dependências</b> .....	3
1.1. Sobre o conceito de Alexitimia .....	3
1.2. Emoção vs. Sentimento .....	6
1.2.1. As emoções básicas .....	7
1.3. Características emocionais, cognitivas, relacionais e comportamentais da Alexitimia	10
1.4. Substâncias psicoativas e cérebros dependentes .....	13
1.5. Alexitimia e o consumo de substâncias psicoativas.....	18
1.6. Envelhecer biologicamente na dependência de substâncias psicoativas.....	20
1.7. Envelhecer socialmente na dependência de substâncias psicoativas .....	25
2. Objetivos .....	29
<b>II. Metodologia de Investigação</b> .....	30
2.1. Seleção da amostra e procedimentos de recolha de dados .....	30
2.2. Instrumentos .....	31
2.2.1. Caracterização da amostra da 1ª fase do projeto .....	33
2.3. Análise e tratamento de dados.....	35
<b>III. Apresentação e Discussão dos Resultados</b> .....	38
3.1. Caracterização da amostra da 2ª fase (n=26) .....	38
3.2. Resultados da Entrevista Semiestruturada de Reconhecimento de Emoções Faciais ...	41
3.3. Discussão dos Resultados.....	53

4. Implicações para prática dos Interventores Sociais.....	57
<b>Conclusão</b> .....	61
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	63
<b>Webgrafia</b> .....	70
<b>ANEXOS</b> .....	71

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Características sociodemográfica dos participantes na 1ª fase do projeto (n=118) .	33
Tabela 2– Caracterização Socio Demográfica e Familiar da amostra n=26. ....	38
Tabela 3– Caracterização Judicial e da trajetória de consumos da amostra n=26. ....	40
Tabela 4– Resultados da identificação das seis emoções básicas em estudo. ....	41
Tabela 5– Experiência emocional dos participantes. ....	42
Tabela 6- Dimensões descritivas das emoções enunciadas pelos participantes. ....	43
Tabela 7- Experiência emocional no âmbito da exemplificação dos participantes. ....	46
Tabela 8– Dimensões exemplificativas das emoções enunciadas pelos participantes. ....	47

## Índice de Quadros

Quadro 1 - 1º Grupo de Diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias e de dependência.....	15
Quadro 2 - 2º Grupo de Diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias e de dependência.....	16
Quadro 3 - 3º Grupo de Diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias e de dependência.....	16
Quadro 4 - 4º Grupo de Diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias e de dependência,.....	17

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1:</b> Escala de Alexitimia de Toronto de vinte itens (TAS-20).....	72
<b>Anexo 2:</b> Entrevista Qualitativa e Semiestruturada de Reconhecimento de emoções faciais (EREF).....	73
<b>Anexo 3:</b> Matriz de Codificação – NVIVO.....	75

## **Glossário de Siglas**

**CICSS:** Centro de Investigação de Ciências do Serviço Social

**CRI:** Centro de Respostas Integradas

**CT:** Comunidade Terapêutica

**DSM-5:** Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição

**EMCDDA:** European-Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

**EREF:** Entrevista Semiestruturada de Reconhecimento de Emoções Faciais

**F1:** Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção (TAS-20)

**F2:** Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros (TAS-20)

**F3:** Estilo de pensamento orientado para o exterior (TAS-20)

**INE:** Instituto Nacional de Estatística

**ISD:** Inquérito Sociodemográfico

**ODT:** Observatório de Drogas e Toxicodependências

**OMS:** Organização Mundial de Saúde

**P:** Participante

**SICAD:** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

**SNC:** Sistema Nervoso Central

**TAS-20:** Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens

## Introdução

A presente dissertação centra-se na alexitimia, uma perturbação que condiciona o modo como o indivíduo vivencia e exprime as suas emoções (défice de consciência emocional), sendo esta frequentemente associada a quadros de dependência de substâncias psicoativas e de alcoolismo de longa duração (Maciel & Yoshida, 2006). Parte de um estudo maior realizado pelo Centro de Investigação de Ciências do Serviço Social (CICSS) do Instituto Superior de Serviço Social do Porto (ISSSP) e teve como objetivo avaliar, através da exposição a imagens faciais representativas de seis emoções básicas, o processamento emocional de um subgrupo de consumidores de longa duração de substâncias psicoativas previamente identificados como alexitímicos (conforme resultados obtidos com a Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20).

O gradual envelhecimento da população é um fenómeno contemporâneo característico dos países desenvolvidos. Em Portugal, ele é uma evidência estabelecida, sendo que de acordo com os Censos 2011, cerca de 19,3% dos cidadãos tinham 65 ou mais anos de idade, estimando-se que o fenómeno continue a aumentar nos próximos anos (INE, 2012). Embora se registre um aumento da longevidade visto como um triunfo da humanidade fruto do desenvolvimento médico, social e tecnológico, a verdade é dele emergem múltiplos desafios. Quando a problemática em estudo é a dependência de substâncias psicoativas, ainda persiste a ideia de que o consumo destas substâncias se restringe apenas aos mais jovens, e por isso definir idoso entre os consumidores de substâncias psicoativas é uma tarefa desafiadora. O consumo de substâncias psicoativas, por si só, provoca o aparecimento de um conjunto de vulnerabilidades biológicas, psicológicas, emocionais e sociais no consumidor. Porém, para estes consumidores de longa duração, estas características não só podem sofrer um agravamento, como acelerar o aparecimento de comorbilidades de maior prevalência em indivíduos considerados “muito mais velhos”.

No que se refere à associação entre a alexitimia e a dependência de substâncias psicoativas, autores como Volkow, Fowler e Wang (2003) sublinham que as transformações desenvolvidas no âmbito da experiência das emoções nestes consumidores poderão decorrer justamente da desregulação de procedimentos cerebrais envolvidos nos processos motivacionais e emocionais. No entanto, a alexitimia poderá ainda constituir-se como um fator que predispõe o desenvolvimento de perturbações relacionadas com o uso de substâncias como forma de compensar a sua incapacidade emocional (Finn, Martin & Phil, 1987). Sempre

que ocorre a interação, o ser humano tende a procurar no outro pistas que o ajudem a compreender quais os seus interesses e as suas expectativas. O reconhecimento de expressões faciais representa uma das aptidões no âmbito da percepção e da comunicação, influenciando o modo como as pessoas interagem umas com as outras. Explorar esta relação e assumir a importância das emoções, é ter em conta o papel que estas assumem na vida do ser humano, enquanto um ser biológico e social. Considerando que a Gerontologia Social corresponde a uma área do conhecimento que estuda o processo de envelhecimento do homem, e por isso investiga as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais inerentes à passagem do tempo que aprofundar esta associação entre alexitimia a dependência substâncias psicoativas também se regista como um eixo fundamental tendo em conta que envelhecimento surge como um fenómeno social complexo.

Assim sendo, a presente dissertação irá desdobrar-se em três capítulos. O primeiro capítulo corresponderá à introdução teórica, sendo nele abordado o conceito Alexitimia e o envelhecimento na dependência de substâncias psicoativas. Inclui a sua definição e principais características, a distinção entre emoção e sentimento, bem como as seis emoções básicas em estudo. Ainda neste capítulo, serão apresentados contributos teóricos relativos ao fenómeno da toxicodpendência, de que forma é que o mesmo origina um conjunto de alterações em diversas estruturas cerebrais do homem, e as suas implicações psicológicas, emocionais e sociais. Será ainda descrito o envelhecimento biológico e social no âmbito da dependência, bem como enunciados os objetivos da presente investigação.

O segundo capítulo abordará a metodologia do contributo empírico desta dissertação, designadamente o desenho da investigação, ou seja, os procedimentos de seleção da amostra, de recolha de dados, a descrição dos instrumentos utilizados, bem como os procedimentos usados na análise e tratamento de dados. Será ainda caracterizada a amostra considerando a primeira fase do projeto de investigação em que o presente estudo se incorpora: *Cérebro, Substâncias Psicoativas e Meio Social: da produção das dependências à produção de um novo projeto de vida*, desenvolvido no CICSS-ISSSP.

Por fim, o terceiro capítulo apresentará os resultados obtidos no estudo, assim como a sua discussão. Abordará, ainda, uma reflexão final com indicação de algumas implicações para a prática dos trabalhadores sociais tendo em conta a desregulação emocional que a população adulta-idosa consumidora de substâncias psicoativas com alexitimia apresenta.

## **I. Alexitimia e Envelhecimento nas Dependências**

### **1.1. Sobre o conceito de Alexitimia**

O rosto humano constitui um canal de comunicação privilegiado, uma vez que as expressões faciais representam um meio básico no processo de relacionamento interpessoal, transmitindo emoções. A interpretação da micro expressão da informação emitida na comunicação permite que o indivíduo que adquire a mensagem se ajuste e responda adequadamente, evitando o conflito (Mayer, DiPaolo & Salovey, 1990). Ou seja, é a partir da leitura das expressões faciais que o indivíduo consegue apreender um conjunto de indicações e características, sejam elas objetivas e/ou subjetivas, interpretar e reconhecer a informação disponibilizada, atividades indispensáveis ao funcionamento social.

Na sua obra “Os segredos que o nosso corpo revela”, Monteiro (2017) enaltece Albert Mehrabian como um dos pioneiros na pesquisa de linguagem corporal. Este investigador refere que a mensagem entre duas pessoas frente a frente é transmitida essencialmente na linguagem não verbal. Refere, ainda, que a linguagem não verbal como é o caso da voz, velocidade, expressões faciais, posturas e movimentos, assume cerca de 93% de relevância na interação entre os seres humanos, enquanto que a linguagem verbal assume apenas 7%.

O termo alexitimia<sup>1</sup> é usado clinicamente para referenciar a marcada dificuldade em identificar e verbalizar as emoções, bem como a dificuldade em descrever sentimentos aos outros. A alexitimia, conceito introduzido pelos psiquiatras Peter Sifneos e John Nemiah em 1972-73, surge na sequência de estudos feitos com doentes psicossomáticos, tendo desde logo estes autores observado que estes doentes apresentavam dificuldades na abordagem dos seus próprios sentimentos (Prazeres, 2000). Porém, cedo verificaram que a alexitimia não correspondia apenas a uma especificidade das doenças psicossomáticas, sendo que a sua identificação foi detetada numa ampla variedade de perturbações psiquiátricas, como é o caso das perturbações alimentares e das perturbações relacionadas com o consumo de drogas, entre outras (Prazeres, Parker & Taylor, 2000).

De acordo com diversas revisões científicas efetuadas acerca do conceito de alexitimia, estas permitem-nos identificar três propostas quanto à sua interpretação. Por exemplo, para autores

---

<sup>1</sup> A-lexis—thymos, traduzido à letra significa “sem palavras para as emoções”, caracterizando-se pela dificuldade no processamento emocional e reconhecimento de expressões faciais.

tais como Rasheed (2001) e Haviland, Shaw, MacMurray e Cummings (1988), a alexitimia define-se como um estado, uma vez que os seus níveis se alteram significativamente ao longo do tempo. Por outro lado, autores como Parker, Bagby, Taylor, Endler e Schmitz (1993) e Torrado, Ouakinin e Bacelar-Nicolau (2013) definem-na enquanto um traço da personalidade precisamente pelo seu carácter duradouro. Por sua vez, autores como Freyberger (1977), De Berardis, Campanella, Gambi, Sepede, Salini, Carano, La Rovere e Fonte (2005), e Sifneos (1991) defendem que o constructo de alexitimia emerge de uma associação complexa entre estado e traço, dando origem à divisão do conceito em alexitimia primária, de origem biológica, e secundária, de origem psicossocial (Pardinielli & Rouan, 1998).

De acordo com os investigadores da teoria neurofisiológica, a alexitimia primária será proveniente de uma deficiência neurobiológica. Ou seja, a alexitimia primária enquanto traço devido ao seu carácter duradouro e enquanto deficiência neurobiológica pode instalar-se por via de dois registos diferentes, designados de modelo transversal ou de modelo vertical (Pardinielli, 1992). O modelo vertical fundamenta a existência de *“uma falha de conexões entre o sistema límbico (emoções) e neocórtex”*, enquanto que o modelo transversal *“apoia-se na predominância de um hemisfério cerebral e na transferência de informação entre eles”* (Nemiah, 1976:22-23, citado por Fernandes e Tomé, 2011:98). De acordo com estudos neuropsicológicos, os hemisférios cerebrais desempenham funções distintas, porém, as suas ações sempre se relacionam. Enquanto que o hemisfério direito assume funções cognitivas, nomeadamente ao nível do comportamento não-verbal no qual se incluem a identificação e o reconhecimento da expressão facial da emoção (Freitas-Magalhães, 2011), o hemisfério esquerdo assume funções ao nível da linguagem. Isto é, enquanto que o hemisfério direito executa a ação, o hemisfério esquerdo torna-se responsável por explicar de que forma é que a situação relevante se encaixa na ação efetuada com base na autoimagem, em recordações e expectativas (Ledoux, 2001). As características alexitímicas resultam precisamente da negação efetuada pelo hemisfério direito por relação ao hemisfério esquerdo, uma vez que o hemisfério direito é o responsável pelo reconhecimento dos afetos. Resumidamente, no âmbito da alexitimia primária esta pressupõe uma descontinuidade da comunicação entre os dois hemisférios cerebrais, nomeadamente entre o sistema límbico e o córtex (Taylor, 1984).

É precisamente no âmbito do conceito de alexitimia primária que os investigadores têm vindo a associar altos níveis de alexitimia a quadros de dependência de substâncias psicoativas e de alcoolismo (Maciel & Yoshida, 2006). Porém, esta associação deve, todavia, ser abordada

segundo duas perspectivas. Por um lado, verifica-se que fruto do consumo de substâncias psicoativas e das alterações neurológicas, a alexitimia pode resultar de uma consequência destas mesmas modificações, precisamente pelos frágeis recursos cognitivos e emocionais que os indivíduos consumidores dispõem. Por outro lado, a alexitimia pode ser considerada como um fator de risco ao desenvolvimento de um processo de adição, como forma a compensar a falta de autoconhecimento emocional.

O mesmo acontece na relação entre a alexitimia e depressão. Embora as pesquisas não se mostrem unânimes, a verdade é que também a alexitimia pode ser perspectivada não só como um fator que predispõe o desenvolvimento de depressão, mas também como uma consequência do mesmo. Autores como Saarijarvi, Salminen e Toikka (2001) defendem que a alexitimia, enquanto um traço de personalidade, corresponde a um fator que predispõe a depressão, enquanto autores como Honkalampi, Saarinen, Hintikka, Virtanen e Viinamäki (1999) defendem que a alexitimia corresponde a um estado, e por isso a depressão surge como uma consequência.

Relativamente ao conceito de alexitimia secundária, sendo este visto como um estado, tem na sua origem fatores psicossociais. Ou seja, o estado alexitímico enquanto perturbação pode constituir-se, por exemplo, como uma consequência de experiências traumáticas, como é o caso de períodos de guerra, abuso físico, sequestro, entre outras experiências essencialmente vividas em períodos críticos do desenvolvimento infantil ou traumas ocorridos na idade adulta. Estas experiências traumáticas podem ser de tal magnitude que resultem em alterações estruturais do funcionamento psíquico, especialmente na componente afetiva com implicações significativas para a vida do indivíduo (Taylor, 1984); podem, por outro lado, gerar um retrocesso no âmbito das funções afetivas e cognitivas no sujeito (Krystal, Giller & Cicchetti, 1986). Neste contexto, a condição de alexitímico constitui-se como um fator protetor ao nível do impacto emocional destas mesmas situações traumáticas (De Berardis et al., 2005).

Adicionalmente, segundo a teoria psicodinâmica, a alexitimia também pode ser interpretada como um défice na organização psíquica, no âmbito do processo de vinculação entre mãe e filho. Krystal, Giller e Cicchetti (1986) salvaguardam que fruto de traumas vividos na infância, sejam estes marcados por períodos de grandes privações ou até mesmo de proteção desmedida, os progenitores estariam a impedir um desenvolvimento saudável da capacidade de expressão afetiva dos filhos. Porém, estas experiências traumáticas acarretam consigo não só consequências do foro emocional, como é o caso da predisposição para desenvolver a

alexitimia, assim como tem vindo a ser sublinhada a associação entre maus tratos e um maior risco para o consumo de substâncias psicoativas.

## 1.2. Emoção vs. Sentimento

Uma vez que a alexitimia se constitui enquanto uma perturbação emocional que surge precisamente da dificuldade de identificar e descrever os sentimentos, importa salientar a distinção entre emoção e sentimento, conceitos cruciais na presente condição.

Na ótica de Sifneos (1995) a manifestação do afeto tem por base duas componentes: a biológica (emoção) e a psicobiológica (o sentimento). Segundo os contributos de Damásio (2000), sabe-se que as emoções são estimáveis e por isso correspondem a respostas químicas e neuronais que podem ser observadas por uma terceira pessoa através de mecanismos como é o caso da expressão facial e do movimento do corpo. Ou seja, a emoção corresponde a um estado cerebral e fisiológico que emerge independentemente da vontade do indivíduo e que pode, ou não, ser visível para o exterior, e ser positiva ou negativa. Para Goleman, todas *“as emoções são essencialmente impulsos (1995:28), “acompanhadas por respostas autonômicas, endócrinas e motoras esqueléticas, que dependem de áreas subcorticais do Sistema Nervoso”* (Esperidião-António et. al., 2008:56), com o objetivo de induzir no indivíduo ações diferentes para cada situação emocional. Na mesma linha, Freitas-Magalhães ressalva que as emoções detêm três funções, sendo a primeira a *“preparação para a ação uma vez que, são um catalisador entre o meio e a nossa conduta”*. Segue-se a *“preparação da conduta uma vez que as emoções desempenham um papel importantíssimo no desenvolvimento da aprendizagem”* e o *“contacto com determinadas experiências emocionais vai provocar uma aprendizagem emocional para lidar com futuras situações”*. Por fim, as emoções permitem a *“regulação da interação pelo facto de se expressar a emoção é um contributo para que a comunicação social se faça mais facilmente e ajuda à compreensão de determinados mecanismos de defesa”* (2011:101).

Os sentimentos correspondem, por sua vez, a *“percepções conscientes das emoções uma vez que requerem dispositivos cerebrais e mentais”* (Tavares, 2015:30). É precisamente após uma tomada de consciência que se forma o sentimento, sendo este a emoção consciencializada pelo pensamento.

### 1.2.1. As emoções básicas

Presentemente reconhece-se a existência de seis emoções básicas fundamentais, de carácter universal e por isso transversal a várias culturas a partir das quais se desenvolvem todas as outras, sendo estas a raiva, a alegria, a tristeza, a surpresa, o medo e o nojo. Estas emoções são categorizadas como primárias uma vez que surgem desde cedo no desenvolvimento do homem, apresentando um circuito único e uma disposição neuronal específica (Dougherty, Abe & Izard, 1996).

Relativamente à emoção alegria, sabe-se que termos tais como a felicidade, satisfação, otimismo diversão, êxtase, e prazer, surgem muitas vezes associados sinonimamente à emoção em questão. Tal como menciona Esperidião-António, a indução de alegria surge como resposta *“à identificação de expressões faciais de felicidade, à visualização de imagens agradáveis e/ou à indução de recordações de felicidade, prazer sexual e estimulação competitiva bem-sucedida”* (2008:60). A amígdala é assim acionada face ao registo de acontecimentos positivos, já anteriormente instalados no hipocampo, por via da atuação de neurónios dopaminérgicos do sistema límbico.

Tendo por base a obra *“Psicologia das emoções: o Fascínio do Rosto Humano”* de Freitas-Magalhães (2011), a alegria é reconhecida tendo por base os seguintes movimentos faciais: a testa franze, regista-se uma elevação subtil da pele da testa, bem como uma elevação das sobrancelhas muito pronunciadamente, as palpebras superiores sobem ligeiramente e regista-se uma contração das pálpebras inferiores. Por fim, regista-se um franzimento horizontal em todo o rosto, os olhos dilatam-se e ficam semicerrados, acompanhados com a contração das têmporas. Percecionar e, sobretudo, consciencializar esta emoção, permite a criação de uma série de benefícios para além do bem-estar físico e psicológico. Deste modo, é com base nas expressões faciais e corporais da alegria, que o ser humano tende a abrir-se de forma mais eficiente na comunicação e no relacionamento interpessoal, proporcionando uma maior aproximação entre os indivíduos (Melo, 2005).

A emoção medo é geralmente acompanhada por algumas disposições psicológicas como é o caso do nervosismo e da ansiedade. Esta está diretamente associada à sobrevivência do ser humano, uma vez que emerge perante o perigo real ou imaginário acompanhado de apreensão, dúvida ou sentimentos de insegurança (Ekman, 2011). Ou seja, assume como função proteger os indivíduos de determinados riscos que possam ocorrer, nomeadamente a ameaça à sua

integridade física e psicológica presente ao longo de todo o processo de crescimento. Porém, uma *“lesão da amígdala em humanos produz redução da emocional e da capacidade de reconhecer o medo”* (Esperidião-Antônio, 2008:60).

No caso da emoção raiva, esta é geralmente associada à revolta, irritabilidade, indignação e ódio, reconhecida essencialmente pela manifestação de comportamentos agressivos tais como: gritos, insultos, ameaças (violência verbal), e de agressões, lutas, empurrões (violência física). O seu desenvolvimento implica o envolvimento de diversas estruturas e sistemas orgânicos que pressupõem o aumento da pressão sanguínea, acompanhada por rápidos batimentos cardíaco e o conseqüente aumento hormonal da adrenalina, que estimula o ser humano a atuar (Goleman, 1995). Adicionalmente, na raiva, o fluxo sanguíneo corre para as mãos impulsionando e preparando a pessoa para avançar em direção ao alvo da raiva (Eckman, 2011). De acordo com Freitas-Magalhães, as expressões faciais relacionadas com o medo evocam a existência de alguns aspetos diferenciadores tais como *“as sobrancelhas descaem-se, a testa franze-se para baixo os olhos ficam semicerrados... a raiz do nariz encorilha para cima, as pálpebras superiores contraem-se horizontalmente e as pálpebras inferiores elevam-se de forma subtil, as bochechas contraem-se e sobem, a boca contrai para dentro e o queixo contrai-se para o centro e para cima”* (2007:117).

A tristeza corresponde a uma emoção básica frequentemente associada a decepção, melancolia, desilusão, desânimo e desamparo. Na ótica de Ekman, a tristeza é uma das emoções com relação direta com vários tipos de perdas, como por exemplo *“a rejeição de um amigo, a perda de admiração por outro, a perda da saúde, a perda de alguma parte do corpo ou função, por acidente ou doença, etc”* (2003:99). Na ótica de Goleman, a tristeza *“força uma espécie de retirada reflexiva das atividades da vida, deixando-nos num estado de suspensão para chorar a perda, meditar no seu significado e, finalmente, fazer os ajustamentos psicológicos necessários e os novos planos que permitirão a nossa vida prosseguir”* (1995:90). Ou seja, pode originar uma diminuição de interesse em atividades anteriormente realizadas promotoras de bem-estar e de prazer, bem como a uma diminuição de perda da motivação e de interações sociais. Na visão de Melo, apesar da quebra de energia, a tristeza também assume uma função adaptativa *“na medida em que pode levar o sujeito a avaliar as fontes dos problemas, a procurar suporte social e a favorecer o estreitamento das relações com os outros”* (2005:20). Acrescenta-se, ainda, que a *“tristeza aparenta ser uma emoção chave para o desenvolvimento da capacidade de empatia”* (Ekman, 2011:191),

desencadeando fontes apoio por parte de outros. Tal como as demais emoções básicas, ela também assume expressões faciais características como “*as sobrancelhas descaem e ficam mais juntas; as pálpebras superiores também descaem e as pálpebras inferiores contraem-se, fazendo em movimento para baixo e na horizontal; as narinas contraem-se, fazendo um movimento descendente; a raiz do nariz encorriha muito para baixo; nas bochechas não se verifica qualquer movimento; a boca fica fechada mas contraída; e o queixo fica tenso e pode até franzir*” (Freitas-Magalhães, 2011:112).

No que diz respeito à emoção surpresa, importa realçar que ela se destaca por ser a mais breve de todas, decorrente do seu carácter inesperado, podendo ter uma duração máxima de apenas alguns segundos. Para além destas especificidades, a surpresa também pode desencadear o aparecimento de outras emoções anteriormente expostas, após a consciencialização do seu carácter positivo ou negativo (Freitas-Magalhães, 2011). Na sua expressão facial, a surpresa verifica-se quando “*os olhos e pálpebras ficam semiabertos; a raiz do nariz encorriha; ocorre uma dilatação das narinas; as bochechas elevam-se; a boca fica aberta em forma de elipse; o queixo elevasse*” (Freitas-Magalhães, 2011:115). O arquear das sobrancelhas possibilita um “*alargamento do campo visual e a entrada de mais luz na retina, isto oferece mais informação sobre o acontecimento inesperado, tornando mais fácil perceber exatamente o que se está a passar e elaborar o melhor plano de ação*” (Goleman, 1995:29).

Já a emoção nojo é essencialmente acionada com recurso a diversos mecanismos sensoriais. Ela pode ser provocada por via da observação não só de detritos desagradáveis ou deteriorados à luz dos seus mecanismos sensoriais, como pode ser provocado por via de “*ações e a aparência das pessoas, ou até mesmo suas ideias*” (Eckman, 2011:184) que não vão de encontro a valores e padrões sociais. Na mesma obra o autor Ekman relata que o nojo assume como função a suspensão da emoção em questão com o propósito de criar intimidade e o compromisso pessoal. O mesmo autor enumera diversas situações para realçar de que forma é que a repetição desta mesma emoção pode suscitar a superação da própria emoção. Refere, a título de exemplo, o envolvimento em atividades sexuais entre casais, ou até mesmo a presença em situações desagradáveis como é o caso do vômito de um filho, situações que acabam por remover o que anteriormente constatavam como repulsivo, promovendo conseqüentemente uma aproximação entre ambos (Eckman, 2011). No que diz respeito à expressão facial do nojo, ela verifica-se quando “*a testa franze para baixo, as sobrancelhas descaem, as pálpebras superiores contraem-se horizontalmente, as pálpebras inferiores*

*elevam-se de forma subtil, os olhos ficam semicerrados, a raiz do nariz encorriha para cima; as bochechas contraem-se e sobem, a boca contrai-se para dentro e perpendicularmente e o queixo contrai-se para o centro e para cima”* (Freitas-Magalhães, 2011:117).

Em síntese, importa salientar que cada emoção descrita desempenha um papel singular na vida de cada ser humano e na interação com o seu meio envolvente.

### **1.3. Características emocionais, cognitivas, relacionais e comportamentais da Alexitimia**

Apesar de subsistirem várias propostas de interpretação, assim como diversas causas que originam o seu surgimento, foram unanimemente verificadas características comuns ao nível emocional, cognitivo, comportamental e relacional das pessoas com alexitimia.

No que diz respeito às características ao nível emocional, os sujeitos alexitímicos apresentam essencialmente uma dificuldade em identificar e em descrever as emoções, bem como uma marcada dificuldade em verbalizar os seus estados emocionais. Na sua obra lembrando Sifneos a propósito dos sujeitos alexitímicos, Veríssimo evoca que este autor *“fazia notar as frequentes queixas de ansiedade e depressão com pouca capacidade para as descrever, podem mesmo ter rasgos súbitos de emoções intensas como de raiva, medo, rancor, irritação ou choro, mas não conseguem associar a manifestação emocional com memórias, fantasias ou situações específicas”* (2011:9).

Geralmente o ser humano processa determinados objetos ou situações por meio de um de seus mecanismos sensoriais e representa-os através de imagens mentais no processo de pensamento (Damásio, 2000). Nas palavras de Eckman, quando *“um gatilho emocional se estabelece, ocorrem novas conexões entre um grupo de células, constituindo o que LeDoux denomina assembleia de células ... elas constituem o que chamo de banco de dados de alerta emocional”* (2011:60). Estes mesmos bancos de dados estão abertos e em alerta constante, e embora difíceis de mudar, tal é possível, já que podemos apreender novos gatilhos e novas respostas emocionais. Porém, no caso do sujeito alexitímico é provável que ele *“descreva tudo o que aconteceu numa discussão com o(a) cônjuge, a situação que desencadeou tudo, aquilo que foi dito, e depois fica admirado(a) quando o observador lhe diz que muito provavelmente, o que sentiu foi raiva”* (Veríssimo, 2011:9). Assim, a dificuldade em

identificar sentimentos e em descrevê-los está relacionado mais concretamente com o fraco e pobre desempenho da memória em termos de nomeação e reconhecimento das palavras emocionais (Vermeulen, Toussaint & Luminet, 2010).

Ainda ao nível emocional, os alexitímicos apresentam dificuldades em distinguir a componente somática da ativação emocional e os estados emocionais subjetivos. Os sujeitos exprimem as suas emoções essencialmente através da componente fisiológica e ação motora e, por isso, perante um acontecimento são capazes de destacar aspetos e modificações somáticas (ex.: tensão muscular), mas não de salientar que tais aspetos são consequência da emoção vivenciada, nem sequer de identificar a emoção vivida (Veríssimo, 2011). Esta lacuna em termos de capacidade de identificação e descrição de experiências fisiológicas e afetivas também tende a encontrar-se associada ao afeto negativo (Connelly & Denney, 2007).

Por sua vez, a relação entre alexitimia e a inteligência emocional assegurada por vários estudos como é o caso do de Taylor e colaboradores (1997), ressalva que um baixo nível de inteligência emocional assume uma relação estreita e direta com um elevado nível de alexitimia (Austin, 2005). A inteligência emocional *“envolve a capacidade de monitorar a própria e sentimentos e emoções dos outros, para discriminar entre eles e usar esta informação para guiar o pensamento e ações”* (Salovey & Mayer, 1990:189). Tendo em conta que o conhecimento emocional inclui competências no âmbito da perceção, identificação, reconhecimento e compreensão de indicações emocionais em si próprio e na relação com o outro (Izard, 2001), a verdade é que estas características colidem com todas as características vulneráveis do sujeito alexitímico, precisamente pela parca capacidade em avaliar de forma adequada a emoção vivida, e de regular e expressar essa mesma emoção. Todas estas lacunas ocorrem sem que haja consciência de tais factos.

A respeito das características cognitivas, os alexitímicos caracterizam-se por um padrão de pensamento orientado para o exterior, bem como por uma pobreza dos processos imaginativos. Relativamente ao padrão de pensamento concreto orientado para o exterior e não introspectivo (El Rasheed, 2001), os alexitímicos *“focam-se no que é exterior à vida psíquica, tendo um modo de pensar muito racionalizado”* não envolvendo a atividade emocional (Veríssimo, 2011:10). Por sua vez, em virtude da pobreza dos processos imaginativos e de todas as funções que se associam, estes sujeitos *“quase nunca recordam ter sonhado, e quando o fazem, os sonhos caracterizam-se habitualmente por reproduzirem episódios da vida real, acontecimentos diurnos, referências da atividade laboral”*

precisamente pelo teor das conversas que expõem, que se resumem a acontecimentos concretos e de pobre elaboração (Veríssimo, 2011:10).

Os alexitímicos tendem, regra geral, ao conformismo social, ou seja, *“há uma adesão estrita às normas de adaptação social, em relação às quais parecem posicionar-se do exterior em termos de papel identitário”* originando uma *“acentuada dificuldade para estabelecer e conservar relações interpessoais íntimas”* (Veríssimo, 2011:10). Nesse sentido, no que se refere às consequências no domínio relacional em virtude das grandes limitações de funcionamento psicossocial destes indivíduos, Prazeres sublinha que as suas relações tendem a ser *“utilitárias e pragmáticas e a dimensão afetiva parece marcadamente ausente”* (2000:113), e por isso traduzem-se em relações superficiais. Na *“falta de conhecimento das suas próprias experiências emocionais, os indivíduos alexitímicos não podem facilmente imaginar-se na situação de outra pessoa e são, conseqüentemente, unempathetic e ineficazes na modulação dos estados emocionais dos outros”* (Bagby, Taylor & Parker, 1997:30/31). Na perspectiva de Krystal (1987), esta perturbação afetiva não só impede o sujeito alexitímico de prosperar com recurso aos seus sentimentos e emoções, como inviabiliza competências de percepção de fontes de proteção e de conforto.

Será ainda de destacar a *“relação entre manifestações alexitímicas e a existência de situações desencadeadoras de stress”* (Pereira, 2011:9). Um sujeito com características alexitímicas, diante de um episódio que lhe provoque stress tenderá a não deter a capacidade adequada para lidar com o episódio precisamente pela falta do conhecimento emocional. Ou seja, o sujeito tenderá a manifestar-se de uma forma exacerbada, provocando o aparecimento de sintomas somáticos (Martin & Phil, 1985).

Outro exemplo relacionado com a atitude e comportamento do sujeito alexitímico, remete-nos para a sua reduzida capacidade em termos de decisão face a duas alternativas. Ora, *“se há dificuldade na expressão consciente das emoções (dentre as quais, desejos, motivações), isso pode também indicar uma dificuldade em imaginar e fantasiar, ou seja, um pensamento operacional, em que a emoção não é conscientizada, dá às ações um caráter reativo, não direcionado para metas e objetivos desejados, os quais supõem a capacidade de imaginar e fantasiar”* (Freire, 2010:19) precisamente porque decidir implica escolher entre opções.

De um modo geral, e mais concretamente do ponto de vista social, a expressão de sentimentos como forma de comunicação, pressupõe que o recetor e o emissor do sinal disponham das

mesmas chaves interpretativas, de forma a que ambos codifiquem e decodifiquem os sinais de forma adequada, realizando a comunicação. Porém, esta relação entre o emissor e o recetor da mensagem na presença de situações de alexitimia será uma *“fonte de conflitos, porque o universo simbólico-emocional de cada um não é compreensível para o outro”* (Freire, 2010:20) impedindo a conceção de universo socialmente compartilhado.

#### **1.4.Substâncias psicoativas e cérebros dependentes**

O fenómeno das dependências assume-se hoje como uma problemática complexa, estando longe de ser entendido apenas como um problema individual. A dependência de substâncias psicoativas surge como “uma doença” do cérebro (Salomon, 2010), em estreita relação com o meio social e resulta de uma combinação complexa de aspetos biológicos, psicológicos, culturais e sociais (Carrasco, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a toxicodependência como um *“uso repetido de uma substância psicoativa ou substâncias, na medida em que o dependente é intoxicado periodicamente ou cronicamente”* (Vicenta, Escribano e Vergara, 1994:13). Esta organização, sublinha ainda que o termo “droga” corresponde a toda a substância que introduzida no organismo por qualquer via de administração que produz alterações no Sistema Nervoso Central (Vicenta, Escribano & Vergara, 1994)

O consumidor de substâncias psicoativas apresenta assim um conjunto de manifestações comportamentais, cognitivas e fisiológicas que se desenvolvem depois do repetido uso de uma substância e que incluem tipicamente um forte desejo de consumir a droga e uma grande dificuldade em cessar voluntariamente o consumo. Apesar das suas consequências nocivas, o consumidor de substâncias psicoativas acaba por dar uma maior prioridade ao uso da droga em detrimento de outras atividades e responsabilidades. Estas consequências nocivas ocorrem pelo facto de substâncias psicoativas atuarem sobre o SNC, pela via da recompensa.

Segundo Esperidião-António (2008), quando ocorre o consumo de substâncias psicoativas, os neurónios que produzem a dopamina têm projeções em direção aos núcleos accumbens, ao córtex pré-frontal e a várias áreas cerebrais tais como o hipocampo, o septo, o cerebelo e à amígdala. Estas áreas enviam informação aos principais centros reguladores, produzindo-se implicações e alterações ao nível do controlo motivacional da cognição, da linguagem, dos

pensamentos, das memórias e sobretudo das emoções. Sabe-se que o hipocampo executa funções relacionadas como o comportamento e com a memória, estando relacionado com o processo de tomada de decisão. No que diz respeito ao septo, e uma vez ativado o sujeito pode experimentar sentimentos de raiva e/ou de prazer, sendo ainda responsável pelo controle neurovegetativo. Por sua vez, o cerebelo assume funções mais amplas do que as meramente motoras, atuando também em diversos processos cognitivos. É face a um dano cerebelar, fruto do consumo de substâncias psicoativas, que surge um conjunto de disfunções no âmbito “*da aprendizagem, memória processual e declarativa, processamento de linguagem e funções visuais e espaciais, além de disfunções na personalidade, no afeto e na cognição*” (Esperidião-António, 2008:59). Por fim, a amígdala, esta é ativada em situações com relevante significado emocional, sendo responsável pela formação da associação entre estímulos e recompensas. Todas estas áreas cerebrais, à exceção do hipocampo (responsável pela consolidação da memória com conteúdo emocional), integram o sistema límbico, sendo este assinalado como o circuito neuronal relacionado às respostas emocionais e aos impulsos motivacionais (Esperidião-António, 2008).

Todas estas manifestações sofrem variações mediante as três categorias genéricas de substâncias psicoativas existentes, nomeadamente as estimulantes, as perturbadoras e as depressoras, tomando por indicadores os efeitos fisiológicos e psicológicos comuns a algumas delas (Souto, 2000). Por relação à primeira categoria, as drogas estimulantes como é o caso da cocaína e das anfetaminas, tal como o nome indica, estimulam o funcionamento cerebral, aumentando a sua atividade. Regista-se uma aceleração do pensamento, um aumento da energia conduzindo a períodos de excitação e a estados de euforia, podendo levar a que o consumidor perca a perceção da realidade. Em relação às drogas perturbadoras, como é o caso por exemplo do LSD e do MDMA (ecstasy), são geradoras de fenómenos alucinatórios. Neste caso, não aumentam nem diminuem a atividade cerebral, mas fazem com que o cérebro funcione de forma diferente, podendo produzir fenómenos psíquicos como alucinações, delírios e ilusões. No que diz respeito às drogas depressoras do sistema nervoso central (SNC), como é o caso do álcool, sedativos, ansiolíticos ou hipnóticos, elas assumem propriedades analgésicas, sendo que por esta via diminuem a atividade do cérebro, ou seja, o consumidor passa a dispor de menor capacidade de concentração, de memória, de capacidade de raciocínio, sintomatologia que, não raro, é acompanhada de um aumento da sonolência e de reflexos mais lentos.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (DSM-5) postula a existência de 10 classes de drogas (álcool, cafeína, cannabis, alucinogénios, inalantes, opioides, sedativos, hipnótico, ansiolíticos e estimulantes), e um conjunto de critérios enunciadas em quatro grupos gerais (ver quadros seguintes), que permitem a identificação do consumo abusivo de substâncias psicoativas, como uma perturbação mental (DSM-5, 2014). Este mesmo manual ressalva que o processo de dependência surge como um padrão desadaptativo da utilização de substâncias manifestado por três (ou mais) dos sete sintomas enunciados, no mesmo período de 12 meses.

Quadro 1 - 1º Grupo de Diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias e de dependência

<b>Grupo I – Déficit de Controlo</b>	
<b>Tolerância</b>	Necessidade que o individuo possui de consumir uma maior quantidade de substâncias psicoativas para atingir o efeito desejado.
<b>Desejo persistente</b>	Manifestação de um desejo persistente de reduzir ou moderar a utilização da substância e relatar múltiplos esforços, porém sem êxito.
<b>Tempo despendido</b>	O consumidor concebe uma grande quantidade de tempo na obtenção e utilização da substância, ou a recuperar dos seus efeitos, muitas vezes originando efeitos tão significativos que a vida dos consumidores.
<b>Craving</b>	Desejo imperioso para a obtenção de droga, podendo este ocorrer subitamente muitas vezes estimulado por memórias sensoriais e/ou de locais, lembranças e outras memórias onde o consumidor já obteve ou consumiu a droga desejada.

Fonte: American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSMV-5-TM)*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Quadro 2 - 2º Grupo de Diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias e de dependência

<b>Grupo II - Disfunção Social</b>	
<b>Rutura de Responsabilidades e Obrigações</b>	O consumo recorrente de substâncias psicoativas poder provocar uma rutura com responsabilidades e obrigações essenciais no quotidiano do indivíduo, seja no trabalho, na escola ou em casa;
<b>Consumo Permanente</b>	O consumo permanece apesar da existência de problemas sociais e interpessoais.
<b>Rutura Social, Familiar, Ocupacional e Recreativa</b>	As atividades sociais, familiares e ocupacionais ou recreativas anteriormente desempenhadas e frequentadas podem sofrer uma rutura, precisamente pelo consumo abusivo de drogas.

Fonte: American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSMV-5-TM)*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Quadro 3 - 3º Grupo de Diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias e de dependência

<b>Grupo III - Uso de risco da substância</b>	
<b>Exposição Física ao Perigo</b>	O consumidor pode adotar uma forma de utilização recorrente da substância mesmo em situações onde é exposto fisicamente ao perigo.
<b>Uso Recorrente do Consumo</b>	Apesar de o indivíduo ter conhecimento da existência de um problema físico ou psicológico, provavelmente causado pelo consumo, este mantém o uso recorrente das substâncias psicoativas

Fonte: American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSMV-5-TM)*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Quadro 4 - 4º Grupo de Diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias e de dependência,

<b>Grupo IV – Critérios Farmacológicos</b>	
<b>Tolerância</b>	Corresponde à necessidade de obtenção de doses superiores para conseguir obter o efeito desejado, e anteriormente obtido com doses mais reduzidas. O grau da tolerância e os efeitos produzidos no sistema nervoso central variam consoante cada consumidor
<b>Abstinência</b>	Também chamada sematologia de privação que é a evidência mais palpável da presença da dependência de um indivíduo que manteve um uso elevado e prolongado da substância. A sematologia caracteriza-se pela presença de sintomas físicos e psíquicos de desconforto face à redução ou interrupção do consumo de drogas. Inicialmente são predominantemente psíquicos, como é o caso da ansiedade, sintomas depressivos, a falta de concentração e insônia. Na medida em que a dependência aumenta, aumenta também a intensidade dos sintomas, podendo assim surgir sintomas físicos, como é o caso do tremores, o suores difusos, palpitações cardíacas, náuseas e vômitos, podendo chegar até a quadros de confusão mental como episódios de delírio.

Fonte: American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSMV-5-TM)*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.

Não obstante todas estas características e implicações resultantes do consumo abusivo de substâncias psicoativas, as quais comprometem o funcionamento do sujeito a múltiplos níveis, há ainda que referir que podem-se desenvolver situações de comorbilidade, também designadas de *duplo diagnóstico*. Este fenómeno corresponde à associação de pelo menos duas patologias mentais presentes no mesmo doente. Sempre que com o consumo de drogas se conjuga o desenvolvimento de outras perturbações mentais, tais como a depressão e a esquizofrenia, pode assistir-se não só a uma exacerbação das implicações relativas à adição, como podem ocorrer alterações na evolução e no tratamento (Angel, Richard & Valleur, 2002).

### **1.5. Alexitimia e o consumo de substâncias psicoativas**

Relativamente à relação entre a alexitimia e o consumo de substâncias psicoativas, tal como foi salientado anteriormente, esta pode ser interpretada segundo duas perspetivas. A primeira refere-se ao facto de a alexitimia poder constituir-se como um fator que predispõe o desenvolvimento de perturbações relacionadas com o uso de substâncias. Ou seja, os comportamentos de dependência em indivíduos alexitímicos podem surgir como forma de compensar a sua incapacidade emocional (Finn, Martin & Phil, 1987). Numa outra interpretação, a alexitimia não pode ser apenas vista como fator de risco, mas também como uma consequência do consumo, sendo que a relação entre o funcionamento alexitímico e a problemática da toxicodependência provém das alterações psíquicas e emocionais decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. O facto deste consumo induzir alterações ao nível das áreas cerebrais, alterando significativamente capacidades cognitivas e emocionais, pode levar a um conseqüente aumento da necessidade dos consumos, uma vez que as drogas de eleição são escolhidas e pensadas como ação psicofarmacológica para superar as sensações dolorosas com que estes consumidores lutam (El Rasheed, 2001).

Na mesma linha, Kormreich, Foisy, Philippot e Dan (2003), forneceram evidências que sustentam que as alterações neurológicas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas seriam a base de origem da alexitimia, explicando deste modo o défice em termos de reconhecimento emocional. Assim, é precisamente pela desregulação destes mecanismos cerebrais que surge a dificuldade de reconhecimento de emoções, simbolizar afetos, planear ações e contactar com as emoções negativas. Autores como Volkow, Fowler e Wang (2003) sublinham que as transformações desenvolvidas no âmbito da experiência das emoções em consumidores de substâncias psicoativas poderão decorrer justamente da desregulação de procedimentos cerebrais envolvidos nos processos motivacionais e emocionais, precisamente pela estimulação regular dos circuitos meso-cortico-límbicos por meio do consumo de drogas. É perante o consumo regular de substâncias psicoativas, e pelas conseqüentes lesões nos circuitos meso-cortico-límbicos, que se processa um condicionamento no processamento das emoções básicas ou primárias (Damásio, 2011).

Os dados científicos que relacionam a alexitimia e o consumo de substâncias psicoativas decorrem, regra geral, de estudos quantitativos com base em resultados da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (Prazeres, Parker & Taylor, 2000). Dos vários estudos com recurso a este instrumento, destaca-se o de Taylor no ano de 1990, realizado com 44 sujeitos

dependentes de substâncias psicoativas. Neste estudo, os autores constataram que mais de metade da amostra (74%) era alexitímica, sendo esta parte da amostra significativamente mais ansiosa e deprimida que a restante amostra não alexitímica. Numa outra pesquisa levada a cabo por El Rasheed no ano de 2001, com uma amostra constituída por 200 consumidores de substâncias psicoativas internados no Institute of Psychiatry no Egito durante um período de 18 meses, constatou-se que cerca de 75,5% dos sujeitos eram alexitímicos. A pesquisa revelou ainda que os alexitímicos relataram um maior nível de policonsumos, um maior consumo de opiáceos (além da heroína) por comparação aos considerados não alexitímicos. Os policonsumidores apresentaram maiores níveis de alexitimia associados à tentativa de aliviar a sua confusão emocional (El Rasheed, 2001).

Porém, são escassos os estudos qualitativos com recurso a entrevistas de reconhecimento facial, e mais escassos ainda, aqueles que utilizam as duas metodologias (quantitativa e qualitativa) numa abordagem mista. Verifica-se, a título de exemplo, a existência de um estudo conduzido por Magalhães e Eckman (2004), intitulado *Expressão facial: o reconhecimento das emoções básicas em dependentes de heroína*, o qual contou com 60 participantes portugueses (25 mulheres e 35 homens) com idades compreendidas entre os 18 e os 40 anos, dependentes de heroína e diagnosticados com Perturbações Induzidas por Opiáceos em período de abstinência. De acordo com esse estudo, os sujeitos da amostra apresentavam défices cognitivos em termos de identificação e caracterização das emoções básicas universais. As mesmas evidências se constataram posteriormente num estudo levado a cabo por Magalhães e Castro (2007), designado *Expressão facial: o reconhecimento das emoções básicas em dependentes de cocaína*, cuja amostra foi constituída por 75 sujeitos (25 mulheres) com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos dependentes de cocaína e diagnosticados com Perturbações Induzidas por Opiáceos em período de abstinência.

Apesar da multiplicidade de investigações efetuadas, mais concretamente com recurso à Escala de Alexitimia TAS-20, a verdade é que um elevado índice de alexitimia em consumidores de substâncias psicoativas é uma frequência regular (geralmente acima dos 50%). Esta relação estreita entre o fenómeno da toxicod dependência e a alexitimia leva a crer que se trata de um processo caracterizado por um ciclo vicioso: se por um lado o consumo abusivo de substâncias psicoativas induz alterações cerebrais, que por sua vez agravam os sintomas de disforia e, conseqüentemente, exigem uma maior medicação, por outro lado, estes

consumos tendem a aumentar a necessidade de medicação como forma de aliviar a confusão mental e emocional que os sujeitos dependentes de substâncias psicoativas experienciam.

De um modo geral, todo o percurso de um consumidor de substâncias psicoativas tende a ser responsável por um processo de desinserção social marcado por múltiplas rupturas e pela ausência de aptidões cruciais no processo de reconhecimento da importância de abandonar o consumo de substâncias psicoativas. Tendo em conta que emoções e os sentimentos não se encontram separados do respetivo comportamento e que *“as cognições não são meros resultados do processo de conhecimento, estas têm de ser valorizadas pelo significado que podem trazer para a compreensão do próprio comportamento dos autores dessas mesmas cognições”* (Souto, 2000:23) torna-se justificável o desenvolvimento de estudos com vista à obtenção de respostas adequadas, uma vez que tais debilidades interferem no sucesso de tratamento.

### **1.6. Envelhecer biologicamente na dependência de substâncias psicoativas**

O processo de envelhecimento, por si só, provoca um declínio funcional e estrutural do organismo, dependente de alterações moleculares e celulares que provocam diversos efeitos (Rodríguez, Morera, Torre, Calvanese, Fernández, & Fraga, 2011). Porém, este processo vê-se agravado quando abordamos o envelhecimento no processo de dependência de substâncias psicoativas. Retratar o envelhecimento na dependência de substâncias psicoativas vem corroborar largamente a hierarquização e a estandardização dos acontecimentos da vida por via da idade. Esta mesma hierarquização onde são fixadas as três etapas sucessivas da vida, nomeadamente a infância, a idade adulta e a terceira idade, assumem referências que determinam os seus limiares e indicam o momento da passagem irreversível para a etapa seguinte, bem como estatutos e funções representativas dessa mesma categoria. Este processo cronológico, interiorizado *“revela-se incapaz de responder às novas necessidades que surgem numa sociedade de mobilidade e de flexibilidade, no seio da qual ocorreu uma verdadeira revolução dos tempos sociais”*, para além de que *“reforça as barreiras entre as idades e os estereótipos acerca da idade, encorajando as lógicas de discriminação das populações na base da idade”* (Guillemard, 2007: 15).

Pretende-se com isto realçar que, uma das principais modificações que decorre de um longo consumo de substâncias psicoativas, é precisamente a discrepância da idade biológica por

relação à idade cronológica do indivíduo com dependência de drogas. Enquanto que em Portugal, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) a idade para se definir um idoso é de 65 ou mais anos, no caso dos dependentes de substâncias psicoativas de longa duração “o ponto de corte para os indivíduos idosos é, normalmente, muito mais baixo e em alguns casos é tão baixo que alcança os 35 anos; alguns estudos têm utilizado 40 anos” (EMCDDA, 2010:7). Adotar “a idade de 40 anos como ponto de corte pode dever-se ao facto de os indivíduos dessa idade terem geralmente uma longa carreira de uso problemático de drogas, o que poderá exacerbar ou acelerar as condições (comorbilidades) associadas à idade” (EMCDDA, 2010:7).

Porém, antes de se explanarem não só as principais preocupações em termos de saúde subjacentes à população envelhecida no âmbito dependência de substâncias psicoativas, importa desde logo notar a realidade portuguesa. Se tivermos por base o Relatório Europeu sobre Drogas, sabe-se que na Europa os consumidores de longa data de opiáceos, com história de policonsumos de drogas, encontram-se inseridos na faixa dos 40-50 anos de idade (ODT, 2017). Com base na sinopse estatística do ano de 2016 disponibilizada pelo SICAD, onde se retrata a realidade portuguesa relativa ao consumo de álcool, esta permite-nos verificar que, relativamente ao internamento de consumidores de álcool, o número de utentes em tratamento tem vindo a crescer consideravelmente desde o ano de 2009 até 2016. Enquanto que no ano de 2009 o serviço contava com 9475 utentes em tratamento, no ano de 2016 o serviço apoiava já cerca de 13678. Estes mesmos utentes, além de serem maioritariamente do sexo masculino (81,2%), têm na sua larga maioria 35 ou mais anos de idade (93,5%). A mesma tendência ocorre quando nos reportamos aos novos utentes e/ou utentes readmitidos no ano em questão, onde cerca de 90,9% da população tem 35 ou mais anos. Já quando nos reportamos à sinopse estatística sobre o consumo de substâncias psicoativas, a tendência não difere do consumo de álcool, os utentes em tratamento no ano de 2016 continuam não só a ser maioritariamente do sexo masculino (84,2%), como têm 35 ou mais anos (82,4%), sendo que a maior concentração prevalece na faixa etária dos 35 aos 49 anos com cerca 59,4% consumidores.

Internacionalmente, um estudo conduzido por Beynon Roe, Duffy e Pickering (2009) na cidade de Merseyside (Inglaterra), considerando indivíduos consumidores recrutados em serviços de tratamento de toxicod dependência, com idades compreendidas entre os 54 e 61 anos de idade, concluíram que aqueles com idades superiores a 50 anos apresentavam baixos níveis de saúde mental e física. Por comparação aos utilizadores mais novos, possuíam

características que os tornavam mais vulneráveis tanto do ponto de vista cognitivo, biológico, emocional, como social (Kalapatapu, Vadhan, Rubin, Bedi, Cheng, Sullivan & Foltin, 2011). No entanto estas vulnerabilidades associadas aos idosos, próprias do envelhecimento, podem ser fatores de risco para o consumo excessivo de substâncias e um conseqüente agravamento destes mesmos problemas (Gossop & Moos, 2008). Ou seja, estas mesmas características não só podem sofrer um agravamento, como favorecer o acelerar de patologias com uma maior prevalência em faixas etárias de indivíduos considerados “muito mais velhos” (Department of Health, 2001), uma vez que se estima que o processo de envelhecimento destes consumidores seja acelerado em pelo menos 15 anos (Vogt, 2009).

No grupo dos idosos, o consumo de substâncias psicoativas, mais concretamente o consumo de álcool, é uma tendência que tem sido considerada como um “surto silencioso” e negligenciado dado o aumento absoluto deste grupo de população (Ferreira & Weems, 2008). Este processo de negligência inicia-se desde logo no diagnóstico nos serviços de urgência. Face à debilidade física a que esta população geralmente está sujeita, verifica-se que as funções motoras se encontram muitas vezes fragilizadas predispondo à ocorrência de acidentes. Grande parte das ocorrências, como é o caso das quedas, é uma das principais causas de incapacidade ou mortalidade na terceira idade. Relacionadas com essas fragilidades estão ainda outras comorbilidades, físicas ou psiquiátricas, como por exemplo a depressão. Esta condição clínica pode sofrer um aumento considerável em consumidores de drogas, especialmente de álcool (Department of Health, 2001), pois frequentemente as ocorrências podem ocultar processos de dependência alcoólica (Onen, Mangeon, Abidi, Courpron & Schmidt, 2005) que muitas vezes não são identificados no diagnóstico preliminar.

Será especialmente em casos de consumo abusivo de álcool que distinguir qual o grupo em que os consumidores se adequam, seja sobrevivente ou reativo, se torna primordial, uma vez que revelam importantes informações acerca da gravidade das conseqüências já instaladas. Os consumidores sobreviventes correspondem àqueles que iniciaram o consumo durante a juventude, e, portanto, com uma longa história de consumo de substâncias que perdura até à velhice; os consumidores reativos, por sua vez, iniciaram os consumos mais tardiamente marcados por períodos de ruptura, isolamento social ou a perda de entes queridos (EMCDDA, 2008).

Estas mesmas reações anteriormente descritas podem manifestar-se através da vulgar e inicial embriaguez, por sintomas vegetativos tais como náuseas, midríase e taquicardia, bem como

alterações neurovegetativas como é o caso da hipotermia e depressão cardio-respiratória (Mello & Barrias, 2001). Porém, a médio a longo prazo, manifestações como cirrose hepática, hipertensão, arritmias, enfarte hemorrágico, entre outras, podem constituir-se sinais de alerta quanto ao estado avançado da dependência alcoólica (WHO, 2011).

Sobre a comorbilidade, autores como Beynon et.al (2009:3) enunciaram que, por exemplo, o uso de estimulantes, como é o caso da cocaína e anfetaminas nesta faixa etária, *“pode levar a complicações cardiovasculares em consumidores de drogas mais novos, enquanto que o uso a longo prazo pode aumentar a probabilidade de aterosclerose precoce, hipertrofia ventricular e cardiomiopatia”*. Para além destas complicações, o consumo de estimulantes como cocaína pode ainda originar episódios de ansiedade, hipervigília, comportamentos violentos, reações de pânico, alterações endócrinas (tremores, tiques e perda intensa de peso), perturbações da memória e déficit da atenção, alterações psicóticas graves como por exemplo alucinações e/ou delírios (de euforia e ideias de grandeza ou de angustia) e psicoses paranóides. O consumo de drogas na população mais velha é também associado a um início mais precoce de diabetes, distúrbios neurológicos, respiratórios, cancro e outras doenças associadas à idade que por sua vez se vêm agravadas devido à utilização de drogas (Dowling, Weiss & Condon 2008). Apresentam ainda uma disfunção ao nível do sistema imunológico, com um elevado risco de infeção (Caavazzi & Krause 2002), sobretudo para os utilizadores mais velhos que experienciam uma vida de privação e de condições ambientais miseráveis (Beynon et. al., 2009).

Para além de acelerar as comorbilidades associadas à idade, também se constata uma ampliação da sensibilidade do idoso. Constata-se um aumento da sensibilidade do SNC (Sorock, Chen, Gonzalgo & Baker, 2006), uma diminuição do metabolismo, e um aumento da gordura corporal que influencia a redução de água corporal total e do volume de líquido intersticial intestinal. Estas modificações afetam a resposta do organismo à ingestão de substâncias psicoativas, aumentando o tempo de permanência das mesmas no sangue. Este facto agrava-se no consumo de álcool, uma vez que se traduz num aumento da sua concentração em comparação com a ingestão da mesma dose em indivíduos com idades inferiores e com a mesma massa corporal (Sorock et al., 2006). O mesmo ocorre nos considerados consumidores de substâncias psicoativas “idosos”, uma vez que estes sentem os efeitos induzidos pelo consumo com uma menor quantidade consumida, precisamente porque a sua tolerância diminui, o que leva a que estes não necessitem de aumentar a dose para obter

o efeito pretendido. Porém, importa ressaltar que geralmente estes consumidores, com agravante das modificações corporais, das limitações físicas e psicológicas, estão sujeitos a um maior consumo de medicamentos. Estas mesmas medicações, sejam estas prescritas profissionalmente ou não, podem originar consequências graves quando interagem com o consumo de drogas, provocando não só uma modificação do efeito da medicação, como a exacerbação de efeitos adversos. Han, Gfroerer e Colliver (2009), destacam a este propósito que uma das consequências da conjugação de drogas com a medicação é o caso de sedação excessiva, podendo provocar não só um aumento da probabilidade de ocorrência de acidentes como também de overdose. Os consumidores idosos inseridos em programas de manutenção de metadona apresentam um maior nível de queixas somáticas como é o caso das dores corporais comparativamente à população da mesma idade e sexo (Lofwall, Brooner, Bigelow, Kindbom & Strain, 2005).

Finalmente, importa salientar que estados psicológicos como é o caso de problemas de memória e défices cognitivos (Department of Health, 2001) se tornam mais frequentes em indivíduos de idade avançada, e que o consumo regular e continuado de medicamentos psicotrópicos se encontra associado ao declínio cognitivo (Dowling, Weiss & Condon, 2008). No entanto, estas condições apresentam um risco mais elevado de se desenvolverem quando a população, além de envelhecida neurologicamente, é, em simultâneo, consumidora de drogas. Em relação às demências diretamente associadas ao aumento da idade, a verdade é os estudos indicam que o consumo abusivo e nocivo de álcool por um período prolongado compromete as funções cognitivas, aumentando significativamente a perda de memória em comparação com aqueles que bebem com pouca frequência (Anttila, Helkala, Viitanen, Kareholt, Nissinen & Fratiglioni, 2004). Ainda no âmbito do elevado risco de desenvolvimento de demência, importa destacar a predisposição à demência alcóolica. A demência alcóolica é um tipo de demência provocada pelo consumo excessivo de álcool, sendo que esta atinge frequentemente homens com idades entre os 45 e 65 anos, com uma história longa de abuso de álcool. O consumo excessivo de álcool tem um efeito nocivo nas células nervosas do cérebro, e por isso quando são danificadas, várias capacidades e competências podem ser afetadas, destacando-se os problemas na memória a curto-prazo, as dificuldades no pensamento lógico e em tarefas que requeiram capacidades de planeamento, organização e discernimento, alterações de personalidade entre outros sintomas (Alzheimer Portugal, 2019).

Todas estas comorbilidades e condições de saúde associadas ao processo de envelhecimento no consumo de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas assumem um impacto negativo sobre a qualidade de vida, sobre a capacidade de execução das atividades de vida diária e/ou atividades instrumentais de vida diária, prevendo-se muitas vezes termos dolorosos. Se nos detivermos novamente sobre os dados fornecidos pelo relatório anual que explicita a situação do país em matéria de álcool (SICAD, 2017), constata-se que no ano de 2016 e de acordo com as estatísticas nacionais da mortalidade fornecidas pelo INE em 2015, se registaram em Portugal 2 307 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool, sendo que cerca de 50,3% teriam idade superior a 65 anos. Em rigor, a idade média de óbito foi de 66,1 anos, com um número médio de anos potenciais de vida perdidos de 13,1. O mesmo relatório salienta que em 2016 se registou um total de 274 óbitos com resultados toxicológicos positivos para substâncias ilícitas, com um número médio de 26 potenciais anos de vida perdidos. Destes, 13% foram considerados overdoses. Em relação às substâncias detetadas nestas overdoses, são de destacar os opiáceos (44%), a metadona (37%) e a cocaína (33%).

### **1.7. Envelhecer socialmente na dependência de substâncias psicoativas**

Subjacente a todas estas vulnerabilidades biológicas anteriormente destacadas surgem as preocupações sociais. Tendo em conta que os consumidores de substâncias psicoativas não só estão sujeitos a alterações biológicas que acarretam modificações na perceção e na consciência da realidade, mas que apresentam também verdadeiras transformações psicológicas e emocionais, sabe-se que existem múltiplas repercussões nos comportamentos e nas interações sociais fruto do processo de dependência. Tomando por referência a obra *Droga de Vida, Vidas de Droga* de Patrício (1995), um consumidor de substâncias psicoativas torna-se não só uma pessoa doente do ponto de vista clínico como também social.

Abordar a toxicodependência do ponto de vista psicossocial implica perceber que o consumo de substâncias psicoativas não se desenvolve sem um terreno propício, onde fatores externos nomeadamente sociológicos, se deparam com fatores psicológicos (Matos, 2005). O processo de socialização representa a interiorização do mundo social por parte do sujeito, sendo o processo através do qual se realiza a aprendizagem das regras ou normas da sociedade. Esta aprendizagem é, porém, determinada por outros significativos, pois os adultos funcionam como filtros, transmitindo as suas perspetivas individuais que estão na base das suas

experiências. Contudo, é na socialização secundária que o sujeito formaliza na sua consciência até à sua morte o outro generalizado. Costumes, práticas, crenças e a cultura são fatores cruciais que influenciam o desenvolvimento psicológico, emocional e social do indivíduo.

Do ponto de vista social, o indivíduo deve ser visto enquanto um ser inserido num grupo cultural e relacional, sujeito ao desempenho de múltiplos papéis sociais, uma vez que a pertença do ser humano a uma cultura confere-lhe uma identidade social composta por um conjunto de regras e normas definidas e aceites pela maioria (Tinoco, 1999). Contudo, é perante processos de socialização abalados, emaranhados e marcados por períodos de instabilidade, que estes se podem traduzir em marcos de desenvolvimento de comportamentos desviantes, como é o caso da dependência de substâncias psicoativas. Pois *“aquilo que o indivíduo acredita poder encontrar no mundo das drogas como um conforto, são os recursos que ele já não consegue descobrir na cultura e no fundo moral”* (Anatrella, 2004:2).

Uma vez psicologicamente e emocionalmente vulneráveis, despojados de capitais e perdida a sua credibilidade, estes sujeitos encontram-se propiciamente expostos a um processo de desinserção social, que se agrava, e que conduz a *“uma progressiva impossibilidade de participar nas atividades ‘normais’ à luz dos padrões culturais dominantes na sociedade em que vivemos, o que, por sua vez, consolida e aprofunda o processo de afastamento social”* (Queiroz, 2012). Sendo a desinserção social um processo dinâmico, que engloba elementos de natureza objetiva como é o caso das condições materiais das pessoas, nomeadamente económicas e simbólicas, assim como elementos de natureza subjetiva que dizem respeito às estruturas psicológicas, esse processo congrega quatro etapas fundamentais. Estas quatro etapas (rutura, encandeamento de ruturas, desvinculação e decadência) correspondem à “carreira do errante”, carreira esta que se desenrola a partir da primeira rutura até à errância espacial e social, posicionando o indivíduo consumidor de substâncias psicoativas a entrar de modo duradouro num grupo socialmente excluídos.

Perceber o processo de desinserção social do consumidor, permite-nos perceber toda uma trajetória de vida marcada por múltiplas ruturas e de consumo até ao processo de exclusão. Desde logo é primordial que se identifique qual a situação que o indivíduo não se encontrou capaz de gerir emocionalmente (quando geralmente ocorrem os primeiros consumos) que deu origem à primeira etapa deste processo, dando origem à sua fonte de escape emocional, como é o caso do recurso ao consumo de substâncias psicoativas por considerar uma solução

salvadora e irrealista que cultiva a ilusão de uma saída imediata, este torna-se desde logo mais vulnerável e exposto a outras ruturas. Usualmente o consumidor acaba por abandonar os locais familiares bem como dos seus grupos de pertença marcando deste modo o primeiro afastamento em relação a sua vida convencional estável, sendo esta etapa designada por encadeamento das ruturas. É perante um processo de encadeamento de ruturas familiares, sociais, profissionais etc. que ocorre a terceira fase deste processo, a desvinculação que origina a procura de apoio a um meio institucional de modo a suprir as necessidades de sobrevivência (Gaulejac & Taboada-Léonetti, 1994).

O consumidor, para além de ser considerado socialmente “errante”, apresenta consequências nefastas ao nível da participação na vida social e na evolução da imagem de si próprio uma vez que é nesta etapa que se desenvolve uma mudança da identidade aos olhos dos outros. Esta rutura traduz-se numa das fases cruciais do processo de instalação num comportamento marginal, dando impulso à última etapa, a entrada num grupo organizado de excluídos, designada de decadência (Gaulejac & Taboada-Léonetti, 1994). Esta entrada num grupo organizado e de excluídos de carácter duradouro é geralmente acompanhada pela aquisição de um saber-fazer, onde o consumidor aprende a desenvolver atividades de sobrevivência, bem como, a participar numa subcultura organizada em torno de um modo particular de errância. É nesta fase que o consumidor dá lugar à desinserção, uma nova pertença social. É na ausência dos recursos culturais, psicológicos e afetivos e perante um olhar social fortemente desvalorizado, que o indivíduo dificilmente resistirá à interiorização de uma imagem negativa de si próprio, acreditando de que esta é a única forma de viver restringindo todas probabilidades de contornarem este processo (Gaulejac & Taboada-Léonetti, 1994).

O indivíduo consumidor de substâncias psicoativas “*torna-se incapaz de desenvolver escolhas que impliquem resultados não imediatos e de refletir sobre as consequências a longo prazo das suas decisões*” (Torrado, 2013:81). Quando o assunto é a dependência de substâncias psicoativas, tendemos a associar estes consumidores a um grupo homogéneo que comporta tudo o que é de negativo, uma vez que é precisamente pelo comportamento socialmente desajustado, fruto da sua relação com o consumo, que surgem as representações sociais negativas e estigmatizadas, que contribuem para um agravamento da deterioração psíquica (Roibás, Melendro & Montes, 2010). Para além das representações sociais negativas, onde estes consumidores tendem a ser associados a uma identidade social negativa e, por isso, deter todo um conjunto de características socialmente desvalorizadas e ser identificados como

“errantes” (Gaulejac & Léonetti, 1994), que é possível afirmar que esta população é alvo de uma dupla estigmatização. Isto decorre pelo facto de para além de todas as vulnerabilidades identificadas, eles estarem associados ao aparecimento de comorbilidades de maior prevalência em faixas etárias de indivíduos considerados “muito mais velhos” Pois, ser estigmatizado *“não significa sê-lo só em função de um outro olhar, pois que o processo de estigmatização é também um processo vivido, incorporado, em que a pessoa ou o grupo estigmatizado interioriza o estigma, auto identificando-se com ele”* (Fernandes, 2006:66), influenciando o modo como se observa e interage no âmbito das relações interpessoais, assim como como veda a possibilidade de compreender a dependência de substâncias psicoativas como um problema mental, psicológico, emocional, cultural e social, dando lugar à desvinculação social.

## 2. Objetivos

Partindo de um estudo com abordagem quantitativa realizado na 1ª fase do projeto de investigação *Cérebro, Substâncias Psicoativas e Meio Social: da produção das dependências à produção de um novo projeto de vida*, desenvolvido no Centro de Investigação de Ciências do Serviço Social (CICSS)<sup>2</sup>, a presente dissertação pretende prover informação complementar alargada sobre o constructo da alexitimia (nomeadamente acerca das suas implicações no relacionamento interpessoal na amostra em estudo), desta feita com recurso a uma metodologia qualitativa. O objetivo central é, assim, avaliar através da exposição a imagens faciais representativas de seis emoções básicas (raiva, alegria, tristeza, surpresa, medo e nojo) o processamento emocional de um subgrupo de consumidores de longa duração de substâncias psicoativas previamente identificados como alexitímicos (conforme resultados obtidos com a Escala de Alexitimia de Toronto, TAS-20). Desde um ponto de vista operativo, procura-se compreender: se os participantes identificam corretamente as emoções apresentadas, quais as emoções que os participantes reconhecem de forma mais correta/incorrecta, e que emoções tendem a apresentar uma maior dificuldade. Pretende-se analisar a capacidade de descrever as emoções reconhecidas, o modo como são descritas e exemplificadas, e de forma as características evidenciadas no discurso dos participantes interferem nos processos de relacionamento interpessoal. Finalmente, procura-se explorar eventuais diferenças no relato dos participantes tendo em conta as suas características sócio demográficas (sexo, faixa etária, estado civil, habilitações literárias), familiares (se vive só ou com familiares), e relativas à trajetória de consumos (idade do primeiro consumo, tipo de consumo, tipologia e tempo de tratamento atual, duração de tratamentos anteriores; existência de problemas com a justiça).

---

<sup>2</sup> O projeto “*Cérebro, Substâncias Psicoativas e Meio Social: da produção das dependências à produção de um novo projeto de vida*” teve como objectivo aprofundar a análise do processamento emocional em sujeitos com história de consumos, assim como estimar a prevalência da alexitimia em utentes de estruturas de tratamento do distrito do Porto. Para mais informações sobre este projeto consultar Alves, Pinto, Ribeiro, Dias e Souto (2017), Pinto, Souto, Ribeiro, Alves, Dias, Neto e Brito (2018) e Souto, Alves, Conde, Pinto e Ribeiro (2019)

## II. Metodologia de Investigação

O presente capítulo abordará o desenvolvimento do contributo empírico da presente dissertação. Incluirá os procedimentos de seleção da amostra, de recolha de dados, a identificação e descrição dos instrumentos utilizados, bem como dos procedimentos usados na análise e tratamento de dados. Enquadrando-se no projeto de investigação mais amplo *Cérebro, Substâncias Psicoativas e Meio Social: da produção das dependências à produção de um novo projeto de vida*, importará salientar que o mesmo decorreu em duas fases distintas, porém complementares. A primeira fase envolve uma abordagem quantitativa, no qual colaboraram 118 indivíduos em tratamento em 9 instituições públicas e privadas do distrito do Porto, correspondentes às respostas disponibilizadas pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). Por sua vez, a segunda fase designada de *Alexitimia e Envelhecimento de Consumidores de Substâncias Psicoativas*, envolve uma abordagem qualitativa, especificamente centrada na análise de num subgrupo de consumidores, ou seja, aqueles que foram considerados alexitímicos. O presente estudo, insere-se na segunda fase do projeto e por isso centrou-se, sobretudo, na informação respeitante aos participantes da amostra inicial considerados alexitímicos a qual serve de suporte principal que se encontra seguidamente descrita.

### 2.1. Seleção da amostra e procedimentos de recolha de dados

A amostra utilizada na presente dissertação foi retirada de um universo inicialmente constituído por um total de 118 indivíduos em acompanhamento em nove instituições públicas e privadas do distrito do Porto, correspondentes às respostas disponibilizadas pelo SICAD, localizadas nas cidades de Matosinhos, Porto, Vila Nova de Gaia, Maia, Trofa, Santo Tirso e Paredes. Este mesmo processo de recolha de dados ocorreu sob o anonimato e com consentimento informado, no qual colaboraram 20 estudantes integrados na área de dependências do 1º ciclo de estudos em Serviço Social do ISSSP (3º ano - 2015/16) nos respetivos locais de estágio curricular; duas estudantes colaboraram na introdução dos dados em SPSS. A 1ª fase do projeto decorreu no ano de 2016 e a 2ª fase da pesquisa teve início em janeiro de 2018, com o contacto com as nove instituições implicadas no projeto, sendo solicitada uma reunião com cada uma das instituições envolvidas para explicação desta nova

fase do estudo. Após este contato e respetiva obtenção de parecer positivo para dar continuidade ao estudo, foram sinalizados os 55 sujeitos considerados alexitímicos na 1ª fase do projeto (tendo por base resultados da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) e verificada a disponibilidade de agendar nova entrevista. Sendo o elo de comunicação com os respetivos participantes as suas técnicas de referência de tratamento, foram agendadas 44 entrevistas, no entanto apenas foram efetuadas 26 entrevistas, tal como é possível verificar na figura seguinte. Este decréscimo deveu-se ao facto de verificarem 17 abandonos/recaídas, 5 recusas por motivos profissionais, 2 falecimentos, e a recusa e uma instituição em participar nesta fase do qual agrupava 5 participantes alexitímicos, resultando assim numa amostra final de 26 participantes, onde foi então aplicada uma entrevista semiestruturada, a Entrevista de Reconhecimento de Emoções Faciais. A recolha de dados decorreu entre o dia 5 de fevereiro de 2019 a 30 de agosto de 2019, novamente sob anonimato e com consentimento informado. Perante a explicação da finalidade do estudo, foi garantida a confidencialidade e o carácter voluntário da participação. Este processo de recolha de dados decorreu na sede das próprias estruturas de tratamento assim como em juntas de freguesia, mediante preferências de acessibilidade dos entrevistados.

## **2.2. Instrumentos**

O processo de recolha de informação e a escolha dos instrumentos de recolha de informação, teve por base a natureza dos fenómenos a estudar, e por isso subdividiu-se em três instrumentos distintos, totalmente aplicados sob anonimato. Na 1ª Fase, foram utilizados dois instrumentos de índole quantitativo. O primeiro instrumento corresponde a um Inquérito Sociodemográfico (ISD) e possibilitou a recolha de informação relativa ao indivíduo e à sua história de consumos. Mais especificamente, foi obtida informação sobre: a idade, o sexo, o concelho de residência, o estado civil, as condições de habitação (com ou sem família e tipo de alojamento), as habilitações literárias, a situação perante o trabalho, a profissão atual (com ou sem contrato e motivos de fim de contrato) e as fontes de rendimento. Relativamente à história de consumos, obteve-se informação sobre: a 1ª substância experimentada e a idade da mesma, o contexto (só ou acompanhado), outras substâncias (principal e associada(s)), tratamentos (nº, tipo e duração), familiares consumidores, modalidade do último tratamento, e duração do último tratamento e se subsistem problemas relacionados com a justiça.

No que se refere ao segundo instrumento, a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20), esta permitiu avaliar a presença de alexitimia. Trata-se de um instrumento desenvolvido originalmente por Bagby, Parker e Taylor (1994) e traduzido e validado para português por Prazeres, Parker e Taylor (1996) que identifica, de modo quantitativo, a presença ou ausência de alexitimia. Trata-se de um instrumento de autoavaliação em que é solicitado ao respondente que, com base numa escala de tipo Likert de cinco pontos (1: Discordo totalmente; 2: discordo em parte; 3: Não concordo nem discordo; 4: concordo em parte; 5: concordo totalmente), assinale o seu grau de concordância face a 20 afirmações (ex.: DAR 2-3 exemplos de afirmações). A cotação da escala é feita através dos valores atribuídos pelo sujeito; os itens 4, 5, 10, 18 e 19 são cotados de forma inversa. O score global da escala pode variar entre um mínimo de 20 pontos e um máximo de 100. Os autores originais do instrumento propuseram três pontos de corte para discriminar a presença de alexitimia: são considerados alexitímicos aqueles que apresentarem uma pontuação acima dos 61 pontos, são considerados em zona limítrofe aqueles que pontuarem num intervalo de pontuação entre 51 a 60, e não são considerados indivíduos alexitímicos aqueles que pontuarem menos que 50 pontos. Os estudos de análise fatorial revelam a presença de uma estrutura com três fatores, congruente com o constructo de alexitimia: “fator 1- Dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção; fator 2: Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; fator 3: Estilo de pensamento orientado para o exterior” (Prazeres, Parker e Taylor, 2000:11). A escala pode ser consultada no Anexo 1.

Na 2ª fase do projeto considerou-se a Entrevista Semiestruturada de Reconhecimento de Emoções Faciais (EREF), um instrumento desenvolvido para explorar a expressão das subescalas da TAS-20 aprofundando o estudo da alexitimia. A EREF está dividida em duas fases, onde se pretende que o sujeito identifique, descreva e exemplifique seis emoções básicas através de faces, e a segunda fase mais vocacionada para a partilha de um acontecimento significativo à escolha do entrevistado. Assim, num primeiro momento, serão apresentados dois rostos (duas fotografias), um de uma mulher e outro de um homem que exprimem exatamente a mesma emoção e as seis respetivas emoções: alegria, tristeza, medo, surpresa, nojo, raiva, associadas aos rostos. Para que o entrevistado não esqueça de todas estas emoções, será usado um cartão de auxílio. Para cada grupo de rostos serão apresentadas quatro questões nomeadamente: Nestes dois rostos qual é a emoção que identifica?; O que é para si a (referir a emoção que o sujeito identificou)?; Já algum vez se sentiu (referir a emoção que o sujeito identificou)?; Pode dar-me um exemplo de uma situação em que tivesse sentido

(referir a emoção que o sujeito identificou)? (consultar anexo 2). Num segundo momento da entrevista, o entrevistador começa por referir que “todos nós ao longo da nossa vida já passamos por alguma situação que nos tenha marcado, seja pela positiva seja pela negativa”, passando de seguida a questionar o entrevistado se este consegue indicar algum acontecimento que o tenha marcado especialmente na sua vida. É a partir da memória significativa escolhida, e do relato do entrevistado que se avaliará se o sujeito identifica a emoção, se expressa o que sentiu e o que pensou perante o acontecimento enunciado. Embora a entrevista seja composta por dois momentos, a presente dissertação apenas se focará no primeiro momento da entrevista.

### 2.2.1. Caracterização da amostra da 1ª fase do projeto

A amostra por conveniência constituída por 118 indivíduos utilizada na 1ª fase do projeto é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo masculino (82%) e enquadra-se na faixa etária dos 41 aos 60 anos (70%).

Mais de metade (53.4%) eram solteiros, e cerca de 55% vivia com familiares. Relativamente ao grau de escolaridade, cerca de 33% da amostra tinha como habilitações literárias apenas o 4º ano de escolaridade.

Por fim, quanto à situação perante o trabalho, mais de metade da amostra (69.4%) encontrava-se desempregada, sendo que 58.7% eram beneficiários do rendimento social de inserção. Uma análise mais detalhada destas características pode ser observada na tabela seguinte.

Tabela 1- Características sociodemográfica dos participantes na 1ª fase do projeto (n=118)

<b>Sexo</b>	<b>82%</b>	<b>Masculino</b>
	18%	Feminino
<b>Idade</b>	2%	< 20
	24%	21-40
	<b>70%</b>	<b>41-60</b>
	4%	> 61

<b>Grau de Escolaridade</b>	10,4%	1º Ciclo Incompleto
	<b>33%</b>	<b>4º ano</b>
	20,8%	6º ano
	20,8%	9º ano
	14,7%	12º ano
<b>Estado Civil</b>	<b>53,4%</b>	<b>Solteiro</b>
	22,4%	Casado/União de Facto
	23,3%	Divorciado/Separado
	0,9%	Viúvo
<b>Situação perante o Trabalho</b>	17,7%	Empregado
	<b>69,4%</b>	<b>Desempregado</b>
	3,3%	Estudante
<b>Fontes de Rendimento</b>	18,4%	Vencimento Mensal
	<b>58,7%</b>	<b>RSI</b>
	5,2%	Outros Subsídios
	17,5%	Outros Rendimentos
<b>Com quem vive</b>	<b>55%</b>	<b>Com Família</b>
	45%	Sozinho

Fonte: Alves, H., Pinto, C. P., Ribeiro, O., Dias, R. C., & Souto, T. S. (2017, Novembro). *Cérebro, Substâncias Psicoativas e Meio Social: da produção das dependências à produção de um novo projeto de vida..* Comunicação apresentada no VI Congresso Internacional sobre Envelhecimento, Madeira.

No que diz respeito ao trajeto de consumo de substâncias psicoativas, o consumo de álcool surge não só como primeira substância consumida em cerca de 36% da amostra, como se mantém como a principal droga de consumo para 31,4% dos inquiridos. A heroína surge logo de seguida com de 26,3% como a principal substância de consumo. A primeira substância que o indivíduo experimentou revela ter sido o cannabis/haxixe para 47,7% dos inquiridos, à qual se segue o álcool (36%).

No que se refere ao consumo de metadona, os dados mostram que 57,8% da amostra mantém o consumo no âmbito do tratamento de substituição. Tendo em conta a duração do tratamento atual, sabe-se que em 50% da amostra este varia entre 18 e 24 meses sendo 21,2% superior a 9 anos. Quanto ao número de tratamentos, cerca de 27,5% destaca um tratamento, 15,7% dois tratamentos, 6,9 três e por fim para 5,9% da amostra quatro tratamentos.

Em relação à avaliação da alexitimia, foi possível apurar que quase metade da amostra, ou seja, 47% dos inquiridos foram considerados alexitímicos e que 24% se encontravam na zona de fronteira, e que apenas 24% da amostra não foi considerada alexitímica. Uma descrição da amostra considerada na 2ª fase de estudo encontra-se no ponto 3.1 do capítulo 3 desta dissertação, aquando da descrição dos resultados.

### **2.3. Análise e tratamento de dados**

Num primeiro momento, na componente quantitativa do estudo recorreu-se ao programa estatístico IBM-SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23. Através deste programa foi possível apresentar dados descritivos sobre a amostra em estudo. Utilizaram-se medidas de estatística descritiva e inferencial (com recurso a testes paramétricos e não paramétricos), assim como todos os testes foram aplicados com um grau de confiança de 95 %. Foram calculadas medidas tais como “frequências absolutas (número de casos válidos – N.º); frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); estatísticas descritivas de tendência central (média); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo)”.

Ainda com recurso ao programa estatístico IBM-SPSS, procedeu-se à cotação da escala TAS-20 de acordo com indicações dadas pelos autores originais do instrumento (Bagby, Taylor e Parker, 1994). Como forma de identificar e discriminar as três dimensões associadas pelos autores da escala TAS-20, nomeadamente: a dificuldade na identificação de sentimentos, na descrição de sentimentos aos outros, e no estilo de pensamento orientado para o exterior, foi testada a consistência interna de cada uma destas dimensões utilizando o Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) e calculados os respetivos valores determinados pela média (não ponderada) das classificações dos itens por dimensão (scores) (Hair et al., 1998). Uma descrição destes procedimentos e respetivos resultados pode ser consultada em Souto, Alves, Conde, Pinto e Ribeiro (2019). Ainda com recurso a este mesmo programa estatístico, procedeu-se à comparação entre a TAS- 20 (variável categórica) e as variáveis quantitativas, verificando-se a possível existência de uma relações estatisticamente significativas.

No que se refere à 2ª fase do projeto, para análise do material qualitativo recolhido na EREF aplicada a 26 sujeitos alexitímicos, recorreu-se ao software informático Nvivo10, com recurso

à técnica de análise de conteúdo. Os relatos dos participantes foram tratados de forma metódica tendo em consideração o que foi narrado (dimensão descritiva) e procedendo-se à interpretação do que foi dito, assim como à descoberta de associações. A análise seguiu o seguinte procedimento: uma vez transcritas as entrevistas áudio gravadas e importadas para o software Nvivo10, o primeiro passo consistiu em identificar e agrupar as características sociodemográficas da amostra entrevistada.

Num segundo momento, designado de codificação, foram criados quatro nós (*nodes*) gerais que foram de encontro não só à análise fatorial evidenciada pela TAS assim como às questões colocadas na entrevista, sendo estes nós designados de: identificação da emoção, descrição da emoção, exemplificação da emoção e, por fim, experiência emocional de cada emoção. Para cada nó, foram criadas dimensões e sub dimensões que permitiram a fragmentação do material original transcrito, ou seja, relato dos participantes pelas respetivas dimensões.

Deste modo, e a respeito do nó da identificação da emoção criaram-se seis categorias, nomeadamente a “alegria”, “surpresa”, “tristeza”, “medo”, “raiva” e “nojo”, sendo que para cada uma destas emoções criaram-se as seguintes subcategorias: “errou” e “acertou”. Relativamente ao nó da descrição e da exemplificação da emoção, criou-se novamente seis categorias, correspondentes às seis emoções básicas em análise, sendo que em cada uma delas se criaram subcategorias que permitiram agrupar por temas e assuntos, o conteúdo do relato dos participantes. A respeito da experiência emocional criaram-se novamente seis categorias sendo estas respetivamente as seis emoções básicas, sendo que em cada uma delas se criaram subcategorias (“sim”, “não”, “nega sentir, mas exemplifica”), permitindo futuramente contrapor com a experiência emocional com a identificação das emoções. Todo este processo pode ser consultado no anexo 3 (matriz de codificação).

Posteriormente, e para que fosse possível apurar diferenças do relato em termos de descrição e exemplificação com base nas características sociodemográficas e clínicas da amostra, todas estas sub dimensões foram primeiramente importadas para categoria respetiva de cada emoção. Seguidamente para cada emoção e subcategoria tendo por base cada linha no âmbito da descrição e exemplificação, foram criadas tabelas que deram origem a uma consequente diferenciação na percentagem do relato nos seguintes atributos: sexo, faixa etária, faixa etária do primeiro consumo, tipo de consumo, tipologia e tempo de tratamento atual, tipo e duração de tratamentos anteriores. Uma vez que se registou uma desigualdade em termos de sexo, optou-se pela percentagem por coluna, não só na categoria selecionada assim como nas

subcategorias. Deste modo foi possível o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido, verificando na de base a presença e/ou ausência de características, bem como o modo segundo o qual os elementos do discurso estão articulados uns com os outros (Quivy,1998)

### III. Apresentação e Discussão dos Resultados

#### 3.1. Caracterização da amostra da 2ª fase (n=26)

A amostra alexitímica em estudo é constituída por 26 participantes que permanecem em acompanhamento em 9 instituições públicas e privadas do distrito do Porto, correspondentes às respostas disponibilizadas pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD). Destes 26 participantes destaca-se a preponderância do sexo masculino com cerca de 69% da amostra por comparação aos 31% da amostra do sexo feminino.

Em termos de idades, regista-se a maior prevalência de idades acima dos 40 anos. Cerca 46% dos participantes têm idades compreendidas entre 40-49 anos. Logo de seguida, 38% da amostra têm mais de 50 anos e somente 16% dos inquiridos têm menos de 39 anos.

Em relação ao estado civil, é de notar que 54% da amostra é solteira. Por sua vez, 35% da amostra vive em união de facto e/ou casado e somente 11% se encontram divorciados. Relativamente às habilitações literárias, cerca de 54%, da amostra possui o 4º ano de escolaridade.

Por fim, no que concerne à caracterização familiar, é de salientar que 58% da amostra vive com a família. Uma análise mais detalhada destas características pode ser observada na tabela seguinte.

Tabela 2– Caracterização sóciodemográfica e familiar da amostra n=26.

<b>Sexo</b>	<b>69% Masculino</b> 31% Feminino
<b>Faixa Etária</b>	8% Menos de 30 anos 8% 30-39 anos <b>46% 40-49 anos</b> 38% Mais de 50 anos

<b>Estado Civil</b>	35%	União de Facto/Casado/a
	11%	divorciado/a
	<b>54%</b>	<b>Solteiro/a</b>
<b>Habilitações Literárias</b>	15%	9º ano
	15%	6º anos
	<b>54%</b>	<b>4º ano</b>
	8%	1º ciclo incompleto
	8%	Analfabeto
<b>Retaguarda Familiar</b>	<b>58%</b>	<b>vive com familiares</b>
	42%	Não vive com a familiares

Quanto à caracterização judicial e da trajetória de consumos, e mais concretamente em relação à faixa etária do 1º consumo, os dados revelam que 73% dos participantes iniciaram no consumo depois dos 16 anos de idade. Relativamente ao tipo de consumo, os resultados demonstram que 54% da amostra é policonsumidora, sendo os restantes 46% consumidores exclusivos de álcool.

No que diz respeito à modalidade de tratamento atual, cerca de 92% enquadram-se em modelos ambulatoriais. Destes, cerca de 46% enquadram-se em Centro de Respostas Integradas e os restantes 46% em projetos de Inclusão Social. Quanto ao tempo de tratamento atual, cerca de 39% da amostra encontra-se em tratamento entre 1 e 4 anos e cerca de 23% encontra-se em tratamento há mais de 10 anos.

Relativamente ao tipo e à duração de tratamentos anteriores, importa evidenciar que cerca de 35% foi alvo de desintoxicações, enquanto que a duração de tratamentos anteriores para grande parte da amostra (54%) é de menos de 1 ano.

Por fim, os dados indicam que 54% da amostra afirma a existência de problemas com a justiça, geralmente associada à trajetória de consumo de substâncias psicoativas, por comparação aos 46%, que nunca teve problemas com a justiça. A tabela 3 sistematiza os dados aqui apresentados.

Tabela 3– Caracterização judicial e da trajetória de consumos da amostra n=26.

<b>Faixa Etária 1º Consumo</b>	8% Menos de 10 anos (2)
	19% 11-15 anos (5)
	38% 16-20 anos (10)
	<b>35% Mais de 20 anos (9)</b>
<b>Tipo de Consumidor</b>	46% Só álcool (12)
	<b>54% Policonsumidor (14)</b>
<b>Tipo de Tratamento Atual</b>	8% Comunidade Terapêutica (2)
	<b>46% Centro de Respostas Integradas (12)</b>
	<b>46% Projeto de Inclusão Social (12)</b>
<b>Tempo de Tratamento Atual</b>	19% Menos de 1 ano (5)
	39% 1-4 anos (10)
	19% 5-9 anos (5)
	<b>23% Mais de 10 anos (6)</b>
<b>Tipo de Tratamento Anteriores</b>	35% Desintoxicação (9)
	14% Desintoxicação e Comunidade Terapêutica (4)
	8% Desintoxicação e Projeto de Inclusão Social (2)
	8% Desintoxicação e Centro de Respostas Integradas (2)
	8% Centro de Respostas Integradas (2)
	<b>27% Não Apresenta (7)</b>
<b>Duração de Tratamento Anteriores</b>	<b>54% Menos de 1 ano (14)</b>
	11% 1-4 anos (3)
	4% 5-9 anos (1)
	4% Mais de 10 anos (1)
	27% Não aplicável (7)
<b>Problemas com a Justiça</b>	<b>54% Teve problemas com a Justiça (14)</b>
	46% Não teve problemas com a Justiça (12)

### 3.2.Resultados da Entrevista Semiestruturada de Reconhecimento de Emoções Faciais

De modo a facilitar a leitura, os resultados serão apresentados de acordo com as questões presentes no instrumento. De salientar que, atendendo ao número de participantes, nas questões c), d), e), f), apenas serão apresentadas as dimensões que integrem relatos de 4 ou mais participantes, ou seja, com uma percentagem superior a 15% da amostra.

- a) **Os participantes identificam corretamente as emoções apresentadas?**
- b) **Que emoções tendem os participantes a identificar de forma mais correcta e incorreta? E que emoções tendem a apresentar uma maior dificuldade em termos de identificação?**

Considerando a identificação das seis emoções básicas em estudo, as emoções alegria, tristeza e nojo são as que os participantes mais identificaram corretamente. Contrariamente, as emoções surpresa, raiva e medo, são as que os participantes apresentam maior dificuldade em termos de identificação. Deste modo, a análise dos dados recolhidos permite evidenciar que a emoção alegria foi corretamente identificada por 25 participantes (96% da amostra), a tristeza por 19 participantes (73% da amostra), e o nojo por 18 participantes (69% da amostra). Tendo em conta as emoções em que os participantes obtiveram maiores dificuldades em termos de identificação, surge a surpresa, que apenas foi identificada de forma correta por 15 participantes (58% da amostra), a raiva, identificada somente por 14 participantes (53% da amostra), e o medo, apenas identificado por 12 dos participantes (46% da amostra).

Tabela 4– Resultados da identificação das seis emoções básicas em estudo.

Emoções	Acertou	Errou	Não Identificou
Alegria	25	1	-
Tristeza	19	6	1
Nojo	18	8	-
Surpresa	15	11	-
Raiva	14	10	2
Medo	12	13	1

Considerando a experiência emocional, as emoções alegria, tristeza, surpresa, medo e nojo são as que os participantes identificam como tendo experienciado mais. Contrariamente, a raiva surge como a emoção menos experienciada. Mais detalhadamente, a emoção alegria foi experienciada por 24 dos participantes, a tristeza por 21 dos participantes, a surpresa e o medo por 17 participantes e o nojo por 16 dos participantes, e por isso, experienciadas por mais de metade da amostra.

Tabela 5– Experiência emocional dos participantes.

<b>Emoções</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Talvez</b>	<b>Nega sentir, mas exemplifica/Descreve</b>
<b>Alegria</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Tristeza</b>	<b>21</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Surpresa</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>.</b>
<b>Medo</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>2</b>
<b>Nojo</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Raiva</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>5</b>

**c) Os participantes são capazes de descrever as emoções que identificam? Se sim, como as descrevem? Se não, que aspetos referem?**

Quanto à descrição das emoções, os participantes fazem um esforço por descrever as emoções que identificam, porém, apresentam descrições rudimentares, recorrendo essencialmente a exemplos, como se poderá constatar na tabela seguinte.

Tabela 6- Dimensões descritivas das emoções enunciadas pelos participantes.

Emoção	Descrição	Participantes	Referências
Alegria	É bom, a vida sorri tudo corre bem	21	24
	Vivências familiares	4	4
Surpresa	Acontecimentos inesperados	17	19
	Pode ser bom, pode ser mau	4	4
Raiva	Zangado com a vida e com ações de outros	5	5
	Ódio ou desprezo pelos outros	5	5
	Referência à raiva, fúria e nervos	4	5
	Fazer ou fazerem-me mal	4	4
Nojo	Falta de salubridade e/ou referência a algo do qual não se gosta	13	13
	Nojo de características e comportamentos de outras pessoas	6	6
	Nojo de vivências no consumo de drogas	4	4
Medo	Medo de especificidades	8	11
	Medo do inesperado e do desconhecido	6	7
Tristeza	É a vida correr me mal e/ou quando uma pessoa está triste	10	11
	Falecimento de familiares e/ou alguém próximo	9	9
	Solidão	5	5
	Impossibilidade de prestar apoio e/ou de acesso	4	4

Na questão “o que é para si alegria?”, grande parte dos participantes descreve a alegria como “a vida sorri e tudo corre bem”, (21 fontes<sup>3</sup>, 24 referências<sup>4</sup>), salientando *é bom... é uma coisa... a vida sorri, tudo é bom...(P1); a alegria é uma pessoa andar alegre...(P2); quando está tudo bem, é basicamente quando a vida nos corre bem. (P20); alegria é estar bem... é... é... principalmente estar bem com nós próprios (P6)*. Descrevem ainda a alegria recorrendo essencialmente vivências familiares (4,4) mencionando - *é em relação a mim é em ser mãe;*

<sup>3</sup> Número de fontes/participantes que referem a categoria

<sup>4</sup> Número de referências que integram categoria

*Consegui sair da droga por causa do meu filho (P18); eu sinto alegria quando, um irmão que eu gosto muito, vai a minha casa jantar...sinto uma alegria... às vezes sinto... sinto feliz, sinto-me alegre (P12).*

Quanto à emoção surpresa, os participantes focaram-se essencialmente na descrição de acontecimentos inesperados (17,19) - *é uma pessoa que não contava em ver... e ah... fica assim surpreendido (P12); surpresa é quando... algo que... que acontece quando não estamos à espera (P21); foi o que me fizeram na segunda feira... dia dos meus anos... fiquei surpreendida (P24).* Descrevem-na ainda com algo que pode ser bom ou mau (4,4) - *pode ser algo de bom ou algo de mau, depende de quais forem os lados que apareça...(P1); e que depende daquilo que... que me... que seja a surpresa, não é?! Depende... não sei. (P4).*

Em relação à emoção raiva, esta foi essencialmente descrita pelos participantes em situações em que referem estarem zangados com a vida e/ou com ações de outros (5,5) - *não sei se deveria chamar raiva mas às vezes tenho aquela sensação de mim mesmo, de tar farto da vida que eu andava e continuava a insistir a insistir e achar que tava tudo bem mas no fundo não tava nada bem (P20); é uma pessoa tar mal e tá tá zangado com outra pessoa e depois...(P11).* Descrevem-na ainda mencionando situações de fúria e de nervos (4,5) - *a raiva é... quando a gente está furiosa com alguma coisa...ou que não gosta, ou ... (P6); é quando me enervo muito... mesmo enervada estou mesmo ali com uma raiva que às vezes vai tudo á frente (P9).* Por sua vez, para cinco dos participantes a raiva surge por via de situações de ódio e/ou desprezo por outros (5,5) salientado que - *é uma pessoa odiar o outro (P13), a raiva é a gente, pronto... quando está com aquele ódio de não se poder vingar das pessoas...e faz caras feias... (P16); é a gente sentir desprezo por alguém ou pela alguma coisa. (P18), é o que eu sinto em relação a muitas pessoas... (P24).* Por fim, os participantes ainda descrevem a raiva associando-a ao facto de fazer ou lhes fazerem mal (4,4) referindo - *é uma pessoa que faz mal à outra! (P10); ai a raiva para mim... é quando me fazem mal... (risos) e se... não puder me defender na altura... como ali não se pode... se dar nem verbal nem físico... não se pode... pronto... não se pode ter essas complicações lá dentro... se não somos expulsos... e nessa altura a mim mete-me raiva... fico com uma raiva enorme... num...as pessoas ali a mandar para mim e eu ter que me calar... (P5)''.*

Relativamente à emoção nojo, os participantes caracterizam-na essencialmente por associação à falta de salubridade (13,13) referindo - *a falta de higiene, brilho... não serem limpas na casa é... isso mete-me muito nojo! (P4); é... algo que está sujo... ah... algo que cheira mal...*

*para mim isso... (P6); é uma pessoa andar ... é tipo sem abrigo é não tomar banho é tudo não é... andar mais vestido... (P8); assim como se tiver uma pessoa a vomitar à minha frente, tenho nojo... (P23). Para além disso remetem a sua descrição da emoção para o nojo a características e comportamentos de outros (6,6) mencionando - a mente de certas pessoas... que são mesmo nojentas... hum... acho que consigo sentir mais nojo dessas pessoas do que próprias coisas que cheiram mal até... (P22); conversas de pessoas ou até situações (P12); para um individuo que seja porco de língua desculpando o termo mete-me nojo (P25). Por fim, relatam que a vivências no consumo de drogas (4,4) referindo que - é ao ver uma pessoa a consumir com material dos outros para mim já é nojo (P15); nojo de sítios que eu precisava para consumir, por exemplo... que não gostava... era um nojo estar ali... mas, precisava, não é? uma pessoa meter-se na droga... estou sempre a falar na droga mas pronto... é uma pessoa meter-se na droga e ficar assim nojento (P2).*

Quanto à descrição da emoção medo, os participantes focaram a descrição essencialmente a situações específicas (8,11) referindo- *já estive preso duas ou três vezes em Custódias... não quero fazer nada mas tenho medo de ir preso outra vez, porque estou com cinco anos de pena suspensa... (P23); sei lá... medo da morte ... não quero ficar numa cama... aí quero morrer mesmo... aí quero morrer... não quero ficar dependente, de maneira nenhuma, nenhuma... , medo para mim é uma coisa que por exemplo ... páh deixa-me lá pensar bem... medo é quando aparece alguma doença, que não tenha cura ou algum membro da minha família que esteja pronto... para mim eu senti-mo com medo e andar à pesca! (P26); eu tenho muito medo de cobras... assusta-me... (P9). Descrevem ainda o medo associando-o inesperado (6,7) salientado – o medo que vá acontecer alguma coisa... e medo de enfrentar certas pessoas... o medo está presente em muitas situações... (P12); o medo do amanhã, o medo de enfrentar a verdade, medo de enfrentar aquilo que nos espera, não é?! (P22).*

Por fim, e quanto à descrição da emoção tristeza, os participantes descrevem-na associando-a essencialmente pelo facto de a vida lhes correr mal e/ou quando uma pessoa está triste (10,11) referindo - *a tristeza ocorre quando não estamos bem mesmo com a vida e sentimo-nos mais em baixo... acho que isso faz parte da tristeza (P6); que é um gajo não ter gosto na vida, é a vida correr-me mal (P8); é estar desanimada com alguma coisa que se passou (P18); é quando uma pessoa está triste (P9); tristeza... eu lido com ela quase todos os dias... Penso no tipo de vida que tive... muitos anos que perdi...(P22); é por exemplo, a vida que eu levo... é uma tristeza (P23). Ainda no âmbito da descrição da tristeza os participantes descrevem-na recorrendo a falecimentos de familiares e/ou alguém próximo (9,9) referindo que foi quando*

*os meus pais faleceram ou assim e é triste não é!* (P4); *é perder alguém que uma pessoa goste muito, talvez por aí, pensa-se mais nessa palavra, tristeza, perder alguém* (P20). Acrescentam ainda que tristeza sucede da solidão (5,5) referindo - *é triste por exemplo ter ficado sem os meus pais, vivo sozinho eu, não namoro, não tenho mulher, não tenho nada, sinto-me triste* (P3); *é ver o mundo da forma que ele está... é a maior tristeza que eu tenho... e ver muita gente... a precisar e... não se vê ninguém a fazer nada... para mim é a maior tristeza que eu sinto* ( P5). Por fim, descrevem ainda a tristeza associando- a à impossibilidade de prestar apoio (4,4) mencionando - *é quando nos sentimos impotentes e não conseguimos... no caso vou à parte da minha filha... é uma tristeza muito grande...uma frustração... e num conseguimos fazer para que ela...impotentes e triste sentes uma tristeza muito grande...* (P4), *é querer dar apoios aos meus filhos e não ter hipótese e fico triste!* (P26).

**d) O participantes exemplificam as emoções? Se sim, como as exemplificam? Se não, que aspectos referem?**

Considerando a experiência emocional dos participantes, as emoções alegria (64 referências), tristeza (36 referências), surpresa (34 referências), medo (42 referências) e nojo (32 referências), são as mais exemplificadas. Contrariamente, a raiva surge como a emoção menos exemplificada, agrupando 27 referências.

Tabela 7- Experiência emocional no âmbito da exemplificação dos participantes.

Emoções	Fontes	Referências
<b>Alegria</b>	<b>25</b>	<b>64</b>
<b>Medo</b>	<b>19</b>	<b>42</b>
<b>Tristeza</b>	<b>21</b>	<b>36</b>
<b>Surpresa</b>	<b>18</b>	<b>34</b>
<b>Nojo</b>	<b>20</b>	<b>32</b>
<b>Raiva</b>	<b>18</b>	<b>27</b>

Quanto à exemplificação das emoções, após a análise qualitativa dos relatos, constata-se que, na generalidade, os participantes exemplificam concretamente as emoções pretendidas, emergindo múltiplos exemplos ilustrativos

Tabela 8– Dimensões exemplificativas das emoções enunciadas pelos participantes.

Emoção	Exemplificação	Participantes	Referências
<b>Alegria</b>	Vivências familiares	14	22
	Foco em experiências com emoções negativas	10	20
	Receber ou ter dinheiro/bens	5	8
	Harmonia e respeito	4	4
	Tratamentos e a conquistas pessoais	4	4
<b>Surpresa</b>	Prendas, convites e visitas inesperadas	8	9
	Acontecimentos inesperados	6	9
<b>Raiva</b>	Raiva de atitudes e de comportamentos de outras pessoas	11	19
<b>Nojo</b>	Falta de salubridade	11	15
	Nojo de atitudes e comportamentos de outros	4	7
<b>Medo</b>	Medo de circunstâncias concretas	9	14
	Medo da doença, da morte e de perder alguém próximo e/ou familiar	8	14
	Medo de outros	5	9
<b>Tristeza</b>	Falecimento de familiares e/ou alguém próximo	10	14
	Solidão, falta de apoio e humilhação	9	16

No que diz respeito à exemplificação da emoção da alegria, os participantes ilustram-na essencialmente recorrendo a vivências familiares (14,22) referindo - *Alegre, alegre, alegre... por exemplo... olhe, o nascimento das minhas sobrinhas (P21), neste momento é ... em relação a mim é em ser mãe! Consegui sair da droga por causa do meu filho (P18); quando tive junto com a minha mulher (P15); há muito tempo que não havia harmonia o meu filho chegar do trabalho e sentir aquela harmonia de nos darmos bem... já não sentia há muito*

*tempo e que .... que agora dou valor ... e dá-me alegria (P4). Exemplificam ainda a alegria destacando o facto de receberem e/ou ter dinheiro/bens (5,8) salientando - olhe quando tinha a minha vida... boa ... trabalhava, tinha a minha casinha ou o meu quarto... andava sempre contente e feliz (P5); a alegria foi por pouco tempo meia dúzia de anos tive um emprego tive carro tive foi tudo por causa da mesma coisa (P11); sinto-me alegre em ter dinheiro (P25). Por sua vez, para quatro dos participantes a alegria ocorre quando se verifica a harmonia e respeito (4,4), sendo que estes relatam - senti-me muito alegre... parecia que estava noutra mundo... tinha uma paz enorme comigo... estava muito alegre, muito feliz e... e nada... me afetava... estava com uma alegria enorme (P7); sinto-me alegre em ser respeitado também fico contente em ser respeitado porque eu também respeito e quero respeito ... e há noutra num é por ai fora (P25). Remetem ainda o seu discurso da alegria emergir fruto de tratamentos e a conquistas pessoais (4,4) destacando – o facto de ter ultrapassado esta minha má fase da toxicodependência, para mim foi uma grande alegria (P20); quando consegui, por exemplo um emprego que fui responder a um anúncio para um escritório de advogados... era a pessoa mais pobre e a pessoa que tinha menos estudos, e fui a pessoa que foi escolhida (P23). Curiosamente, quando foi solicitado a escolha de um acontecimento propiciador de alegria, para dez dos participantes, estes exemplificam a alegria associando-a a experiências com emoções negativas (10,20) tais como - já! Quando tive junto com a minha mulher. Desde que ela faleceu agora sinto-me triste e já vão cinco anos! (P15); eu sinto-me triste por andar sozinho num é ... se tivesse uma mocinha e tal, sentia-me mais alegre, assim... (P3); a maior tristeza foi eu não o poder criar... por estar preso, estar detido... essa foi a maior tristeza... alegria eu sinto às vezes, mas eu não é... aquela coisa que tinha antes... por causa dos meus problemas de hoje em dia... fui eu que os fui buscar, não é?! E hoje sofro (P1). Referem ainda eu tinha muitas alegrias antes de me meter na droga... depois de me meter na droga... tenho muitas tristezas (P23); ui quando eu me meti na droga ai foi a coisa mais triste que eu tive na vida... (P11); eu tenho doze anos de drogas doze anos preso por casa da droga da maldita droga e a seguir veio-me o álcool ... eu hoje infelizmente não tenho alegria nenhuma só os meus sobrinhos... sinto-me sempre triste sempre triste sempre triste ... (P17).*

No âmbito da exemplificação da emoção surpresa os participantes evocam o facto de receberem prendas, convites e visitas inesperadas (8,9) como por exemplo - oferecerem-me uma prenda, por exemplo... não estava a contar... e pronto... e fiquei surpreendido (P23); uma vez o meu pai convidou-me a ir lá passar o Natal e como ele não falava para mim, foi uma surpresa para mim (P15); visitei os lugares e fiquei surpresa porque achei que tinha

*sido realmente uma coisa... fiquei surpreendida! É uma surpresa... uma pessoa sente-se... fica surpreendida... ai, não contava com isso' não é?! (P20). Exemplificam ainda surpresa associando-a ao surgimento de acontecimentos inesperados (6,9), onde relatam - *olhe fiquei muito surpreendida de ela ter feito o que fez...de ela se ter atirado do andar... olhe, surpresa... (P5); quando eu entrei para a fábrica tinha um patão meu que era mais meu pai que patrão ... e naquele momento que ele me disse a mim que me ia ajudar a tirar carta de carro ...e eu fiquei surpreendido que ele era muito meu amigo (P11).**

Relativamente à exemplificação da emoção raiva, os participantes destacam essencialmente atitudes e comportamentos de outros como fontes propiciadoras de mesma (11,19) mencionando - *eu já tive raiva de ajudar certas pessoas, e depois me lixarem não é?! Senti raiva... sinto raiva de mim própria de ser assim (P5); há pessoas que me mintam dá-me raiva! sabendo que sei das coisas que me mentem fico com raiva dessa pessoa! (P7). Mencionam ainda eu acho é que a raiva... é quando uma pessoa... a gente de... pode-me emprestar e eu digo não empresto... isso é raivosa... eu acho que é isso (P19); sei lá às vezes... aqui já aconteceu a jogar ao futebol... ah... temos aí um rapaz, entra sempre à bruto, e magoou outro colega.... Já tinha sido avisado... é nesse momento eu senti raiva (P6).*

Relativamente à exemplificação da emoção nojo, os participantes referem essencialmente a falta de salubridade (11,15) salientando – *olhe quando uma pessoa que não é limpa... sinto nojo dessas pessoas...mas é assim... já senti nojo de certas coisas que me disseram... olhar para a pessoa e dizer 'que nojo de pessoa, nunca mais'... já (P1); ai... falta de higiene, brilho... não serem limpas na casa é... isso mete-me muito nojo! (P4); assim como por exemplo, às vezes maus cheiros, não me sinto bem... a estar com maus cheiros, ou falta de limpeza... provoca-me nojo (P6).*

Exemplificam ainda o nojo associando-o ao nojo perante atitudes e comportamentos de outros (4,7) referindo - *por exemplo eu sou arrumador de carros... todos os dias me acontece... as pessoas que não me dão moeda... isso ninguém é obrigado a dar, mas nem bom dia nem boa tarde nem nada... vêm um arrumador parece que estão a ver um bicho... e eu tenho nojo dessas pessoas (P23); um violador mete-me um nojo ... um violador ... ou que até tenha mas que são porcas de língua a mim mete-me logo nojo ... (P25).*

Relativamente ao medo, os participantes exemplificam-no associando-o ao medo de circunstâncias concretas (8,14) relatando - *medo?! por exemplo, ter de pagar uma multa e não tinha dinheiro e fiquei com medo... de ir preso (P2); eu tenho muito medo de cobras...*

*assusta-me... (P9); se eu me lembro de uma situação?! quando a minha mulher faleceu... no outro dia, eu dormi lá... sonhei, acordei durante a noite e tive com medo de estar naquele quarto... (P15). Exemplificam-no ainda associando-o ao medo da doença, da morte e de perder alguém próximo e/ou familiar (8,14), expondo - por exemplo de um dia perder a minha mulher e os meus filhos, tenho medo... tenho medo... é o medo que eu tenho (P12); quando a minha mãe faleceu... foi o maior medo da minha vida... foi (P22); quando descobri que estava grávida e disseram que se não deixasse a droga podia ficar sem o meu filho! e eu tinha medo e o perder! (P18). Ainda na emoção medo, os participantes exemplificam-no referindo o medo de outros (5,9) - sabe já fui roubado uma vez e senti-me com medo... por dois indivíduos... tive medo ... tive medo porque estava a ver que ia ser esfaqueado (P25), ou por exemplo eu tenho medo do meu companheiro, por exemplo...(P24).*

Por fim, quanto à exemplificação da emoção tristeza, os participantes relatam essencialmente situações de falecimentos de familiares e/ou alguém próximo (10,14) destacando - *a maior tristeza que eu tive foi quando a minha mãe faleceu não é? senti-me muito triste porque eu gostava muito dela (P25); para mim... foi muito triste quando perdi... oito irmãos, o meu pai... é melhor parar por aqui... (chora) (P14); já muitas vezes pessoas que morrem que são nossos amigos, em situações que nós também podíamos... ter acontecido igual (P21). Exemplificam ainda o medo recorrendo a situações de solidão, falta de apoio e de humilhação (9,16) acrescentando - *ui é isto que eu sinto... é viver num tempo... que eu me afasto das pessoas... acho que não tenho aquela própria confiança em mim... de me sentir à vontade ao pé das pessoas... eu penso para mim... vai ver o meu passado... sinto um preconceito... (P1); eu sinto-me a vezes mais triste é quando por exemplo sou humilhada não é ... dizem tu num prestas para nada tu não arranjas trabalho tu não tens capacidade para nada e é aí que eu me sinto muito triste (P7). Referem ainda *sinto-me triste de ter certa família... sinto-me muito triste... porque a mim ajudam mais depressa os de fora do que a família... é isso...(P6); é o tal caso é sempre a mesma coisa ... eu a precisar de ajuda e ninguém me ajudar sei lá eu ficava triste ficava completamente sozinho triste é isso de resto ... é todo à base daquilo que eu passei... foram 20 anos aquase ...sim é uma história um bocado grande quase metade da vida tenho 45 anos veja lá infelizmente (P11).***

**e) Identificam-se diferenças no relato dos participantes tendo em conta as características sócio demográficas e clínicas dos mesmos?**

Em relação à descrição das emoções tendo em conta o sexo dos participantes, constatou-se que as principais diferenças registaram-se no discurso feminino, mais concretamente na emoção medo onde as mulheres centraram o seu discurso no medo especificidades (75,81%<sup>5</sup>), e na emoção nojo, sendo estas são quem mais o descrevem associando-o a vivências no consumo de drogas, (67,38%). Na emoção tristeza, são também as mulheres quem mais a descreve associando-a à solidão (46,02%).

A respeito da faixa etária são os participantes com idades inferior a 30 anos (100%), e com idades compreendidas entre os 30-39 anos (75%) quem mais descrevem a alegria associando-a a vivências familiares. Por sua vez, aqueles que têm entre 40-49 anos de idade (100%) e 50 ou mais anos (80,22%) são os que mais descrevem a alegria associando-a ao facto de “a vida sorrir e tudo correr bem”. Na emoção medo, são os participantes com idades compreendidas entre os 30-39 (100%) e 40-49 (83%) quem apresentam uma maior percentagem do seu relato associando-o ao medo do obstáculo, enquanto que os participantes com 50 ou mais anos (67,72%) focam o seu discurso no medo do inesperado/desconhecido.

No que diz respeito à variável tipo de consumo, encontraram-se algumas particularidades. Por exemplo, na emoção medo, os policonsumidores tendem a descreverem esta emoção associando-se ao medo de especificidades (81,87%), enquanto que os consumidores de álcool ao medo do inesperado (78,85%). Na emoção nojo, são os consumidores de álcool quem mais associam o nojo a vivências na droga (67,77%), enquanto que policonsumidores descrevem-no com base na referência a atitudes e comportamentos de outros (47,5%). No caso da emoção tristeza, os policonsumidores focam o seu discurso em falecimentos (31,09%), enquanto que os consumidores de álcool são quem mais a associam à solidão (47,42%).

Relativamente ao tempo de tratamento, as principais diferenças registam-se na emoção tristeza onde os participantes que se encontram em tratamento até 4 anos tendem a descrever a tristeza associando-a à solidão (37,33%), enquanto que os participantes em tratamento há 5 anos ou mais anos descrevem-na associando-a à impossibilidade de prestar apoio (39,47%).

---

<sup>5</sup> Percentagem do relato dos participantes que salientam a categoria em análise

No âmbito da exemplificação das emoções, o relato masculino e feminino é idêntico excepto na emoção alegria, onde são as mulheres quem mais a exemplificam recorrendo a vivências familiares (45,45%); os homens centram o seu discurso recorrendo a experiências negativas (58,21%). Já na emoção medo, as mulheres tendem a exemplificá-lo recorrendo ao medo da doença, morte e perda (66,52%), enquanto que os homens tendem a centrar o seu relato no medo de situações concretas (45,21%). Por sua vez, na emoção nojo, é o sexo feminino quem o exemplifica centrando exclusivamente o seu relato na falta de salubridade (100%), enquanto que o sexo masculino foca o seu relato no nojo de atitudes e comportamentos (59,9%). O discurso de ambos os sexos é idêntico na emoção raiva, surpresa, e por fim na tristeza, onde o sexo masculino (83,95%) e o sexo feminino (88,48%), centram o seu relato na solidão.

A respeito da faixa etária, na emoção alegria evidencia-se que apenas os participantes com idades inferiores a 30 anos a exemplificam associando-a a vivências familiares (100%), enquanto que as restantes faixas etárias centram o seu relato em experiências negativas. Em relação à emoção tristeza, os participantes com idades compreendidas entre os 30-39 anos de idade exemplificam associando-a exclusivamente a falecimentos (100%), enquanto que as restantes faixas etárias exemplificam-na associando à solidão.

Relativamente à variável tipo de consumo os dados qualitativos permitiram evidenciar que na emoção medo, são os policonsumidores quem mais o exemplificam focando o seu relato no medo da doença, morte e da perda de familiares e/ou próximos (64,56%), enquanto que os consumidores de álcool centram o seu relato no medo situações concretas (50%).

No âmbito do tipo de tratamento, e mais concretamente na emoção tristeza que se regista uma unanimidade do relato, sendo que os participantes exemplificam a tristeza associando-a à solidão. O mesmo ocorre quando nos reportamos à faixa etária do 1º consumo onde os participantes em ambas as faixas etárias exemplificam a tristeza o associando-o à solidão.

Já no tempo de tratamento, são os participantes em tratamento até 4 anos, quem mais a exemplificam associando-a à solidão (62,98%). A unanimidade ocorre na emoção alegria, onde em ambas as faixas de tempo de tratamento, exemplificam-na associando-a experiências negativas.

### 3.3. Discussão dos Resultados

Os dados obtidos na presente dissertação referem-se a uma amostra preponderantemente do sexo masculino, com idades acima dos 40 anos, maioritariamente desempregada, com rendimentos provenientes do rendimento social de inserção, e por isso com valores que não garantem a satisfação das necessidades básicas. Possuem, ainda, na sua generalidade, graus de escolaridade muito baixos, iguais ou inferiores ao 4º ano de escolaridade

No que diz respeito à modalidade de tratamento atual, cerca de 92% da amostra faz o tratamento em regime ambulatorio sem que a suspensão do consumo de substâncias psicoativas assumam um carácter obrigatório. Embora esta modalidade de tratamento integre planos de intervenção específicos que visam assegurar respostas interdisciplinares e multissetoriais, a verdade é que os consumidores acabam por conservar o seu quotidiano e as mesmas redes de relacionamento geralmente com pares de consumo, podendo isto ser um indicativo do facto de 39% da amostra se encontrar em tratamento entre um e quatro anos, e cerca de 23% há mais de 10 anos.

Do ponto de vista etário, a idade preponderante da amostra inscreve-se no ponto de corte referenciado pelo EMCDA (2010) para classificar os indivíduos a partir dos 40 anos como envelhecidos precocemente, apresentando doenças típicas de população com idades mais elevadas. Na amostra, 73% dos consumidores de substâncias psicoativas, iniciou os consumos a partir dos 16 anos de idade no período da adolescência, pelo que se podem considerar consumidores de longa duração. Por esta mesma razão, estes consumidores tendem a apresentar um envelhecimento precoce do ponto de vista biológico, psicológico e social.

No que se refere ao estudo do Reconhecimento Facial de Emoções que contemplou a identificação de seis emoções básicas, constata-se que os participantes apresentam dificuldades na identificação das emoções. No entanto, a alegria, tristeza e nojo foram as que os participantes identificaram com mais facilidade, sendo que quando nos reportamos à experiência emocional, também a emoção surpresa e o medo foram experienciadas por mais de metade dos indivíduos da amostra. Relativamente à descrição das emoções, constatou-se que os indivíduos fazem um grande esforço por as descrever, mas não são capazes, assim como de verbalizar os seus estados emocionais. No entanto, quanto à exemplificação das emoções, eles participantes exemplificam-nas corretamente.

Desde logo, e transversal a todas as emoções, os participantes recorrem a descrições rudimentares tais como: *é algo que, é quando uma pessoa, é quando estamos, é basicamente quando a vida, é quando a gente está, é um gajo não ter gosto na vida etc.* É logo na emoção alegria, sendo esta fruto da lembrança de recordações de felicidade e imagens agradáveis (Esperidião-António, 2008), corretamente identificada por quase a totalidade da amostra em análise, que os participantes recorreram a pensamentos superficiais e abstratos. Referem essencialmente que a alegria é uma “pessoa andar alegre”, e “quando a vida sorri e tudo é bom”. Já na sua exemplificação, os participantes evocam essencialmente acontecimentos concretos, vivências familiares satisfatórias e a concretização de objetivos pessoais. Todavia, para 10 dos participantes, a exemplificação da emoção alegria é associada a experiências negativas emergindo relatos tais como *a maior tristeza foi eu não o poder criar... por estar preso, estar detido... essa foi a maior tristeza... alegria eu sinto às vezes, mas eu não é... aquela coisa que tinha antes; eu hoje infelizmente não tenho alegria nenhuma só os meus sobrinhos... sinto-me sempre triste sempre triste sempre triste.* Justificam por isso que esta emoção prevalece regularmente nas suas vidas por comparação à alegria que se torna escassa, o que remete para a associação das suas experiências emocionais ao afeto negativo (Connelly & Denney, 2007).

Também na descrição da emoção tristeza, se constata a utilização de pensamentos superficiais e abstratos utilizando termos tais como *é quando não estamos bem mesmo com a vida e sentimo-nos mais em baixo; é a vida correr-me mal; é quando uma pessoa está triste.* No entanto, no âmbito da descrição os participantes exemplificam-na de encontro à definição mencionada por Ekman (2011) recorrendo sobretudo a vários tipos de perdas nomeadamente falecimentos, solidão, perda de saúde e/ou faculdades.

No seguimento da análise dos relatos, os participantes apresentam ainda descrições onde recorrem essencialmente à componente fisiológica e à ação motora, o que confirma a reflexão sugerida por Veríssimo (2011). Quando nos remetemos para a descrição da raiva, e sendo esta reconhecida essencialmente pela manifestação de comportamentos agressivos tais como gritos, insultos, ameaças (violência verbal), e de agressões, lutas, empurrões (violência física), verificando-se que os participantes relatam essencialmente modificações somáticas, mencionando sensações corporais próprias e vagas, tais como *não sei se deveria chamar raiva mas às vezes tenho aquela sensação de mim mesmo; mesmo enervada estou mesmo ali com uma raiva que às vezes vai tudo á frente.* Já na sua exemplificação, os participantes incidem

na definição da emoção, evocando a repulsa e indignação a comportamentos e ações de outros.

Já a pobreza a nível dos processos imaginativos, onde os participantes apresentam acontecimentos concretos e de pobre elaboração (Veríssimo, 2011), ocorre quando nos reportamos por exemplo à emoção nojo. Verificaram-se relatos tais como *é... algo que está sujo... ah... algo que cheira mal... para mim isso; a mente de certas pessoas... que são mesmo nojentas... hum... acho que consigo sentir mais nojo dessas pessoas do que próprias coisas que cheiram mal até*. No entanto, a emoção nojo foi a que os participantes mais se assemelharam aos contributos teóricos evidenciados por Eckman (2011), recorrendo a mecanismos sensoriais que evidenciam essencialmente a falta de salubridade e de brio de outros. Todavia quando nos reportamos à sua exemplificação, os participantes relatam essencialmente o nojo associado a atitudes e comportamentos de outros.

A pobreza a nível dos processos imaginativos verifica-se ainda na emoção medo. Sendo esta resultado de um perigo real ou imaginário (Rodrigues et al., 1989), é no âmbito de descrição os participantes remetem os seus relatos para a descrição ao medo de especificidades (da morte, da dependência, de animais etc,) assim como, para o medo do inesperado e do desconhecido, verificando-se os seguintes exemplos: *sei lá... medo da morte ... não quero ficar numa cama... aí quero morrer mesmo... aí quero morrer... não quero ficar dependente, de maneira nenhuma, nenhuma; medo que vá acontecer alguma coisa... e medo de enfrentar certas pessoas... o medo está presente em muitas situações*. No entanto, estes exemplificam-no associando-o ao medo de circunstâncias concretas e do medo de outros, acrescem o medo de perdas de próximos e/ou familiares. Esta característica, pode ainda ser observada na emoção surpresa. Sendo esta destacada como mais breve de todas, precisamente pelo seu carácter inesperado, os relatos centram-se na suposição de acontecimentos imprevisíveis: *é quando... algo que... que acontece quando não estamos à espera*. Na sua exemplificação, os participantes evocam concretamente o facto de receberem prendas, convites e visitas inesperadas assim como, no surgimento de acontecimentos imprevisíveis.

No que diz respeito às diferenças do relato dos participantes tendo em conta as características sócio demográficas e clínicas dos participantes, registaram-se algumas regularidades no âmbito da descrição e da exemplificação nas variáveis anteriormente mencionadas. Tendo em conta a faixa etária, mais concretamente na emoção tristeza são os participantes com menos de 30 anos são quem mais tendem a descrever a tristeza associando-a ao facto de a vida lhes

correrem mal. Por sua vez, os que têm idades entre os 30-39 descrevem-na recorrendo ao relato de falecimentos, sendo que aqueles que têm entre 40-49 anos de idade, remetem o seu discurso para a solidão. Tudo indica que com o avançar da idade se registre um término comum em que os participantes expressam a quebra vínculos, de laços e de redes familiares.

De uma forma geral, e transversal a todas as descrições, os participantes apresentam um padrão de pensamento concreto orientado para o exterior e não introspetivo, numa mesma linha de orientação de pesquisas como El Rasheed (2001), traduzindo-se num modo de pensar muito vago e hipotético, não envolvendo a atividade emocional. Em contrapartida, na exemplificação das emoções, os participantes recorrem a exemplos essencialmente concretos, pessoais e sobretudo enunciados na primeira pessoa.

#### 4. Implicações para prática dos Interventores Sociais

Ampliar a informação disponível acerca do processo de reconhecimento, descrição e exemplificação de emoções sustenta a importância da competência de regulação emocional na esfera de atividade humana, uma vez que esta se traduz num processo crucial e básico na vida social. As emoções surgem como um meio natural, que permitem avaliar o que nos rodeia e de reagir de forma adaptativa, podendo estas ser vistas como o guia que orienta o mundo (Neto & Batista, 2019). Os indivíduos utilizam as emoções em diferentes aspetos, atribuindo diferentes razões para um acontecimento, delineando diferentes consequências, desenvolvendo diferentes estratégias, de forma a poderem realizar escolhas coerentes, definir objetivos positivos e desenvolver relações (Neto & Batista, 2019).

Sendo a alexitimia algo de presença constante, em que as suas características se estendem a múltiplas dimensões do quotidiano do sujeito, todas estas funcionalidades da regulação emocional se encontram comprometidas. O sujeito alexitímico mostra-se incapaz *“de aceder ao seu mundo interno e ao mundo interno dos outros pela sua complexidade emocional e comportamental, tornar-se uma tarefa decididamente difícil, impossibilitando o estabelecimento de verdadeiras e significativas interações”* (Chincalcece, 2009:18)

Este é um fator que impõe sérios constrangimentos na (re) construção de um projeto de vida e à recriação de redes de suporte. As redes sociais representam um conjunto de nós e laços de ligação entre pessoas, grupos, empresas ou outras instituições (Wellman, 1981) e primam pela possibilidade de conservar a sua identidade pessoal e social. Em rutura com as redes primárias, caracterizadas por relações de proximidade com familiares, vizinhança, amigos, e desvinculado das redes secundárias de laços institucionais que fornecem respostas ou serviços, formais e/ou informais, o trabalho de intervenção social terá de procurar reverter este desligamento individual e social. O suporte social fornece oportunidades à inserção do indivíduo, mas, quando este apresenta dificuldades na verbalização dos próprios estados emocionais, de um ponto de vista prático vê-se na dificuldade não só da criação de redes suporte, como na criação de relações empáticas e coesas, que estão além do entendimento racional incluindo uma dimensão afetiva.

Atendendo que uma pessoa que procura ajuda se encontra vulnerável e que deseja libertar-se do seu sofrimento, de sentimentos de incapacidade e de insegurança que bloqueiam a imagem positiva que perdeu de si mesma, procurando no outro a solução que não consegue encontrar no seu interior, estivesse na mesma situação, a relação empática permitira que o suporte

compreendesse o seu mundo, da mesma forma este o compreende. (Nunes, 1999). A clarificação do discurso permitiria à pessoa a identificação de percepções, sentimentos e experiências relacionadas com o problema presente, dando-lhe a possibilidade de se confrontar com a nova formulação, clarificando a sua própria situação e a forma como a vivencia, e eventualmente corrigir com o suporte de outro. Esta carência vem limitar a percepção de apoio em múltiplos domínios. Desde logo no âmbito dos processos de tomada de decisão (suporte valorativo) sendo que estes permitem analisar os riscos e benefícios de uma situação, assim como, a percepção de apoio, valorização e estima por parte daqueles que o rodeiam (suporte emocional). Por sua vez, inviabiliza ainda, o suporte que é prestado no âmbito da realização de algumas atividades diárias (suporte instrumental) e na prestação de conselhos e/ou outras informações para necessidades particulares (suporte informativo) (Schwarzer & Leppin, 1991). Na verdade, quem melhor percebe as fontes e a disponibilidade de apoio social terá mais facilidade em se adaptar às exigências circunstanciais e de recuperar mais rapidamente de problemas diagnosticados.

É neste cenário de distanciamento e de inexistência de relações de suporte, e geralmente em processos de exclusão social já acentuados que estes participantes se encontram diretamente expostos à solidão. Esta exposição que se traduz num sentimento e que resulta da perda ou inexistência de laços, com a consequente ausência de uma rede social (Weiss, 1973), é admitida como uma das maiores causas do sofrimento humano, e tem subjacente a si sentimentos como sentimentos de vazio e de abandono.

Se nos reportamos aos resultados evidenciados na presente dissertação, verifica-se que estas vulnerabilidades em termos relacionas são subtilmente referidas pelos participantes. Efetivamente grande parte dos participantes, seja na descrição e/ou na exemplificação das emoções, ressaltaram a solidão, principalmente na faixa etária entre os 40-49 anos, sendo estes indivíduos quem mais exemplificam a tristeza associando-a à solidão. Este facto é ainda agravado, considerando que estes sujeitos para além de alexitímicos são consumidores de substâncias psicoativas de longa duração, e por isso duplamente estigmatizados ao olhar de outros. São socialmente categorizados e associados a identidade social negativa, identificados como “errantes” (Gaulejac & Léonetti, 1994) já que esgotaram todas as fontes de apoio e por isso dependem de instituições para satisfazer as suas necessidades mais básicas.

O tratamento da toxicod dependência é um processo lento e complexo, e é no confronto sistemático com a falta de resultados, que advêm a fraca participação e implicação das

entidades (Ló, 2011), o que constitui um entrave à (re)integração destes no mercado de trabalho. Sendo este um vetor de integração que permite o acesso um conjunto de bens materiais e/ou imateriais, estes consumidores com alexitimia vêm-se impossibilitados de integrar e de desenvolver processos de socialização que se traduzem num conjunto de experiências sociais e relacionais, que permitem a aquisição e/ou manutenção de sentimentos de valorização pessoal fundamentais ao desenvolvimento pessoal (Ló, 2011).

Para além disso, procurar compreender o processo de envelhecimento precoce nas dependências permite alertar os trabalhadores sociais para uma realidade subentendida. Estes consumidores de substâncias psicoativas que iniciaram o consumo no período da adolescência, enaltece que biologicamente apresentem um conjunto de sequelas associados ao um declínio funcional, estrutural e cognitivo precoce, antecipando patologias com uma maior prevalência em faixas etárias de indivíduos considerados “muito mais velhos” (Department of Health, 2001). Este declínio precoce aponta para um impacto negativo na capacidade de execução das atividades de vida diária e/ou atividades instrumentais de vida diária, prevendo-se muitas vezes términos antecipados.

Desde logo os resultados do estudo realizado permitem afirmar serem grandes os desafios que esta população coloca à prática profissional dos trabalhadores sociais e aos modelos dominantes de intervenção. Quando se trata de intervir sobre contextos de vida de indivíduos com alexitimia e consumidores de substâncias psicoativas de longa duração, não se pode deixar de equacionar quão severo é o modo de vida e as sequelas emocionais destes sujeitos. A criação de uma relação positiva, perseverante, e compreensiva entre interventores sociais (geralmente aqueles que têm o primeiro contacto com a população em análise) e os utentes traduz-se num fator determinante na apreensão de necessidades, explorando, identificando, refletindo problemas, e delineando estratégias individualizadas com o individuo sem receios e rótulos, é reconhecido como um meio para identificar meios de intervenção adaptados (Brunelle et. al, 2015).

É perante todas estas vulnerabilidades identificadas fruto do consumo de substâncias psicoativas, do conseqüente envelhecimento precoce, assim como de todas as características comuns da alexitimia, que do ponto de vista da intervenção, se torna necessário que os interventores sociais reflitam sobre modelos de intervenção adequados às necessidades. Para além disso, emerge a necessidade de se realizem avaliações e intervenções multidimensionais (biológica, psicológica, emocional e social), de modo a que esta seja direcionada e

personalizada. Apenas a combinação de diferentes áreas do conhecimento permitirá que cada profissional lance o seu olhar específico, consoante um referencial teórico, traduzindo-se em reflexões positivas e onde se coordenarão esforços integrados de intervenção. Só desta forma se poderá gerar um conjunto de “*iniciativas expressamente pensadas para induzir mudanças no ambiente social dos indivíduos*, (Queiróz, 2012:11), e por isso desenvolver um projeto de vida coeso, com base na reestruturação, consolidação e/ou inserção do indivíduo nas redes de sociabilidade, possibilitando a sua integração em grupos de referência e de pertença e o aumento dos recursos socioculturais e competências cognitivas, emocionais e sociais.

## Conclusão

A presente dissertação teve como objetivo avaliar, com recurso a imagens faciais representativas de seis emoções básicas, o processamento emocional de um subgrupo de consumidores de longa duração de substâncias psicoativas previamente identificados como alexitímicos. Desta forma procurou, através de uma abordagem qualitativa, prover informação complementar alargada sobre o constructo da alexitimia, designadamente sobre a sua avaliação e as respetivas implicações.

De um modo geral, constatou-se que os participantes apresentavam grande parte das características emocionais, cognitivas psicológicas e comportamentais inerentes à condição de alexitímicos que lhes havia sido previamente identificada; as suas respostas aos estímulos apresentados permitiu reconhecer a importância de uma clara compreensão desta perturbação por parte dos profissionais, até porque suscitam défices comunicacionais, de auto percepção e dos outros com impacto na esfera relacional. Se considerarmos que as mudanças mais complexas se registam ao nível cognitivo-emocional, explorar e desenvolver estas competências no sentido de promover a consciencialização de experiências emocionais será um contributo imperioso na aquisição de melhores resultados ao nível da intervenção e de um processo de mudança mais consistente. Para além disso, estes participantes são também consumidores de substâncias psicoativas de longa duração cujas alterações emocionais, cognitivos e comportamentais tendem a acompanhar-se de um envelhecimento precoce do ponto de vista biológico, psicológico e social. Assim, no âmbito do tratamento, é necessário que os interventores sociais, geralmente aqueles que efetuam o primeiro contacto com esta população, tenham em conta que as manifestações emocionais surgem muitas vezes de uma forma somática. Para além disso, é necessário que estes interventores refletiam sobre modelos de atuação capazes de ir ao encontro a estas vulnerabilidades emocionais já que se trata de um fator imprescindível no tratamento, prevenção de recaídas e integração social destes indivíduos.

O estudo aqui apresentado tem algumas limitações que se impõe destacar, nomeadamente o número reduzido da amostra global do qual foi possível aplicar a Entrevista Semiestruturada de Reconhecimento de Emoções Faciais. Para além disso, surge o fato da amostra ter sido apenas recolhida numa área geográfica circunscrita (distrito do Porto). Outra das limitações verificadas, é o facto de os entrevistados poderem estar sob o efeito do consumo de substância psicoativas e por isso influenciar as respostas enunciadas. Apesar das limitações considera-se

que a presente dissertação constitui um contributo válido para o estudo da alexitimia, dimensionando e alertando para a incidência desta condição entre os consumidores de substâncias psicoativas, e de que forma é que as suas características se manifestam nos seus discursos. Em futuras investigações sugere-se um estudo mais aprofundado das implicações das demais características e respetivas implicações na inviabilização da concretização de um projeto de vida e na conseqüente qualidade de vida destes consumidores alexitímicos.

## Referências Bibliográficas

- Administração Regional de Saúde do Alentejo (2014). *Linhas Orientadoras para a Mediação Social e Comunitária no âmbito da Reinserção de Pessoas com Comportamentos Aditivos e Dependências*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Aira, M., Hartikainen, S., Sulkava, R. (2005). Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication - A source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20(7), 680-685.
- Alves, H., Pinto, C. P., Ribeiro, Ò., Dias, R. C., & Souto, T. S. (2017, Novembro). Cérebro, Substâncias Psicoactivas e Meio Social: da produção das dependências à produção de um novo projecto de vida.. Comunicação apresentada no VI Congresso Internacional sobre Envelhecimento, Madeira.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSMV-5-TM), 5ª Edição*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anatrela, T. (2004). *Liberdade Destruída*. João do Estoril: Principia.
- Angel, P., Richard, D., Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.
- Anttila, T., Helkala, E., Viitanen, M., Kareholt, I., Nissinen, L., Fratiglioni, L. (2004). Drinking in midalle age and subsequent risk of mild cognitive impairment and dementia in old age: a prospective population based study. *British Medical Journal*, 4, 329-539.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Bagby R. M., Taylor G. J., Parker J. D. (1994) The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-- II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40.
- Beynon, C. M. Roe, B., Duffy, P., Pickering, L. (2009). Self-reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: A qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatrics* 9(1), 45-53.
- Beynon, C. M., Roe, B., Duffy, P., Pickering, L. (2009). Self reported health status, and health service contact, of illicit drug users aged 50 and over: a qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatrics*, 9(1), 45.
- Bowlby, J. (2006). *Cuidados Maternos e Saúde Mental*. Lisboa: Martins Fontes.
- Brunell, N., Bertrand, K., Flores-Aranda, J., Patenaude, C., Brochu, S. (2015). Recovery from substance use: Drug-dependente people's experiences whith souces that motivate them to change. *Drugs: education, prevention and policy*, 22(3), 301-307.
- Caavazzi, G., Krause, K. (2002). Ageing and Infection The Sancet. *The Journal of Infectious Diseases*, 2, 659-666.
- Cabral, M., Ferreira, P. (2014). *Envelhecimento activo em Portugal – trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Cardoso, C. M. (2001). Droga, um problema de saúde pública. *Revista Saúde Mental*, 4, 9-17.
- Carneiro, B. V., Yoshida, E. M. P. (2009). Alexitimia: Uma Revisão do Conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, (1), 103-108.
- Carrasco, P. (2002). *As drogas. Comportamento e atitude social*. Porto: GZ Edições Lda.
- Carvalho, A., Mateus, P., Xavier, M. (2016). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Portugal – Saúde Mental em Números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Casimiro, B., Vital, C., Urbano, C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: Cics Nova – Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais.

- Chincalce, L. F. I. (2009). *Alexitimia e psicopatologia: estudo exploratório em alunos de psicologia*. (Dissertação de Mestrado). Instituto superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Connelly, M., Denney, D. R. (2007). Regulation of emotions during experimental stress in alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 649–656.
- Craparo, G., Gori, A., Dell’Aera, S., Costanzo, G., Fasciano, S., Tomasello, A., Vicario, C. M. (2016). Impaired emotion recognition is linked to alexithymia in heroin addicts. *PeerJ*, 4, 1-11.
- Damáso, A. (1999). *O sentimento de si. Corpo, emoção e consciência*. Lisboa: Temas e Debates.
- Damáso, A. (2000). *O mistério da consciência*. São Paulo: Cia. das Letras.
- Damáso, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções Sociais e a Neurobiologia do Sentir*. Europa América: Men Martins.
- Damáso, A. (2011). *O erro de descartes: Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Temas e Debates.
- De Berardis, D., Campanella, D., Gambi, F., Sepede, G., Salini, G., Carano, A., La Rovere, R., Pelusi, L., Penna, L., Cicconetti, A., Cotellera, C., Salerno, R., M., Ferro, F., M. (2005). Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 255, 350–358.
- Department of Health (2001) *Nation study ce framework for older people*. London: Department of Health
- Dougherty, L. M., Abe, J. A., Izard, C. E. (1996). Differential emotions theory and emotional development in adulthood and later life. In Magai, C., McFadden, C. H. (Eds), *Handbook Emotion, Adult Development, and Aging*, (pp 21-41). Estados Unidos da América: Academic Press.
- Dowling G., Weiss S., Condon T. (2008). Drugs of abuse and the aging brain. *Neuropsychopharmacology*, 33 (2), 209-218.
- Eckman, P. (2011). *A linguagem das emoções*. São Paulo: Lua de Papel.
- El Rasheed, A. H. (2001). Alexithymia in Egyptian substance abusers. *Substance Abuse*, 22(1), 11–21.
- Erivan, J., Barreto, F., Ponte e Silva, L. P. (2010). Sistema límbico e as emoções – uma revisão anatômica. *Revista Neurociências*, 18(3), 386-394.
- Esperidião-Antônio, V., Colombo, M. M., Toledo-Monteverde, D., Moraes-Martins, G., Fernandes J. J., Bauchiglioni de Assis, M., Siqueira-Batista, R. (2008). Neurobiologia das Emoções. *Revista Psicologia Clínica*, 35(2), 55-65.
- European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction. (2010). *Treatment and care for older drug users*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2008) Substance use among older adults: a neglected problem. Lisbon: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction.
- Fernandes, M. M. D. (2006). *Fechados no silêncio: Os sem abrigo*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Aberta, Porto.
- Fernandes, N., Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3(2), 97-115.
- Ferreira, M. P., Weems, M. K. S. (2008) Alcohol consumption by aging adults in the United States: Health benefits and detriments. *Journal of The American Dietetic Association*, 108, 1668-1676.
- Finn, R. P., Martin, J., Phil, R. O. (1987). Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism. *Psychoterapy Psychossomatics*, 47(1), 18-21.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Fonte, J. (1993). *Alexitimia: estudo em doentes com perturbações digestivas*. Viana do Castelo: Edição do Autor.
- Freire, L. (2010). Alexitimia: Dificuldade de Expressão ou Ausência de Sentimento? Uma Análise Teórica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(1), 15-24
- Freire, T., Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do género no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188.
- Freitas-Magalhães, A. (2011). *A Psicologia das emoções: o Fascínio do Rosto Humano*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Freitas-Magalhães, A., Castro, E. (2007). Expressão facial: o reconhecimento das emoções básicas nos dependentes de cocaína. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 4, 314-319.
- Freyberger H. (1977) Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychother Psychosom*, 28, 337-342.
- Gago, J., Neto, D. (2001). Alexitimia e toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 7, 19-22.
- Gaulejac, V., Taboada-léonetti. I. (1994). *La Lutte des Places*. Paris: Epi.
- Goffman, E. (1982). *Estigma – Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates.
- Gossop, M., Moos, R. (2008). Substance misuse among older adults: a neglected but treatable problem. *Addiction*, 103, 347-348.
- Guillemard, A., M. (2007). Uma nova solidariedade entre as idades e as gerações numa sociedade de longevidade. In Paugam, P. (Eds.), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales* (pp. 15). Paris: PUF.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L., Black, W.C. (1998). *Multivariate Data Analysis*, 5<sup>a</sup> ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hallgren, M., Högberg, P., Andréasson, S. (2009) *Alcohol consumption among elderly European Union citizens. Expert Conference on Alcohol and Health*, Stockholm, Sweden: Swedish National Institute of Public Health.
- Han, B., Gfroerer, J., Colliver, J., Penne, M. A. (2009). An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States in 2000. *Substance Abuse and Mental Health Service Administration*. 104(1), 88-96.
- Haviland, G. M., Hendryx, M. S., Shaw, D. G., Henry, J. P. (1994). Alexithymia in woman and men hospitalized for psychoactive substance dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 35(2), 124-128.
- Haviland, M. G., Shaw, D. G., Cummings, M. A., MacMurray, J. P. (1988). Validation of the Toronto Alexithymia Scale with substance abusers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 50, 81-87.
- Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V., Viinamäki, H. (1999). Factors associated with Alexithymia in Patients suffering from depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 270-275.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência. (2011) *Linhas Orientadoras de Tratamento e Reabilitação em Comunidades Terapêuticas*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Izard, C. E. (2001). Emotional intelligence or adaptative emotions. *Emotion*, 1(3), 249-257.

- Kalapathu, R. K., Vadhan, N. P., Rubin, E., Bedi, G., Cheng, W. Y., Sullivan, M. A., Foltin, R. W. (2011). A pilot study of neurocognitive function in older and younger cocaine abusers and controls. *American Journal on Addictions*, 20(3), 228-239.
- Keller, D., Kathleen, M., Carroll, P. H. D., Charla, N. M. S. (1995). Alexithymia in cocaine abusers. *The American Journal on Addictions*, 4(3), 234-244.
- Kirmayer, L. (1987). Languages of suffering healing: Alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatry*, 24, 119-136.
- Kornreich, H., Foisy, M., Philippot, P., Dan, P. (2003). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholics, opiate dependence subjects, methadone-maintained subjects and mixed alcohol-opiate antecedents subjects compared with normal controls. *Psychiatry Research*, 119(3), 251-260.
- Krystal, H. (1987). *Integration and self-healing. Affect-trauma-alexithymia*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Krystal, J. H., Giller, E. L., Cicchetti, D. V. (1986). Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: Introduction of a reliable measure. *Psychosomatic Medicine*, 48, 84-94.
- Ledoux, J. (2001). *Cérebro Emocional: Os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Ló, A. (2011). Integração Social e Estratégias de Mediação. *Revista Toxicodependências*, 17(1), 53-60.
- Lofwall, M. R., Brooner, R. K., Bigelow, G. E., Kindbom, K., Strain, E. C. (2005). Characteristics of older opioid maintenance patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(3), 265-272.
- Luz, H. R. A., Miguel, I. C. (2014). *Perspetivas de Análise e Intervenção*. Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional.
- Maciel, M. J. N., Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação da alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5, 43-54.
- Martin, J. B., Phil, R. O. (1985). The stress-alexithymia hypothesis. Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 169-176.
- Matos, A. (2005). Algumas considerações sobre o jogo relacional entre o toxicodependente e a sua família. *Revista Toxicodependências*, 11(3), 53-62.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M., Salovey, P. (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
- Mayer, J. D., Salovey, P. (1999). O que é a inteligência emocional? In P. Salovey, D. J. Sluyter (Eds.), *Inteligência emocional da criança: Aplicações na educação e no dia-a-dia* (pp. 15-53). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Mello, M. L. M., Barrias, J., Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde Alameda.
- Melo, A. I. M. T (2005). *Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Minho, Braga.
- Monteiro, A. (2017). *Os segredos que o nosso corpo revela*. Lisboa: Editorial Presença.
- Nemiah, J. C., Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychother. Psychosom*, 18, 154-160.
- Neto, D. D., Batista, T. M. (2019). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Nicholson, N. (2012). A Review of Social Isolation: an importante but underassessed condition in older Adults. *The Journal of Primary Condition*, 31, 1-2.

- Nunes, O. (1999). Uma abordagem sobre a relação de ajuda. A Pessoa Como Centro. *Revista de Estudos Rogerianos*, 3, 59-64.
- O'Brien, Ch. P. (1997) Progress in the science of addiction. *American Journal of Psychiatry*, 154(9), 1195-1997.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2004). *A Evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Noruega*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2017). *Relatório Europeu sobre Drogas 2017: Tendências e evoluções*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Onen, S. H., Mangeon, J. P., Abidi, H., Courpron, P., Schmidt, J. (2005). Alcohol abuse and dependence in elderly emergency department patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 191-200.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J., Endler, N. S., Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7, 221-232.
- Patrício, L. D. (1995). *Droga de Vida, Vidas de Droga*. Venda Nova: Bertrand Editora.
- Pedinielli, J. L. (1992). *Psychosomatique et alexithymie*. Paris: Presse Universitaire de France.
- Pedinielli, J. L., Rouan, G. (1998). Concept d'alexithymie et son intérêt en psychosomatique. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 20, 370-400.
- Pereira, A. G. C. E. (2011). *Incidência da alexitimia na toxicodependência*. (Dissertação de Mestrado). Instituto superior de Psicologia Aplicada, Porto.
- Pinto, A. (2001). *Psicologia geral*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pinto, L. C., Souto, T., Ribeiro, Ò., Alves, H., Dias, R. C., Neto, C., Brito, S. (2018). Alexitimia e envelhecimento de Consumidores de Substâncias Psicoativas. In Ferreira, A., Rigoni, A. C., Junqueira, A. L. et. al. (eds), II Congresso Ibero-Americano de Intervenção Social – Direitos Sociais e Exclusão (pp. 25-36). Carviçais: Lema de O'rigem.
- Prazeres, N. (2000). Alexitimia: Uma Forma de Sobrevivência. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 109-121.
- Prazeres, N., Parker, D. A., Taylor G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (Tas-20), *RIDEP*, 9(1), 9-21.
- Queiróz, C. (2012). Trajetórias de consumidores de drogas: é possível reconstruir a identidade estigmatizada? Comunicação apresentada no VII Congresso Português de Sociologia, APS, FLUP, Porto,
- Quivy, R., Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª edição). Lisboa: Edições Gradiva.
- Rodrigues, C., Teixeira, J. M., Gomes, M. F. (1989). *Afectividade*. Porto: Edições Contraponto.
- Rodríguez, S. R., Morera, J. L. F., Torre, E. M., Calvanese, V., Fernández, A. F., Fraga, F. M. (2011). Aging Genetics and Aging. *Aging and Disease*, 2(3), 186-195.
- Roibás, A. L., Melendro, A. I. L., Montes, M. J. G. (2010). Perspectivas de futuro y propuestas de recursos terapêuticos para adictos de edad avanzada. *La Revista Española de Drogodependencias*, 35(2), 170-181.
- Saarijarvi S., Salmineb J. K., Toikka T. B. (2001). Alexithymia and depression. A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 729-733.

- Saarijärvi, S., Salminen, J. K., Toikka, T. (2002). Alexithymia and depression: A 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *Journal of Psychosomatic Research* 51(6), 729-733.
- Salomon, L. (2010). *Cerveau, drogues et Dépendances*. Paris: Belin.
- Schwarzer, R., Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8, 99-127.
- Serra, A. V., (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Autor.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017). *Relatório Anual - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências em 2016*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2017). *Relatório Anual - A Situação do País em Matéria de Álcool em 2016*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018). *Sinopse Estatística 2016 - Álcool*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2018). *Sinopse Estatística 2016 – Substâncias Ilícitas*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Sifneos, P. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.
- Sifneos, P. E. (1991). Affect, emotional conflict, and deficit: An overview. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 56, 116-122.
- Sifneos, P., E. (1995). Psychosomatic, alexithymie et neurosciences. *Revue Française de Psychosomatique*, 7, 27-34.
- Soares, I, (1996): Vinculação: Questões teóricas, investigação e implicações clínicas. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 1, 101-114.
- Sorock, G. S., Chen, L. H., Gonzalgo, S. R., Baker, S. (2006). Alcohol-drinking history and fatal injury in older adults alcohol. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 40(3), 193-199.
- Souto, T. (2000). *A Alexitimia e a Dependência de Drogas: os sentimentos, o discurso e as drogas*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.
- Souto, T., Alves, H., Conde, R., Pinto, L. C., Ribeiro, Ó. (2019) Alexithymia among long-term drug users: a pilot study in Oporto. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 10(5), 181–185.
- Tavares, S. M. T. (2015). *Domínio Cognitivo e Motor Alexitimia* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação João de Deus, Lisboa.
- Taylor, G. J. (1984). Alexithymia: concept, measurement, and implications of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141(6), 725-732.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Parker, J. D., Bagby, R. M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *American Journal Psychiatry*, 147(9), 1228-1230.
- Tinoco, R. (1999) Notas sobre a construção psicossocial da identidade desviante em toxicodependência. *Revista Toxicodependências*, 3(5), 11-23.
- Torrado, M. A. V. B. (2013) *Alexitimia e Toxicodependência contributos para o estudo de processos emocionais, da regulação afectiva e das interacções parentais precoces em*

- indivíduos toxicodependentes* (Tese de Doutoramento). Faculdade De Medicina De Lisboa, Lisboa.
- Torrado, M. V., Ouakinin, S. S., Nicolau, L. B. (2013). Alexithymia, Emotional Awareness and Perceived Dysfunctional Parental Behaviors in Heroin Dependents. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(6), 703–718.
- Veríssimo, R. (2011). *Alexitimia: da regulação afetiva na saúde e na doença*. Lisboa: Sítio do Livro.
- Vermeulen, N., Toussaint, J., Luminet, O. (2010). The influence of alexithymia and music on the incidental memory for emotion words. *European Journal of Personality*, 24, 551–568.
- Vicenta, L. A., Escribano, M. V. L, Vergara, M. A. A. (1994). *Lexion of Alcohol and Drug Terms*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Vogt, I. (2009), Life situations and health of older drug addicts: a literature report. *Suchttherapie*, 10, 17-24.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S., Wang, G. J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *The Journal of Clinical Investigation*, 11, 1444-1451.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: MA: MIT Press.
- Wellman, B. (1981). Applying Network Analysis to the Study of Support. In Benjamin H. Gottlieb (Eds.). *Social Networks and Social Support* (pp. 171-200).
- World Health Organization (2011). *Global status report on alcohol and health*. Switzerland: World Health Organization.
- Zhang, H., Fan, Q., Sun, Y., Qiu, J., Song, L. (2017). A study of the characteristics of alexithymia and emotion regulation in patients with depression. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(2), 95-103.

## **Webgrafia**

<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-39-38-demencia-alcoolica> (22/10/2019)

<http://www.itad.pt/alexitimia/> (15/9/2008, 13:54)

<http://www.sicad.pt/pt/Paginas/default.aspx> (17/10/2018, 15:24)

# **ANEXOS**

ANEXO 1 – ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO DE VINTE ITENS (TAS-20)

Código: \_\_\_\_\_

Data : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**3.1.1. Usando a escala fornecida como guia, indique**

o grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente.

Dê só uma resposta por cada afirmação.

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Nem concordo nem discordo	Concordo em parte	Concordo totalmente
1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.	1	2	3	4	5
2. Tenho dificuldades em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	1	2	3	4	5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1	2	3	4	5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1	2	3	4	5
6. Quando estou aborrecido (a) não sei se me sinto triste, assustado (a) ou zangado (a).	1	2	3	4	5
7. Fico muitas vezes intrigado (a) com sensações no meu corpo.	1	2	3	4	5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender porque aconteceram assim.	1	2	3	4	5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem.	1	2	3	4	5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1	2	3	4	5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1	2	3	4	5
12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1	2	3	4	5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1	2	3	4	5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado (a).	1	2	3	4	5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1	2	3	4	5
16. Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1	2	3	4	5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1	2	3	4	5
18. Posso sentir-me próximo (a) de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1	2	3	4	5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução dos meus problemas pessoais.	1	2	3	4	5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1	2	3	4	5

## **ANEXO 2 - ENTREVISTA QUALITATIVA E SEMIESTRUTURADA DE RECONHECIMENTO DE EMOÇÕES FACIAIS (EREF)**

### **Instruções:**

Após o consentimento informado , o entrevistador deve ter o cuidado de anotar o código correspondente ao participante para no final da gravação guardar o ficheiro com o nome correspondente ao código.

### **Parte 1**

#### **O entrevistador dará início à entrevista, dizendo:**

- “Vai ver várias imagens com dois rostos: um de uma mulher e outro de um homem. O que se pretende é que tente identificar a emoção que os dois rostos exprimem.

- “A emoção pode ser: alegria, tristeza, medo, surpresa, nojo, raiva.” Para que não esqueça todas estas emoções, ir-lhe-ei relembrando usando este cartão (as emoções estão escritas num cartão e o entrevistador deverá mostrar e ler simultaneamente depois de mostrar cada imagem).

Nota: Clarificar que os dois rostos de cada imagem exprimem a mesma emoção. Se necessário, clarificar também ao longo da apresentação das imagens.

#### **Para cada imagem perguntar**

1 – Nesta primeira fotografia, qual é a emoção?

2 – O que é para si a \_\_\_\_\_ (referir a emoção que o sujeito identificou)

Já algum vez se sentiu assim? Se sim, pode dar-me um exemplo de uma situação em que tivesse sentido \_\_\_\_\_ (referir a emoção que o sujeito identificou).

## Parte II

1. Todos nós vivemos algum acontecimento ou passámos por alguma situação que nos marcou (seja pela positiva ou pela negativa). No seu caso, consegue indicar-me um acontecimento ou situação que o tenha marcado na sua vida? Pode ser pela positiva ou pela negativa, por ser algo bom ou menos bom. Porquê? Quer explicar-me um bocadinho mais?

Nota: se o participante não for capaz de elaborar, pedir que explique o que aconteceu, o que pensou, o que sentiu, o que fez.

### Cotação da Identificação das emoções da entrevista Semiestruturada de Reconhecimento de Emoções Faciais (EREF)

	ALEGRIA	TRISTEZA	MEDO	RAIVA	SURPRESA	NOJO
1	X					
2					X	
3				X		
4						X
5			X			
6		X				

### ANEXO 3 – MATRIZ DE CODIFICAÇÃO – NVIVO

Nome	Fontes	Referências
1 Identificação de emoções	0	0
Alegria	0	0
acertou	25	31
errou	1	1
Surpresa	0	0
acertou	15	16
errou	11	14
Raiva	0	0
acertou	14	17
errou	10	11
Não identifica	2	4
Nojo	0	0
acertou	18	18
errou	8	8
Medo	0	0
acertou	12	12
errou	13	15
Não identifica	1	4
Tristeza	0	0
acertou	19	19
errou	6	6
Não identifica	1	5
2 Descrição de emoções	0	0

<input checked="" type="radio"/> 2 Descrição de emoções	0	0
<input checked="" type="radio"/> Alegria	25	35
<input checked="" type="radio"/> É bom, a vida sorri e tudo corre bem	21	24
<input checked="" type="radio"/> Foco em experiências negativas	2	5
<input checked="" type="radio"/> Foco em surpresas	1	1
<input checked="" type="radio"/> Ter saúde para trabalhar	1	1
<input checked="" type="radio"/> Vivências Familiares	4	4
<input checked="" type="radio"/> Surpresa	18	24
<input checked="" type="radio"/> Acontecimentos inesperados	17	19
<input checked="" type="radio"/> Pode ser bom, pode ser mau	4	4
<input checked="" type="radio"/> Admiração por algo que vê ou sabe	1	1
<input checked="" type="radio"/> Raiva	18	21
<input checked="" type="radio"/> Não ser capaz de fazer algo	2	2
<input checked="" type="radio"/> Zangado com a vida e com ações de outros	5	5
<input checked="" type="radio"/> Referência a raiva, furia e nervos	4	5
<input checked="" type="radio"/> Ódio ou desprezo pelos outros	5	5
<input checked="" type="radio"/> Fazer ou fazerem lhe mal	4	4
<input checked="" type="radio"/> Nojo	21	28
<input checked="" type="radio"/> Falta de salubridade e ou referência a algo que não s	13	13
<input checked="" type="radio"/> Exemplifica mas nunca sentiu	1	1
<input checked="" type="radio"/> Nojo de vivências no consumo de droga	4	4
<input checked="" type="radio"/> Não consegue descrever	2	3
<input checked="" type="radio"/> Estar com alguém do qual não se gosta	1	1
<input checked="" type="radio"/> Nojo de características e comportamentos de outra	6	6
<input checked="" type="radio"/> Medo	19	33
<input checked="" type="radio"/> Medo do obstáculo	3	3
<input checked="" type="radio"/> Medo do desconhecido e do inesperado	6	7
<input checked="" type="radio"/> Medo de especificidades	8	11
<input checked="" type="radio"/> Não consegue descrever mas exemplifica	1	2
<input checked="" type="radio"/> Foco na tristeza	1	2
<input checked="" type="radio"/> É rir-se para não mostrar que está com medo	1	3
<input checked="" type="radio"/> Medo de alguém	3	3
<input checked="" type="radio"/> Medo da Solidão	3	3
<input checked="" type="radio"/> Tristeza	21	32
<input checked="" type="radio"/> Falecimento de familiares ou alguém próximo	9	9
<input checked="" type="radio"/> Impossibilidade de prestar apoio_e de ter acesso a	4	4
<input checked="" type="radio"/> Entrada no consumo de drogas	1	2
<input checked="" type="radio"/> Solidão	5	5
<input checked="" type="radio"/> E a vida correr me mal e ou quando uma pessoa es	10	11
<input checked="" type="radio"/> Quando se quer falar e não se pode	1	1

Nome	Fontes	Referências
1 Identificação de emoções	0	0
2 Descrição de emoções	0	0
3 Exemplificação das emoções	0	0
<b>Alegria</b>	<b>25</b>	<b>64</b>
Vivências familiares	14	22
Foco em experiências com emoções negativas	10	20
Receber ou ter dinheiro_bens	5	8
Referência a hobbies	2	4
Harmonia_Respeito	4	4
Não exemplifica	2	3
Tratamentos e Conquistas pessoais	4	4
Sob feito do álcool	1	1
<b>Surpresa</b>	<b>18</b>	<b>34</b>
Nascimento de familiares	1	1
Prendas_convites e visitas inesperadas	8	9
Acontecimentos inesperados	6	9
Conquistas pessoais	3	7
Desilusões familiares e com outros próximos	2	6
Foco na raiva e em vivências nas drogas	1	1
Não exemplifica	1	1
<b>Raiva</b>	<b>18</b>	<b>27</b>
Nega sentir	2	3
Gastar todo o dinheiro na droga	1	1
Foco na emoção_tristeza	0	0
Raiva de atitudes e de comportamentos de outras p	11	19
Raiva de um familiar	2	2
Raiva das próprias atitudes	1	1
Momentos de explosão	1	1

<input checked="" type="radio"/> 3 Exemplificação das emoções	0	0
<input checked="" type="radio"/> Alegria	25	64
<input checked="" type="radio"/> Surpresa	18	34
<input checked="" type="radio"/> Raiva	18	27
<input checked="" type="radio"/> Nojo	20	32
<input checked="" type="radio"/> Falta de salubridade	11	15
<input checked="" type="radio"/> Vivências na droga	3	4
<input checked="" type="radio"/> Homossexualidade e Prostituição	2	2
<input checked="" type="radio"/> Nojo de atitudes e comportamentos de outros_nojo	4	7
<input checked="" type="radio"/> Foco na emoção alegria	1	1
<input checked="" type="radio"/> Nunca sentiu	1	1
<input checked="" type="radio"/> Talvez de um ato mas não se recorda	1	2
<input checked="" type="radio"/> Medo	19	42
<input checked="" type="radio"/> Medo da doença_ da morte_ de perder alguém próxi	8	14
<input checked="" type="radio"/> Medo de circunstâncias concretas	9	14
<input checked="" type="radio"/> Medo de outros	5	9
<input checked="" type="radio"/> Vivências no consumo de drogas	1	3
<input checked="" type="radio"/> Foco na emoção alegria	1	1
<input checked="" type="radio"/> Medo que algo corra mal_ de não conseguir ultrapasa	2	2
<input checked="" type="radio"/> Tristeza	21	36
<input checked="" type="radio"/> Referência aos consumos de droga	2	2
<input checked="" type="radio"/> Falecimento de familiares ou alguém próximo	10	14
<input checked="" type="radio"/> Solidão_Falta de apoio_Humilhação	9	16
<input checked="" type="radio"/> Impossibilidade de prestar apoio	2	2
<input checked="" type="radio"/> Ausência de saúde	2	2
<input checked="" type="radio"/> Arrependimento	1	1
<input checked="" type="radio"/> Foco em emoções opostas - alegria e surpresa	1	1
<input checked="" type="radio"/> 1.1 Ja se sentiu com x ...	0	0

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> 1.1 Já se sentiu com x ...	0	0
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Alegria	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Sim	24	26
	<input checked="" type="radio"/> Não	1	1
	<input checked="" type="radio"/> Nega sentir mas exemplifica	0	0
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Surpresa	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Sim	17	18
	<input checked="" type="radio"/> Não	1	1
	<input checked="" type="radio"/> Nega sentir mas exemplifica	0	0
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Raiva	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Sim	13	13
	<input checked="" type="radio"/> Não	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Nega sentir mas exemplifica descreve	5	9
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Nojo	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Sim	16	16
	<input checked="" type="radio"/> Não	1	1
	<input checked="" type="radio"/> Nega sentir mas exemplifica	3	4
	<input checked="" type="radio"/> talvez	1	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Medo	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Sim	17	17
	<input checked="" type="radio"/> Não	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Nega sentir mas exemplifica	2	4
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> Tristeza	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Sim	21	23
	<input checked="" type="radio"/> Não	0	0
	<input checked="" type="radio"/> Nega mas exemplifica	0	0