



Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC / FPCE – 2012

**Prevenção do alcoolismo - a instrumentalidade  
do AUDIT em psicologia do aconselhamento**

Paula Santos (paulasantos\_20051681@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação,  
Desenvolvimento e Acolhimento sob a orientação de Doutor  
Pedro Urbano e Doutora Ana Cristina Almeida

## **Prevenção do alcoolismo - a instrumentalidade do AUDIT em psicologia do aconselhamento**

### **Resumo**

O consumo excessivo de substâncias tóxicas, onde se inclui o álcool, é uma realidade e uma preocupação. Sendo o alcoolismo uma patologia estudada e tratada em contextos clínicos, entendemos abordá-la sob um ponto de vista pedagógico e de aconselhamento, perspetivando a prevenção e possibilidades de promoção da saúde, pela ação educativa e de orientação *versus* pelo tratamento e medicação. Para tal, consideramos como instrumento de diagnóstico o AUDIT - *Alcohol Use Disorders Identification Test* (2001), que na sua estrutura e conteúdo fornece, não só indicadores da gravidade de consumo de álcool, mas também pistas para a intervenção. Participaram no nosso estudo pacientes em regime de internamento (n = 43), que no AUDIT se situaram essencialmente na zona de risco IV, como era esperado em função das características da amostra. Do estudo inferimos que seria desejável adotar medidas de prevenção universal e indicada, designadamente em contexto escolar, familiar e no ambiente social comunitário próximo. Concluimos da adequação do instrumento AUDIT na triagem de casos de alcoolismo, em etapas precoces do desenvolvimento, designadamente nas infraestruturas locais.

Palavras chave: Alcoolismo, AUDIT, Prevenção, Aconselhamento.

## **Alcoholism prevention - the instrumentality of the AUDIT in counseling psychology**

### **Abstract**

The excessive consumption of toxic substances in which the alcohol can be included is a reality and a concern. As alcoholism is a pathology that is studied and treated in clinical contexts, we believe that it must be approached under a pedagogical point of view as well as a way of advice, taking into account the perspective of prevention and the possibilities of health promotion through an educative action and orientation versus through the treatment and medication. In order to do that, we must consider the diagnosis instrument, whose name is Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT - 1992/2000). Its structure and content supply not only indexes about the gravity of alcohol consumption, but also tracks for intervening. There were patients who participated in our study in a regimen of internment (n = 43) and they were situated in the zone of risk IV in AUDIT, as it was expected according to the characteristics of the sample. Taking into account the study, we may infer that it would be desirable to adopt measures of universal prevention, namely in the context of school and family and in the closest communitarian social environment. We can conclude that there is an adequacy of the instrument AUDIT in the selection of alcoholism cases as well as in the precocious stages of the development, namely in the local infrastructures.

Key Words: Alcoholism, AUDIT, Prevention, Counseling

## **Agradecimentos**

Em especial, para a mulher que me ensinou a lutar, e me dizia que nem sempre se vence na vida, mas que o importante é correr atrás dos sonhos e acreditar. Como tu um dia acreditaste que eu era capaz e me deste todas as ferramentas e suportes para eu ser o que sou, e para conquistar o que conquistei ..., nesta fase final do meu percurso Universitário, onde a tua presença vive, sim, no meu pensamento, para Ti, em especial, com o meu agradecimento, minha querida e sempre Madrinha Balbina de Almeida

Para ti, amigo Vítor Rocha, que partiste num dia sem sinal de aviso, mas deixaste o pedido para que eu um dia fosse Psicóloga, o teu pedido foi honrado, quero deixar uma prova escrita que cumpra a minha promessa...

Um dos lemas da minha vida é: “Um mundo feliz não se constrói sozinho” (frase minha) Graças a várias pessoas que me abriram caminho, que me ajudaram a levantar cada vez que tropeçava e caía, obrigada! E essas pessoas são Família: Ema Rosas, Júlio Rosas, Joel Rosas que sempre desdobraram as suas vidas para que eu chegasse onde cheguei. À Professora de Psicologia e Filosofia do secundário, Dr<sup>a</sup> Fernanda Ferreira, que sempre me disse que iria ser uma boa psicóloga e me fez- acreditar que eu conseguiria finalizar o curso. Ao Hélder (Zé Gato), que nos momentos mais amargos da minha vida, estiveste sempre presente, e se consegui terminar o 12<sup>a</sup> ano, o que me permitiu vir para universidade, foi graças a ti ... obrigada amigo... Para a Dr<sup>a</sup> Patrícia Araújo (Assistente Social da Universidade de Coimbra ) que me recebeu de braços abertos e sorrisos no rosto, que me mostrou que iria gostar de Coimbra e me influenciou na decisão de ficar, o reconhecimento de que finalizei o curso graças à sua paciência e dedicação e todo apoio pessoal e académico. Para a Dona Gracinda, melhor MãE da RAJA, e a todas as amigas e colegas do 1<sup>o</sup> Esquerdo – Raja, pessoas especiais que me ajudaram, incondicionalmente, na realização do Relatório e da Tese. Às Colegas e amigas Isabel Fraústo, Francisca Duarte, Alexandra Lino, Sara Cordeiro (madrinha de curso) e Sílvia Seco, também agradeço.

Sem querer nunca esquecer estas pessoas que vão ficar para sempre no meu coração, a elas, a palavra “obrigada” é tão pouco por tudo o que fizeram por mim, pois não encontro no dicionário uma outra expressão melhor. Obrigada pela vossa existência na minha vida: Ana Afonso, Sílvia Alves, Nereida da Luz, Albertino da Cruz, Raquel Herveth e Alexandre Dias.

Queria agradecer a todos os professores e, em especial, aos Seguranças (Sr. Nuno e Sr. Ivan ) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e aos que me deram apoio incondicional para poder finalizar o curso. Agradeço de igual modo aos meus orientadores do Mestrado, Dr. Pedro Urbano e Dr.<sup>a</sup> Cristina Almeida pela dedicação e carinho, muito obrigada!

| <b>Índice</b>   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| Introdução  | 1           |
| I – O alcoolismo: definição e enquadramento concetual   | 3           |
| 1.1. Notas históricas e definição de alcoolismo   | 3           |
| 1.1.1. Definição de alcoolismo  | 4           |
| 1.1.2. Critérios de diagnóstico   | 7           |
| 1.2. Etiologia  | 12          |
| 1.2.1. Co-morbilidade e mortalidade nos alcoólicos  | 13          |
| 1.2.2. Aspetos epidemiológicos de problema associados   | 15          |
| 1.2.3. Fatores individuais subjacentes a comportamentos de adição                                 | 16          |
| 1.2.4. Fatores de risco social e familiar   | 17          |
| 1.2.5. Trajetórias de desenvolvimento individual em famílias alcoólicas e famílias não alcoólicas | 19          |
| 1.2.6. Diferenças e semelhanças segundo o género  | 22          |
| 1.2.7. Complementos legais de definição do alcoolismo   | 23          |
| 1.3. Tratamentos e abordagens terapêuticas  | 24          |
| 1.3.1. Tratamentos farmacológicos   | 24          |
| 1.3.2. Terapias de Grupo  | 25          |
| 1.3.3. Prevenção de recaída no tratamento   | 26          |
| 1.4. Prevenção do consumo de álcool   | 27          |
| 1.4.1. Prevenção comunitária  | 28          |
| 1.4.2. Prevenção em contexto escolar  | 29          |
| 1.4.3. Prevenção em contexto familiar   | 29          |
| 1.4.4. Estratégias preventivas em Portugal  | 29          |
| II – Avaliação de perturbações pelo uso de álcool   | 30          |
| 2.1. O teste AUDIT ( <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> )                           | 30          |
| 2.2. Zonas de risco e níveis de intervenção   | 33          |
| 2.3. Vantagem de intervenções breves  | 34          |
| 2.4. Outros testes de identificação de risco  | 35          |
| III - Investigação empírica   | 36          |
| 3.1. O problema   | 36          |
| 3.2. Objetivos  | 37          |
| 3.3. Metodologia  | 38          |
| 3.3.1. Descrição da amostra de participantes  | 38          |
| 3.3.1.1. O contexto de recolha de dados   | 39          |
| 3.3.2. Instrumentos utilizados  | 40          |
| 3.3.2.1. Tabela sociodemográfica  | 40          |
| 3.3.2.2. <i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>   | 41          |
| 3.3.3. Procedimentos  | 42          |
| IV – Resultados   | 42          |
| V - Discussão   | 48          |
| Conclusão   | 52          |
| Bibliografia  | 55          |
| Anexos  | 59          |

## Introdução

O que está na origem do consumo excessivo de álcool? Porque bebem as pessoas descontroladamente?

Será que o sujeito começa a consumir bebidas alcoólicas na sequência de hábitos alimentares familiares, por sofrer de problemas, frustrações, depressão ou dificuldades socioeconómicas, perturbações psicológicas, em práticas de inclusão social, ...? O padrão é começar a beber e gradualmente consumir de uma forma exagerada e incontrolável?

Neste trabalho estudámos o fenómeno, tal como o explicam diferentes autores. A problemática é complexa e o fenómeno do alcoolismo com base em diferentes motivos, situações diversas e contextos vários é preocupante. Mais ainda, numa época de “crises” que predispõe os técnicos de saúde e de educação para a prevenção da população de maior vulnerabilidade. À questão anterior: «Porque bebem as pessoas descontroladamente?», as respostas variam de situação para situação, de sujeito para sujeito, colhendo afirmações como, por exemplo: “eu comecei a beber quando morreu a minha mãe”, ou quando se perdeu alguém muito querido da família, ”por causa do divórcio” e ”depois de ficar desempregado”, “ para desinibir e tentar ter um grupo de amigos”, entre outras respostas semelhantes que imputam a uma qualquer causa catastrófica na vida das pessoas.

Muitos estudos têm-se dedicado a este tema, embora as conclusões não sejam definitivas. Esta pendência está relacionada, ora com a constatação de aspetos de personalidade, neuroses, ora com a afirmação de que o sujeito que é viciado em álcool sofreu na sua infância frustrações que permaneceram por resolver, ora com fatores exteriores ao sujeito. Recorrentemente, a resposta à cura é imprevisível, reportando à resolução de conflitos intra ou interpessoais ou outras medidas educativas ou terapêuticas. O que parece reunir maior consenso é a aceitação de que diversas condições de vida (e.g., conflitos de personalidade, dos problemas psicológico, das frustrações ou mesmo das dificuldades sócioeconómicas, ...) tendem a associar-se ao alcoolismo. Se estão na origem do desejo irreprimível e excessivo de álcool, ou se são consequência do consumo excessivo, ou que abordagens serão mais eficazes, são questões em aberto.

Na nossa sociedade a presença do álcool é patente e usual em vários eventos, comemorações e festividades, em festas de aniversário, convívios de fim-de-semana, jantares entre amigos e familiares, o nascimento de um filho, casamento, ... É também uma presença cultural, o que nos faz questionar se os alcoólicos não bebem pelas mesmas razões que os não alcoólicos. Não será comum o gosto e apetência pelas bebidas alcoólicas? Haverá diferenças na forma como se bebe, ou no controlo do consumo das bebidas alcoólicas, ou na relação do indivíduo com a ingestão de álcool?

Nas áreas da Psicologia parece-nos que a questão dos comportamentos aditivos, em determinado momento, deu lugar de relevo ao consumo de outras substâncias. Mas o fenómeno do alcoolismo continua ativo, mobilizando a atenção de técnicos, investigadores e recursos vários de diferentes áreas do conhecimento.

Situando-nos no domínio da Psicologia e, concretamente, da

Psicologia da Educação, do Desenvolvimento e Aconselhamento, perspetivamos um papel importante na intervenção, quer universal, investindo na prevenção de comportamentos de risco na generalidade, e promoção da saúde e educação para a saúde, quer na prevenção seletiva e indicada (cf. Gordon, 1983). E numa abordagem holística devemos acautelar heranças familiares e a inclusão social de todos quantos, direta e indiretamente, implicada ou exteriormente, conhecem o quadro.

Neste trabalho procuramos, então, fazer uma síntese de revisões teóricas, em termos de aspetos concetuais, de história e definição de alcoolismo, sua etiologia e classificação, focando a questão da prevenção em meio escolar e noutros contextos, dando uma visão do que tem sido feito, designadamente, em Portugal. Complementamos o estudo com uma abordagem empírica, em torno da utilidade do instrumento de triagem, AUDIT, na caracterização e identificação de hábitos de consumo e, conseqüentemente, na planificação de ações de prevenção, discriminando linhas de intervenção pertinentes e promissoras de maior eficácia, quando se trata de um nível educativo e de orientação dos indivíduos, das famílias, dos ambientes e da comunidade.

## I – O alcoolismo: definição e enquadramento concetual

### 1.1 Notas históricas e definição de alcoolismo

Quando o homem primitivo troca a vida nómada por uma vida sedentária, o processo de fermentação de alguns vegetais, cereais ou frutos deu lugar ao fabrico de bebidas alcoólicas rudimentares.

Hoje em dia, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é visto como uma problemática universal e em grande propagação. Os alcoólicos apresentam sintomas de provações de autocontrolo, na forma compulsiva de consumo de bebidas com álcool etílico, dificuldades na integração do meio social onde estão inseridos e passam por momentos de grandes perturbações ao nível da saúde física e psicológica, além das perturbações sociais.

Mas foi no continente europeu, século XIX, que muitos estudiosos se dedicaram ao fenómeno e conceito de Alcoolismo. Tal deve-se à tomada de consciência do aumento progressivo do consumo de álcool e das suas consequências nocivas para o sujeito, para além do estado de embriaguez.

Um dos grandes acontecimentos foi a possibilidade de uma sistematização de sintomas relacionados com a síndrome de dependência de álcool, num quadro clínico de *Delirium Tremens* introduzido por Thomas Sutton (1813, cit in Maldonado, 2008), que visa uma descrição pormenorizada acerca dos patogénicos dos hábitos alcoólicos

Em resposta a esta nova problemática, já sentida e vivida em toda a Europa, surge o “tratado sobre o alcoolismo”, publicado por Magnus Huss em 1851. Huss era um médico sueco que se debruçou sobre o estudo do alcoolismo crónico, e o definiu como “forma de doença” causada por uma intoxicação crónica, em sujeitos com hábitos de consumo de bebidas alcoólicas de forma excessiva e prolongada. O álcool, segundo este autor, trata-se e é nomeado como um “agente” causador de inúmeras doenças, que são responsáveis pela morte precoce (Mello et al., 2001).

A França foi, de facto, um dos países que precocemente em relação ao resto da Europa, começou a preocupar-se com o aumento médio do consumo do álcool na população francesa. Em 1945 emerge um movimento que se expandiu a toda a Europa, iniciado pelo “Comité Nacional de Defense Contra L’Alcoolisme (CNDCA)”. Na Suíça aparece como “International Council on Alcohol and Addictions (ICAA)”.

Nos EUA, a alcoologia reaparece em 1930 com os Alcoólicos Anónimos.

A OMS, em 1980 (Mello et al., 2001), demonstra apreensão pelos riscos que o álcool comporta na saúde, no desenvolvimento académico, segurança física, entre outros, e destaca-se no maior empenho na definição da problemática ligada ao álcool. Aponta vantagens em desenvolver estudos relacionados com os problemas ligados ao álcool, designadamente, para ações preventivas e estratégias da intervenção multidisciplinares e abordagem holística, para além do modelo médico de doença alcoólica. Alerta para as perspetivas sociais de produção/distribuição/consumo/publicidade/legislação das bebidas alcoólicas (WHO / OMS, 2011).

### 1.1.1 Definição de alcoolismo

Sendo o consumo de álcool uma prática de vários milénios e a descrição e tentativa de controlo de comportamentos de sujeitos embriagados repetidas em diferentes épocas e diferentes partes do mundo, o assunto exigiu tratamento sistemático e nosológico. Em descrições dos consumos no séc. XIX, em França, Magnan (cit in Prestwich, 1994), perspectiva a dipsomania ou excessiva propensão para beber, como o impulso continuado e invencível de consumir bebidas alcoólicas, distinguindo-a dos casos de alcoolizações agudas e repetitivas, que conduzem a dependências alcoólicas crónicas, cujos consumos se tornam sistemáticos e continuados, sem intervalos de abstinência, uma vez que o álcool funciona como uma droga e como um substituto de outras substâncias ilícitas. Alguns sujeitos bebem qualquer líquido que não seja nutritivo e que contenha álcool: álcool adquirido na farmácia, perfumes, tinta para sapatos, tinta permanente.

As descrições clássicas enumeram crises, enquanto alterações dos comportamentos desde a euforia, passando pela desorientação ao torpor; deambulação pelas ruas, fuga, ações delituosas, prejuízo económico até disfuncionamentos sexuais, suicídio ou agravos sociais, como comportamentos criminais. Por outro lado, surgem testemunhos de sentimentos de culpa e de angústia acerca dos comportamentos sob a influência do álcool, havendo indicação de que ao longo dos tempos, pessoas que tentaram resistir ao impulso para beber, chegaram ao ponto de adicionar às bebidas alcoólicas substâncias fecais e petróleos. Adès e Lejoyeux (1997) citam Magnan: “remorso e desalento e, depois de sair da sua confusão e torpor, cai num estado melancólico mais ou menos pronunciado...”.

Os *alcoólicos* pertencem a um grupo heterogéneo na multiplicidade de manifestações comportamentais, o que induziu muitos estudiosos ligados à clínica a desenvolverem sistemas de classificações de tipos de alcoolização, de forma a poderem responder com maior eficácia aos possíveis tratamentos (e.g., Van Dijk, 1979), distinguindo, por exemplo, a alcoolização crónica da intermitente (Adès & Lejoyeux, 1997).

Mas antes de referir algumas das tipologias, definimos alcoolismo à luz do léxico determinado pela Organização Mundial da Saúde (1994).

O alcoolismo é uma doença, frequentemente crónica e progressiva que se caracteriza pelo consumo regular e contínuo de bebidas alcoólicas, apesar da recorrência e repetição de problemas relacionados com o álcool na pessoa que bebe e no seu sistema de vida, desde a saúde física, psicológica, a perturbações familiares, profissionais, sociais, bem como financeiras. Quanto à designação de alcoólicos, entende-se que são sujeitos propensos a tornarem-se bebedores excessivos de bebidas alcoólicas, tendo a maior probabilidade a transformarem-se dependentes em relação ao álcool, que por sua vez remete a repercussões graves como perturbações mentais, físicas e alterações comportamentais sociais e económicas. Estes sujeitos podem melhorar o seu estado de perturbações através de tratamentos em instituições.

Em 1982, em Genebra, teve lugar a 35ª Assembleia Mundial de Saúde. No tema “Discussões Técnicas sobre Alcoolismo”, a (OMS)

argumenta acerca de alguns pontos essenciais direcionados para “problemas ligados ao álcool”, salientando a importância da designação das “consequências nocivas do consumo do álcool”, realçando que este problema de álcool não é unidirecional, ou seja, o problema de álcool não atinge somente o sujeito alcoólico, mas sim todo o agregado familiar e o meio em que este está inserido. Afeta a saúde física, psíquica ou situação social, com episódios agudos de ingestão de álcool, de forma exagerada e prologada.

Alcoolologia é um domínio científico e técnico que diretamente se ocupa do alcoolismo e dos alcoólicos. Segundo Fouquet (cit in Mello, Barrias & Breda, 2001, p. 16), a alcoolologia é uma disciplina autónoma e serve de instrumento de conhecimento das principais ciências humanas, económicas, jurídicas e médicas, encontrando na sua evolução dinâmica as suas próprias leis. Contudo, com o próprio Pierre Fouquet (1955, cit in Naveillan, 1981.), o conceito de alcoolismo, a sua patogenia, classificação nosográfica, seus fundamentos, sua realidade, continuam a ser noções pouco claras, acrescentando Fouquet a noção de tipos de alcoolismo: alcoolites, alcoolose e somalcooloses” para ilustrar esta pouca clareza.

A definição mais comum para o alcoolismo refere-se essencialmente aos efeitos nefastos causados por um consumo excessivo e prolongado, que determina o estado de dependência do álcool na pessoa, que contribui para uma complexidade de consequências de perturbações em diversas áreas: de saúde física, psicológica e social. Tendo em conta que esta definição abrange mais os aspetos relacionados com o indivíduo, e não como o indivíduo na sua complexidade coletiva, é igualmente pertinente referir as consequências drásticas relacionadas com o álcool: a criminalidade, a patologia laboral, perturbações familiares e, substancialmente, o efeito nas crianças nomeadamente em fases gestação, aleitamento e no desenvolvimento escolar.

Jellinek, por volta de 1940 (cit in Roizen, 2000), na escola americana, agrupou vários profissionais na tentativa de perceber toda a complexidade do problema do álcool ao nível dos seus efeitos, interações de força e condutor da sua origem. Conseguindo, assim, pela primeira vez, ter a colaboração e apoios de médicos, sociólogos, juristas e economistas. Posto isto, é na escola americana que surge um novo conceito do alcoolismo, como interdisciplinar. Em 1960, Jellinek, fruto da compreensão progressiva do alcoolismo traçou diversos perfis, em função da perda de controlo e incapacidade de abstinência, tendo descrito cinco tipos de alcoolismo, embora reconhecendo não existir um tipo puro, podendo no mesmo indivíduo ser identificados simultaneamente dois ou mais tipos de alcoolismo. Refere-se ao Tipo 1 ou alcoolismo Alfa, em que o indivíduo tem um grave problema psicológico, tal como depressão ou ansiedade, e bebe excessivamente para tentar ultrapassá-lo; Tipo 2, ou alcoolismo Beta, em que o indivíduo não criou necessariamente uma dependência em relação ao álcool, mas o facto de beber continuamente acarreta-lhe uma deterioração física ou mental causando, por exemplo, cirrose ou demência. Os frequentadores e proprietários de bares são particularmente propensos a este tipo de alcoolismo. O aspeto mais característico do tipo 3 (alcoolismo Gama) reside

no facto de o indivíduo conseguir manter-se sem beber durante longos períodos. Contudo, uma vez que comece a beber, torna-se-lhe difícil ou impossível parar, e o «copo ou dois» que eventualmente estabeleceu como limite transforma-se em muitos (ausência de controle). Além disso, os períodos de abstinência são pouco frequentes e encurtam-se progressivamente. No tipo 4 (alcoolismo Delta) o indivíduo nunca fica verdadeiramente embriagado, mas ingere continuamente álcool em pequenas quantidades e durante todo o dia, não conseguindo libertar-se deste hábito. Este padrão é mais vulgar nos países onde se consome muito vinho, como em Portugal, onde a legislação relativa à venda de bebidas alcoólicas é bastante liberal e a tolerância social é grande.

No tipo 5 (alcoolismo Épsilon), anteriormente conhecido por dipsomania, o alcoólico deste tipo apenas ingere álcool periodicamente, mas só fica satisfeito quando perde o controlo de si mesmo, podendo mesmo ficar inconsciente. Contrariamente ao alcoólico Gama, que se encontra embriagado a maior parte do tempo, o alcoólico Épsilon está geralmente sóbrio.

Alguns profissionais de saúde, com base na clínica e nos resultados dos estudos epidemiológicos acerca das tipologias dos comportamentos do álcool, distinguem os comportamentos alcoólicos primários dos comportamentos alcoólicos secundários, relacionada com o surgimento da perturbação mental associada. O alcoolismo primário configura os comportamentos de perturbação associados ao início do consumo descontrolado de álcool; as perturbações psiquiátricas associadas ao alcoolismo são consideradas secundárias ao comportamento alcoólico. Já o alcoolismo secundário inclui a concomitância do comportamento alcoólico e de perturbação psiquiátrica, isto é, antes do início do abuso das bebidas alcoólicas ou em situações de dependência, e independentemente do sujeito apresentar períodos de abstinência prolongada, a perturbação existe (Magnan, 1983, cit. in Adès & Lejoyeux, 1997).

Os estudos epidemiológicos genéticos serviram de suporte para o desenvolvimento das tipologias dos comportamentos de pais alcoólicos (Cloninger et al., 1981; Goodwin, 1978). Com a base na teoria da biologia comportamental, Cloninger e seus colaboradores (1988) destacam a existência de dimensões da personalidade que indiciam propensão para o alcoolismo: a procura de novidade, o evitamento do perigo e a dependência da recompensa.

Quanto aos comportamentos alcoólicos crónicos, cerca de 55% dos homens apresentam um consumo inócuo em relação ao álcool, muitos deles tendem a beber em cafés, bares, em conjunto com grupo de amigos. Uma outra situação está relacionada com o tipo de profissão propensa à designada alcoolização de negócios (Adès & Lejoyeux, 1997). Note-se como tipologias diferentes se cruzam, como seja o caso desta e da de Jelinek. De facto, um tipo frequente é o de um consumo diário, não apresentando os bebedores sentimentos de remorso em relação à quantidade ingerida e raramente ficam num estado de embriaguez, bebem por puro prazer e/ou muitas das vezes em função da profissão, nas relações públicas (negócios) e em convívios sociais.

Por outro lado, há estudos que evidenciam a relação entre sobrecarga de trabalho e quantidade de álcool ingerido.

Em relação às consumidoras, não se equipara o padrão de bebida com o sexo masculino, nem quanto à indução ao consumo, designadamente, em contexto profissional; as pessoas do sexo feminino mais inseguras em relação ao futuro tendem a beber mais. Os comportamentos alcoólicos crónicos originam perturbações psiquiátricas e, em muitos dos casos, verifica-se um consumo solitário encobrindo os sentimentos de culpa; as mulheres procuram o álcool para minimizar os seus estados emocionais da depressão.

Relativamente aos comportamentos alcoólicos intermitentes, de uma forma geral, os sujeitos ingerem bebidas alcoólicas até à embriaguez e, em muitos casos, entram em coma alternando com momentos de abstinência durante longos períodos.

### **1.1.2. Critérios de Diagnóstico**

O alcoolismo é um problema de saúde pública, não só nacional mas mundial. A vasta literatura sobre o sujeito e o álcool remete-nos para uma noção acerca dos contingentes do alcoolismo, e como se tornam as pessoas alcoólicas. As repercussões prejudiciais a vários níveis, como: na saúde física, psicológica, familiar, social (meio envolvente) e economia, chamam a atenção para a melhor compreensão acerca do enigma do alcoolismo.

A temática mais profunda sobre o desenvolvimento da metamorfose do alcoólico insere-se nos critérios de diagnósticos que acentuam um parecer mais exato dentro dos parâmetros identificáveis da síndrome de alcoologia. Um diagnóstico precoce poderia funcionar como um processo de intervenção contra o alcoolismo. Claro que muitos dos estudiosos (OMS, 1980) têm esses critérios iminentes mas deparam-se com vários obstáculos tais como: escassez de análise conceptual do alcoolismo e do alcoólico; abordagem multidisciplinar inerente ao fenómeno, que tende a afetar a pessoa na sua globalidade; a diversidade dos critérios de diagnóstico de um país para outro; os hábitos e os comportamentos face às bebidas variam em função do fundo cultural e social de cada sociedade.

Alguns autores (e.g., Amaral & Malbergier, 2004; Gomes-Pedro & Fernandes, sd), à luz de recomendações dos representantes dos Governos dos Estados-Membros (1986) enunciam o diagnóstico precoce como uma possibilidade de prevenção, sobre os sujeitos que demonstram comportamentos suspeitos de risco em relação ao álcool. A emergência de uma conjuntura de fatores de risco pode e deve ser diagnosticada previamente à prevalência do álcool nos sujeitos que apresentam os seguintes sinais: tentativa de suicídio, homicídios, comportamentos antissociais; acidentes relacionados com o trabalho; história familiar alcoólica; história familiar de abstinência absoluta quando na mudança de ambiente social que permita com facilidade a ingestão de bebidas alcoólicas.

O clínico geral (médico de família) é uma mais-valia na apreciação da saúde do seu paciente quando este apresenta alguns dos critérios anteriores descritos, ou na presença de consumo excessivo de bebidas alcoólicas o médico pode encaminhar o paciente para o ambulatório ou, em casos mais

graves, ao internamento nas instituições de desintoxicação.

Psiquiatras, ligados a estudos acerca do alcoolismo, durante uma dezena de anos, tentaram criar um diagnóstico e classificação nosológica, seguindo as perturbações dos sujeitos com problemas de álcool. As perturbações estão incluídas nas classificações dos manuais tais como o manual de Classificação Internacional de Doenças (CID), convocada pela Organização Mundial de Saúde, e Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM, 1994) da Associação Psiquiátrica Americana.

A dependência do álcool é definida no IV Manual Diagnóstico Estatístico (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria (1994, p. 197-199), como a repetição de problemas decorrentes do uso do álcool em, pelo menos, três das sete áreas de funcionamento, ocorrendo conjuntamente, em um período mínimo de doze meses.

Ênfase especial é atribuída à tolerância e/ou aos sintomas de abstinência, condições associadas a um curso clínico de maior gravidade. A dependência ocorre em homens e mulheres de todas as raças e classes socioeconômicas. A Tabela 1 mostra um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos critérios expostos, ocorrendo a qualquer momento no período de 12 meses.

---

**Tabela 1: Critério para dependência de álcool – DSM-IV**

---

Tolerância: definida por qualquer um dos seguintes aspetos:

- Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;
- Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

Abstinência: manifestada por qualquer um dos seguintes aspetos:

- Síndrome de abstinência característica para a substância. Consultar os critérios A e B dos conjuntos de critérios para abstinência das substâncias específicas;
- A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por período mais longo que o pretendido.

Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.

Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.

Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (p.ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo dessa substância).

---

O diagnóstico prediz um curso de problemas recorrentes oriundos do uso do álcool e um consequente encurtamento da vida em uma década ou mais. Quando a dependência ao álcool estiver ausente, o sujeito pode receber o diagnóstico de abuso se apresentar problemas repetidos decorrentes do uso do álcool em pelo menos uma das quatro áreas relacionadas ao viver, isto é, nas esferas social, interpessoal e legal, e problemas ocupacionais ou persistência do uso em situações perigosas como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2: Critério para abuso do álcool – DSM-IV

A. Um padrão mal adaptativo de uso de substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes aspectos, e ocorrendo em um período de 12 meses:

- (1) Uso recorrente da substância, resultando em fracasso no cumprimento de obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou fraco desempenho ocupacional; ausências, suspensões ou expulsões da escola; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).
- (2) Uso recorrente da substância em situações em que o uso representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância).
- (3) Problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções por conduta desordeira).
- (4) Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das consequências da intoxicação ou lutas corporais).

B. Os sintomas jamais satisfizeram os critérios para dependência de substância para esta classe de substância.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o alcoolismo na Classificação Internacional de Doença (CID9) e igualmente na CID10, relacionando mais de treze diagnósticos.

Na CID9 podemos encontrar várias situações de diagnóstico desde a definição do alcoólico crônico, casualmente ao estado de psicose. Quanto ao critério de diagnóstico dos manuais de Classificação dos Distúrbios Mentais DSM-IV (APA) em relação à intoxicação por álcool, esta está sinalizada como:

1. Ingestão recente de álcool.
2. Comportamento significativamente desajustado ou alterações psicológicas (comportamentos sexual desajustado, agressividade, labilidade de humor, perturbações do discernimento, diminuição do funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolve durante ou após a ingestão de álcool.
3. Um (ou mais) dos sinais manifestados durante ou pouco depois da ingestão de álcool;
  - Discurso titubeante e confuso

- Descoordenação
  - Marcha instável
  - Nistagmo
  - Perturbação da atenção ou da memória
  - Estupor ou coma
4. Os sintomas não se devem a nenhuma patologia orgânica nem a outras perturbações mentais

O diagnóstico da síndrome de alcoologia pode ser identificado através de uma gama de critérios informativos, como já foi referido anteriormente, mas podemos salientar outros critérios que vão enriquecer, ou melhor, complementar o diagnóstico de dependência alcoólica.

Exames que são realizados em meio laboratorial dão a possibilidade de demarcar a presença de tipos de intoxicações. O exame para determinação do tipo de intoxicação alcoólica aguda, o mais utilizado é o método da cromatografia gasosa, de redução do dicromato de potássio e na dosagem das enzimas que são identificadas no exame de sangue, e ainda um outro método usado é o dicromato base de alcootest de Draeger; de galvanometria de cromatografia que vai ditar a concentração do álcool no organismo, através da respiração, na concentração do álcool no ar expirado que apresentam 2000 vezes inferior à da circulação do sangue. O exame da urina também é bom marcador da concentração de álcool que circula no organismo. Quanto a intoxicação crónica, pode ser determinada com base de alteração das funções biológicas e bioquímicas (indicam o estado atual do consumo bem como a abstinência), como aparecimento de outras patologias.

O exame de diagnóstico laboratorial pode detetar a impregnação intoxicação crónica segundo os exames de gama-glutamyltranspeptidase (y-GT) <sup>1</sup> a enzima intervém no processo de doseamento, o valor normais situam-se entre 6-20 U.I no sexo masculino e entre os 4-18 no sexo feminino, em caso de sujeitos alcoólicos o valor marcado é superior a 40U.I. Um outro exame laboratorial, mais usual nos alcoólicos crónicos, é o Volume Globular Médio (VGM), já que acerca 70% dos alcoólicos crónicos apresentam um aumento. Deduz-se que macrocitose resulta da carência de folatos, provocado pela ação do etanol que bloqueia metabólico que é utilizado nos folatos. O uso combinado de Lipoproteínas de Alta Densidade (HDL) e y-GT., tem capacidade diagnosticar cerca de 95% dos casos de alcoolismo crónico.

O processo de avaliações diferenciais no diagnóstico de alcoologia auxilia na planificação do tratamento. É importante salientar a conveniência da presença da família e amigos em todo o processo de tratamento. Não se preveem idades para o consumo exagerado de álcool, sendo mais incidentes os estudos acerca de jovens e adultos. Os sujeitos cujo consumo transformou as suas vidas num sentido de dificuldades várias podem ser encaminhados para serviços de apoio, desintoxicação sendo, usualmente, os tratamentos orientados e acompanhados por pessoal médico, clínicos, psiquiatras e em

---

<sup>1</sup> (y-GT) enzima de indução microssómica, que catalisa a transferência do grupo gama-glutamyl a partir dos gama-glutamyl-peptídeos e aminoácidos

hospitais. Uma alternativa consiste nos serviços em regime de ambulatório é menos estigmatizado e restritivo do que um regime de desintoxicação em centros hospitalares. Estes casos são para sujeitos que apresentam uma situação mais grave tais como deterioração física, com sequelas de destruturação familiar ou, ainda, com outros problemas que puderam influenciar negativamente o tratamento (Echeburua et al., 2002).

No regime de hospitalização parcial há a possibilidade de, com mais tempo, ir treinando o indivíduo no sentido de identificar e reconhecer as situações que constituem um risco, no desenvolvimento de estratégias e de competências de resolução dessas situações (McCrary, Dean, Dubreuil, & Swanson, 1985, p. 227). O tratamento em regime de hospitalização parcial apresenta grandes vantagens, o sujeito começa por ter o autorreconhecimento nos processos comportamentais da sua mudança e adquirir estratégias para confirmar essa mudança, ou seja, este tipo de tratamento fornece meios de como ganhar competências para poderem circundar as situações de recaídas. A percepção que o sujeito tem de si é a capacidade de autocontrolo face à bebida depois do período de desintoxicação. É evidente que a recaída é um acontecimento expectável, uma vez que o sujeito está numa fase frágil da recuperação. Uma outra vantagem do tratamento que não submete o sujeito a um internamento, é poder estar em contacto com os seus familiares e o seu meio social e deslocar-se a casa diariamente. Uma das desvantagens apontada por Secades e Fernández (2001) em relação ao tratamento de regime de hospitalização parcial é que os sujeitos sofrem de situações ansiogénicas que podem influenciar negativamente o tratamento ou vulnerabilizar para a recaída no consumo de bebidas com álcool.

Relativamente às classificações das **tipologias** acerca do alcoólico desenvolvidas por Cloninger (1988), reportam a dois tipos:

As de Tipo I têm um início tardio, depois dos 20 anos, e a evolução é lenta, os fatores de risco genéticos são pouco significativos (influências genética de pais alcoólicos), dando maior ênfase ao meio disfuncional na infância ao nível do seu desenvolvimento, onde o indivíduo sofreu carências afetivas, separações precoces, instabilidade familiar; é assinalado o tipo de personalidade pouco patogénica na fragilidade do “Eu”, baixo nível de procura da novidade e possui um nível eminente de evitamento de perigo e de dependência da recompensa. O alcoólico do tipo I é indiferenciável em função do sexo.

São características do alcoólico de Tipo II: exclusivamente do sexo masculino, com um início precoce antes dos 20 anos, a evolução é muito lenta até à dependência, associa-se a comportamentos antissociais e toxicomanias; integra fatores de risco: genético (pai dependente/alcoólico) e neuropsicológicos relativamente à síndrome de hiperatividade, perturbação de défice da atenção na infância. O fator ambiental é limitado devido aos comportamentos antissociais, tem um elevado nível de procura da novidade contrapondo o baixo nível de evitamento do perigo e da dependência da recompensa “ (...) homens com pai alcoólico do Tipo II, o risco de desenvolvimento de alcoolismo é multiplicado por nove. Em contrapartida,

no caso das raparigas com pai alcoólico do Tipo II, o risco não é maior do que dos sujeitos de controlo” (Cloninger, 1988, p. 55).

Babor et al.(1992) desenvolveram uma tipologia, com base em características abstraídas de uma análise fatorial numa amostra de 321 alcoólicos tratados, em função de um conjunto de indicadores como: risco pré-mórbido e a vulnerabilidade, a gravidade da dependência, os problemas ligados ao álcool e a psicopatologia associada. Resultaram do estudo dois tipos de doentes alcoólicos:

O Tipo A é designado para os pacientes de ambulatórios que evidenciam comumente: início tardio, depois dos 20 anos, a evolução é lenta, apresentam fraca frequência de psicopatologia associada, mostram ter um melhor diagnóstico, apontam para uma menor frequência tanto nas complicações como nos fatores de risco na infância.

O Tipo B engloba os pacientes que apresentam necessidades de hospitalização devido à gravidade exibida nos diagnósticos, têm um início precoce, existe uma maior evidência nos problemas ligados ao alcoolismo por parte dos pais, apresentam maior frequência das toxicomanias associadas, demonstram ter graus elevados de dependência e de comorbilidade psicopatológica, apresentam fatores de risco acentuados na infância, nomeadamente nos comportamentos agressivos e impulsivos.

## 1.2 Etiologia

Ao longo dos tempos, muitos estudos etiológicos foram direcionados para a identificação das causas que induzem as pessoas a beberem de forma compulsiva. Muitos estudiosos que se debruçaram sobre esta temática nunca chegaram a um consenso. No entanto, segundo os resultados das inúmeras investigações, chegaram à conclusão que os fatores mais integrantes como meios influentes são os fatores internos (individuais em relação ao nível dos efeitos que o álcool origina na saúde física/ psicológica), os fatores externos (comportamentos mal adaptativos nas interrelações), os genético-farmacológicos e os ambientais. Estudos com gémeos monozigóticos mostram uma consonância em relação ao transtorno do álcool comparativamente aos irmãos não gémeos. Face a estas teorias, o fator genético pode ser visto como bom preditor influente do consumo excessivo das bebidas alcoólicas.

Alguns autores defendem que os fatores genéticos estabelecem uma dinâmica propensa com o sistema de modelos e condicionantes externas. Miller (1971) defendia que os fatores ambientais e genéticos condicionam em parcelas semelhantes a dependência do álcool, afirmando que os fatores genéticos não podem por si só conduzir à dependência alcoólica. Mesmo quando um sujeito tenha uma predisposição genética, tem de estar regularmente exposto ao álcool para se tornar eventualmente alcoólico (cf. Hawkins et al., 1992).

Contudo, os estudos acerca dos fatores mais propensos a induzir o consumo de álcool de forma mais exagerada, desenvolvidos por National Institute Alcohol Abuse and Alcoholism (2006) remetem-nos para uma variada dimensão dando ênfase a quatro fatores: o fator sexo, diz respeito à diferenciação entre os sexos em que chamam atenção da discrepância do

consumo de bebidas alcoólicas entre o homem e a mulher, outros fatores evidenciados, estão relacionados com as vivências e das experiências dos jovens no mundo académico e dos serviços militares enfatizando assim o ponto crucial do aumento do consumo entre estes e por último, caracterizam os traços de personalidade que consideram mais vulneráveis para hábitos de consumo a impulsividade, a busca do prazer e a novidade são grandes vetores para adquirir comportamentos ligados ao álcool

### 1.2.1 Co-morbilidade e mortalidade nos alcoólicos

Segundo a OMS (1999, cit. in Mello et al. 2001), os dados informativos estatísticos acerca da co-morbilidade e mortalidade ligados ao álcool são bastante escassos, embora o álcool surja como grande potencial fator de causas que colocam o sujeito em situações de perigo como o traumatismo associado a acidentes rodoviários, violências, suicídios e doenças crónicas.

Ezzati et al. (2002) referem que no ano 1999, num cálculo mundial, faleceram cerca de 750 mil pessoas devido ao consumo de álcool, e que 80% das mortes ocorridas acentua-se mais em regiões do mundo em vias de desenvolvimento. De acordo com o estudo *European Comparative Alcohol Study* (Österberg & Karlsson, 2002), o aumento do consumo de álcool pode ter consequências mortais, sendo a mais destacada a mortalidade por cirrose, em seguida a psicose alcoólica, os acidentes e os homicídios. Em países da Europa do Norte existe uma maior prevalência para o aumento relativamente da mortalidade por suicídios. Leifman (2002) define estes acontecimentos como o resultado do padrão cultural face ao padrão do consumo de álcool e os efeitos que o álcool produz à saúde.

Segundo Church (2000), nos Estados Unidos do Norte parece existir uma maior predominância de consumo de bebidas alcoólicas em idades compreendidas entre os 18 e 44 anos e calcula-se que cerca de 25% a 40% de sujeitos internados nos hospitais tenham problemas ligados à dependência alcoólica. Conforme os dados referidos por Ashworth (1997), no Reino Unido, 33.000 dos falecimentos estão associados ao consumo exagerado do álcool. Leon (1997) e Mckee (1998) consideram que a diminuição de esperança de vida no sexo masculino soviético está associada ao consumo de bebidas alcoólicas, salientando um ponto bastante importante que algumas das bebidas são caseiras e, sendo assim, mais difícil é o controlo das vendas de bebidas alcoólicas o que dificulta o cálculo do aumento do consumo *per capita*

No que diz respeito a Portugal, os dados fornecidos pela rede Sentinela, em 1997, calcula-se em 15,5 por 1.000 (27,7 por 1.000 para os homens e 4,9 por 1.000 para as mulheres) a prevalência de problemas ligados com o álcool de sujeitos com idades superiores a 14 anos que se encontravam inscritos nas listas do sistema informático dos centros de saúde (Monsanto, 1997). Comparativamente com o resto dos países europeus, Portugal encontra-se no top da liderança em relação a acidentes rodoviários com uma taxa elevada de mortalidade nomeadamente de jovens (OMS, 2003). Marinho (2001) revela que nos estudos realizados nesse âmbito cerca de 40% dos falecidos por acidentes de aviação tinha vestígios

de álcool no sangue, com níveis de etanol encontrados no sangue entre 0,2g/L e 0,5 g/L, e que 24,4% a 18,6% das vítimas de acidentes encontravam-se internadas nos Serviços de Urgências Hospitalares em Lisboa (Matias Dias, 2003).

A mortalidade devido a doença hepática alcoólica em Portugal regista valores superiores aos da média, em ambos os sexos, dos países europeus. Em 2001 o relatório do Alto-comissário para a Saúde revela que entre 1996 e 1999 se registou um decréscimo em relação à mortalidade causada por doença hepática crónica e por cirrose hepática. A redução da taxa de mortalidade foi de 3,9 óbitos por cem mil pessoas, por ano, no sexo masculino e 1,4 óbitos por cem mil pessoas, por ano, no sexo feminino (Direção Geral da Saúde - DGS, 2002).

Mais recentemente, Balsa, Vital e Pascueiro (2011) dão conta de um estudo da prevalência e padrões de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal, entre 2001 e 2007, registando-se tendência para os aumentos de consumo irregular mas diminuição dos consumos abusivos regulares.

Os efeitos do álcool podem induzir o sujeito a cometer crimes, além dos prejuízos na saúde física, mental e disfuncionamentos aos diversos níveis da pessoa no seu ambiente (Johnson et al., 1995).

Mais imediatos são os efeitos no indivíduo.

O resultado de uma ressonância magnética encefálica pode comprovar a alteração que o álcool provoca no cérebro. Este sofre uma redução, pode apresentar sinais evidentes de uma maior parte branca, que pode estar distribuída por toda a cavidade, contendo brechas pela superfície, onde se prevê o encolhimento do cérebro. Os músculos são igualmente afetados, começam por ficar flácidos e tendem a gerar câibras que, com o tempo, provocam sensações de dormências e de picadelas. Devendo-se este tipo de lesão à falta de vitaminas, nomeadamente a vitaminas B. A doença cirrose hepática é uma das doenças mais associadas aos alcoólicos. É vista como a primeira causa de morte dentro do grupo alcoólicos. O fígado é o órgão, responsável na eliminação das toxinas que ingerimos, quando este órgão começa a sofrer lesões, o organismo começa a dar os primeiros sinais: cansaço, falta de apetite e, em alguns casos o sujeito apresenta um tom de pele amarelado. O fígado perde a tenacidade que vai impossibilitar a circulação do sangue no mesmo. A medicina prevê uma melhoria significativa de 90% para o sujeito que abandona definitivamente o álcool e a morte precoce para os sujeitos que não se libertam do álcool.

No sistema digestivo, o álcool provoca uma irritação no estômago, originando vômitos ou hemorragias e, ao longo do tempo, é responsável pelo aparecimento das úlceras. O álcool também causa disfuncionamento a nível intestinal, muitas das vitaminas deixam de ser absorvidas pelo órgão, deixando limitado o funcionamento imunitário, tornando estes sujeitos mais suscetíveis a várias complicações de saúde física e psicológica. O coração de um sujeito alcoólico apresenta batimentos irregulares como taquicardias, tensão arterial e acidentes cardiovasculares. É um mito pensar que o álcool pode aumentar a capacidade sexual, no caso do sexo masculino o álcool tende a reduzir os níveis hormonais, o que induz a redução do desejo sexual, e a aumentar a probabilidade de se tornar estéril. Nos sujeitos que por norma

têm um excessivo consumo de álcool, tende a aparecer manchas na pele e, caso já tenham algum disfunção no fígado, é provável que surjam pequenas ramificações vermelhas no rosto. Por norma, os consumidores excessivos de álcool tendem a perder peso, uma vez que quando bebem demasiado tendem a perder o apetite, outros continuam a comer normalmente, ganhando peso mas sobre avitaminose.

### **1.2.2. Aspetos epidemiológicos de problemas ligados ao álcool**

Os estudos epidemiológicos (saúde, fatores relacionados com a perturbação de um equilíbrio instável e da população) relacionam consequências do consumo do álcool, que permitem uma visão mais sintetizada na compreensão de toda a conjuntura problemática de fatores condicionantes relacionados com alcoologia.

Estes estudos, recolhendo informações mais ou menos precisas, possibilitam dados acerca da gravidade da alcoolização numa escala mais alargada da população em geral, e sobre os inconvenientes que o álcool constitui na vida dos sujeitos que se apresentam mais frágeis na prática de consumo exagerado.

O dinamismo patogénico recai em dois fatores: fatores socioculturais onde está patente as relações dos costumes, tradições, mitos e conceitos transgeracionais, marcando, assim, as rotinas, atitudes e comportamentos face ao álcool; e fabricantes industriais e/ou caseiros de bebidas alcoólicas instalam precocemente o álcool no seio familiar.

Lucília Mercês Mello, José Barrias e João Breda, (2001) ditam que por média, 10% da população portuguesa apresenta profundas incapacidades ligadas ao álcool, 15 a 25% dos sujeitos tornam-se abstinente ou não adquirem um padrão habitual de consumo exagerado do álcool e cerca de 60% dos bebedores são adultos (percentagem que pode não ser muito exata uma vez que muitos bebedores excessivos não são identificados).

Supostamente, muitas das instituições de desintoxicação deveriam dar informações ao Instituto Nacional de Estatísticas (INE), ligados à área de saúde acerca de quadros patológicos dos seus pacientes alcoólicos. Tendo em conta que não disponibilizam esses dados informativos, colocam em causa a autenticidade de avaliações realizadas pelo INE, acerca dos efeitos reais dos problemas ligados ao álcool em Portugal.

Contudo, mesmo na presença de lacunas de dados atualizados por algumas instituições, os estudos epidemiológicos, prosseguem no esforço de obter informações relevantes na perspetiva da saúde pública. O método epidemiológico demonstra ser bastante vantajoso, uma vez que identifica multicausalidades de doenças ressaltando, assim, uma intervenção preventiva ligada aos problemas de álcool.

Os estudos epidemiológicos remetem para três tipos de aspetos essenciais que estão correlacionados com a saúde, fatores intervenientes às perturbações e homeostases de uma população: Incidência, prevalência, morbidade e mortalidade e o quadro clínico relativamente à doença alcoólica; Fatores socioculturais e constitucionais; No âmbito populacional é necessário ter a perceção de quem e quantas pessoas adoecem devido ao consumo de álcool de forma excessiva, saber igualmente o padrão de idade e

do sexo, as localidades, as profissões e grupos considerados vulneráveis.

O fator Inteligência não está associado à tendência de beber, não colocando em causa o estatuto de alta/baixa inteligência, que não está correlacionada ao consumo exagerado. “a inteligência não impede ninguém a se tornar dependente do álcool: escritores, advogados, médicos e professores são tão vulneráveis como o resto de nós” (Chick et al., 1988, p. 24).

O cálculo do consumo de álcool e de bebidas alcoólicas é medido segundo o nível populacional *per capita*, que consiste no valor total de bebidas consumidas num determinado país. Realiza-se uma estimativa com bases estatísticas acerca da produção e das vendas das diferentes bebidas alcoólicas e dos produtos exportados e importados, excluindo. No entanto, há ainda toda a produção caseira, de fabrico de bebidas alcoólicas, produtos que não declarados e as bebidas trazidas por turistas e por eles consumidas.

Uma das desvantagens do consumo *per capita*, é que não fornecer os dados do consumo exato e atuais; uma das vantagens é que permiti a recolha de informação acerca da estimativa do consumo global do álcool etílico, isto, numa dada população com mais de 15 anos, ou seja, este cálculo dá a noção do consumo médio por habitante de um país

Num estudo realizado em 12 países na União Europeia (s/d), reuniram 2000 sujeitos, com a finalidade de avaliar a estimativa de consumo de bebidas alcoólicas. O resultado da estimativa indica que Portugal encontra-se no terceiro lugar, sendo um dos países europeus com um número maior de consumistas, apresentando um resultado de 10,8L de álcool puro *per capita*.

Em Portugal, desde 1970, registou-se um aumento de 10% de consumo, apresentando-se naquele ano em quarto lugar a nível mundial com 50L por pessoa.

Entre 1970 a 2000, a cerveja (bebida fermentada), apresentou um aumento considerável de 390%. Em Portugal (2000), cada português consumiu acerca 65,3L de cerveja, as bebidas consideradas destiladas apresenta um acréscimo de 180%. Dentro desta conjuntura é notório a redução do consumo de vinho nas últimas décadas e quanto a cerveja e as bebidas destiladas apresentam um incremento bastante elevado.

Se pensarmos ao nível de gasto monetário, podemos averiguar que cada português em média gasta 150 euros por ano em bebidas alcoólicas, um valor superior ao gasto de produtos alimentares. Em 1995, calculou-se que os sujeitos considerados alcoólicos gastariam em média 300 contos, ou seja, 1500 euros.

Em suma, o consumo *per capita* possibilita ter um conhecimento de uma estimativa global do consumo de bebidas alcoólicas, mas é importante a recolha de mais informações que possam servir de suporte, como os inquéritos que avaliam o consumo de álcool.

### **1.2.3. Fatores individuais subjacentes a comportamentos de adição**

Muitos são os estudos que tentam explicar as causas que levam os sujeitos a beberem bebidas alcoólicas de forma exagerada até se tornarem alcoólicos. A biologia proporciona-nos uma visão relativamente à teoria

baseada nos predisponentes genéticos, segundo defende Secades (2001) quanto aos predisponentes inatos para a adição. Schuckit, (1989) defende a ideia de que o álcool contém substâncias que produzem sensações de alívio em estados de hipoglicemia congênita entre outras dores físicas. Apesar do esforço de vários estudiosos no campo da biologia não se consegue explicar a relação do desenvolvimento do alcoólico e os comportamentos complexos.

Por sua vez, o modelo Biopsicossocial é multifatorial, dando uma maior abertura à dimensão explicativa do comportamento do aditivo álcool. Ewing (s/d), adaptado por Secades (2001), descreve três fatores influentes do uso e o abuso do álcool e alcoolismo. Os três fatores são: fatores biológicos (predisposição, vulnerabilidade genética, metabolismo e sensibilidade), fatores psicológicos (perturbações de personalidade, estados emocionais negativos e reduzidas competências: modelos familiares negativos, expectativas positivas em relação ao álcool) e fatores sociais: macro situação (atitude social pró-alcoólico, meios de comunicação) e micro situação (pressão social, desfavorecimento social).

Os estudos incidiram sobre a população em geral e, sobretudo, nas camadas mais jovens, estudantes (essencialmente, do ensino secundário), tanto do sexo feminino como do masculino. Não podemos deixar de ter em consideração que os comportamentos juvenis de procura de novas sensações e novas formas de desafio podem propiciar futuros comportamentos de dependência. Os fatores da procura de perigo e aventura e desinibição, são os mais característicos no sexo masculino, quanto no sexo feminino está mais latente o fator da desinibição. A intolerância à frustração e a suscetibilidade ao tédio, incita à procura de experiências que conduz à embriaguez, e por sua vez à repetição frequente dos indivíduos.

De alguma forma, a tese de Cloninger (1988) é corroborada, já que refere a existência de três dimensões da personalidade vulneráveis ao álcool: a procura da novidade; a fuga ao perigo; e a dependência da recompensa.

Todos estes modelos de tentativas de encontrar fatores psicológicos que determinem os comportamentos dependentes de intoxicação, revelam a sua importância no âmbito de se conseguir realizar uma aproximação, com o intuito de no processo de tratamento de desintoxicação ser possível delinear alternativas que conduzam a outros focos de interesse. É impossível pensar num processo de cura eficaz, que seja única e exclusivamente física.

#### **1.2.4 Fatores de risco social e familiar**

Alarcão (2003), num dos seus estudos de pesquisa sobre o álcool, defende que o uso e abuso do álcool não é só um problema individual, é também um problema familiar ou social.

Na década de sessenta, nas grandes cidades às horas das refeições, por hábito, existiam dois tipos de bebidas: a água para as crianças e o vinho para os homens, as mulheres ora bebiam água, ora também era-lhes permitido um copo de vinho. O vinho nesta altura tinha uma particularidade de excelência, nos grandes eventos familiares e sociais, os homens adultos ficavam mal vistos, se não consumissem vinho. Por estas razões, o saber beber vinho era passado de geração a geração. O vinho era uma bebida clássica e educativa,

ou seja, era necessário saber e ter conhecimento dos tipos de copos de vinho, o copo de vinho tinto combinava com os pratos confeccionados de carne, enquanto aos pratos de peixe e aves era o vinho branco. Estes requisitos finos eram induzidos nos mais jovens no final da adolescência; pais e avós em épocas festivas deixavam-nos beber sempre um pouco, o que implicaria que ganhassem uma certa experiência de conhecimentos sobre os tipos de vinhos relativamente aos tipos de pratos para dar uma imagem de uma aparência requintada. Nas aldeias o panorama e a necessidade eram bem distintos das grandes cidades, não havia diferenças de copos, a “malga de sopa” tinha multi-usos: servia para a sopa, bem como para o vinho. A necessidade e a função também tinha o seu ponto de desigualdade dos aldeões para os cidadãos: o vinho era a fonte de aquecimento e visto como um suplemento de energia.

Após o 25 de Abril, novos horizontes rasgam e ofuscam as velhas tradições, a classe média adquire novos hábitos de consumo com um vasto leque de novas bebidas, como os refrigerantes, a coca-cola, os sumos diversos (laranja, limão, entre outros) e a cerveja, que comprometeu o consumo da água e do vinho. As crianças e os jovens substituem a água pela coca-cola e pelos sumos, o consumo é justificado pela necessidade de vitaminas que fazem bem à saúde, a água é vista como remédio. Os pais tentam não impor o consumo da água, mas, de uma forma singela, tentam “incorporar” água nas horas das refeições.

O vinho por sua vez perde seu estatuto de complemento de realçar o paladar das refeições, que pode ser trocado por outro líquido exceto a água. O vinho é consumido em grupo social sem a presença dos familiares e fora das refeições. A cerveja talvez seja a bebida mais habitual na mesa do que o vinho. E assim perde-se a ritual do transgeracional do ensinamento do paladar do vinho (branco ou tinto) e o seu prato acompanhante.

Outra perspectiva que tenta compreender o que leva os sujeitos a tornarem-se alcoólicos é a social. Secades (2001) é um dos que defendem a teoria baseada na aprendizagem social, que se centra nos processos de observação e na reprodução do comportamento conforme os processos mentais de decisão do sujeito. Durante o séc. XX, a publicidade das bebidas alcoólicas entram por várias vias de comunicação, através das publicidades de vendas, nos jornais, revistas, rádio e televisão, o que permitia o acesso ao aumento do consumo de bebidas alcoólicas. Bebidas socialmente aceites que trazem consigo prazeres, como poder de sedução (momentos românticos), afirmação pessoal e poder (negócios) e bem-estar (festas), entre outras.

Momentos preocupantes são marcados com as taxas elevadas de acidentes fatais causadas pelo excesso de álcool. Para minimizar esta situação os campos publicitários acrescentavam no final da publicidade das referidas bebidas alcoólicas “beba, mas beba com moderação ” ou então “se vai conduzir, não beba”. Desta forma, a publicidade continua a fazer propaganda ao álcool: o álcool não é perigoso se for consumido de forma moderada, mas não deixe de beber. Nos dias de hoje, o consumo entre a camada mais nova tem aumentado significativamente. Autores franceses, em 1999, apresentaram um estudo acerca da influência publicitária no consumo

de bebidas alcoólicas pelos jovens correlacionando com as publicidades de prevenção do consumo da mesma. O resultado de um estudo realizado oito anos antes, ou seja, em 1992, entre maio e junho, com 1455 estudantes liceais, com a média de idade de 18 anos (idade mínima de 15 anos e a máxima de 22), o objetivo do estudo recai no impacto publicitário como influenciador para o consumo e como prevenção do consumo. Segundo os resultados, a publicidade ao consumo das bebidas alcoólicas tem um maior vetor eficaz do que a publicidade preventiva por 63,7%. Contudo, revelam que a maioria dos jovens (74,5%) tem uma boa aceitação a mais publicidades contra o álcool e 71% proclamam a suspensão publicitaria que influencia o consumo de bebidas alcoólicas.

As escolas são consideradas instituições educativas, educação que é exigida pela sociedade. Deste modo, os professores são vistos como os responsáveis para alertar e prevenir dos perigos que rodeiam as crianças e os jovens. Os professores advertem sobre os vários perigos do tabaco, drogas, aconselhamento e orientação sexual e do álcool, todos estes fatores que podem trazer repercussões nas vidas dos jovens.

Quanto ao tema do álcool, os professores promulgam como um vetor prejudicial para a saúde, e a mesma criança ou jovem, quando estão em casa juntos dos seus familiares, aprendem com os pais o quanto é satisfatório e o prazer de beber. Muitos dos pais induzem as crianças e jovens adolescentes, como tarefas de casa, a irem às lojas mais próximas de casa ou tabernas para comprar o tal garrafão de vinho ou a tal cerveja para a hora das refeições, alguns pais aliciam os filhos a beber os “restinhos que ficam nos seus copos”, ajudando assim a estimular o gosto pelo sabor do vinho, cerveja, vinho do porto, entre outras bebidas, porque “afinal, um pouquinho, não faz mal”, até pelo contrário, faz bem ao coração e à alma. Outras famílias, pelo contrário, aconselham os seus descendentes, alertando-os dos perigos que acarretam as bebidas alcoólicas. A preocupação dos pais como os filhos é quando estes tornarem-se cada vez mais autónomos e independentes seguindo os seus próprios passos, como as saídas com os amigos para bares e discotecas e o ingresso na Universidade, onde os jovens ficam excitados, com o novo estar de vida diferente até agora, com as festas universitárias na integração académica, onde embarcam num mundo de novas experiências do álcool.

#### **1.2.5. Trajetórias de desenvolvimento individual em famílias alcoólicas e famílias não alcoólicas**

O sistema familiar atravessa uma diversidade de estágios, que permite o desenvolvimento e o funcionamento entre os membros da família. Tendo em conta que cada estágio é assinalado por uma transição de estados emocionais, o que pode permitir ou não, o desenvolvimento. A probabilidade de atingir um patamar de sucesso no desenvolvimento e funcionamento entre os membros familiares, nem sempre acontece. Pois o sucesso poderá advir de uma passagem “favorável” de um estágio para outro; caso isso aconteça, significa que no seio familiar encontram-se formas positivas para contornar ou resolver o desequilíbrio momentâneo, alcançando, assim, o equilíbrio. Uma das questões pertinentes acerca dos

estudos relacionados com alcoolismo, é como álcool pode entrar no seio familiar? Os estudos ligados ao álcool tentam desenvolver teorias consistentes, que possam explicar a questão em aberto: a relação entre família e o álcool. Os resultados desses estudos predizem que uma das causas de ingestão de bebidas alcoólicas em demasia, poderá estar relacionada diretamente com situações problemáticas no seio familiar, não devendo ser visto como um problema isolado e individual.

"O alcoolismo é um sintoma do sistema familiar" Bowen (1992) ou seja, no sistema família existe uma grande probabilidade de vivenciar situações de conflitos, o que está na origem da ansiedade entre os membros familiares e o álcool, neste caso e/ou em alguns casos, funciona como anestésico, o que permite aliviar a pressão da ansiedade, mas paradoxalmente o sujeito sofre de ansiedade de voltar a ingerir bebidas alcoólicas, o que provoca um ciclo habitual entre o sujeito e o álcool. "o processo de beber para aliviar a ansiedade em resposta à bebida é um processo espiral." (Bowen, 1992, p. 340).

Na escola de Palo Alto, Beatson, Jackson, Haley e Weakland deram relevância ao fator "modelo de comunicação". Segundo estes autores, a comunicação no seio familiar é bastante valorizada, a disfunção comunicativa entre os membros de uma família pode induzir a experienciar situações de pressão e um dos membros pode ser visto como o "bode expiatório" (por norma, o sujeito alcoólico) da família.

Jackson (1968), segundo este autor, as famílias disfuncionais têm poucas estratégias de *coping* na resolução dos problemas e projetam essa incapacidade para um dos elementos da família e este passa a ser considerado o bode expiatório.

Em contrapartida, Jackson (1968) desenvolveu a teoria que designou como "mecanismo homeostático" em que descreveu num esquema. Este autor enquadrou os dois tipos de sistema de família: a família que é considerada "saudável" e a família "disfuncional".

Na sua teoria, a família considerada "saudável" quando entra numa situação da qual é indicada a "falta de necessidade satisfeita" conduzida para um "desequilíbrio" familiar, irá desencadear uma "tensão familiar" e como a família mostra ter capacidades de formar "alternativa de satisfação às necessidades" encontra o "novo equilíbrio", enquanto a família com um sistema disfuncional acontece o inverso, ou seja, a "falta de necessidades satisfeitas" encaminha para o ponto "desequilíbrio" na família onde instalasse a "tensão familiar" e logo se verifica a "projeção da tensão num dos familiares". Este esquema pode dar a perceção como é a vivência de uma família disfuncional, onde o álcool é o cúmplice do bode expiatório.

A definição de família desenvolvida por Sampaio e Gameiro (1985) (cit. in Alarcão 2006, p. 39) como "um sistema, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações, em contínua relação com o exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estágios de evolução diversificados".

A teoria de Steinglass, David e Berenson (1977), chegou a um consenso acerca dos estudos sobre a relação famílias e álcool, enfatizando os comportamentos alcoólicos na família, tendo em conta três conceitos que o

consideram bastante cruciais, dando assim uma melhor percepção da problemática no seio familiar alcoólica. Relativamente aos conceitos desenvolvidos desenrolam-se em três partes: na primeira parte encontra-se o fator “comportamento internacional”, que faz a referência sobre estados sóbrios e os estádios de intoxicação; o segundo remete para os “padrões de comportamentos “ que induzem ao “estado rígido”; e o terceiro e último conceito destacam o agente “álcool” com condutor da “resolução” de problemas.

No seio familiar, é-nos comum a notícia de acontecimentos de agressões físicas e psicológicas: maus tratos físicos, humilhações, insultos, abusos sexuais, por parte do sexo masculino, ou seja, do pai aquando estão sob o efeito do álcool. Porém, existem casos em que os sujeitos apresentam os mesmos comportamentos que foram descritos anteriormente, mas sem adição de substâncias. Podemos encontrar os mesmos padrões de comportamentos nas mães aquando estas estão dominadas pelo efeito do álcool.

Devemos lembrar-nos que a mulher tem uma conexão com o álcool de numa forma muito subtil, a mulher quando bebe tenta a todo custo suprimir todos os rastros da presença do álcool, começa por escolher a bebida que não deixam odores como a Vodka, e esconde as bebidas em partes menos evidentes da casa que ninguém pensaria que ali estaria uma garrafa de vodka, como nas gavetas da roupa da própria ou do filho (a), por cima de armários, entre a roupa suja, e é cuidadosa quando tem que eliminar as garrafas vazias, não deita em contentores comuns aos vizinhos e as garrafas ficam sempre protegidas por jornais de forma a não chamar atenção de que se trata de uma garrafa. Ao contrário dos comportamentos face ao álcool dos homens que bebem de forma mais abertas tanto em casa como em locais públicos.

Quando o pai é alcoólico, os filhos tendem a ter um papel de protetor, nomeadamente tentarem controlar as bebidas do pai, como misturarem água na bebida, esconderem as bebidas ao pai e, muitas vezes, deitam fora, acreditando, desta forma, numa possível cura. Existem casos de filhos irem buscar o pai alcoolizado aos locais habituais do consumo do pai. Os cúmplices das mães são, sem dúvida, os filhos, são estes os primeiros a aperceberem-se da mudança de comportamentos da mãe antes do marido/pai (só se apercebem da situação, quando ela já se encontra num quadro bastante avançado), não só pela irritabilidade fora de comum, a falta de paciência, a falha das refeições que são substituídas por guloseimas, como bolachas, leite, produtos alimentares que não necessitam de confeção. As crianças são assistentes do seu consumo e é-lhes pedido o segredo entre elas, as estas com o amor à mãe tornam-se os seus cúmplices.

O pai quando descobre que a sua esposa/mãe do seu filho(a) tem problemas com álcool, de forma sistemática, foge ao problema mostrando desinteresse pela família e abandonando assim o filho junto com a mãe, que não tem qualquer capacidade de responsabilidade. Na situação inversa, por norma a mãe não alcoólica tem o papel de vítima e protetora dos filhos. Mas em ambas as situações as crianças adotam os seus comportamentos em função das capacidades dos mecanismos de defesa que tenham

desenvolvido.

Consequências nocivas do consumo álcool excessivo durante a gravidez coloca em causa o crescimento e o desenvolvimento do feto e, por essa razão, muitas das crianças podem a vir a nascer com a síndrome alcoólica fetal (Jones, 1973). Estas crianças apresentam características muito evidentes tais como: malformações congénitas, baixo peso ao nascer, alterações crânios-faciais, atrasos mentais e alterações comportamentais tais como hiperatividade. Futuramente, estas crianças tendem a ter comportamentos antissociais e com maior probabilidade em envolverem-se em “vícios” como o álcool e/ou drogas.

### **1.2.6. Diferenças e semelhanças no alcoolismo segundo o género**

O elemento do sexo feminino é bebedora solitária, o álcool é um escape de frustrações das depressões profundas devido a uma múltipla variável de fatores da vida desde o sistema familiar, profissional, educacional, até à própria sociedade.

Mulheres de meia-idade, muitas delas são rejeitadas pela família: filhos e netos, antes ou após da morte do seu companheiro/marido. A presença da vida solitária é configurada com a síndrome do ninho vazio, ao longo dos anos elas dedicam as suas vidas ao cuidado dos seus mais queridos e quando é a fase dos seus descendentes saírem de casa, o vazio interno e externo é substituído pelo efeito eufórico do álcool.

No séc. XX realizaram estudos relacionados com alcoologia, que descreviam o acréscimo significativo do consumo de álcool no sexo feminino e principalmente em jovens entre os 21 e 34 anos. A explicação deste aumento incidia-se no sofrimento depressivo causados por acontecimentos nas suas vidas, como a perda de um dos familiares (pai/mãe) ou crescem sem familiares, sem emprego e socialmente desinseridas. Nos casos das mulheres entre os 35 e 49 anos está patente a ambiguidade de papéis, a independência financeira tardia e, em alguns casos, o facto de serem consideradas sociopáticas. Pondera-se que as mulheres que bebem bebidas alcoólicas, são as divorciadas, desempregadas e sem filhos para educar. Estes e outros conjuntos de fatores conduziram ao comparecimento do álcool nas suas vidas.

Se regressarmos à época da Mitologia, O álcool era a bebida dos homens, as mulheres sofriam de reprovações se o fizessem ou se abusassem do seu consumo. A diferença dentro do género, a mulher não tem por hábito beber em público, em cafés e/ou tabernas junto com os amigos, a sua ação de ingerir álcool normalmente é solitária e num período matinal e noturno. O álcool provoca um efeito euforizante e ansiolítico que culmina muitas vezes na embriaguez ou na perda de consciência.

Como defendia Hass (1977) o alcoolismo feminino deriva da conjuntura patológica, regra geral a problemas ligados a distúrbios psíquicos subjacentes, que se mantêm clandestinos e que são acompanhados por problemas orgânicos provocando grave doenças nas mulheres. Ao longo dos estudos, tem-se vindo a verificar que há uma evolução das doenças nas mulheres, em consequência do abuso do álcool e que não é sentida da mesma forma nos homens. Arthur (1984) e Marshall, (1985) fazem

referência à absorção do álcool, entre homens e mulheres. Segundo as suas enunciações, o álcool é absorvido mais rapidamente na mulher do que no homem, tendo em conta que ambos apresentam equiparações relativamente à idade e peso, a mulher apresenta um elevado pico de alcoolémia, acerca de 20% superior do que o homem. Isto deve-se ao fato de a mulher possuir comportamentos *Hídricos* mais reduzidos, o que provoca uma distribuição inferior e conseqüentemente a alcoolémia é mais acentuada.

A agressão do sistema nervoso central é muito frequente, precoce e severa na mulher. A mortalidade geralmente apresenta valores superiores no homem relativamente à mulher, nomeadamente, o câncer de vias aéreo digestivo é mais prevalente nos homens devido à combinação entre o tabaco e álcool. Na mulher, a atividade hormona anti-diurética (é uma hormona que inibe a formação de urina (ADH) gástrica é inferior à do homem, o que explica algumas diferenças relativamente à eliminação do etanol.

A diferença, entre os sexos pode ser avaliada pelo mecanismo hormonal. Tomemos como exemplo a testosterona que inibe a ADH Cicero (1982); Mezey (1980), o metabolismo do etanol pode ser inibido “in vitro” pela *dirydrotos*, isto é, o metabolito da testosterona é revezado da ADH, aparentemente age como inibidor de competitividade do efeito da testosterona, que é atribuído ao seu metabolismo. A metabolização dos contraceptivos orais tomados pela mulher torna-se bastante lenta, especialmente nos períodos pré-menstruais e pós-menopausa.

O condicionamento cultural tem repercussões negativas sobre as mulheres alcoólicas, induzindo-as a sentimentos de culpa e vergonha, o que faz com que seja previsível o pedido tardio de assistência de tratamento.

### **1.2.7. Complementos legais de definição do alcoolismo: Código Penal – Alcoólicos e equiparados**

Regra geral, tudo o que é em exagero é prejudicial. Como tal, o nosso Código Penal penaliza os sujeitos que abusam da ingestão de bebidas alcoólicas.

A pena que se aplica a estes “foge” um pouco daquelas a que, normalmente, o senso comum está habituado, ou seja, nestes casos aplica-se uma pena indeterminada que tem por base um juízo de valor fundamentado, efetuado pelo juiz, é como que uma margem de manobra dada ao juiz na sua decisão de aplicação da atribuição da pena concreta. Neste juízo de valoração o juiz tem em conta vários fatores como por exemplo a personalidade do agente, a reincidência, o meio familiar, entre outros.

Segundo o artigo 86º da segunda versão do Código Penal (2012), se um crime cometido por um agente, cuja pena a aplicar devesse ser a prisão efetiva, ou caso o agente tenha anteriormente cometido um crime ao qual também se tenha sido aplicada, a pena de prisão efetiva, será aplicada uma “pena relativamente indeterminada”, caso tenham sido cometidos num estado de embriaguez ou de alguma forma relacionado com o alcoolismo ou tendência do agente.

Esta pena indeterminada, corresponde “ a um mínimo de dois terços de prisão” que caberia ao crime cometido e um máximo de dois anos na primeira condenação e quatro nas restantes. Sem, no entanto, exceder um

total de 25 anos.

Esta pena é direcionada no sentido de combater o alcoolismo e o abuso de bebidas alcoólicas, como nos demonstra o artigo 87º do Código Penal.

O artigo 91.º do Código Penal refere que "quando um facto descrito num tipo legal for praticado por um indivíduo inimputável, nos termos do artigo 20, é mandado internar pelo tribunal num estabelecimento de cura, tratamento ou segurança, sempre que por virtude da anomalia psíquica (...) haja perigosidade."

Segundo a Lei Portuguesa, é inimputável quem, por virtude de uma anomalia psíquica, no momento da prática do acto for incapaz de avaliar a ilicitude da prática desse mesmo acto. Neste caso, por vezes é necessária a aplicação de medidas de segurança, estas visam proteger não só os cidadãos da perigosidade do agente mas também o próprio agente.

Perante a avaliação de imputabilidade de um arguido de casos de embriaguez patológica e demências alcoólicas, o Código Penal Português no artigo 86º designa que "se um alcoólico ou pessoa com tendência para abusar de bebidas alcoólicas praticar um crime a que devesse aplicar-se concretamente pena de prisão (...) é punido com uma pena relativamente indeterminada sempre que os crimes tiverem sido praticados em estado de embriaguez ou estiverem relacionados com o alcoolismo (...)" .

O alcoolismo é intrínseco à nossa sociedade e não pode ser visto como razão ou desculpa para os perigos que as pessoas podem oferecer não só a elas próprias, como a terceiros. Não pode cair em esquecimento que estes sujeitos começaram a beber por opção própria, sendo que a sociedade é a primeira a aclamar pelos seus direitos, lembrando que se absolver o alcoólico pelos seus comportamentos menos adaptados, devido aos problemas que estes apresentam, é como lhes dessem permissão para todos os seus atos induzidos, incontroláveis e influenciados pelo álcool.

Do ponto de vista da Psiquiatria Forense, o álcool é visto como uma espécie de droga que remove a capacidade de conduta, ou seja, a inibição de comportamentos que se estivessem sóbrios não teriam. O álcool veicula a violência, a agressividade, as fantasias anti-sociais e que necessitam de tratamento.

### **1.3. Tratamentos e abordagens terapêuticas**

#### **1.3.1. Tratamentos farmacológicos**

Quando o sujeito cessa ou reduz abruptamente o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é designado como Abstinência alcoólica, que comporta vários sintomas de má disposição física e que pode conduzir à morte. Uma das formas mais eficazes para combater os sintomas da abstinência é o tratamento farmacológico, "a desintoxicação farmacológica é indicada para todos os indivíduos com sinais claros e significativos de dependência severa, (...) verifique a existência de tolerância e manifestação de abstinência ou antecedentes da fase *delirium tremes* ou convulsões" (cit. in Frances, Franklin Jr. & Mack, 2003, p. 235).

Cushman, (1985) e Sullivan, (1989) referem-se à necessidade de

precisão em relação à medicação certa para sujeitos que sofram de abstinência alcoólica. Deste modo, é necessário recorrer a testes, tais como: *Clinic Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale* (CIWA-AR), revisto por Sullivan (1989), que se baseou no teste *Clinic Institute Withdrawal Assessment for Alcohol* (CIWA-A) desenvolvido por Gross (1973-1974). CIWA-AR é constituída por 10 itens relacionados com os sintomas de abstinência tais como: a ansiedade, os suores, tremores, náuseas, distúrbio, visão desfocada, sendo cotado numa escala de 0-4. Caso o sujeito apresente uma cotação final inferior a 10 o tratamento não é baseado em medicação, caso o sujeito apresente uma cotação global superior a 10 é conduzido para o tratamento através de medicação (Sullivan, 1990). Um outro teste utilizado é o *Alcohol Withdrawal Scale* - AWS (Kanitz, Wwterling, 1997) constituído por seis itens e tem o mesmo objetivo que o CIWA-AR.

No tratamento de dependência alcoólica os fármacos mais utilizados são: benzodiazepinas ou barbitúricos para encurtar a síndrome de abstinência alcoólica, para casos de quadro psiquiátricos associados ao alcoolismo recorre-se aos anti-depressivos e anti-psicóticos. Atualmente, o mais utilizado é o topiramato, que é um antagonista de recetor do glutamato, que produz efeitos redutores e positivistas para o tratamento da dependência alcoólica (Castro & Baltieri, 2004). Estes investigadores fazem referência à importância da farmacologia como um suporte de tratamentos que não deve ser visto como principal abordagem terapêutica. Também outros autores sublinham a importância de acompanhar os tratamento de orientação ou aconselhamento (e.g., Chick et al. 1988).

### 1.3.2. Terapias de grupo

As terapias de grupo têm como objetivo auxiliar a reabilitação dos sujeitos que apresentam problemas ligados com o álcool. Por norma, as sessões são semanais e têm uma duração de seis meses. As temáticas destas sessões passam pelo âmbito da resolução de problemas e das dificuldades do dia-a-dia, assim como também dão ênfase à possível realidade que são as recaídas. Do mesmo modo, sublinhamos "a pressão positiva e o apoio social proporcionados pelo grupo, a sensação de pertença ao grupo, a aprendizagem por observação das experiências dos restantes elementos do grupo e a sensação de se estar a receber" (cit. in Echeburua, 2002, p. 236). Como refere Secades e Fernández (2001), o objetivo destas sessões de grupo é não só proporcionar a auto-ajuda, como também apoiar os restantes elementos do grupo partilhando as suas vivências relacionadas como o mesmo problema do consumo do álcool. Estes programas baseiam-se em princípios terapêuticos e mecanismo de ação. Tal como referido por vários autores (e.g., Abrams, Cooney, Monti, Kadden & Rohsenow, 2005), as regras fundamentais dos grupos terapêuticos são a sua pontualidade e a confidencialidade, de forma a poderem adquirir a relação de confiança com os elementos do grupo e proporcionar, assim, uma inter-relação entre o grupo. Existem dois tipos de grupos terapêuticos: o grupo fechado, no qual não é permitido a entrada de novos elementos, o que possibilita a evolução homogénea entre os seus elementos, ou seja, as sessões têm uma sequência, havendo uma continuidade das sessões anteriores; e o grupo aberto, no qual

é permitido a entrada de novos elementos em qualquer momento, seguindo sempre o protocolo da apresentação dos novos elementos, bem como recapitulando alguns aspetos da sessão anterior.

Podemos ainda referir um outro tipo de tratamentos que são bastante conhecidos os grupos de Alcoólicos Anónimos, que têm a particularidade de apoiar a recuperação do alcoólico e apoiar os seus familiares (Küger, 2003). Muitas destas organizações seguem doutrinas religiosas, como o *Alcoholics Anonymous Word Service*, que desenvolveram dozes passos, de forma a que os sujeitos se libertem do álcool. Os dozes passos estão ligados ao divino espiritual “Deus” e cada passo tem o seu objetivo; podemos salientar alguns exemplos: o primeiro passo está orientado para a aceitação de falta do autocontrolo face ao álcool, o segundo passo encaminha o sujeito na criação de autoestima, o terceiro passo é a decisão, o quarto passo a honestidade, o quinto passo está relacionado com a admissão da sua recuperação perante “Deus” e perante todos os outros elementos pertencentes ao grupo, e os restantes passos estão interligados com a fé como orientação de tratamento alcoólico.

### 1.3.3. Prevenção de recaída no tratamento

Goski (cit. in Trigo, 2006) foi um psicoterapeuta que desenvolveu um modelo de prevenção de recaída, baseado na vertente psicoeducativa, tendo como objetivo prevenir as possibilidades das recaídas observando os sinais prévios dos padrões que identificam a possibilidade do sujeito recair, sendo o alcoolismo considerada uma doença biológica que incluía fatores psicológicos e sociais. Este modelo considera dois períodos: o “curso da doença” e o “modelo de recuperação progressiva”. O “curso da doença” enfatiza a base biológica, pelo progresso de tolerância e pela predisposição do sujeito para adição, o que significa que o sujeito se tornasse alcoólico e perdesse a capacidade de gerir a sua vida diária, resultando, assim, numa doença num quadro mais biopsicossocial. Tal como mencionado em Trigo (2006), o ciclo de dependência atravessa três fases: uma “inicial”, outra “média” e, por fim, a “crónica”. Ao longo destas três etapas, a sintomatologia vai-se agudizando e a libertação do indivíduo, relativamente à substância, vai-se tornando cada vez mais difícil até atingida a cronicidade. Quanto ao período do “modelo de recuperação progressiva”, a paragem do consumo é o primeiro passo a ser tomado, pois leva o seu tempo a desenvolver competência e assimilação do objetivo. Esta recuperação é marcada por avanços, retrocessos e momentos em que o sujeito se mostra menos evolutivo no processo de recuperação.

Trigo (2006) descreve as seis etapas inerentes ao objetivo de tarefas metódicas, que são: a) “*Etapa de transição*” - nesta fase o principal objetivo é o sujeito reconhecer-se como uma pessoa doente que tende a apresentar dificuldade no seu controlo, face ao consumo; b) “*Etapa de estabilização*” - neste período o essencial, a desintoxicação, é o sujeito parar de beber mantendo-se abstinente por longos períodos, esta etapa estará concluída quando o sujeito encontrar o equilíbrio do seu funcionamento; c) “*Etapa de recuperação inicial*” - é apresentado ao sujeito um programa estruturado auxiliando-o como reaprender a viver sem consumir; d) “*Etapa de*

*recuperação intermédia*” - neste estágio o sujeito já tem capacidade para compreender a sua problemática face ao consumo e às suas repercussões e a importância da recuperação; e) “*Etapa de recuperação tardia*” - nesta fase o sujeito procura apoio para reconquistar a sua autoestima, a sua capacidade de decisão, bem como procura manter uma relação gratificante e duradora longe do consumo; f) “*Etapa da manutenção*” - quando o sujeito atinge este estágio significa que já está recuperado face ao álcool.

O mesmo autor (Gorski, cit. in Trigo, 2006) descreve onze etapas correspondentes ao processo de recaída: a) “*Fases dos sinais interiores de aviso*” - o sujeito vive sentimentos de culpa e vergonha e apresenta dificuldades em controlar os pensamentos e emoções negativas; b) “*Fase de regressão de negação*” - o sujeito vive com medo de falhar e de ser incapaz de manter a abstinência; c) “*Fase do comportamento evitante e defensivo*” - o sujeito tenta acreditar que não vai voltar a consumir e tende, sem se aperceber, a abandonar gradualmente o tratamento e a adquirir uma atitude defensiva e reservada; d) “*Fase da construção da crise*” - o sujeito sente-se desorientado e acompanhado por pensamentos negativos e ignorando os aspetos positivos, reaparecem os sentimentos de tristeza e regressam os problemas em diferentes aspetos da vida; e) “*Fase da imobilização*” - o sujeito percebe a sensação de fracasso à mais pequena oposição; f) “*Fase da confusão e das reações exageradas*” - o sujeito tende a ter sentimentos mais fortes de culpabilização e, conseqüentemente, vive situações mais tensas; g) “*Fase de depressão*” - o sujeito apresenta um humor deprimido, o que altera os padrões do sono e de alimentação; h) “*Fase da perda de controlo comportamental*” - é marcado pelo processo do início do abandono do tratamento, diante esta situação o sujeito começa a viver sensações desesperantes e de insatisfação; i) “*Fase do reconhecimento da perda do controlo*” - nesta fase o sujeito vive três tipos de situação: “*reconhecimento*”, “*perda de auto confiança*” e “*capaz de consumir controladamente*”; j) “*Fase da redução do leque de opções*” - o sujeito revive as situações anteriores em relação aos problemas do álcool, o que provoca sentimentos de raiva consigo próprio e com terceiros, o que resulta em sentimentos de frustração e momentos de solidão; l) “*Fase de regresso à dependência*” - o sujeito volta a consumir de forma exagerada, mas com a percepção de que a qualquer momento consegue parar de beber. Normalmente, nesta fase, o sujeito tem elevado descontrolo face ao consumo, mais do que antes de ter iniciado o tratamento.

#### **1.4. Prevenção do consumo de álcool**

O consumo excessivo das bebidas alcoólicas é um dos mais preocupantes assuntos de saúde pública da atualidade, quer pelos efeitos nefastos a nível físico e psicológico, quer pelas conseqüências de comportamentos menos apropriados no seio familiar e sociais (Braconnier, 2007). Diante desta atmosfera de situações problemáticas ligadas ao álcool há uma tendência para o aumento do consumo de bebidas alcoólicas nas camadas mais jovens. O que se tem verificado é que o consumo do álcool tende a aumentar em idades cada vez mais precoces. Muitos dos estudos indicam que muitos dos jovens induzidos pelo mundo do álcool terminam a

experienciar outras drogas (Secades & Fernández, 2001).

Nos programas de prevenção deve ter-se em conta o padrão de estratégia em relação ao tipo de população sobre a qual se pretendem causar efeitos preventivos (Becoña & Martín, 2004). Secadas e Fernández (2001) descrevem três tipos de níveis de prevenção: *prevenção primária* - este nível está indicado para situações “antes do abuso”, ou seja, para sujeitos que ainda não são consumidores usuais, mas que consomem ocasionalmente. O objetivo é o de “eliminar ou reduzir o risco de consumo ou evitar novos casos” e os meios interventivos partem das instituições comunitárias, escola e da família, promovendo “informações, formações, educação” para a saúde e impulsionando a aquisição de hábitos saudáveis. A *prevenção secundária*, realizada aquando do “início do consumo”, está direcionada para “grupos de risco”. O objetivo é detetar e intervir precocemente e os meios interventivos são aplicados à “família, escola e serviços especializados” (p. 253). As atividades inseridas em programas educativos específicos, dão especial atenção à deteção precoce e às situações de crise. Por último, a *prevenção terciária*, realizada “depois do iniciado abuso”, dirige-se a sujeitos que são consumidores habituais ou dependentes. Neste caso, o objetivo está orientado para a “detenção da evolução e propagação do problema, bem como das suas consequências”, sendo os meios interventivos os “serviços especializados” e a atividade inerente a este nível será a “desintoxicação física, desabituação psicológica e reinserção social.”

#### **1.4.1. Prevenção comunitária**

Para que a prevenção contra o consumo de álcool seja bem sucedida é necessário recorrer a programas educativos que possam induzir a modificação do comportamento do sujeito, através da intervenção comunitária junto ao sistema de redes de apoio social, tais como professores, profissionais da área da saúde, técnicos sociais e dos pais, podendo trabalhar em conjunto no auxílio de jovens de risco face ao consumo (Secades & Fernández, 2001).

Santacreu desenvolveu um modelo de prevenção comunitária sobre o qual se têm proposto programas de etapas para prevenir consumo de substâncias, designadamente, na escola. Inicialmente usado em sujeitos que consumiam drogas, foi adaptado para prevenção do consumo de álcool (Froján & Santacreu, 1993). Numa primeira fase é necessário proceder-se a uma análise com a finalidade de se perceber as necessidades e identificar os riscos, de forma a poder elaborar-se uma definição/compreensão da comunidade em questão; em seguida criam-se as metas que se pretendem alcançar, ou seja, metas atingíveis, tendo em conta uma comunidade específica. No entanto, é necessário estabelecer os objetivos do programa, bem como planificar as estratégias em relação aos objetivos criados e deve fazer-se um levantamento dos recursos humanos, materiais e institucionais a que se pode recorrer para implementar as ações de caráter preventivo. É importante verificar a adequação entre os recursos e as necessidades, tendo em conta as disponibilidades em relação às carências que poderão surgir. É igualmente importante atrair as pessoas para entrarem no programa de prevenção comunitária. Numa última fase é importante avaliar o programa

com base nos níveis de satisfação dos grupos ou do sujeito inscrito. Esta fase é repetida ao longo do programa, possibilitando verificar a taxa de sucesso na certificação dos objetivos que inicialmente foram criados, ou seja, se são atingíveis a curto, médio e longo prazo.

#### **1.4.2. Prevenção em contexto escolar**

A escola é uma instituição de socialização. Vantagens referidas por García-Rodríguez e López-Sánchez (1988) em relação à prevenção no âmbito escolar, por ser a escola um meio mais fácil na deteção precoce de situações de risco. Muitos jovens começam a consumir, geralmente em idades em que ainda frequentam a escola. Sendo a escola um centro de formação e educacional, os programas de prevenção do consumo do álcool podem ser integrados nos programas educativos, uma vez que a escola apresenta uma estrutura adequada na implementação deste tipo de programa. Os professores ou pessoas responsáveis por esta tarefa de introdução à execução do programa recebem formações relativamente ao funcionamento dos programas.

#### **1.4.3. Prevenção em contexto familiar**

Os autores Boulanger, Hervé, Morel e Tonnelet (2001) defendem que o papel do modelo familiar poderá privilegiar o contexto da prevenção, pois os comportamentos parentais afetam diretamente os comportamentos dos seus filhos, nomeadamente na aquisição de certos hábitos, que podem contribuir para a adoção ou não de comportamentos aditivos. Em certos casos, a precocidade das experiências de consumo de álcool ou outras substâncias é determinada pelo modelo parental. Devemos ter em conta os estilos educativos em situações de extremos, tais como uma disciplina muito repressora ou rígida e/ou um estilo negligente e com pouca supervisão, pois podem contribuir para o futuro consumo por parte dos seus filhos. As alterações familiares podem também contribuir para situações de consumo, tais como o desemprego de um dos pais ou o divórcio, morte, entre outros fatores que podem contribuir para a perturbação no meio familiar. “(...) As condutas dos pais têm uma importância fulcral, podendo constituir-se em fatores de risco ou de proteção relativamente ao consumo abusivo de álcool por parte dos filhos” (Secades.2001, p. 260). A terapia familiar é uma via a considerar como valiosa (Ponte, 1993).

#### **1.4.4. Estratégias preventivas em Portugal**

Algumas medidas de estratégias que foram desenvolvidas pelo Centro Regional de Alcoologia do Norte (CRAN, 2006) para a prevenção do consumo de álcool, como objetivo prioritário para o ano 2007. Podemos citar algumas considerações primárias alegadas pelo CRAN, tais como: a realização de ações educativas ligadas à saúde, oferecendo informações acerca dos riscos inerentes ao consumo excessivo de bebidas que contêm álcool, dando maior ênfase em certos locais, tais como escolas e grupos profissionais; desenvolvimento de programas de promoção e educação para

a saúde na área de alcoologia, incluindo ações de sensibilização e de formação para um grupo específico; controlo do sistema informático (já existente) em relação à produção de bebidas alcoólicas, assim como também o acesso ao número de doentes alcoólicos, aos padrões de consumo de bebidas, acidentes rodoviários e de trabalho em consequência do abuso de consumo e a criminalidade imputável ao álcool.

A Comissão Europeia (2007) apresentou aos Estados Membros um plano preventivo face aos jovens que apresentam maior índice de se tornarem consumidores excessivos de bebidas alcoólicas. Este plano deverá dar prioridade à implementação de campanhas educativas, nas escolas, junto aos educadores e pais, descrever as repercussões face ao consumo exagerado de bebidas que contêm álcool etílico, reduzir a oferta alcoólica, proibir a venda de bebidas alcoólicas a menores, fixando assim uma idade mais apropriada para o início do consumo, elevar as taxas aplicadas nas contraordenações face ao consumo de álcool, adotando para os novos condutores (nível europeu) uma taxa de zero alcoolémia, realizar testes de teor de álcool no sangue aos jovens que frequentam as discotecas, bares (principalmente à noite), autoestradas e estádios, aplicar regras sobre os horários publicitários que induzem ao consumo, combater as vendas ilegais de bebidas alcoólicas, sendo muitas delas caseiras, desenvolver meios necessários para garantir o apoio psicológico a menores que entram nos serviços hospitalares por intoxicação aguda de bebidas alcoólicas e incentivar os jovens a uma vida saudável, ao participarem em programas culturais, de desporto e de lazer.

Zuckerman desenvolveu uma escala produzida através de questionários de autoresposta, que denominou ‘Escala de procura de sensações’, com o intuito de avaliar a recorrência e a gravidade de comportamentos de dependência alcoólica (2007). Os quatro fatores que destacou como principais são: procura de perigo e aventura; procura de experiências; desinibição; e suscetibilidade ao tédio.

## II. Avaliação de perturbações pelo uso do álcool

### 2.1. O teste AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*)

A primeira edição do manual do teste Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT, apareceu em 1989 e foi atualizado em 1993. O AUDIT foi desenvolvido pela OMS, tendo um método básico de triagem, que possibilita identificar sujeitos com padrões nocivos.

Este inquérito fornece um quadro de intervenção primária, uma vez que fornece uma conjuntura de informações complementares necessárias para uma triagem, sendo vantajoso em termos de fiabilidade e validade, o que permite identificar e auxiliar os bebedores que apresentam um quadro clínico de riscos, dando, assim, a possibilidade de modificar o padrão de comportamentos face às bebidas alcoólicas, nomeadamente na redução ou abstinência total.

---

<sup>2</sup>“ (Documento n.º WHO/MNH/DAT/89.4)”

<sup>3</sup>“ (WHO/PSA/92.4).”

O manual do AUDIT foi editado essencialmente para profissionais ligados à saúde, sendo igualmente usado por investigadores que debruçam os seus estudos sobre os problemas ligados ao álcool. O teste AUDIT pode ser administrado isoladamente ou combinado com outras questões, podendo fazer parte de uma entrevista de clínica geral e deve considerar-se o uso dos *skip-outs* para encurtar a triagem, para maior eficiência.

Na aplicação do teste devem ter-se em conta algumas considerações especiais: as condições físicas e psicológicas apresentadas pelo sujeito no momento da aplicação do AUDIT. Por vezes, o sujeito requer tratamento de emergência ou encontra-se num estado de grande dor, nesta situação há a necessidade de aguardar que o sujeito seja consultado pelo médico. Deve, igualmente, observar-se a existência de sinais de intoxicação por álcool ou drogas e, nestas condições, poder-se-á realizar a entrevista, embora não se deva considerar fiável.

Os passos que o entrevistador deve respeitar:

O profissional quando representa o papel de entrevistador e aquando apresenta o inquérito deve mostrar-se afetuoso e não ameaçador, informar o sujeito acerca da confidencialidade em relação às respostas dadas no inquérito e explicar a razão por que as questões estão todas direcionadas ao álcool;

- O teste pode ser realizado por duas formas: auto-aplicado ou então poderá ser lido em voz alta pelo entrevistador caso o sujeito em questão apresente dificuldades académicas, entre outras. É aconselhável o rastreio ser realizado anualmente aos sujeitos alcoólicos

O AUDIT foi desenvolvido e avaliado num período de duas décadas, tendo como objetivo fornecer uma medida precisa de zonas de riscos relativamente ao género, idade e cultura. Descreve os domínios e os conteúdos dos itens do AUDIT, sendo constituído por 10 questões direcionadas ao consumo do álcool, sintomas de dependência e as consequências de problemas ligados ao álcool (PLA). Este tipo de teste é utilizado como o primeiro rastreio e tem como vantagem ser um teste “cross national”. O AUDIT é também usado internacionalmente, tendo sido validado em pacientes de cuidados de saúde em seis países (Noruega, Austrália, Quênia, Bulgária, México e os Estados Unidos da América ).

O AUDIT (OMS, 1992) foi testado em cerca de 2000 sujeitos internados em várias instalações de saúde, incluindo centros de tratamento especializados de álcool.

Segundo os resultados apresentados, 74% eram considerados bebedores atuais, 25% dos quais foram diagnosticados como dependentes de álcool. Os participantes receberam igualmente um exame físico, de sangue (para marcadores de sangue padrão do alcoolismo), bem como uma extensa entrevista sobre características sócio demográficas, história médica, queixas de saúde, uso de álcool e drogas, reações psicológicas ao álcool e o historial da família ligado a problemas com o álcool. Na concretização do teste AUDIT foi selecionado um conjunto de questões tendo como objetivo fazer uma correlação com a frequência e a quantidade diária do consumo de bebidas alcoólicas num certo período, desta forma era possível identificar ou discriminar se os sujeitos apresentavam fatores de risco nocivos para a

saúde ou não. Os itens foram eleitos com a base de validade, relevância clínica, sendo os domínios conceitos, proeminentes os seguintes: uso de álcool, dependência de álcool, e consequências negativas de consumo.

Quanto à cotação do AUDIT, existe um quadro das classificações, cada uma das perguntas tem um conjunto de respostas para eleger e cada resposta tem uma pontuação que varia de 0 a 4, correspondendo o ponto 0 a .... Todos os scores de respostas devem ser registados no respetivo ponto "Total". Quando o sujeito atinge um total de 8 ou mais este valor é reconhecido como indicador de uso do álcool com probabilidade de perigo e com a possibilidade de dependência (a nota de corte é 10, proporcionará uma maior especificidade, mas à custa de sensibilidade). Dado que os efeitos do álcool variam de acordo com o peso corporal médio e diferença no metabolismo, estabelecendo o ponto de corte para todas as mulheres e homens acima de 65 anos, o ponto inferior da pontuação é de 7, que poderá transmitir um aumento da sensibilidade para estes grupos populacionais.

O apuramento do ponto de corte deve ser previsto por normas nacionais e culturais e pela decisão médica que igualmente determina o consumo máximo recomendado. Os scores mais altos simplesmente indicam maior probabilidade de consumo de risco e nocivo. No entanto, essas pontuações podem também incidir na gravidade dos problemas ligados à dependência do álcool, prognosticando a necessidade de tratamento mais intensivo.

Numa interpretação mais detalhada da classificação total, a pontuação de 1 ou mais na 2ª pergunta ou na 3ª pergunta indica o fator de risco que o consumidor acarreta. A pontuação acima de 0 nas questões 4 a 6 (estão relacionadas com os sintomas diários ou semanais), implica a presença ou possibilidade de incidência da dependência do álcool. Os pontos marcados relativamente às questões 7 a 10 diagnosticam a dependência do álcool e as consequências nocivas do efeito do mesmo. As duas últimas questões estão direcionadas para determinar as evidências dos problemas relacionadas com o passado. Mesmo na ausência de consumo de risco atual, as respostas positivas sobre estes itens devem ser utilizados para discutir a necessidade de vigilância ao sujeito (ver tabela 3).

A classificação total do teste AUDIT ajuda a comprovar a tendência de risco do consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Os sujeitos que apresentam pontos de corte baixos não apresentam riscos significativos de problemas ligados ao álcool, as pontuações acima do *cut-offs* estão articuladas com as três primeiras perguntas. Os sujeitos que apresentam pontos de corte elevados poderão apresentar sinais de dependência, produzindo efeitos de seguimento nocivos e, nesta etapa, deve-se orientar e sugerir ao sujeito que o único caminho mais viável é a abstinência, que lhe vai permitir que possa desfrutar de resultados positivos em relação ao seu bem-estar a todos os níveis, desde saúde física e psicológica, socioeconómico e nas relações interpessoais e intrapessoal.

Tabela 3 – Domínio dos conteúdos dos itens do AUDIT

| Domínios e conteúdo dos itens do AUDIT |         |  |
|--|---------|--|
| Domínios                               | Item nº | Conteúdo do Itens  |
| Consumo de álcool perigoso             | 1       | Consumo frequente; Quantidades representativas;                    |
|  | 2       | Consumo de bebidas pesadas.  |
|  | 3       | Descontrolo sobre a bebida;  |
| Sintomas de dependência                | 4       | Aumento da importância do consumo no quotidiano;                   |
|  | 5       | Consumo ao começar o dia.  |
|  | 6       | Sentimento de culpa depois de beber; Perda de memória/'blackouts'; |
| Consumo de Álcool prejudicial          | 7       | Repercussões relacionadas com o álcool;                            |
|  | 8       | Preocupação dos outros em relação ao consumo.                      |
|  | 9       |  |
|  | 10      |  |

## 2.2. Zonas de risco e níveis de intervenção

A pontuação relativamente aos resultados do AUDIT (1992), adota uma distribuição distinta em grupos de valores variados, onde possuem uma concordância de vastos critérios e que pode ser determinado por fases:

- Na primeira fase, vamos encontrar a situação de “abstinência ou uso com baixo risco”. Os valores indicados são entre zero e sete que correspondem ao nível de risco “zona I”, que está correlacionada com a intervenção educação, que consiste no enquadramento de uma conjuntura de informação acerca dos malefícios do álcool em longo uso abusivo. O técnico profissional, ao dar a conhecer os resultados do teste ao sujeito, deve aproveitar o momento para informar acerca das consequências e dos inconvenientes que o consumo elevado de álcool poderá fazer na sua vida, como também deve felicitá-lo por encontrar-se no nível baixo de risco e encoraja-lo a manter esse comportamento.

- Quanto à segunda fase, “uso para além das normas ou indevido”, a pontuação em relação a este parâmetro vai de oito a quinze, o que determina o nível de “zona de risco II”, onde é patente a necessidade de “orientação/recomendação (advice)”. Neste período deve-se facultar à pessoa um conjunto de recomendações ou aconselhamento breve. As recomendações mais pertinentes são dirigidas para a atenção da possível viragem, ou seja, do perigo em desenvolver riscos de várias ordens: da saúde física, psicológica e social, isto porque tendem a apresentar episódios de intoxicação.

- O Risco III possui uma cotação entre dezasseis e dezanove, estando relacionado com “uso com problemas ou abuso” e designando-se o nível de intervenção “orientação/recomendação (advice), aconselhamento breves (counselling) e monitorização”. Neste nível os pacientes poderão apresentar diversos problemas físicos e mentais, devido ao excesso de consumo de bebidas alcoólicas e de intoxicações repetidas. A intervenção, nesta fase deve-se fornecer estratégias para a mudança de comportamentos face ao álcool e de como orientá-los para saberem lidar com obstáculos quotidianos.

- O risco IV, cujos resultados do AUDIT vão de vinte a quarenta,

representa a etapa em que estamos perante uma situação de dependência, onde existe a necessidade de uma intervenção diferente às anteriores e é preciso reencaminhar o paciente para um especialista ou unidade para poder usufruir de tratamentos e desintoxicações em situações de dependência.

4.2.2 Segundo Miller e Sanchez (cit. in Miller, 2001, p. 328), os princípios ativos na intervenção breve têm sido reunidos no acrónimo "FRAMES", onde passamos a descrever os significados:

"F" - "*feedback*": que consiste no "*risco individual ou comprometimento físico*" devido ao consumo excessivo. Através da aplicação do AUDIT, o técnico profissional poderá orientar melhor o sujeito, nomeadamente ao nível do risco que se encontra de momento;

"R" - "*responsability*": não existe uma orientação ou aconselhamento de uma forma direta para o sujeito mudar o seu comportamento, mas existe um estímulo para que este seja *responsável* pela sua mudança;

"A" - "*advice*": o sujeito é *orientado* para reduzir ou cessar o consumo de bebidas alcoólicas;

"M" - "*menu*": consiste em dar ao sujeito uma ampla lista de diferentes opções de mudança;

"E" - "*empatia*": visa a *orientação* e não a prescrição de uma mudança.

"S"- representa "*autoeficácia*": está relacionada com a capacidade inata do sujeito para a auto-mudança. O técnico profissional impulsiona-o para a alteração.

Um outro acrónimo desenvolvido é o "*FLAGS*":

*F - feedback*"- os resultados do AUDIT servem como suporte informativo em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e, assim, o técnico profissional poderá dar "*feedback*" ao paciente.

*L - listen (ouvir)*" - os técnicos profissionais devem saber ouvir as inquietações dos pacientes de forma a poderem dar o apoio necessário.

*A - advise (avisar/informar)*" - os técnicos advertem para os riscos aumentados pelo facto de se beber bebidas de forma continuada e exagerada.

*G - goals (objetivos)*" - o técnico e o paciente traçam objetivos realistas e atingíveis para o tratamento.

*S - strategies (estratégias)*", O'Connor,(2002), "gestão /resolução". O técnico e o paciente devem conversar acerca de mudanças de atitude em relação ao álcool.

### 2.3. Vantagem de intervenções breves

Alguns estudiosos (Bient, (1993); Fione, (2000); Russell, (1979); Kahan (1995); Rodriguez-Matos (2002); Wilk, (1997) fazem referência acerca do sucesso da redução do uso de bebidas alcoólicas e outras substâncias na utilização das intervenções breves. Rodriguez-Matos (2002) reporta as evidências e eficácia da aplicação da intervenção breve aos sujeitos que apresentam graus de risco. Seguindo o mesmo pensamento, Wallece, (1998), OMS (1996) e Ockene , (1999) indicam uma redução

consideravelmente significativa, cerca de 25%, bem como a frequência de incidentes do aumento do consumo de bebidas alcoólicas (*binde drinking*). Para reforçar esta ideia, Wallece , (1988) e Fleming , (1999, 2000) consideraram uma redução de 50%.

Segundo Israel, (1996, p. 331), “(...) é também evidente a redução da incidência de problemas associados ao uso de substâncias, nomeadamente problemas psicossociais”. Nesta linha de ideias, Keistensson, (1983) remete para o declínio das percentagens, nomeadamente na saúde, e Rodriguez-Matos (2002) reforça a redução dos acidentes. Segundo defendem Babor e colaboradores (2001), todos estes fatores de sucesso estimulam os pacientes à promoção de confiança para submeterem-se a um tratamento.

Os instrumentos de triagem têm sido estudados de forma a serem aperfeiçoados e adaptados. Muitos esforços têm sido feitos na tentativa de se realizarem diversas estratégias para uma melhor intervenção breve.

Contudo, deve-se ter em conta que podem surgir sempre questões relacionadas com a eficácia e a validade do processo de intervenção breve, como, por exemplo, os procedimentos de inclusão de pessoas que podem servir de suporte para uma amostra. Os autores Heather (1989, 1996), Eduards, (1997) e Thorsen (2000) refletem a existência de uma inconsistência relativamente aos diferentes resultados encontrados em relação à implementação em *settings*. Sendo assim, surgem questões pertinentes que devem ser exploradas tais como: a *duração*, *intensidade* e *procedimentos* em relação à intervenção, *a seleção de pessoas* e *técnico profissional*, e em que *setting*.

Health (1995) sustenta a ideia de que as intervenções breves poderão variar a nível de *duração*, *alvo*, *meios de intervenção* e *profissional* que faz a intervenção, bem como em termos filosóficos e de teorias de modificação de comportamentos. Já Rodriguez-Matos (2002) coloca em evidência o sucesso das intervenções, que não são só por méritos e características específicas populacionais, a eficácia advém daqueles que não procuram o tratamento sendo alvo de uma estratégia de intervenção precoce.

#### 2.4. Outros testes de identificação de risco

Dos testes que são mais utilizados para fins de triagem, onde se pode introduzir com maior eficácia o processo de intervenção breve, podemos salientar:

- *CAGE* (Cut-down annoyees, Guilt and Eye-opener, 1974): foi desenvolvido a partir do instrumento Michigan Alcoholism Screening Test, 1971, (MAST.) O *CAGE* é constituído por quatro questões, três estão direcionadas para as reações emocionais em relação à bebida e a última questão está orientada para avaliação da privação da síndrome, ou seja, para a quantificação da intensidade do grau de consumo. Em termos de cotação, duas respostas positivas podem sinalizar a probabilidade de problemas ligados ao álcool. Este teste é simples, tanto a nível de aplicação como na utilidade de identificação dos problemas com o álcool.

- *Mast* (Michigan Alcoholism Screening Test): foi criado por Selzer (1971) e é constituído por 25 itens. Sofreu duas revisões: *Brief Mast* (*BMAST*) foi desenvolvido por Pokorny, Miller e Kaplan (1972) e é

composto por 10 questões relacionadas com os problemas de álcool. Quanto à cotação: 0 a 3 enquadra-se em “não se detetam problemas”; 4 em “existência de problemas, necessidade de uma avaliação mais cuidadosa”; igual ou superior a 5 em “gravidade de problemas ligados ao álcool”. A segunda revisão foi revista por Selzer, Vinkur e Van Rooijen, (1974), *Short Mast*, (*SMAST*), passou a ser constituída por treze questões.

Encontramos ainda outros *instrumentos ligados à identificação da síndrome de alcoologia*:

- *ASI (Addiction Severity Index)* foi desenvolvido por A. Thomas McLellan (1980). Este instrumento foi traduzido em várias línguas, desde do espanhol ao mandarim. Existe uma versão em português, o *EURO-ASI (European addiction Research)*, também é usada na Grécia. Podemos enumerar mais duas versões: o *IST (Índice de Severidade da Toxicodpendência)*, desenvolvido por Neto (1996), e o *IGA (Índice de Gravidade da Adição)*, desenvolvido por Henriques (1999), sendo um dos instrumentos mais utilizados na Unidade de tratamento intensivo de toxicodpendência e alcoolismo desde de 1995. Este teste teve, nos anos 90, uma maior adesão na Europa e, em especial, em países onde predomina a língua inglesa desde 1977. O teste IGA, tem como finalidade a avaliação inicial e de seguimento, quanto ao processo de aplicação é simples e acessível, a duração da aplicação é de 30 minutos e avalia sete áreas, tais como: médica, álcool/drogas, psicológica, familiar, emprego e parâmetros legais; a versão canadiana inclui um oitavo item que é a escala de diversão.

- *Avaliação de Estilo de Vida de Risco* (Graham, 1992): esta escala é utilizada em cuidados de saúde primários ou como rotinas de clínica, tem capacidade de identificar casos de problemas de álcool até 90% e que necessitem de cuidados intensivos.

### III – Investigação empírica

#### 3.1. O problema

De que modo poderá o teste AUDIT constituir uma ferramenta de apoio ao aconselhamento e prevenção de hábitos alcoólicos?

Sendo o AUDIT um apoio instrumental de diagnóstico e intervenção terapêutica de valor inquestionável, neste trabalho, a intenção é de explorar as possibilidades do mesmo instrumento, com provas dadas de validade e de fidelidade, com um propósito de prevenção e de promoção de saúde pela via educacional, dado fornecer indicadores de potencial de risco numa conjuntura de aspetos a partir dos quais se pode orientar as pessoas e/ou ambientes vulneráveis para a construção de resiliência, com base na aprendizagem situada na sua própria experiência e enquadramento de vida. Do que se trata é de articular informações complementares necessárias para uma triagem, de modo a identificar atempadamente, e auxiliar os bebedores que apresentam propensão para um quadro clínico de riscos, na possibilidade de modificar o seu padrão de comportamentos face às bebidas alcoólicas,

nomeadamente na redução ou abstinência total.

Como tivemos já oportunidade de analisar antes, o conjunto de questões selecionado do AUDIT tem como objetivo cruzar informações como a frequência e a quantidade diária do consumo de bebidas alcoólicas num certo período. Desta forma, cremos ser possível discriminar se os sujeitos se encontram em situação de risco, em termos de consumo a níveis nocivos para a saúde ou não. Os itens do teste foram eleitos com a base nas suas propriedades psicométricas de validade e relevância clínica, sendo os domínios proeminentes a avaliar os seguintes: uso de álcool, dependência de álcool, e consequências negativas de consumo.

Os *scores* mais altos simplesmente indicam maior probabilidade de consumo a um nível de risco ou nocividade. No entanto, as pontuações podem também incidir na gravidade dos problemas ligados à dependência do álcool, prognosticando a necessidade de tratamento mais intensivo.

Numa interpretação mais detalhada da classificação total, a pontuação de 1 ou mais na 2ª pergunta ou na 3ª pergunta indica o fator de risco que o consumidor acarreta. A pontuação acima de 0 nas questões 4 a 6 (estão relacionadas com os sintomas diários ou semanais), implica a presença ou possibilidade de incidência da dependência do álcool. Os pontos marcados relativamente às questões 7 a 10, diagnosticam a dependência do álcool e as consequências nocivas do efeito do mesmo. As duas últimas questões estão direcionadas para determinar as evidências dos problemas relacionadas com o passado. Mesmo na ausência de consumo de risco atual, as respostas positivas sobre estes itens devem ser utilizados para discutir a necessidade de vigilância ao sujeito.

A classificação total do teste AUDIT ajuda a comprovar a tendência de risco do consumo abusivo de bebidas alcoólicas. Os sujeitos que apresentam pontos de cortes baixos, significa que não apresentam riscos significativos de problemas ligados ao álcool, as pontuações acima do cut-offs estão articuladas com as três primeiras perguntas. Os sujeitos que apresentam pontos de corte elevados poderão apresentar sinais de dependência, produzindo efeitos de seguimento nocivos e, nesta etapa, deve-se orientar e sugerir ao sujeito que o único caminho mais viável é a abstinência, que lhe vai permitir que possa desfrutar de resultados positivos em relação ao seu bem-estar a todos os níveis, desde saúde física e psicológica, socioeconómico e nas relações interpessoais e intra-pessoal.

### 3.2. Objetivos

Atendendo aos pressupostos teóricos anteriormente apresentados e aos resultados de estudos prévios, o nosso estudo prosseguiu com os seguintes objetivos:

- 1) Caracterizar o grupo amostral de utentes do serviço de alcoologia em internamento, no Hospital Sobral Cid (em termos das características socio-demográficas);
- 2) Estudar a amostra nas variáveis contempladas no AUDIT;
- 3) Comparar perfis dos utentes naquele serviço em função de modelos familiares;
- 4) Verificar se existe um padrão em função de algum tipo de variável

(características pessoais, familiares, contexto, ...);

5) Comparar os perfis dos utentes cuja cotação no AUDIT os situa nas três diferentes zonas de risco;

6) Identificar os aspetos das zonas de risco (tal como surgem no AUDIT) passíveis de serem debeladas num programa de intervenção.

### **3.3. Metodologia**

#### **3.3.1. Descrição da amostra de participantes**

A amostra do presente estudo é constituída por 43 participantes, pessoas de ambos os sexos, 35 do sexo masculino e 8 mulheres, submetidas ao internamento de desintoxicação na Unidade de Alcoologia no Centro Hospitalar Sobra Cid, em Coimbra. Todo o grupo estava em regime de internamento há cerca de duas semanas. As idades variam entre os 21 e os 60 anos ( $M=44,4$ ;  $dp=8,5$ ), sendo o grupo bastante heterogéneo, no que respeita às idades (com duas modas, respetivamente de 43 e 50 anos de idade). Relativamente ao nível de escolaridade, o grupo é essencialmente composto por pessoas de nível académico básico (14 pessoas com escolaridade equivalente ao 1º Ciclo, 14 pessoas com o 2º ou frequência do 3º Ciclo do Ensino Básico, 11 pessoas com frequência do ensino secundário e 4 pessoas com percurso em Centros de Novas Oportunidades, desconhecendo-se o nível de escolaridade alcançado). Relativamente à idade de abandono da escola, havendo 20 respostas omissas (46,5% do total da amostra), os 23 respondentes referem ter deixado de frequentar a escola entre os 9 e os 18 anos; 6 dos participantes aos 12 anos, 4 aos 14 e 4 aos 16 anos, 2 respetivamente aos 11, 17 e 18 anos e casos singulares de abandono precoce, um aos 9, outro aos 10 e um terceiro caso aos 13 anos. Curioso é notar que as mulheres com menos de 40 anos que integram este grupo frequentaram o nível de ensino secundário, enquanto entre os homens, há utentes de mais idade com frequência secundária.

Não estando identificada a atividade profissional ou profissão exercida pelos participantes no estudo, são 20 os sujeitos que se encontram profissionalmente ativos, cinco trabalham por conta própria e 15 por conta de outrem (num total de 46,5%). Os restantes membros do grupo, 23 sujeitos estão inativos a nível profissional, 18 (cerca de 42%) por desemprego, três em baixa por incapacidade, um reformado e um outro elemento por razão não especificada.

Dos 43 participantes, apenas cinco procuraram a instituição para tratamento, por iniciativa própria. A maior parte (22) foi encaminhada para os serviços deste hospital por outras pessoas próximas ou influência familiar (em 7 dos casos), 12 das pessoas foram conduzidas pelo médico de família e quatro orientadas pelo médico psiquiatra.

Quanto à proveniência geográfica, encontramos sujeitos que residem do Norte à Estremadura (10 sujeitos, respetivamente, de Aveiro, de Viseu e de Coimbra, cinco da Guarda, dois de Leiria, três de Castelo Branco, e um do Porto, outro de Portalegre e um de Setúbal).

### 3.3.1.1. O contexto da recolha de dados

A Unidade de Alcoologia do Hospital Sobral Cid, tem como finalidade conceder tratamento a sujeitos com o Síndrome de Dependência Alcoólica.

Esta instituição oferece condições necessárias para internamentos temporários, tendo como finalidade garantir uma desintoxicação segura.

Os projetos terapêuticos que foram desenvolvidos foram estruturados de forma a visarem as necessidades de auxílio na construção de metas objetivas a curto prazo, especialmente, em áreas com défices, tendo como alvo alcançar o equilíbrio e ministrar melhores condições de vida que assentam na “Abstinência Total”.

Quanto à Organização Geral do Internamento, são dois os tipos de internamento:

O “Internamento em Grupo Terapêutico (GT)” – a estadia de internamento tem uma duração de três semanas por grupo. Os grupos são homogêneos relativamente ao sexo.

O internamento GT garante um tratamento a sujeitos que procuram a instituição pela primeira vez, bem como a sujeitos com mais de um internamento. Este tipo de internamento está organizado num arquétipo de comunidade terapêutica que assenta numa abordagem do grupo terapêutico que proporciona a participação de sujeitos em reuniões de acolhimento, comunitários e tarefas variáveis. Tem como particularidade essencial impulsionar o sujeito ao sucesso do tratamento, estimulando-o na participação de reuniões com outros alcoólicos (que se encontram abstinentes há um tempo prolongado) e seus familiares.

O terapeuta de grupo tem um papel fundamental na realização de uma supervisão de todas as actividades dos sujeitos. Cada sujeito internado tem direito a ser assistido individualmente por um médico.

Após a obtenção da alta hospitalar, os sujeitos são encaminhados para reuniões de grupo onde são orientados por terapeutas de grupo e têm o acompanhamento individual do médico assistente. As reuniões de grupo passam por três fases: primeiro começa por ser mensal, em seguida passa a ser bimensal e, por fim, trimensal, percorrendo, deste modo, um período de tempo de três anos, até à alta hospitalar.

O programa terapêutico tem diversos componentes essenciais: psicoterapêuticos, farmacológicos pedagógicos, ocupacionais, entre outros.

O “Internamento de Curta Duração” – Este tratamento tem como objetivo, para além de uma desintoxicação farmacológica, acompanhar individualmente o sujeito pelo médico assistente. Neste internamento os sujeitos são integrados numa comunidade terapêutica e devem cumprir uma participação mínima (de reuniões comunitárias, reuniões de conjunto, normas em vigor). Beneficiam de atividades gerais tais como: tarefas, sessões educativas de saúde, terapia ocupacional, atelier (trabalho com cabedais e cerâmicas, actividades lúdicas).

Os grupos podem ser abertos ou mistos dentro das reuniões. Quanto aos temas são determinados pelas necessidades reveladas pelos sujeitos, como por exemplo temas relacionados com o álcool e os seus problemas, a

prevenção de recaídas, como lidar com a recusa de convites para beber, bem como a aceitação das críticas que sofrem de terceiros. A participação nas atividades depende do estado clínico de cada sujeito e do programa negociado entre o sujeito e o seu médico assistente.

Há, ainda, a possibilidade de tratamento em ambulatório. Os doentes que se encontram em **ambulatório** resultam de um processo de triagem, participando médicos, enfermeiros e técnicas de serviço social, durante a primeira consulta.

Após a decisão pelo tratamento em ambulatório, os doentes ficam, assim, ligados a este programa durante a intervenção em grupo terapêutico em “terapia breve”. Este programa é constituído entre seis a oito sessões que se procedem de segunda a sexta-feira, entre as 11h e as 12h, podendo mesmo ter a duração de um a três anos. Estas sessões devem, sempre que possível, ser antecedidas de consulta médica.

Cada sessão possui objetivos e temáticas específicas. Deste modo, constituem-se como objetivos das seis primeiras sessões os seguintes:

1ª Sessão: Início da formação do grupo e do seu espírito de grupo, tentando fomentar a entajuda e partilha grupal, bem como facilitar a identificação e sensibilização para o problema.

2ª Sessão: Nesta sessão, abordam-se, principalmente, as repercursões orgânicas ligadas ao consumo do álcool e o percurso do *álcool* no organismo.

3ª Sessão: Falsos Conceitos e álcool é o tema da terceira sessão. São desmistificadas algumas ideias erradas acerca do álcool e suas propriedades e refere-se o contributo do consumo excessivo de álcool para a origem de acidentes, nomeadamente, acidentes de viação e de trabalho.

4ª Sessão: Esta reunião dedica-se ao tema “Alterações familiares, laborais e sociais provocadas pelo álcool”.

5ª Sessão: Neste ponto do tratamento em ambulatório efectua-se uma reflexão conjunta sobre estilos de vida saudáveis fazendo referência às bebidas, à alimentação e à saúde.

6ª Sessão: Por último, faz-se com o grupo uma avaliação do tratamento. Reforça-se e estimula-se a articulação e combinação com os G.A.T. ‘s (Grupos de Alcoólicos tratados) e com as equipas de alcoologia dos Centros de Saúde.

As sessões seguintes, dedicam-se à prevenção de recaída e ao follow up reforçando os aspectos positivos da abstinência.”

### **3.3.2. Instrumentos utilizados**

#### **3.3.2.1. Tabela sociodemográfica**

Do protocolo de avaliação daqueles utentes do serviço referido faz parte o teste AUDIT, com base no qual são orientados os procedimentos de orientação e tratamentos, e em cujos resultados nos baseamos para a análise aqui apresentada. No entanto, e apesar das restrições para o estudo de caso deste grupo em internamento para desintoxicação alcoólica, pudemos proceder à recolha dos dados sociodemográficos, indiretamente, a partir da consulta de documentos, uma vez obtidas as autorizações dos participantes e

dos serviços elaborou-se uma tabela a partir de vários formulários de identificação dos utentes existentes na Unidade de Alcoologia dos Serviços do Hospital Sobral Cid. A tabela integrou os dados de todos os participantes (cf. Anexo 1), contemplando os seguintes dados: idade, sexo, a localidade, escolaridade, profissão atual, prevalência, antecedentes/problemas ligados ao álcool na família, a construção de elementos da família atual, a história do consumo do álcool relativamente ao primeiro consumo e a primeira embriaguez, bem como a idade do início regular do consumo de álcool dentro ou foras das refeições, a idade do início da moderação e a idade do consumo no padrão atual. Encontra-se, igualmente, subscrito os resultados das respostas de cada sujeito, o resultado final do objetivo pretendido do teste AUDIT (1992) é a triagem da situação problemática e/ou dependência.

### **3.3.2.2. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**

O manual do teste *Alcohol Use Disorders Identification Test* (1992), AUDIT no procedimento da aplicação do teste pode ser realizado por duas formas: autoaplicado ou então poderá ser lida em voz alta pelo entrevistador.

O AUDIT (OMS, 1992), foi testado em cerca de 2000 sujeitos internados em várias instalações de saúde, incluindo centros de tratamento especializados de álcool. Segundo os resultados apresentados, 74% eram considerados bebedores atuais, 25% dos quais foram diagnosticados como dependentes de álcool.

Na concretização do teste AUDIT foi selecionado um conjunto de questões tendo como objetivo fazer fornecer uma medida precisa de zonas de riscos relativamente ao género, idade e cultura dando assim, a relação com a frequência e a quantidade diária do consumo de bebidas alcoólicas num certo período, desta forma era possível identificar ou discriminar se os sujeitos apresentavam fatores de risco nocivos para a saúde ou não. Os itens foram eleitos com a base de validade, relevância clínica, sendo os domínios conceitos, proeminentes os seguintes: uso de álcool, dependência de álcool, e consequências negativas de consumo.

Quanto à cotação do AUDIT, existe um quadro das classificações, cada uma das perguntas tem um conjunto de respostas para eleger e cada resposta tem uma pontuação que varia de 0 a 4. Todos os scores de respostas devem ser registados no respetivo ponto “Total”. Quando o sujeito atinge um total de 8 ou mais é reconhecido como indicador de uso do álcool com probabilidade de perigo e com a possibilidade de dependência (a nota de corte é 10, proporcionará uma maior especificidade, mas à custa de sensibilidade), estabelecendo o ponto de corte para todas as mulheres e homens acima de 65 anos, o ponto inferior da pontuação é de 7.

Numa interpretação mais detalhada da classificação total, a pontuação de 1 ou mais na 2ª pergunta ou na 3ª pergunta indica o fator de risco que o consumidor acarreta. A pontuação acima de 0 nas questões 4 a 6 (estão relacionadas com os sintomas diários ou semanais), implica a presença ou possibilidade de incidência da dependência do álcool. Os pontos marcados relativamente às questões 7 a 10, diagnosticam a dependência do álcool e as consequências nocivas do efeito do mesmo. As duas últimas questões estão direcionadas para determinar as evidências dos problemas relacionadas com

o passado. Mesmo na ausência de consumo de risco atual, as respostas positivas sobre estes itens devem ser utilizados para discutir a necessidade de vigilância ao sujeito.

### 3.3.3. Procedimentos

No contexto da recolha dos dados foram explicados aos sujeitos os objetivos do estudo, bem como a importância da veracidade das respostas por eles dadas. A aplicação dos questionários decorreu em contexto de internamento. O tempo de aplicação dos questionários oscilou entre os 5 e os 15 minutos, dependendo da dificuldade de interpretação dos participantes, em alguns casos o questionário foi lido para os participantes que apresentavam dificuldades de leitura ou visão. As idades dos inícios do consumo, da primeira embriaguez, dos consumos regulares durante e fora das refeições foram operacionalizadas em três categorias: infância, dos 5 aos 9 anos, adolescência, dos 10 aos 17 anos, e adultez a partir dos 18 anos de idade.

## IV - Resultados

A análise estatística dos dados foi realizada com o auxílio do programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para Windows. Na análise da relação entre as variáveis considerou utilizar-se estatísticas descritivas, com destaque para a técnica de tabelas cruzadas ou *crosstabs*, de modo a possibilitar uma leitura dos resultados mais sistemática e simplificada. E uma noção mais detalhada acerca de aspetos de caracterização dos 43 participantes no estudo, em situação de internamento, com a duração aproximada de três semanas de tratamento de desintoxicação do álcool.

Passamos, assim, a apresentar os resultados do estudo em função dos objetivos definidos:

### **1º Objetivo: Caracterizar o grupo amostral de utentes do serviço de alcoologia em internamento no Hospital Sobral Cid (em termos das características sociodemográficas).**

Na Tabela 4 podemos verificar a origem geográfica dos participantes de ambos os sexos que se encontram internados na Unidade de Alcoologia e constituíram o nosso grupo de estudo.

O grupo feminino provindos distritos de Aveiro (3), Viseu (3) e Castelo Branco (2). O grupo masculino provém de diferentes distritos, a maioria provindo de Coimbra (10), seguindo-se os distritos de proveniência Aveiro (7), Viseu (7), Guarda (5), Leiria (2) e Castelo Branco, Portalegre, Porto e Setúbal, com um utente de cada um destes distritos. (cf. Tabela 4 ver em anexo).

A Tabela 5 apresenta o grau de escolaridade de cada grupo.

Tabela 5 – Distribuição da amostra em função do género e nível escolar

| Situação_ Trabalho_ actual  | Idade | Idade saída_ escola | Nível escolar.  | Género |    | Total |
|-----------------------------|-------|---------------------|-----------------|--------|----|-------|
|                             |       |                     |                 | F      | M  |       |
| trabalho por conta própria  | 43    | 12                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                             | 46    | 11                  | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                             | 48    | NR                  | freq.secundário | 1      |    | 1     |
|                             | 50    | 12                  | 2/3CEB          | 1      |    | 1     |
|                             | 56    | 11                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                             |       | Total               |                 | 2      | 3  | 5     |
| trabalho por conta de outro | 21    | NR                  | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                             | 28    | 9                   | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                             | 33    | NR                  | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                             |       | 13                  | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                             | 37    | NR                  | freq.secundário | 1      |    | 1     |
|                             | 40    | 18                  | novas oport.    |        | 1  | 1     |
|                             | 42    | NR                  | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                             | 43    | NR                  | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                             |       | 17                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                             | 44    | 16                  | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                             | 49    | 12                  | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                             |       | 14                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                             | 50    | NR                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
| 14                          |       | 2/3CEB              |                 | 1      | 1  |       |
| 53                          | NR    | 1CEB                |                 | 1      | 1  |       |
|                             |       | Total               |                 | 1      | 14 | 15    |
| Desempregado                | 32    | 16                  | freq.secundário | 1      |    | 1     |
|                             | 33    | NR                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                             | 35    | NR                  | novas oport.    |        | 1  | 1     |
|                             | 38    | NR                  | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                             |       | 12                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                             | 40    | 12                  | 2/3CEB          | 1      |    | 1     |
|                             | 41    | NR                  | 2/3CEB          |        | 2  | 2     |
|                             |       | 14                  | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                             | 42    | 16                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                             | 43    | 10                  | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                             | 48    | NR                  | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                             |       | 16                  | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                             | 51    | NR                  | novas oport.    |        | 1  | 1     |
|                             | 54    | NR                  | 1CEB            |        | 1  | 1     |
| 55                          | NR    | 1CEB                |                 | 1      | 1  |       |
|                             | 12    | 1CEB                |                 | 1      | 1  |       |
| 57                          | NR    | 1CEB                |                 | 1      | 1  |       |
|                             |       | Total               |                 | 4      | 14 | 18    |
| baixa por incapacidade      | 40    | NR                  | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                             | 53    | 17                  | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                             | 55    | 18                  | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                             |       |                     |                 | 3      | 3  |       |
| Reforma                     | 60    | Total               | novas oport.    |        | 1  | 1     |

|                  |    |    |                        |          |           |
|------------------|----|----|------------------------|----------|-----------|
| Outras situações | 50 | 14 | 1CEB                   | 1        | 1         |
|                  |    |    | <b>1CEB</b>            | <b>3</b> | <b>11</b> |
|                  |    |    | <b>2/3CEB</b>          | <b>2</b> | <b>12</b> |
|                  |    |    | <b>freq.secundário</b> | <b>3</b> | <b>8</b>  |
|                  |    |    | <b>novas oport.</b>    | <b>0</b> | <b>4</b>  |
|                  |    |    | <b>Total</b>           | <b>8</b> | <b>35</b> |
|                  |    |    |                        |          | <b>43</b> |

Na Tabela 6 podemos verificar as idades com que terminaram os estudos. Temos um total de 20 participantes que não responderam relativamente ao ano que finalizaram a escolaridade, sendo que está assinalado com zero.

Podemos averiguar que quinze utentes terminaram os estudos com menos de dezassete anos (com nove, dez, treze, dois com onze anos, seis com doze e, por fim, quatro com catorze). Com dezasseis anos encontramos quatro utentes. Com dezassete terminaram dois dos participantes. Já na idade adulta, dezoito anos, terminaram, tal como com dezassete, dois utentes. (cf. Tabela 6 ver em anexo).

Relativamente à Tabela 7 está patente a atividade laboral. Encontramos quinze participantes que trabalham por conta de outrem. Dezoito que se encontram desempregados, três não estão no ativo devido à baixa por incapacidade, cinco trabalham por conta própria, um é reformado e um participante com a designação: *outros* (neste caso não temos a noção se o indivíduo se encontra inativo ou ativo face ao trabalho).(cf. Tabela 7 ver em anexo).

A Tabela 8 descreve a família atual de cada participante e podemos verificar a presença de um grande número de participantes do sexo masculino, catorze, que vive com as suas esposas e respetivos filhos. Seis dos quarenta e três vivem com os pais; cinco vivem sozinhos; dois com a mãe. Verificamos também que um, do grupo de participantes–masculinos, vive com a esposa, filho e sogra; um com irmãos; um com pais e filhos; um com mãe e irmãos e, igualmente um, com companheira e filhos. Quanto ao sexo feminino e no que diz respeito à família atual, observamos que quatro das participantes vivem com maridos e respetivos filhos; duas com os pais; uma com o marido, sogro e filho e, para finalizar, um único participante vive com o filho.(cf. Tabela 8 ver em anexo).

## **2º Objetivo: Estudar a amostra nas variáveis contempladas no AUDIT.**

Relativamente à caracterização em função do consumo de bebidas alcoólicas, uma vez que se trata do corpo de análise essencial do nosso estudo, apresentamos as observações destacadamente no ponto “resultados”. Damos, entretanto, conta da distribuição da amostra em função das zonas de risco identificadas, e em relação à idade dos sujeitos, sexo, nível de escolaridade e proveniência geográfica. No total, 36 dos participantes

(83,7%) situam-se na Zona 4 de risco (cf. AUDIT), 5 (11,6%) na Zona de risco 3 e apenas 2 pessoas (4,7%) na Zona de risco 2.

A tabela seguinte ilustra a distribuição dos participantes pelas Zonas de risco, em função do sexo, idade e nível de escolaridade (cf. Tabela 9 ver em anexo).

No nível I não se encontra nenhum sujeito, como era expectável pelas características da amostra. No nível II encontram-se 2 sujeitos, ambos do sexo masculino, no nível III situam-se 5 utentes (2 mulheres e 3 homens) e, finalmente, no nível IV, encontramos 36 sujeitos (6 mulheres e 30 homens).

Na Tabela 10, relativa aos domínios do AUDIT, nomeadamente ao domínio do uso de álcool, apresenta uma média de 8,28 (DP=3,00), a mínima e máxima deste domínio é de 3 e 12, respetivamente. Quanto ao domínio sobre a dependência alcoólica, a média é de 8,12 (DP=3,21), com um mínimo e um máximo de 0 e 12 valores. O domínio das consequências negativas apresenta uma média de 10 (DP= 4,00), sendo o valor mínimo igual a 1 e o máximo igual a 16. A média dos três domínios é de 26,40 (DP=10,21), sendo o valor mínimo e máximo de 4 e 38, respetivamente. (cf. Tabela 10 ver em anexo).

### **3º Objetivo: Comparar perfis dos utentes naquele serviço em função de modelos familiares**

Um dos objetivos foi averiguar se a idade do primeiro consumo estaria relacionada com o modelo familiar, isto é, se os parentes próximos consomem álcool poderiam influenciar ou predizer a dependência do álcool pelos utentes. Para isso, elaborou-se um cruzamento entre os pares familiares - pai/mãe, avós paternos, avós maternos, irmãos(ãs) - e os participantes em relação aos seus primeiros consumos relacionados com as fases etárias, categorizadas pela infância, adolescência e adultez. O que genericamente se constatou foi que nos casos em que pelo menos um dos pares de elementos familiares consome bebidas alcoólicas, o primeiro consumo dos participantes verificou-se tanto na fase da infância (pais: N=5, avós paternos: N=2, avós maternos: N=0, irmãos/ãs: N=1), como na fase adolescência (pais: N=4, avós paternos: N=4, avós maternos: N=0, irmãos/ãs: N=1) e assim como na fase de adulto (pais: N=0, avós paternos: N=3, avós maternos: N=0, irmãos/ãs: N=0), mas tal como podemos verificar, existe uma maior incidência na infância e na adolescência, remetendo para um início precoce do primeiro consumo. Daqui poderemos inferir que o modelo familiar poderá inserir-se como modelo de aprendizagem de consumo, dado que alguns participantes tiveram um início precoce de consumo de bebidas alcoólicas, ponderando assim haver uma herança familiar, mas verificamos igualmente nos casos em que nas famílias cujos elementos não consumiam álcool que o primeiro consumo se verificou na infância (pais: N=0, avós

paternos: N=0, avós maternos: N=2, irmãos/ãs: N=0), na adolescência (pais: N=2, avós paternos: N=0, avós maternos: N=3, irmãos/ãs: N=2) e na adultez (pais: N=2, avós paternos: N=0, avós maternos: N=2, irmãos/ãs: N=0), indicando que o primeiro consumo ocorreu em qualquer uma das fases de idade. Analisamos igualmente a influência do modelo masculino no seio da família (pai, irmão, avô paterno e avô materno), na infância (pai: N=7, avô paterno: N=1, avós materno: N=2, irmão: N=5), na adolescência (pais: N=5, avô paterno: N=2, avô materno: N=0, irmãos: N=6) e na adultez (pais: N=1, avô paterno: N=1, avô maternos: N=0, irmãos: N=1), quando o elemento feminino não consome, no consumo de bebidas alcoólicas pelos utentes, isto é, se seriam influentes no primeiro consumo. De acordo com as categorias da idade, verificamos que na infância (mãe: N=0, avô paterno: N=0, avô materno: N=2, irmã: N=0), na adolescência (mãe: N=0, avô paterno: N=0, avós materno: N=0, irmã: N=1) e na adultez (mãe: N=0, avô paterno: N=0, avô maternos: N=0, irmã: N=0). Quanto à influência do modelo feminino, quando simultaneamente o modelo masculino não apresenta ser consumidor de bebidas alcoólicas, verificamos que o número de utentes decresce radicalmente para dois (mãe e irmã), ambos com início do primeiro consumo na adolescência.

**4º Objetivo: Verificar se existe um padrão em função de algum tipo de variável (características pessoais, familiares, contexto, ...)**

Na Tabela 8 está patente a diversidade características individuais, familiares e contextuais, relacionando-as com as zonas de risco atual dos participantes. Os dados revelam a presença de duas pessoas no risco III e seis no risco IV do sexo feminino. No sexo masculino aparecem dois no risco II, três no risco III e 30 no risco IV. Em relação à escolaridade podemos nos aperceber que há um maior número de participantes que predomina no risco IV, que parecem apresentar a escolaridade mínima Primária, tendo um total de doze. O ciclo básico com treze e a escola obrigatória mínima com onze participantes. Também abrangemos amostras dos familiares mais próximos que consomem ou não bebidas alcoólicas relacionadas com as zonas de risco dos participantes internados. Os resultados revelam que os pai e irmãos apresentam maior número como consumistas e que os respetivos participantes estão enquadrados nos níveis de risco IV. Em relação aos familiares que não consomem bebidas alcoólicas tal como o pai, a mãe, irmão e irmã apresentam um elevado número, embora os participantes destas famílias se apresentam na zona de risco IV. Relativamente as restantes zonas de risco não apresentam números significativos no que diz respeito à zona de risco anteriormente referida, o mesmo se pode verificar na distribuição geográfica distrital, em que um elevado número de participantes se encontram inseridos na zona de risco IV, nos distritos de Aveiro, Coimbra e Guarda e em relação às outras cidades não parecem ter números significativos. Um grande número de participantes, que se apresentam na zona de risco IV, atualmente ativos no que diz respeito ao laboral, sendo que quinze trabalham por conta de outros e dezoito estão desempregados. Cinco dos participantes encontram-se por conta própria e somente três se encontram de baixa por incapacidade. No

risco III temos dois que trabalham por conta de outros e dois que estão atualmente desempregados. (cf. Tabela 11 ver em anexo).

**5º Objetivo: Comparar os perfis dos utentes cuja cotação no AUDIT os situa nas 4 diferentes zonas de risco.**

Na Tabela 12 encontramos dados relativos à quantidade de participantes que se encontram inseridos nas zonas de risco, em relação aos seus resultados da cotação do AUDIT.

No nível I a cotação oscila entre zero e sete, sendo que ninguém está incluído nesta zona. Já na zona de risco II a cotação vai de oito a 15, segundo os dados encontramos dois participantes. Na zona de risco III a cotação é de 16 a 19 e contém um total de cinco participantes. Por fim, 36 participantes estão inseridos na zona de risco IV, cuja sua cotação vai de 20 a 40. (cf. Tabela 12 ver em anexo).

Na Tabela 13 pretendeu-se analisar os dados relacionados com a idade do primeiro consumo e o padrão atual do consumo (idade com que voltaram a consumir depois de um tempo de abstinência), associando-os com as zonas de intervenção. Optamos pelo critério de subdividir as idades por etapas etárias e contém item “Ñs/Ñ.Resp” (que significa que não foi respondido pelos participantes porque não sabem responder ou simplesmente que não responderam). A idade do primeiro consumo é marcada com um maior número de participantes na zona de intervenção do diagnóstico, mostrando que as etapas de idades que têm maior adesão são na infância e na adolescência. Em relação ao aconselhamento e aconselhamento de educação, apresentam o mesmo valor: três em cada. Já no que diz respeito à idade de início do padrão atual de consumo, apresentam-se valores elevados: 28 na zona de intervenção do diagnóstico de participantes que não responderam ou não sabem com que idade voltaram a beber. Sendo que nove eram adultos nesta etapa. Em relação às intervenções de aconselhamento temos três participantes e no que diz respeito ao aconselhamento de educação obtemos dois participantes com a designação “Ñs/ÑResp” e três que se encontram na fase adulta. (cf. Tabela 13 ver em anexo).

**6º Objetivo: Identificar os aspetos das zonas de risco (tal como surgem no AUDIT) passíveis de serem debeladas num programa de intervenção.**

Em relação ao objetivo 6º pretendemos verificar o maior número de frequências das respostas relativamente aos itens das questões do questionário do AUDIT. Começamos com a primeira questão “Com que frequência consome bebidas que contém álcool?” o item mais contado com 37 participantes foi “quatro ou, mais vezes por semana”; Na segunda questão “Quantas bebidas contendo álcool, consome num dia normal?” a frequência das respostas não diferem muito, encontramos três itens com dez “três ou

quatro ”, ”cinco ou seis”, “dez ou mais ” e um item com 11 “uma ou duas ”; na terceira questão “Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?” o maior número de frequência das respostas dos itens, foram: 11 participantes no item “pelo menos uma vez por semana ” e no item “diariamente ou quase diariamente ” 18 participantes; quanto à 4 questão “ Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguiu parar de beber depois de começar?” os itens com maior número de frequência de resposta foi “diariamente ou quase diariamente” com 30 participantes; a 6ª questão “Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar ”uma ressaca?” 24 responderam “diariamente ou quase diariamente”; Na 7ª questão “Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido ” 21 respondeu que “ diariamente ou quase diariamente” Na questão 8 “ Nos últimos meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?” 14 responderam “ pelo menos uma vez por semana ” Na resposta número 9 “Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?” 18 responderam “Não”, 11 “sim, mas não nos últimos 12 meses ”, 14 responderam “sim, nos últimos 12 meses ” por fim na última questão “Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber ” 11 responderam “sim, mas não nos últimos 12 meses” e 29 “sim , aconteceu nos últimos 12 meses ”

No que respeita à procura de tratamento, 50% das mulheres (4 em 8) tomou a iniciativa enquanto apenas 2,8% (1 em 35) homens o fez por iniciativa própria. .(cf. Tabela 14 ver em anexo).

Sabendo que a presente amostra apresenta maior gravidade de afetação pelo consumo de álcool, colocando-se a questão da prevenção de recaídas, pode indicar pistas de prevenção primária, de forma, por exemplo, a adiar o início dos consumos, desenvolver projetos de vida com percursos de convivialidade e alternativas de atividades saudáveis, etc.

## V- Discussão

Após a apresentação dos resultados do estudo empírico, efetuamos de seguida a discussão dos mesmos, procurando lê-los com base no enquadramento teórico-conceitual, evidenciando os seus significados e retirando as principais implicações teóricas, empíricas e práticas. Este ponto está estruturado de acordo com os objetivos delineados.

Nesse sentido, a análise dos resultados do AUDIT segundo as características sociodemográficas da amostra permitiu-nos, por um lado, verificar padrões de comportamento alcoólico que sugerem que certas características poderão constituir-se como fatores de risco do alcoolismo e, por outro, verificar através da análise qualitativa do AUDIT os fatores que poderão estar a contribuir para a manutenção do problema. Os primeiros resultados, respeitantes às variáveis sociodemográficas permitem identificar

potenciais populações em risco, de modo a intervir preventiva e remediativamente junto destas. Já a análise de conteúdo dos resultados do AUDIT permite identificar quais os aspetos a serem tomados em conta num programa de intervenção e no âmbito das consultas de aconselhamento.

A caracterização da amostra permitiu verificar que uma escolaridade mais baixa, uma idade precoce no término da mesma e a ausência de uma atividade laboral poderão constituir-se como fatores de risco na maioria dos sujeitos com problemas de alcoolismo. A heterogeneidade do agregado familiar não permitiu verificar nenhum padrão, mas sublinha-se que o agregado familiar mais frequente era composto por esposa e filho(a), o que poderá remeter para a qualidade das relações interpessoais na dinâmica familiar, quer como fator que poderá contribuir para a causa ou manutenção do problema, quer como sistema que seguramente será afetado pelo problema do sujeito. Quanto à distribuição dos sujeitos pelo distrito de residência, por um lado, não nos parece possível aferir qualquer conclusão, visto existirem mais sujeitos dos distritos próximos do distrito onde o serviço de alcoologia do Sobral Cid está localizado, por outro, existem sujeitos que optam por ser seguidos numa área geográfica relativamente longe da sua área de residência, de modo a assegurarem a sua privacidade. Por último, acresce que o Serviço de Alcoologia do Sobral Cid é um serviço de referência nacional para a intervenção desta problemática.

No que respeita à procura de tratamento, 50% das mulheres (4 em 8) tomou a iniciativa enquanto apenas 2,8% (1 em 35) homens o fez por iniciativa própria

Relativamente ao segundo objetivo, a grande maioria dos sujeitos encontra-se no nível IV, seguindo-se um número mais reduzido no nível III, o nível II ainda apresenta um número menor de sujeitos e, por fim, no nível I, tal como era expectável, não se encontra nenhum indivíduo. Em qualquer um dos três domínios do AUDIT (uso do álcool, dependência do álcool e consequências negativas) encontramos intervalos de pontuação que se caracterizam por um vasto leque de diferentes valores, o que remete para uma diferenciação acentuada da situação de cada indivíduo face a cada um dos domínios abordados pelo AUDIT, assim como na sua pontuação total.

O objetivo 3 pretendeu verificar a existência de algum padrão em função de alguma das variáveis associadas às características pessoais, familiares e/ou de contexto. Uma vez que o número de sujeitos do sexo masculino é consideravelmente superior aos do sexo feminino, não poderemos prever qualquer relação entre género e comportamento alcoólico. Contudo, verificamos que na nossa amostra os sujeitos do sexo masculino se distribuem pelos três níveis de risco, enquanto as mulheres apenas se situam nos níveis III e IV.

Ao compararmos o número de sujeitos por grau académico, considerando os níveis do AUDIT, verificamos que a maioria relativa dos sujeitos que se encontram no nível IV tem apenas o 1º ciclo de estudos, seguindo de imediato os sujeitos com o 2º ciclo de estudos. De referir, que poucos são os sujeitos que se encontram nos restantes níveis, inviabilizando qualquer problematização sobre a possível relação entre habilitações literárias e o nível de alcoolismo.

Relativamente aos familiares próximos que manifestam igualmente comportamento alcoólico, parece não haver qualquer relação entre sujeitos que apresentam problemas com o álcool e os seus familiares que consomem igualmente, visto que mesmo que o pai, a mãe, o irmão ou irmã não consumam, os sujeitos apresentam o mesmo comportamento face ao álcool, isto é, o número de sujeitos que consomem é semelhante quer um dos familiares sejam alcoólicos ou não, ou apresentam mesmo um número maior de familiares que não apresentam comportamento alcoólico face ao número de familiares alcoólicos, à exceção talvez do pai, pois de facto são mais os sujeitos que consomem e que têm pais alcoólicos do que os que não têm. Adicionalmente, um aspeto que nos parece interessante é o facto de constatarmos que o grupo de sujeitos cujos familiares não consomem de forma abusiva, seja pai, mãe, irmão ou irmã, poder-se-ão encontrar em qualquer um dos níveis de risco (II, III ou IV), ao contrário do que tendencialmente acontece quando um dos familiares próximos é alcoólico - nestes casos, a maioria dos sujeitos encontra-se no nível IV.

A maioria dos sujeitos encontra-se no nível IV, independentemente do distrito de residência. É expectável, contudo, que a nossa amostra seja constituída na sua maioria por sujeitos do distrito de Coimbra e dos distritos mais próximos de Coimbra, tais como Aveiro, Viseu e Guarda, quer proximidade geográfica à sua área de residência, quer pelas razões anteriormente descritas (privacidade e serviço de referência).

Ao compararmos as várias categorias do trabalho atual, verificamos que são mais os sujeitos que se encontram no nível IV e que estão desempregados, do que noutra categoria laboral qualquer.

Com o quarto objetivo pretendeu-se identificar comportamentos a partir do AUDIT passíveis de explicar o alcoolismo, ou seja, comparar perfis dos utentes cuja cotação no AUDIT os situa nas quatro diferentes zonas de risco. Deste modo, tomou-se em consideração a idade do início do primeiro consumo e a idade do início do padrão atual e verificou-se que a grande maioria dos sujeitos consumiu pela primeira vez na infância (N=17, sendo que 15 se situam no Nível IV/Diagnóstico e os outros dois no Nível II/Aconselhamento) e na adolescência (N=16, dos quais 14 estão no Nível IV, um no Nível II e o outro no Nível III), e daqueles que beberam pela primeira vez em idade adulta cinco encontram-se no Nível IV e dois no Nível III. Quanto à idade de início do padrão atual, a grande maioria não respondeu ou não sabe (N=33, dos quais 28 situam-se na zona de risco IV, dois no Nível III e três no Nível II), os restantes 12 sujeitos começaram com o atual padrão de alcoolismo já na fase adulta (Nível III/Aconselhamento-Educação: N=3, Nível IV/Diagnóstico: N=9). Verifica-se, deste modo, que a primeira experiência com o álcool deu início em idades precoces, em que o indivíduo estaria mais dependente de terceiros e suscetível às influências do meio, sugerindo que a família, enquanto como sistema (alguns aspetos), poderá estar na origem do problema de alcoolismo dos sujeitos. Já as próprias consequências do consumo excessivo de álcool na memória dos sujeitos, poderá explicar a elevada percentagem de participantes que não responderam ou não souberam responder com que idade começaram com o atual padrão de consumo de álcool. Dos que responderam, era expectável

que se situassem na idade adulta, pela sua maior autonomia económica.

O sexto objetivo remeteu para uma análise qualitativa relativa ao conteúdo dos itens do AUDIT, de modo a permitir uma orientação para os treinos de auto-instrução, autocontrolo e autorregulação. Constituirá, pois, uma transição de diagnóstico para a intervenção, para além dos dados recolhidos. Ou seja, a análise dos itens mais cotados de cada um dos três domínios constitutivos do AUDIT - uso do álcool, dependência do álcool e consequências negativas - permitirá ao psicólogo fazer o levantamento dos comportamentos alcoólicos sobre os quais deverá incidir a sua atuação. Deste modo, relativamente ao *uso do álcool*, verificamos que a grande maioria dos sujeitos (N=37) consome bebidas alcoólicas quatro ou mais vezes por semana, mas que o consumo médio por dia é variável de acordo com o sujeito, havendo um número semelhante de sujeitos que bebem quer uma ou duas bebidas, quer três ou quatro, cinco a seis ou 10 ou mais de 10. Por último, o último item relativo a este domínio informa-nos que é frequente os sujeitos beberem seis bebidas ou mais numa única ocasião, quer seja diariamente (N=18), uma vez por semana (N=11).

Quanto ao comportamento de *dependência do álcool*, a maioria dos sujeitos (N=30) respondeu que nos últimos 12 meses apercebeu-se diariamente que não conseguia parar de beber depois de começar, tendo sido menos os que se apercebem uma vez por semana (N=2), pelo menos uma vez por mês (N=5) ou nunca (N=6); quanto à frequência com que nos últimos 12 meses não conseguiram cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido, as respostas não são unânimes, os sujeitos distribuem-se mais ou menos equitativamente pelas diferentes frequências mencionadas neste item (nunca: N=13, menos de uma vez por mês: 6, pelo menos uma vez por mês: N=3, pelo menos uma vez por semana: N=9, diariamente: N=12), o que sugere que o consumo excessivo do álcool, pelo menos em termos laborais, interfere distintamente de sujeito para sujeito na capacidade de trabalhar; a necessidade de beber logo pela manhã pra se "curar" de uma ressaca tem uma distribuição já menos equitativa ou tendencial: se, por um lado, cerca de metade dos sujeitos (N=24) sente essa necessidade diariamente, a outra metade apresenta frequências variáveis (nunca: N=8, pelo menos um vez por mês: N=3, pelo menos uma vez por semana: N=8). Estas diferenças poderão estar relacionadas não só com aspetos biológicos, assim como com o tipo de bebidas alcoólicas ingeridas pelos sujeitos. O último item relativo a este domínio remete para a frequência dos sentimentos de culpa ou de remorsos sentidos pelos sujeitos por terem bebido: uma vez mais, a distribuição pelas diferentes frequências é heterogénea (nunca: N=7, menos de uma vez por mês: N=4, pelo menos uma vez por mês: N=4, pelo menos uma vez por semana: N=7), contudo, cerca de metade dos sujeitos (N=21) revela ter sentimentos de culpa todos os dias. Esta heterogeneidade poderá dever-se a uma série de razões distintas, ultrapassando o âmbito deste trabalho. Ainda assim, as diferentes frequências desses sentimentos talvez possam ser justificadas pelas diferentes consequências que o beber álcool comporta, já para não falar dos aspetos relacionados com a educação e personalidade de cada sujeito.

O domínio respeitante às *consequências negativas* do consumo de

álcool revela resultados heterogêneos em termos de frequências relativas a cada item (8- "Nos últimos 12 meses com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite por causa de ter bebido?", 9- "Já alguma vez feriu ou ficou ferido por ter bebido?" e 10- "Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo ou sugeriu que deixasse de beber?"), mas mais ou menos equivalentes em termos de distribuição do número de sujeitos por frequência (8- nunca: N=11, menos de uma vez por mês: N=5, pelo menos uma vez por mês: N=5, pelo menos uma vez por semana: N=14, diariamente: N= 8; 9- não: N= 18, sim, mas não nos últimos 12 meses: N=11, sim, aconteceu nos últimos 12 meses: N=14; 10- não: N=3, sim, mas não nos últimos 12 meses: N=11, sim, aconteceu nos últimos 12 meses: N=29). O único resultado que difere mais dos outros em termos de número de sujeitos naquela situação diz respeito àqueles terem tido alguém que manifestasse preocupação ou sugerisse que deixassem o álcool, o que sugere que os sujeitos não estão "sozinhos", que existe provavelmente uma rede de suporte, ainda que essa rede não tenha um papel proactivo na resolução do problema. Os outros dois itens remetem para consequências muito concretas advindas do consumo excessivo do álcool: por um lado, consequências ao nível cognitivo (da memória) e, por outro, ao nível físico e inter-relacional.

Nos estudos de correlação verificou-se que quanto mais elevada a escolaridade, menor a dependência de álcool ( $r = -0.318$ ,  $p < 0.05$ ).

Verificou-se que os casos de correlações significativas ente as mães consumidoras com pais consumidores de álcool ( $r = 0.381$ ,  $p < 0.05$ ).

Apesar de não se terem verificado correlações significativas entre as idades de início de consumo de álcool e idade da primeira embriaguez verifica-se uma tendência de quanto mais tarde são iniciados os consumos, menor a dependência do álcool, do mesmo modo que quanto mais tarde surge a 1ª embriaguez, menores as consequências negativas do consumo do álcool. Em termos de prevenção faz sentido intervir junto das populações mais jovens, cuja vulnerabilidade pode antecipar o consumo de álcool, com consequências negativas mais acentuadas e maior probabilidade de dependência.

### **Conclusões**

O presente estudo permite compreender o modo como alguns aspetos acerca da realidade das causas do alcoolismo afetam negativamente a vida do sujeito em vários níveis, tais como: nível físico, psicológico, familiar e social. Os fatores influentes que podem condicionar o sujeito à prática de um consumo exuberante e permanente, estão direcionados para problemas a níveis individuais, familiares, socioeconómico, sociogeográfico (ambientais) e aceitação cultural face à permissão do consumo de bebidas alcoólicas.

Vários estudos realizados pela Organização Mundial de Saúde demonstram preocupação acerca do aumento do consumo de bebidas alcoólicas a nível mundial e a necessidade de desenvolver programas de prevenção contra ao consumo excessivo. A prevenção deverá ter o seu início na população mais jovem uma vez que vão ser os adultos do futuro.

Segundo defendem autores como Gomes-Pedro e Fernandes (sd), existe a necessidade de realizar um diagnóstico precoce como uma possibilidade de prevenção, uma vez que existem sinais comportamentais como indícios no desenvolvimento de fatores risco em relação ao álcool. Enfatizando a emergência de um conjunto de fatores de risco, pode e deve ser diagnosticado previamente a prevalência do álcool no sujeito, quando apresenta os seguintes sinais num diagnóstico clínico: historial da família alcoólica, tentativas de suicídios e homicídios e acidentes. Porém, não só a parte clínica poderá ter um papel único na prevenção do alcoolismo, o meio social e a comunidade podem e devem ter um papel interveniente, como por exemplo nas instituições de ensino, que podem ser um início de prevenção, começando por sensibilizar os jovens através de campanhas contra o consumo de álcool. O papel do Psicólogo Educacional pode contribuir para a intervenção precoce, de forma a prevenir a origem da dependência alcoólica, desenvolvendo programas primários e secundários e auxiliando a traçar o projeto de vida, dando apoio direto ao sujeito (crianças, jovens e adultos). Na criação e desenvolvimento do programa de intervenção, deve-se ter sempre como referência o contexto familiar em vários níveis, tais como: o estilo de educação parental, divórcio, monoparentalidade, tipo de família, famílias com elemento(s) consumidor(es) de aditivos de álcool ou drogas e o ambiente onde se inserem.

Nas Escolas/Instituições de acolhimento ou junto a centros de apoios, como por exemplo as Câmaras Municipais, Juntas de Freguesias, o psicólogo Educacional poderá colocar aos jovens adolescentes testes com o objetivo de identificar a zona de risco que apresentam atualmente, podendo utilizar o teste Alcohol Use Disorders Identification Test (1992) (AUDIT). Este instrumento tem três fases, o psicólogo educacional deve ter em atenção, essencialmente, as duas primeiras fases (estando a última fase relacionada com a dependência do alcoolismo sendo que deve ser encaminhado para os profissionais clínicos). A primeira fase está direcionada para a **“abstinência ou uso com baixo risco”**, sendo que, os valores indicados são entre zero e sete, correspondendo ao nível de risco **“zona I”**. Correlacionando-se com a intervenção na **educação** que consiste no enquadramento de um conjunto de informações acerca dos malefícios do álcool, num longo consumo abusivo. O Psicólogo Educacional ao tomar conhecimento dos resultados poderá informar o jovem acerca das consequências e dos inconvenientes que o consumo elevado de álcool poderá fazer na sua vida, assim como deverá felicitá-lo por encontrar-se no nível de risco baixo e encorajá-lo a manter esse comportamento. Na segunda fase, **“uso para além das normas ou indevido”**, a pontuação vai de oito a quinze, determinando o nível de **“zona de risco II”**, sendo patente a necessidade de **“orientação/recomendação”**. Neste período deve facultar-se à pessoa um conjunto de recomendações ou aconselhamentos breves. As recomendações mais pertinentes são dirigidas para a atenção da possível viragem, ou seja, do perigo em desenvolver riscos de várias ordens: de saúde física, psicológica e social, visto que tendem a apresentar episódios de intoxicação. Um outro instrumento que poderá ser utilizado é o Cut-down

annoyes, Guilt and Eye-opener, 1974 (CAGE) que é constituído por quatro questões, três direcionadas para as reações emocionais em relação à bebida e a última orientada para a avaliação da privação da síndrome, ou seja, para a quantificação da intensidade do grau de consumo. Em termos de cotação, duas respostas positivas podem sinalizar a probabilidade de problemas relacionados com o álcool. O teste Michigan Alcoholism Screening Test, 1971 (*Mast*) é composto por 10 questões relacionadas com os problemas ligados ao álcool. No que respeita à cotação, se apresentar valores de 0 a 3 estamos perante um resultado: “não se detetam problemas”; se obtiver o resultado 4: “existência de problemas, necessidade de uma avaliação mais cuidadosa”; por fim, se for igual ou superior a 5 estamos diante de: “gravidade de problemas ligados ao álcool”.

A intervenção poderá ser o meio mais viável para a não concretização do extremo da dependência de álcool. Sendo que devem ser acompanhados e/ou encaminhados para programas de intervenção através do aconselhamento, que consiste num processo que tem como objetivo direcionar o sujeito a adquirir meios exploratório na resolução dos seus problemas e do mesmo modo ajudá-lo a obter a capacidade de gerir os conflitos, para que possa encontrar formas alternativas de lidar com o seu *self* e proporcionar mudanças internas e externas.

Reforçando a ideia defendidas por autores como Chick et al. (1988), o aconselhamento permite aumentar o controlo e a autonomia do indivíduo sobre as adversidades atuais da sua vida bem como as oportunidades presentes e futuras.

## Bibliografia

- Adès, J. & Lejoyeux, J.A.M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento* (2ª Ed) Lisboa: Editora Climepsi.
- Alarcão, M. (2003). “Do uso ao abuso do álcool: fragmentos de vidas familiares”, in M.I. Clímaco, L.M. Ramos, *Álcool, Tabaco e Jogo. Do Lazer aos Consumos de Risco*. Coimbra: Edição Quarteto.
- Alarcão, M. (2006) *(Des)Equilíbrios Familiares* (3ª Ed). Coimbra: Quarteto Editora.
- Amaral, R.A., & Malbergier, A. (2004). Avaliação de instrumentos de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool (CAGE) entre trabalhadores da prefeitura do campus da Universidade de São Paulo (USP). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3).
- American Psychiatric Association – APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. (4a Ed.) Washington: American Psychiatric Association.
- Ausloos G., (1996) *A competência das famílias: tempo, caos, processo*. Lisboa: Climepsi.
- Babor, T.F., Hofmann, M., Delboca, F.K., Hesselbrock, V., Meyer, R.E., Dolinsky, Z.S., & Rounsaville, B. (1992). Types of alcoholics, I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psychiatry*. 49, 599–608.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, John, C., Saunders, J.B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT- The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in primary care* (2ª Ed.) Geneve: WHO.
- Baker, A., & Velleman, R. (2007). *Clinical Handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*. London: Routledge.
- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro (2011). *O consumo de bebidas alcoólicas em Portugal. Prevalências e padrões de consumo 2001-2007*. Lisboa: CesNova, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade de Lisboa, IDT.
- Barridas, J.C., Calado, G., & Oliveira, J.P. (1992). Jornada de psiquiatria: Alcoolismo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 1 (2), 139-143.
- Barthélémy. Jean-Marie (1987). *L'analyse phénoméno-structurale dans l'étude psychologique des alcooliques*. Toulouse: Éris.
- Becoña, E., & Martin, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Boulangier, Hervé, Morel e Tonnelet (2001). *Prevenção de toxicodependências*. Lisboa: Climepsi.
- Castro, L.A., & Baltieri, D, A, (2012). Tratamento farmacológico da dependência do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2004, vol.26, suppl.1 [cited 2012-10-30], pp. 43-46 .

- Centro Regional de Alcoologia do Norte <http://www.cran.min-saude.pt/?n=gabinete-do-utente&cod=8>
- Chick, J., Ritson, B., Connaughton, J., Stewart, A., & Chick, J. (1988). Advice versus extended treatment for alcoholism: A controlled study. *British Journal of Addiction*, 83, 159-170.
- Clímaco, M. I., & Ramos, L. M. (2003). *Álcool, Tabaco e Jogo. Do Lazer aos Consumos de Risco*. Coimbra: Edição Quarteto.
- Cloninger, C.R., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry*, 38, 861-868.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: clinical and Experimental Research*, 12, 494-505.
- Código Penal Português (2012, 2ª ed.) Coimbra: Livraria Almedina.
- Echeburua-Odriozola, E., Fernández-Montalvo, J., Andrés, P.J.A. (2002). *Vivir sin violencia. Aprender un nuevo estilo de vida*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S., Murray, C.J.L., the Comparative Risk Assessment Collaborating Group (2002) "Selected major risk factors and global and regional burden of disease" *Lancet*, 360 (9343), 1347-1360.
- Ferreira C.B., & Filho H.C (2004). *Usos e abusos e dependência: alcoolismo e toxicoddependência*, Manual técnico 2. Lisboa: Climepsi.
- Froján, M. X., & Santacreu, J. (1993). *Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas. Una perspectiva comunitaria*. Valencia: Promolibro.
- Galanter, M.D., & Kleber H.D. (1994) *Textbook of substances abuse treatment*. America Psychiatric Press.inc.
- García-Rodríguez, J.A., & López-Sánchez, C. (1988). *Prevención primaria de las drogodependencias en la escuela. Teoría y método*. Alicante: Ayuntamiento de Santa Pola.
- Gomes-Pedro, J.C., & Fernandes, A. (sd). *Álcool e Desenvolvimento*. Lisboa: Serviço de Pediatria, Hospital de Santa Maria.
- Goodwin, D.W. (1978). The genetics of alcoholism: A state of the art review. *Alcohol Health & Research World* 2(3):2-12.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Haroldo J.H.SJ (1994) *The twelve steps for Christians: Based on Biblical teachings*. Canada: Publishing Inc.
- Hawkins, J.D., Catalano, R. F., Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological*

*Bulletin*, 112(1), 64-105.

- Ismail, F. (2002). *Álcool benigno, álcool maligno*. Porto: Ambar.
- Jo & Chick J. (1998) Problemas com a Bebida. Editores S.A. Porto, Coleção Campo de Saúde – 2.
- Johnson, J.G., Spitzer, R.L., Williams, J.B., et al. (1995). Psychiatric comorbidity, health status, and functional impairment associated with alcohol abuse and dependence in primary care patients: findings of the PRIME MD-1000 study. *Journal Consult Clin Psychol.*, 63 (1), 133-140.
- Krüger, R (2003) *Voltar do abismo: uma abordagem pastoral do alcoolismo*. Argentina: Edição Kairós.
- Lazo, D. M. (1990). *Alcoolismo: O que você precisa de saber*. (2ª Ed) Brasil: Edições Paulinas, Reindal.
- Maldonado, J.R. (2008). Delirium in the acute care settings: characteristics, diagnosis and treatment. *Critical Care Clinics*, 24, 657-722. Acessível em <http://psychiatry.stanford.edu/Psychosomatic/Maldonado'08-Delirium%20in%20ICU-CCC.pdf>
- McCrary, B. S., Dean, L., Dubreuil, E., & Swanson, S. (1985). The Problem Drinkers Program: A programmatic application of social learning based treatment. In G. A. Marlatt & J. Gordon (Eds.), *Relapse prevention* (pp. 417-471). New Ybrk: Guilford Press.
- Mello, M. L. M., Barrias, J., & Breda, J. (2001) *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Edição Direcção-Geral de Saúde.
- Naveilland F., P (1981). Sobre el concepto de alcoholismo. *Boletim of Sanit Panam*, 91 (4), 340-348.
- Neto, A.C., Gauer, G.J.C., & Furtado, N.R. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Supernova Editora.
- Nunes L. (2011) *Crime desconstrução*. Porto: Ed Universidade F. Pessoa
- Nunes L. & Jolluskin G. (2010) *Drogas e comportamentos de adição : manual para estudantes e profissionais de saúde* (2ª Ed.). Porto: Edição Universidade de F. Pessoa (pag.207-209).
- Österberg, E. & Karlsson, T. (Eds)(2002) *Alcohol Policies in EU Member States and Norway. A Collection of Country Reports* (Helsinki, Stakes).
- Pestana, M<sup>a</sup>. H. e Gageiro, J.N. (2003) *Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS. 3ª Ed. ver. e aumentada*. Lisboa : Edições Sílabo.
- Ponte, M. S. (1993). *Terapia familiar no alcoolismo: Perspetiva sistémica* *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoolologia*. II (1), 63-64.
- Prestwich, P.E. (1994). Drinkers, Drunkards, and Degenerates: The Alcoholic Population of a Parisian Asylum, 1867-1914. *Social History*, 27 (54). Acessível em:

<https://pi.library.yorku.ca/ojs/index.php/hssh/article/viewFile/16576/15435>

Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia. Maio/Agosto-1992-Vol.I – N° 2. Pp. 139-143

Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia. Janeiro/Agosto- 1994-Vol.III- N° 1/2(7/8)

Revista da Sociedade Portuguesa De Alcoologia .Setembro/Dezembro-1994-Vol.III- N° 3(9)

*Revista da Sociedade Portuguesa De Alcoologia. Janeiro/Março- 1995. IV (1).*

Roizen, R. (2000).E. M. Jellinek and all that! A brief look nack at the origins of post-repeal alcohol science in the United States. H. Thomas Austern *Lecture for the annual meeting of the ABMRF*, San Francisco, CA, Oct 20-26, 2000.

Roussaux, Jean-Paul, Faoro-Kreit, Blandine, Hers-Denis O álcool em família, Dimensões familiares dos alcoolismos e suas implicações terapêuticas; (1ª Ed.) (2002) Lisboa: editora Climepsi ( pag. 97-149).

Secades, R., & Fernández, J.R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 ( 3), 365-380.

Sofia, C.M.R. (1989) *O Alcoolismo: visão do problema, no homem na sociedade: alguns aspetos de repercussões de alcoolismo crónico de foro gastroenterológico*. Tese de Doutoramento. Universidade de Coimbra, (pag 196-172).

Trigo, M. (2006). Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotino-dependência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 299-328. <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20070529112011546969.pdf>

WHO (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: WHO.

WHO (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO.

Zuckerman, M. (2007). *Sensation seeking and risky behavior*. Washington: APA.

## Anexos

## **ANEXOS**

**Tabela 5** – Distribuição da amostra em função do género e nível escolar

| Situação_<br>Trabalho_ actual  | Idade | Idade<br>saída_ escola | Nível escolar.  | Género |    | Total |
|--------------------------------|-------|------------------------|-----------------|--------|----|-------|
|                                |       |                        |                 | F      | M  |       |
| trabalho por<br>conta própria  | 43    | 12                     | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                                | 46    | 11                     | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                                | 48    | NR                     | freq.secundário | 1      |    | 1     |
|                                | 50    | 12                     | 2/3CEB          | 1      |    | 1     |
|                                | 56    | 11                     | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                                |       | Total                  |                 | 2      | 3  | 5     |
| trabalho por<br>conta de outro | 21    | NR                     | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                                | 28    | 9                      | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                                | 33    | NR                     | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                                |       | 13                     | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                                | 37    | NR                     | freq.secundário | 1      |    | 1     |
|                                | 40    | 18                     | novas oport.    |        | 1  | 1     |
|                                | 42    | NR                     | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                                | 43    | NR                     | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                                |       | 17                     | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                                | 44    | 16                     | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                                | 49    | 12                     | 1CEB            |        | 1  | 1     |
|                                |       | 14                     | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
| 50                             | NR    | 2/3CEB                 |                 | 1      | 1  |       |
|                                | 14    | 2/3CEB                 |                 | 1      | 1  |       |
| 53                             | NR    | 1CEB                   |                 | 1      | 1  |       |
|                                |       | Total                  |                 | 1      | 14 | 15    |
| desempregado                   | 32    | 16                     | freq.secundário | 1      |    | 1     |
|                                | 33    | NR                     | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                                | 35    | NR                     | novas oport.    |        | 1  | 1     |
|                                |       | NR                     | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                                | 38    | 12                     | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                                | 40    | 12                     | 2/3CEB          | 1      |    | 1     |
|                                | 41    | NR                     | 2/3CEB          |        | 2  | 2     |
|                                |       | 14                     | 1CEB            | 1      |    | 1     |
|                                | 42    | 16                     | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                                | 43    | 10                     | 1CEB            | 1      |    | 1     |
|                                | 48    | NR                     | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                                |       | 16                     | 2/3CEB          |        | 1  | 1     |
|                                | 51    | NR                     | novas oport.    |        | 1  | 1     |
|                                | 54    | NR                     | 1CEB            |        | 1  | 1     |
| 55                             | NR    | 1CEB                   |                 | 1      | 1  |       |
|                                | 12    | 1CEB                   |                 | 1      | 1  |       |
| 57                             | NR    | 1CEB                   |                 | 1      | 1  |       |
|                                |       | Total                  |                 | 4      | 14 | 18    |
| baixa por incapacidade         | 40    | NR                     | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                                | 53    | 17                     | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                                | 55    | 18                     | freq.secundário |        | 1  | 1     |
|                                |       |                        |                 | 3      | 3  |       |
| reforma                        | 60    | Total                  | novas oport.    |        | 1  | 1     |
| Outras situações               | 50    | 14                     | 1CEB            | 1      |    | 1     |
|                                |       |                        | 1CEB            | 3      | 11 | 14    |
|                                |       |                        | 2/3CEB          | 2      | 12 | 14    |
|                                |       |                        | freq.secundário | 3      | 8  | 11    |
|                                |       |                        | novas oport.    | 0      | 4  | 4     |
|                                |       | Total                  |                 | 8      | 35 | 43    |

**Tabela 6 – Idades que terminaram a escolaridades**

| Idade terminou escola | Género |    | Total |
|-----------------------|--------|----|-------|
|                       | F      | M  |       |
| 0                     | 2      | 18 | 20    |
| 9                     | -      | 1  | 1     |
| 10                    | 1      | -  | 1     |
| 11                    | 0      | 2  | 2     |
| 12                    | 2      | 4  | 6     |
| 13                    | 0      | 1  | 1     |
| 14                    | 2      | 2  | 4     |
| 16                    | 1      | 3  | 4     |
| 17                    | 0      | 2  | 2     |
| 18                    | 0      | 2  | 2     |
| Total                 | 8      | 35 | 43    |

**Tabela 7- Atividades profissionais**

| Trabalho atual         | Género |    | Total |
|------------------------|--------|----|-------|
|                        | F      | M  |       |
| Trabalho conta própria | 2      | 3  | 5     |
| Trabalho conta outro   | 1      | 14 | 15    |
| Desempregado           | 4      | 14 | 18    |
| Baixa por incapacidade | 0      | 3  | 3     |
| Reforma                | 0      | 1  | 1     |
| Outros                 | 1      | 0  | 1     |
| Total                  | 8      | 35 | 43    |

**Tabela 8 : Seio Familiar Atual**

| Família Atual             | Género |    | Total |
|---------------------------|--------|----|-------|
|                           | F      | M  |       |
| Pais                      | 2      | 6  | 8     |
| sozinho(a)                | 0      | 5  | 5     |
| esposa                    | 0      | 3  | 3     |
| marido e filho(a)         | 4      | 0  | 4     |
| esposa e filho(a)         | 0      | 14 | 14    |
| esposa, filho(a) e sogra  | 0      | 1  | 1     |
| marido e filho(a) e sogro | 1      | 0  | 1     |
| Mãe                       | 0      | 2  | 2     |
| irmão(ões)                | 0      | 1  | 1     |
| filho(a) e mãe/pai        | 0      | 1  | 1     |
| mãe e irmão(a)            | 0      | 1  | 1     |
| filho(os)                 | 1      | 0  | 1     |
| companheiro(a) e filho(a) | 0      | 1  | 1     |
| Total                     | 8      | 35 | 43    |

**Tabela 9-** Distribuição geográfica em relação às zona de risco (AUDIT)

| Distrito       | Grupo etário | Género | Zona de Risco (AUDIT) |    |    | Total |
|----------------|--------------|--------|-----------------------|----|----|-------|
|                |              |        | Z2                    | Z3 | Z4 |       |
| Porto          | >50          | M      |                       |    | 1  | 1     |
| Aveiro         | 35-39        | F      |                       | 1  | 0  | 1     |
|                |              | M      |                       | 0  | 1  | 1     |
|                | 40-49        | F      |                       |    | 1  | 1     |
|                |              | M      |                       |    | 3  | 3     |
|                | >50          | F      |                       |    | 1  | 1     |
|                |              | M      |                       |    | 3  | 3     |
|                | Total        |        |                       | 1  | 9  | 10    |
| Viseu          | 20-24        | M      |                       |    | 1  | 1     |
|                | 30-34        | F      |                       |    | 1  | 1     |
|                |              | M      |                       |    | 3  | 3     |
|                | 40-49        | F      |                       | 1  | 1  | 2     |
|                |              | M      |                       | 0  | 3  | 3     |
|                | Total        |        |                       | 1  | 9  | 10    |
| Coimbra        | 40-49        | M      | 1                     | 1  | 3  | 5     |
|                | >50          | M      | 1                     |    | 4  | 5     |
|                | Total        |        | 2                     | 1  | 7  | 10    |
| Castelo Branco | 35-39        | M      |                       | 1  |    | 1     |
|                |              | Total  |                       | 1  |    | 1     |
|                | 40-49        | F      |                       |    | 1  | 1     |
|                |              | Total  |                       |    | 1  | 1     |
|                | >50          | F      |                       |    | 1  | 1     |
|                |              | Total  |                       |    | 1  | 1     |
|                | Total        | F      |                       | 0  | 2  | 2     |
| M              |              |        | 1                     | 0  | 1  |       |
| Total          |              |        | 1                     | 2  | 3  |       |
| Leiria         | 40-49        | M      |                       | 1  | 1  | 2     |
|                | Total        |        |                       | 1  | 1  | 2     |
|                | Total        | M      |                       | 1  | 1  | 2     |
| Guarda         | 25-29        | M      |                       |    | 1  | 1     |
|                |              | Total  |                       |    | 1  | 1     |
|                | 35-39        | M      |                       |    | 1  | 1     |
|                |              | Total  |                       |    | 1  | 1     |
|                | 40-49        | M      |                       |    | 2  | 2     |
|                |              | Total  |                       |    | 2  | 2     |
|                | >50          | M      |                       |    | 1  | 1     |
| Total          |              |        |                       | 1  | 1  |       |
| Total          | M            |        |                       | 5  | 5  |       |
| Total          |              |        |                       | 5  | 5  |       |
| Portalegre     | >50          | M      |                       |    | 1  | 1     |
|                |              | Total  |                       |    | 1  | 1     |
|                | Total        | M      |                       |    | 1  | 1     |
| Total          |              |        |                       | 1  | 1  |       |

|         |       |       |   |    |    |    |
|---------|-------|-------|---|----|----|----|
| Setúbal | >50   | M     |   |    | 1  | 1  |
|         |       | Total |   |    | 1  | 1  |
|         | Total | M     |   |    | 1  | 1  |
|         |       | Total |   |    | 1  | 1  |
|         | Total | F     | 0 | 2  | 6  | 8  |
|         |       | M     | 2 | 3  | 30 | 35 |
| Total   |       | 2     | 5 | 36 | 43 |    |

**Tabela 10 - Os domínios do uso de álcool, no (AUDIT)**

|                         | Média (D.P.)   | Mínimo - Máximo |
|-------------------------|----------------|-----------------|
| <i>Domínio</i>          |                |                 |
| Uso de álcool           | 8,28 (3,00)    | 3 – 12          |
| Dependência do álcool   | 8,12 (3,21)    | 0 – 12          |
| Consequências negativas | 10,00 (4,00)   | 1– 16           |
| Total                   | 2 6.40 (10.21) | 4 – 38          |

**Tabela11- Variáveis (individuais, familiares e contextuais ) relacionadas com as zonas de risco.**

| Variáveis                  | Zona de risco | I | II | III | IV | Total |
|----------------------------|---------------|---|----|-----|----|-------|
| <i>Individual</i>          |               |   |    |     |    |       |
| <b>Género</b>              | F             | 0 | 0  | 2   | 6  | 8     |
|                            | M             | 0 | 2  | 3   | 30 | 35    |
| <b>Escolaridade</b>        |               |   |    |     |    |       |
| Primária                   |               | 0 | 1  | 1   | 12 | 14    |
| Ciclo básico               |               | 0 | 1  | 1   | 11 | 13    |
| Secundário                 |               | 0 | 0  | 3   | 8  | 11    |
| Novas Oport.               |               | 0 | 0  | 0   | 1  | 1     |
| Ensino Sup.                |               | 0 | 0  | 0   | 4  | 4     |
| <i>Variável Familiares</i> |               |   |    |     |    |       |
| <b>Pai</b>                 |               |   |    |     |    |       |
| Sim Consume                |               | 0 | 1  | 2   | 21 | 24    |
| Não Consume                |               | 0 | 2  | 5   | 16 | 43    |
| Não sabe/n resp.           |               | 0 | 0  | 0   | 1  | 1     |
| <b>Mãe:</b>                |               |   |    |     |    |       |
| Sim Consume                |               | 0 | 0  | 0   | 9  | 9     |
| Não Consume                |               | 0 | 2  | 5   | 27 | 34    |
| Não sabe/n resp            |               | 0 | 0  | 0   | 0  | 0     |

| <b>Irmão</b>               |   |   |   |    |    |
|----------------------------|---|---|---|----|----|
| Sim Consume                | 0 | 1 | 0 | 17 | 18 |
| Não Consume                | 0 | 1 | 5 | 19 | 25 |
| Não sabe/ñ resp            | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  |
| <b>Irmã</b>                |   |   |   |    |    |
| Sim Consume                | 0 | 0 | 1 | 3  | 4  |
| Não Consume                | 0 | 2 | 4 | 33 | 39 |
| Não sabe/ñ resp            | 0 | 0 | 0 | 0  | 0  |
| <i>Variável Contextual</i> |   |   |   |    |    |
| <b>Distrito:</b>           |   |   |   |    |    |
| Porto                      | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |
| Aveiro                     | 0 | 0 | 1 | 9  | 10 |
| Viseu                      | 0 | 0 | 1 | 9  | 10 |
| Coimbra                    | 0 | 2 | 1 | 7  | 10 |
| Castelo Branco             | 0 | 0 | 1 | 2  | 3  |
| Leiria                     | 0 | 0 | 1 | 1  | 2  |
| Guarda                     | 0 | 0 | 0 | 5  | 5  |
| Portalegre                 | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |
| Setúbal                    | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |
| <b>Trabalho Atual</b>      |   |   |   |    |    |
| Trab.C. Própria.           | 0 | 0 | 2 | 3  | 5  |
| Trab. C. Outros            | 0 | 1 | 1 | 13 | 15 |
| Desempregado               | 0 | 1 | 2 | 15 | 18 |
| Baixa Incapacidade         | 0 | 0 | 0 | 3  | 3  |
| Reforma                    | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |
| Outros                     | 0 | 0 | 0 | 1  | 1  |

**Tabela 13 – Idade do primeiro consumo em relação as zonas de intervenção**

| Idade Início Primeiro Consumo | Z .Intervenção: |          |            |            |
|-------------------------------|-----------------|----------|------------|------------|
|                               | Educação        | Acons. . | Acons.Edu. | Diagnostic |
|                               | 0               | 0        | 0          | 4          |
| Ñs/ñResp.                     |                 |          |            |            |

|                           |          |          |            |             |
|---------------------------|----------|----------|------------|-------------|
| Infância                  | 0        | 2        | 0          | 15          |
| Adolescencia              | 0        | 1        | 1          | 14          |
| Aduldez                   | 0        | 0        | 2          | 5           |
| Z .Intervenção:           |          |          |            |             |
| Idade inicio padrão atual | Educação | Acons. . | Acons.Edu. | Diagnostico |
| Ñs/ñResp.                 | 0        | 3        | 2          | 28          |
| Infância                  | 0        | 0        | 0          | 0           |
| Adolescencia              | 0        | 0        | 0          | 0           |
| Aduldez                   | 0        | 0        | 3          | 9           |

**Tabela 14- Incentivo à busca do tratamento**

|                    | Género |    | Total |    |
|--------------------|--------|----|-------|----|
|                    | F      | M  |       |    |
| Iniciativa_Própria | sim    | 4  | 1     | 5  |
|                    | não    | 4  | 34    | 38 |
| Total              | 8      | 35 | 43    |    |