

CICLO DE ESTUDOS: MESTRADO

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

**Estratégias de *coping*, percepção da
satisfação com a vida, sintomas
psicopatológicos e alexitimia na predição do
consumo de álcool em estudantes
universitários.**

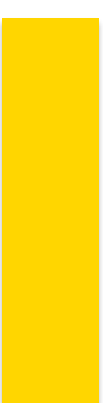
Bárbara Costa

M

2023



FACULDADE DE **MEDICINA**



Estratégias de *coping*, satisfação com a vida, sintomas psicopatológicos e alexitimia na predição do consumo álcool em estudantes universitários.

Coping strategies, life satisfaction, psychopathological symptoms and alexithymia in predicting alcohol consumption among university students.

Bárbara Filipa Santos da Costa

Orientador: Prof. Doutor José Aníbal Fonte
Coorientadora: Prof.^a Doutora Ana Rita Ferreira

Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)

Porto, 2023

Estratégias de *coping*, satisfação com a vida, sintomas psicopatológicos e alexitimia na predição do consumo de álcool em estudantes universitários.

Coping strategies, life satisfaction, psychopathological symptoms and alexithymia in predicting alcohol consumption among university students.

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, conferido pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Bárbara Filipa Santos da Costa

Orientador: Prof. Doutor José Aníbal Fonte
Coorientadora: Prof.^a Doutora Ana Rita Ferreira

Porto, 2023

Agradecimentos:

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas.

Gostaria, por este facto, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, ao Professor Doutor Aníbal Fonte, mestre, pela orientação e disponibilidade incondicional. A sua forma exigente, crítica e criativa de apurar as ideias apresentadas foram um incentivo para a continuidade da elaboração desta dissertação. Estou grata também pelo seu estímulo constante e persistente, sempre presente ao longo de todas as etapas. As notas dominantes da sua orientação foram a utilidade das suas recomendações e a cordialidade com que sempre me recebeu. Estou grata pela liberdade de ação que me permitiu, que foi decisiva para que este trabalho contribuisse para o meu desenvolvimento pessoal.

À Prof.^a Doutora Ana Rita Ferreira pelo aconselhamento prestado ao longo do trabalho, e pela orientação, crítica a todas as ideias apresentadas.

À Prof.^a Doutora Sónia Dias do IPVC pela orientação e aconselhamento nos procedimentos para a realização da análise de Regressão Logística Multinomial.

À minha família pelo amor, incentivo e apoio incondicional. Aos meus pais, Ana e José, e ao meu irmão Tiago, dedico este trabalho.

Ao meu namorado, Miguel, agradeço todo o seu amor, carinho, e presença incansável com que me apoiou ao longo de todo o período de elaboração desta dissertação.

Resumo

Introdução: O consumo de álcool é um dos principais problemas de saúde pública a nível mundial. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o álcool é considerado a substância psicoativa mais consumida no mundo, sendo em Portugal a principal causa de dependência. É na adolescência e na transição para a vida adulta que se inicia a experimentação de bebidas alcoólicas e o potencial consumo de risco, pelo que se tem vindo a notar hábitos marcados de consumo de álcool na população universitária. A transição para o ensino superior é uma fase de mudanças para estes jovens adultos que se veem confrontados com novas exigências académicas, com o estabelecimento de novas relações sociais e com o controlo total sobre as suas vidas, tendo como consequência a aquisição de autonomia e independência. Paralelamente, esta é também uma fase marcada pelo desenvolvimento, realização e consolidação da identidade pessoal e social iniciadas na infância e adolescência. No entanto, todas estas exigências a nível pessoal e contextual podem levar os estudantes a adotarem comportamentos disfuncionais como forma de lidarem com essas adversidades. Um dos exemplos destes comportamentos disfuncionais é o consumo de álcool que, muitas vezes, é utilizado como uma ferramenta de auxílio na socialização, na resolução de problemas e na desinibição, podendo igualmente surgir como potencial mecanismo de defesa para elevados níveis de depressão e ansiedade.

Objetivos: O objetivo do presente estudo foi analisar quais os fatores comportamentais, afetivos e psicopatológicos que possam estar associados ao consumo excessivo de álcool numa amostra de estudantes do ensino superior e explorar em que medida esses fatores determinam o consumo de bebidas alcoólicas. Para além disso, também se procurou compreender a associação entre estes fatores e o consumo de álcool, considerando o género.

Métodos: Foi realizado um estudo transversal observacional. A uma amostra de estudantes universitários foram administrados os instrumentos de avaliação o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), para avaliação do padrão de consumo de álcool; o *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI), para avaliação dos fatores psicopatológicos; o *Brief-COPE*, para avaliação dos fatores comportamentais; a *Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens* (TAS-20), para avaliação dos fatores afetivos; e a *Escala de Satisfação com a Vida* (SWLS), para avaliação da satisfação com a vida.

A análise estatística foi realizada para a amostra total e por género, tendo sido realizadas análises comparativas e correlacionais em relação aos dados sociodemográficos e, mais especificamente, em relação aos padrões de consumo de bebidas alcoólicas e fatores afetivos, psicopatológicos, comportamentais e satisfação com a vida. Foram ainda realizadas análises multivariadas para explorar o contributo destas variáveis para o consumo de álcool (*AUDIT score*).

Resultados: A amostra total incluiu 390 estudantes do ensino superior (6 universidades e 6 politécnicos, do Norte, Centro e Sul do país), 100 do género masculino e 290 do género feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos ($M = 20,2$; $DP = 2,9$). Os resultados mostraram que a idade, o ciclo de estudos, o consumo de substâncias psicoativas, o período pandémico e a residência, bem como o *coping*, designadamente a “autoculpabilização” e o “uso de substâncias”, assim como as *estratégias de coping focado no problema e de evitamento* se associaram significativamente, na amostra total, com o consumo de álcool medido pelo AUDIT e, por oposição, a psicopatologia, a alexitimia e a satisfação com a vida não apresentaram associação com o consumo de álcool.

Em função do género, para as estudantes foram encontradas associações estatisticamente significativas entre o consumo de álcool e a idade, a residência, o consumo de substâncias psicoativas e o período pandémico; a alexitimia, nomeadamente a dificuldade em identificar sentimentos (DIS); o *coping*, designadamente a autoculpabilização, o uso de substâncias, o humor, o coping focado no problema e de evitamento; a presença de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente “somatização”, “sensibilidade interpessoal”, “depressão”, “ansiedade”, “hostilidade”, “ansiedade fóbica”, “ideação paranóide” e “psicoticismo” e os três índices globais que compõem a escala BSI. Já os estudantes exibiram associações significativas entre a idade, a frequência numa tradição académica e o consumo de substâncias psicoativas; e o *coping*, designadamente o “uso de substâncias”, e o consumo de álcool. Por oposição, não foram encontradas associações entre o consumo de álcool e a presença de alexitimia e de sintomas psicopatológicos. Para ambos os géneros, não foi verificada associação entre o consumo de álcool e a satisfação com a vida.

Conclusão: Na amostra total (ambos os géneros) e nos estudantes do género masculino foram encontradas associações significativas entre a frequência de consumo

de álcool e as estratégias de *coping*. Em relação às estudantes, foram observadas associações significativas entre a maior frequência de consumo de álcool e a alexitimia, o *coping* e a sintomatologia psicopatológica. Face ao exposto, este estudo fornece pistas das áreas em que é importante intervir nesta população e nesta fase específica da vida.

Palavras-chave: Álcool, *Coping*, Satisfação com a vida, Psicopatologia, Estudantes universitários, Alexitimia, Género.

Abstract

Introduction: Alcohol consumption is one of the main public health issues worldwide. According to the World Health Organization (WHO), alcohol is considered the most widely consumed psychoactive substance globally, and in Portugal, it is the leading cause of addiction. It is during adolescence and the transition to adulthood that the experimentation with alcoholic beverages and potential risky drinking behaviours begin. Consequently, habits of alcohol consumption have been noticed among the university population. The transition to higher education represents a phase of change for these young adults, who are faced with new academic demands, the establishment of new social relationships, and full control over their lives, leading to the acquisition of autonomy and independence. Concurrently, this phase is also marked by the development, realization, and consolidation of personal and social identity that started during childhood and adolescence. However, all these personal and contextual demands can lead students to adopt dysfunctional behaviours as a way to cope with adversities. One example of such dysfunctional behaviour is alcohol consumption, which is often used as a tool for socialization, problem-solving, and inhibition, and can also emerge as a potential defense mechanism against high levels of depression and anxiety.

Objectives: The aim of this study was to analyze the behavioural, affective, and psychopathological factors that may be associated with excessive alcohol consumption in a sample of university students and explore to what extent these factors determine alcohol drinking behaviour. Additionally, the study sought to understand the association between these factors and alcohol consumption, considering gender differences.

Methods: An observational cross-sectional study was conducted. The participants, university students, completed several assessment instruments: the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) to assess alcohol consumption patterns, the *Brief Symptom Inventory* (BSI) to evaluate psychopathological factors, the *Brief-COPE* to assess behavioural factors, the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) to evaluate affective factors, and the Satisfaction with Life Scale (SWLS) to assess life satisfaction. Statistical analysis was performed for the total sample and by gender, including comparative and correlational analyses concerning sociodemographic data and, more specifically, alcohol consumption patterns and affective, psychopathological, behavioural factors, and life satisfaction. Multivariate

analyses were also conducted to explore the contribution of these variables to alcohol consumption (AUDIT score).

Results: The total sample included 390 higher education students (from six universities and six polytechnics in the Northern, Central, and Southern regions of the country), 100 male and 290 female, aged between 17 and 30 years ($M = 20.2$; $SD = 2.9$). The results showed that age, study cycle, consumption of psychoactive substances, pandemic period, and residence, as well as coping strategies such as "self-blame" and "substance use," as well as problem-focused and avoidance coping, were significantly associated with alcohol consumption measured by the AUDIT score in the total sample. On the other hand, psychopathology, alexithymia, and life satisfaction did not show an association with alcohol consumption.

Regarding gender differences, significant associations were found for female students between alcohol consumption and age, residence, consumption of psychoactive substances, pandemic period, alexithymia (specifically difficulty in identifying feelings - DIS), coping strategies (self-blame, substance use, humour, problem-focused, and avoidance coping), psychopathological symptoms (somatization, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism), and the three global indexes of the BSI scale. For male students, significant associations were found between alcohol consumption and age, academic tradition frequency, consumption of psychoactive substances, and coping strategy "substance use." However, no associations were found between alcohol consumption and alexithymia or psychopathological symptoms for either gender. Additionally, no association between alcohol consumption and life satisfaction was observed for both genders.

Conclusion: In the total sample (both genders) and male students, significant associations were found between alcohol consumption frequency and coping strategies. For female students, significant associations were observed between higher alcohol consumption frequency and alexithymia, coping strategies, and psychopathological symptoms. Based on these findings, this study provides insights into areas where intervention is crucial for this specific population and life stage.

Keywords: Alcohol, Coping, Life Satisfaction, Psychopathology, University Students, Alexithymia, Gender.

Índice de tabelas:

Tabela 1- Característica sociodemográficas da amostra

Tabela 2 – Consumo de substâncias psicoativas (não inclui álcool)

Tabela 3 - Consumo de álcool (AUDIT). Homens e Mulheres

Tabela 4- Consumo de álcool (AUDIT). Homens

Tabela 5- Consumo de álcool (AUDIT). Mulheres

Tabela 6- Consumo de álcool (AUDIT). Associação com o consumo de outras substâncias psicoativas

Tabela 7 – Consumo de álcool (AUDIT). Percepção de alteração do consumo durante o período pandêmico

Tabela 8 - Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Alexitimia (TAS-20). Homens e Mulheres

Tabela 9 - Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Alexitimia (TAS-20). Homens

Tabela 10 - Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Alexitimia (TAS-20). Mulheres

Tabela 11- Consumo de álcool (AUDIT). Associação com o Coping (*Brief-COPE*). Homens e Mulheres

Tabela 12- Consumo de álcool (AUDIT). Associação com o coping (*Brief-COPE*). Homens

Tabela 13- Consumo de álcool (AUDIT). Associação com o coping (*Brief-COPE*). Mulheres

Tabela 14- Consumo de álcool (AUDIT). Associação com sintomas psicopatológicos (BSI) e satisfação com a vida (SWLS). Homens e Mulheres

Tabela 15 – Consumo de álcool (AUDIT). Associação com sintomas psicopatológicos (BSI) e satisfação com a vida (SWLS). Homens

Tabela 16 - Consumo de álcool (AUDIT). Associação com sintomas psicopatológicos (BSI) e satisfação com a vida (SWLS). Mulheres

Tabela 17 – Características sociodemográficas e consumo de outras substâncias psicotrópicas. Análise de Regressão Logística Multinomial

Tabela 18 – Alexitimia (TAS-20). Análise de Regressão Logística Multinomial

Tabela 19 – Estratégias de *Coping* (*Brief-COPE*): Subescalas. Análise de Regressão Logística Multinomial

Tabela 20 – Estratégias de *Coping* (*Brief-Cope*)

Tabela 21 – Sintomas psicopatológicos (BSI)

Abreviaturas:

EUA – Estados Unidos da América

FAD – Food and Alcohol Disturbance

HBSC – Health Behaviour in School-Aged Children

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PUA – Perturbação por uso do álcool

SNC – Sistema Nervoso Central

WHO – World Health Organization

Índice

Primeira Parte – Fundamentação teórica

1.1. Introdução.....	1
1.2. Alexitimia.....	10
1.2.1. Conceito	11
1.2.2. Alexitimia e álcool.....	12
1.2.3. Alexitimia, estudantes universitários e álcool.....	14
1.3. <i>Coping</i>	16
1.3.1. Conceito.....	17
1.3.2. <i>Coping</i> e estudantes universitários.....	19
1.3.3. <i>Coping</i> , estudantes universitários e álcool.....	21
1.4. Psicopatologia.....	24
1.4.1. Conceito.....	25
1.4.2. Psicopatologia e álcool	25
1.4.3. Psicopatologia, estudantes universitários e álcool.....	28
1.5. Perceção de satisfação com a vida.....	32
1.5.1. Conceito.....	33
1.5.2. Perceção de satisfação com a vida e estudantes universitários	34
1.5.3. Perceção de satisfação com a vida, estudantes universitários e álcool.....	35

Segunda Parte – População e métodos

2.1. Objetivos do estudo.....	40
2.2. População estudada.....	41
2.3. Metodologia de observação.....	41
2.4. Instrumentos de avaliação.....	43
2.5. Análise estatística dos dados	49

Terceira Parte - Resultados

3.1. Caraterísticas sociodemográficas da amostra.....	52
3.1.1. Caraterísticas sociodemográficas e Consumo de álcool (AUDIT).....	54
3.1.2. Alexitimia (TAS-20) e Consumo de álcool (AUDIT)	62
3.1.3. Estratégias de <i>coping</i> (Brief-COPE) e Consumo de álcool (AUDIT)	65
3.1.4. Sintomas psicopatológicos (BSI), Satisfação com a vida (SWLS) e Consumo de álcool (AUDIT).....	69
3.2. Variáveis preditivas do consumo de bebidas alcoólicas.....	73

3.2.1. Caraterísticas sociodemográficas.....	74
3.2.2. Alexitimia (TAS-20)	76
3.2.3. Estratégias de <i>coping</i> (Brief-COPE)	77
3.2.4. Sintomas psicopatológicos (BSI)	79

Parte quatro - Discussão

4. Discussão.....	83
4.1. Álcool e caraterísticas sociodemográficas.....	84
4.2. Variáveis preditivas do consumo de álcool.....	95
4.2.1. Alexitimia.....	95
4.2.2. Estratégias de <i>coping</i>	100
4.2.3. Sintomas e estados psicopatológicos	104
4.2.4. Perceção de satisfação com a vida	109
4.3. Variáveis preditoras do consumo de álcool.....	113
5. Limitações e futuros desenvolvimentos.....	117
6. Conclusão.....	118
7. Referências bibliográficas.....	120
8. Anexos.....	142

Primeira parte- Fundamentação Teórica

1.1. Introdução

O álcool é uma substância psicoativa amplamente consumida em todo o mundo e socialmente aceite, estando relacionado com o prazer e com a socialização. O seu consumo é responsável por um elevado número de mortes e tem vindo a ser associado inúmeros comportamentos de risco, aumento da morbilidade e mortalidade (eg. atividade sexual desprotegida e não planeada, agressões, quedas, ferimentos, perdas sociais e económicas, incidência de doenças infecciosas, delitos criminais, acidentes de viação, perturbações mentais e comportamentais) (Mundt *et al.*, 2009., Marczinski, 2011; Quinn *et al.*, 2011., Chu *et al.*, 2016., Lyvers *et al.*, 2018., Messina *et al.*, 2021; OCDE, 2021; Cannizzaro *et al.*, 2022), constituindo um problema grave de saúde pública a nível mundial (Amare & Getnet, 2019). Além disto, estima-se uma redução, em média, de um ano na esperança média de vida na população decorrente das doenças e lesões provocadas pelo consumo diário de álcool (OECD, 2021a).

Dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) referem que, em todo o mundo, três milhões das mortes registadas por ano estão associadas ao consumo nocivo de álcool, representando 6% de todas as mortes (OPAS/OMS, 2020). De acordo com a mesma fonte, na faixa etária dos 20 aos 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool

Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde divulgado pela OMS em 2018, estima-se que quase metade da população mundial com idade igual ou superior a 15 anos (44,5%) nunca consumiu álcool e cerca de 43% são consumidores atuais de álcool. A média de consumo mundial de álcool é de 6,4 litros de álcool puro *per capita*. Em todo o mundo, as mulheres são mais abstémicas e consomem menos quantidade de álcool comparativamente com o género masculino, sendo que 19,4 litros do consumo mundial de álcool correspondem aos homens e 7 litros às mulheres (OMS, 2018).

As taxas de consumo variam não apenas em função do género, mas também em função da idade, estado de saúde, condições económicas, estilos de vida, religião e normas culturais características de cada país, região, cidade. Mundialmente, a Europa, a América e o Pacífico Ocidental representam mais de metade do consumo do álcool,

com 59,9%, 54,1% e 53,8% dos consumidores atuais, respetivamente. O maior consumo *per capita* de álcool (10 litros ou mais) corresponde aos países da região Europeia, com as regiões das Américas e do Pacífico Ocidental a registarem consumos de 7,5 a 9,9 litros de álcool. Por oposição, a região do Mediterrâneo Oriental, a Região Africana, como o Níger e a Indonésia no Sudeste registam os menores consumos de álcool, correspondendo a menos de 2,5 litros de álcool *per capita* (WHO, 2018).

Portugal é um dos países europeus que regista consumos de álcool superiores à média da região europeia, correspondendo esse consumo a 12 litros por pessoa (o equivalente a duas garrafas e meia de vinho ou 4,6 litros de cerveja por semana), para os indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos. À semelhança da realidade mundial, são os homens que consomem maiores quantidades de álcool, com cerca de 19,4 litros de álcool puro *per capita*, por ano, ao passo que as mulheres consomem média 5,6 litros (OECD, 2021a). Além disso, de entre todos os países do mundo, Portugal apresenta o maior consumo de vinho *per capita*, correspondendo 60% do álcool consumido. Porém, e contrariamente ao resto da Europa, as bebidas espirituosas representam uma minoria desse consumo (10%), sendo apenas 30% atribuído ao consumo de cerveja (Lusa, 2023). Corroborando esta tendência, segundo o Relatório Anual do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) “A situação do país em matéria de álcool” na população geral, a prevalência de consumo de vinho foi de 45,4%, representando este valor quase metade da população, 38,5% de cerveja e 19,5% de bebidas espirituosas (SICAD, 2022).

Em 2022, Portugal apresentou uma idade média de início de consumo de álcool aos 17 anos, tendo-se ainda registado um aumento de 1,5% para o consumo de álcool e de 1,4% para a embriaguez em relação aos valores encontrados no inquérito realizado em 2012 (SICAD, 2022). Além disso, foi notado um agravamento do consumo de álcool entre as mulheres, observado pelo aumento na prevalência de consumo “*binge drinking*” e, por sua vez, uma redução neste padrão de consumo de álcool entre os homens (SICAD, 2022). Estima-se que esta tendência possa levar a uma maior aproximação dos níveis de consumo de álcool entre homens e mulheres. Salienta-se que o termo “*binge drinking*” é definido como a ingestão, numa só ocasião, igual ou superior a seis bebidas padrão no homem, e mais de quatro bebidas padrão na mulher, no espaço de duas horas (Rubio *et al.*, 2010; Botelho *et al.*, 2011).

O consumo de álcool entre os jovens reflete não só características individuais, mas também é influenciado pelas normas culturais e hábitos de consumo da população em geral. Os dados revelam que mais de um quarto (26,5%) dos jovens entre os 15 e 19 anos em todo o mundo são consumidores atuais de álcool, totalizando 155 milhões de adolescentes. Além disto, constata-se uma continuidade nos padrões de consumo, com os jovens entre os 20 e os 24 anos de idade a exibirem taxas de consumo semelhantes ou até mesmo, em algumas regiões, superiores às da população geral. O mesmo se verifica para o padrão “*binge drinking*”, onde se denota uma maior prevalência deste padrão de consumos nos jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, relativamente à população geral. A nível mundial, esta tendência é mais pronunciada na Europa, Austrália, Canadá, Nova Zelândia e Estados Unidos da América (EUA), bem como em alguns países da América do Sul, como a Argentina e o Chile, onde a prevalência desse padrão de consumo de álcool é igual ou superior a 20% (WHO, 2018). Estes dados são preocupantes, na medida em que se estima um risco maior de dependência desta substância psicoativa para os indivíduos que iniciaram a experimentação do álcool na adolescência em comparação com aqueles que iniciaram os consumos depois dos 20 anos de idade (Spear, 2015), com o risco de início da dependência a atingir o seu pico aos 18 anos de idade (Quinn & Fromme, 2011; Thiago *et al.*, 2016).

Várias investigações realizadas na população jovem, relativamente ao consumo de álcool, reportam ser na adolescência e na transição para a vida adulta que se inicia a experimentação de bebidas alcoólicas e o consumo abusivo ou de risco, existindo um prolongamento destes hábitos de consumo de álcool nos jovens adultos (Costa & Leal, 2006; Langane., 2013; Strunin *et al.*, 2014; Carbia *et al.*, 2016; SICAD, 2019; Lannoy *et al.*, 2019; Fisher *et al.*, 2020; Andrade *et al.*, 2021). Beber álcool no início da adolescência é um preditor significativo de beber na idade adulta, particularmente na meia-idade, existindo uma forte associação entre o início precoce de consumo de álcool e o desenvolvimento futuro de problemas relacionados com o consumo de álcool (Pitkänen *et al.*, 2008; Carbia *et al.*, 2016; Yi *et al.*, 2017; Amare & Getnet, 2019; Lannoy *et al.*, 2019); e um risco aumentado para o consumo de outras substâncias psicoativas (Fidalgo *et al.*, 2016).

Segundo o estudo realizado pelo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) 2017/2018 em colaboração com a OMS, que abrangeu crianças em idade escolar na Europa e Canadá, um em cada cinco jovens de 15 anos (20%) declarou já ter bebido, pelo menos, duas ou mais vezes na vida, e quase 1 em cada 7 (15%) afirmou consumo nos últimos 30 dias (WHO, 2018). A complementar estes dados, de acordo com o relatório da OCDE 2017/2018, mais de 30% dos jovens com 15 anos na Dinamarca, Lituânia, Áustria, Hungria e no Reino Unido declararam já ter bebido, pelo menos, duas vezes na vida, enquanto países como Islândia, Rússia, Luxemburgo, Suécia, França, Portugal e Suíça apresentaram valores abaixo dos 15% (OECD, 2021a).

Focando a realidade em Portugal, com base no estudo HBSC/OMS de 2018, 12% dos alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos já experimentaram embriaguez pelo menos uma vez na vida, sendo que os jovens de 15 anos apresentam uma prevalência mais alta desses comportamentos (26%), enquanto nos alunos do 6.º e 8.º anos se verificam valores entre os 3% e 11%, respetivamente. Além disso, em comparação com os resultados encontrados em 2014 e 2015, observa-se um aumento no consumo diário de bebidas alcoólicas, principalmente de bebidas destiladas e cerveja, com 5% dos adolescentes a declararem intoxicação aguda, dos quais 4%, a relatarem 1 a 3 episódios, e 1%, uma frequência superior a 3 episódios, nos últimos 30 dias (SICAD, 2022). É relevante destacar que estes dados se referem a jovens com 11, 13 e 15 anos de idade, respetivamente, assemelhando-se estes resultados à realidade reportada a nível mundial, com os jovens portugueses a exibirem um início muito precoce no consumo de álcool (Cerqueira *et al.*, 2022; SICAD, 2022). Da mesma forma, os jovens com 18 anos, 10% declaram consumos diários ou quase diários de bebidas alcoólicas, com 89% a afirmarem terem consumido algum tipo de bebida alcoólica ao longo da vida, 86% nos últimos 12 meses e 68% nos últimos 30 dias (SICAD, 2022). Em relação aos últimos 12 meses, 53% experimentaram consumos *binge drinking*, 63% tiveram embriaguez ligeira e 33% apresentaram embriaguez severa (SICAD, 2022), o que demonstra a persistência dos hábitos de consumo de álcool nos jovens adultos.

Numa perspetiva semelhante, num estudo que inclui 100 doentes internados pela primeira vez para tratamento por dependência do álcool, apurou-se que o primeiro contacto com a bebida foi realizado, em média aos 11,8 anos de idade, com 32% dos casos a relatarem ter iniciado o consumo antes dos dez anos, e 42% entre os 10 e os 15 anos (Fonte, 2005), reforçando a importância da deteção precoce do consumo de álcool.

A este dado deve-se acrescentar o facto de os adolescentes, ao contrário dos adultos, terem uma atividade imatura do álcool *desidrogenase hepática* (enzimas presentes no fígado que intervêm no metabolismo do álcool), ou seja, existe imaturidade do sistema biológico que, não estando apto para degradar o álcool, aumenta a exposição ao seu efeito tóxico, com implicações na aprendizagem e no desenvolvimento intelectual (Zeigler *et al.*, 2005; Piccioni *et al.*, 2020).

Com base no exposto e, de acordo com Pitkänen e os colaboradores (2008), os problemas relacionados com o consumo de álcool na idade adulta estão intimamente associados ao período da adolescência, especificamente com as dificuldades de autorregulação, de socialização, de insucesso e inadaptação escolar. Diversos estudos sugerem que a transição para o ensino superior é uma das causas para a continuidade e agravamento do consumo de álcool nos jovens adultos, com o término do ensino secundário e o ingresso no ensino superior a ser uma fase marcada pelo confronto com diversas mudanças a nível pessoal e social que somadas, aumentam o risco de consumo de bebidas alcoólicas. (Dawson, *et al.*, 2005; Quinn & Fromme, 2011; Langane, 2013; Costa *et al.*, 2016; Lyvers *et al.*, 2018; Amare & Getnet, 2019; Flaudias *et al.*, 2019; Andrade *et al.*, 2021). Face ao exposto, e com base na literatura referida, o contexto universitário é considerado um fator preditor de maior vulnerabilidade ao consumo e abuso de álcool propício à adoção e manutenção de estilos de vida não saudáveis.

A título de exemplo, um estudo conduzido por Lyvers e colaboradores (2018), constatou taxas consistentemente superiores de consumo de álcool (60,8% vs 52,0%), de ingestão excessiva (39,1% vs 35,4%) e de consumo pesado de álcool (13,6% vs 10,5%) nos jovens universitários em comparação com jovens não-universitários da mesma faixa etária. No mesmo sentido, Quinn e Fromme (2011) encontraram resultados semelhantes numa amostra de estudantes universitários de Farmácia. Neste estudo, foi relatado que 1 em cada 4 estudantes (23,2%) apresentava consumo nocivo de álcool e, nos últimos 12 meses, 67,2% exibiram consumos perigosos relacionados ao álcool, com 29,5% a apresentarem sintomas sugestivos de dependência de álcool e 46,7% a relatarem consequências relacionadas a esse consumo.

A par desta investigação, nos EUA, de acordo com dados oficiais do Departamento de Saúde e Serviços Humanos, 35% dos estudantes do ensino superior envolveram-se em situações de intoxicação aguda (embriaguez) e 10% preencheram os

critérios para Perturbação pelo Uso de Álcool (PUA) (Hartmann *et al.*, 2020). Num outro estudo realizado por Knight e colaboradores (2022), pelo menos 1 em cada 20 estudantes apresentou dependência de álcool, com uma taxa de prevalência desse consumo superior no género masculino, com 1 em cada 10 homens (9,4%), com menos de 24 anos de idade, a declararem dependência de álcool.

Paralelamente, numa investigação realizada em Itália por Messina e colaboradores (2021) constatou que 53,3% dos estudantes italianos eram considerados consumidores de alto risco de álcool, com 13,1% a declararem consumo excessivo de álcool, pelo menos, uma vez por mês. Notavelmente, este estudo contrariou as pesquisas anteriores, ao concluir que ser do género masculino foi um fator preditor para menores consumos de álcool. Estes resultados destacam a importância de considerar os fatores sociais, culturais e de género ao abordar as questões relacionadas com o consumo de álcool entre os jovens do ensino superior.

À semelhança das tendências mundiais verificadas no ensino superior, também em Portugal se constatou uma prevalência elevada de consumo de álcool entre estes estudantes. Por exemplo, a investigação realizada por Araújo & Almeida (2015) revelou a presença de consumos excessivos de álcool - “*binge drinking*”, em estudantes da Universidade dos Açores. Da mesma forma, Costa e colaboradores (2016) num estudo conduzido na Universidade de Aveiro, verificaram que o consumo de álcool era recorrente nesses jovens, com o género masculino a apresentar uma frequência ligeiramente superior ao género feminino. Na mesma linha de investigação, no projeto intitulado “HOUSE-Colégio F3” (ULisboa, 2022), promovido pelo Colégio F3 da Universidade de Lisboa, com o propósito de conhecer e estudar o perfil de saúde e estilo de vida dos estudantes do 1.º ano desta Universidade, 86,6% dos jovens declararam já terem bebido álcool, pelo menos, uma ou mais vezes na vida. Relativamente aos últimos 30 dias, 48,8% referiram terem mantido esses consumos, com mais de um quarto dos estudantes (28,9%) a relatarem beber cerveja todas as semanas ou meses.

A acrescentar a este conjunto de investigações de âmbito nacional, um estudo realizado por Costa (2020) identificou uma forte correlação entre os comportamentos de consumo de álcool ao longo do ensino secundário e os comportamentos aditivos presentes na fase de integração no ensino superior nos estudantes da Universidade do Minho. Esta conclusão é suportada pela literatura existente sobre a influência do início da experimentação do consumo de álcool na adolescência e a continuidade e agravamento desses comportamentos com a transição para o ensino superior (Sousa,

2018). No seu todo, estes dados traduzem a realidade do ensino superior, uma vez que “beber um copo” é, muitas vezes, considerado um ato social que permite uma maior descontração e facilita o convívio entre os estudantes. Face ao exposto, é esperado que os estudantes do ensino superior, em comparação com os pares não estudantes, exibam maiores consumos de álcool em virtude da maior pressão social, da existência de mais atividades sociais e festas académicas, que contribuem para a normalização deste consumo. Investigações realizadas por Ramos & Carvalho (2007) e Strunin e colaboradores (2014) também identificaram a aquisição de autonomia e independência, o estabelecimento de novas relações sociais, bem como o desafio das novas exigências académicas como fatores indutores de maior *stress* e, conseqüentemente, de consumo de álcool nesta nova fase da vida destes jovens adultos.

Além destes fatores, os estudantes do ensino superior identificaram diversas motivações internas e externas para o consumo de álcool. Como principais motivações internas estão as dificuldades de autorregulação, o insucesso e inadaptação escolar (Pitkänen *et al.*, 2008), os problemas de socialização (Pitkänen *et al.*, 2008; Oliver *et al.*, 2014; Strunin *et al.*, 2014; Hartmann & McLeish., 2020; Yoo *et al.*, 2020; Messina *et al.*, 2021), a procura de prazer (Webb *et al.*, 1996; Oliver *et al.*, 2014; Lannoy *et al.*, 2019; Messina *et al.*, 2021), a ansiedade social e as dificuldades em descrever as emoções, sentimentos e sensações corporais (Lyvers *et al.*, 2018; Valenti & Faraci, 2021), a perceção distorcida de risco (Bujarski *et al.*, 2010; Messina *et al.*, 2021) e, por último, a diminuição/evitamento de afetos negativos (Deasy *et al.*, 2014; Oliver *et al.*, 2014; Messina *et al.*, 2021).

Em relação às motivações externas, os estudantes relatam o género (Harford *et al.*, 2002), o sabor da bebida alcoólica (Langane, 2013), o início precoce do consumo de substâncias psicoativas (Pitkänen *et al.*, 2008; Carbia *et al.*, 2016), a necessidade de trabalhar para apoiar financeiramente os estudos (Deasy *et al.*, 2014), a comunicação social (Pedrosa *et al.*, 2011; Koordeman *et al.*, 2012; Moreno *et al.*, 2014; Lannoy *et al.*, 2019; Amare & Getnet, 2019; Baiyu *et al.*, 2022), as alterações nos papéis pessoais e sociais (Yoo *et al.*, 2020), a aquisição de maior autonomia e liberdade (Strunin *et al.*, 2014), a disponibilidade e custo acessível do álcool (Dumbili & Onyima, 2017; Amare & Getnet, 2019), a idade, as influências étnicas e culturais (Yi *et al.*, 2017; Dormal *et al.*, 2018), as condições socioeconómicas (Dormal *et al.*, 2018) e familiares, incluindo os rendimentos e a escolaridade dos pais, bem como os fatores relacionados com o

estilo de vida, como a saúde subjetiva, atividade física, consciência nutricional, qualidade de vida percebida, atividade social e o *stresse* relacionado aos estudos (Chu *et al.*, 2016). Também foram identificados fatores familiares que influenciam o consumo de álcool, como a ausência de supervisão dos pais (Pedrosa *et al.*, 2011), o ambiente familiar disfuncional (Thorberg *et al.*, 2009), as relações familiares (Settertobulte *et al.*, 2001; White & Jackson, 2005; Matos., 2008; Pitkänen *et al.*, 2008), o comportamento dos pais, a educação e a comunicação na família (Settertobulte *et al.*, 2001), e história familiar (Yi *et al.*, 2017; Lannoy *et al.*, 2019; Brown *et al.*, 2020), além das características parentais (Pedersen *et al.*, 2013).

Por outro lado, e embora exista consenso sobre as motivações acima descritas, um estudo desenvolvido por Strunin e colaboradores (2014), com uma amostra de estudantes mexicanos, constatou-se que duas dessas motivações, nomeadamente as responsabilidades inerentes ao ingresso no ensino superior e os motivos sociais foram, ao invés, fatores protetores para consumo moderado de álcool. Em contrapartida, a mudança de área de residência foi um fator preditor do consumo de álcool, uma vez que os estudantes que mudaram de residência após o ingresso no ensino superior iniciaram ou aumentaram o consumo de álcool.

Perante o exposto, podem-se elencar-se algumas consequências nefastas para os jovens adultos que consomem álcool de forma abusiva, especialmente quando o início deste consumo ocorreu na adolescência. Essas consequências podem incluir maior predisposição para o consumo abusivo de álcool e de problemas relacionados ao álcool e outras drogas ao longo da vida, com repercussões na funcionalidade, no aproveitamento escolar, e consequências cognitivas e comportamentais. Trata-se de um problema que requer a responsabilidade de todos, incluindo familiares e/ou cuidadores, governo, autoridades de saúde e instituições escolares e do ensino superior, pelo que é imperativo que sejam envidados esforços de prevenção e de intervenção para prevenir e minimizar esses problemas.

A literatura indica que tanto os fatores pessoais como os ambientais exercem influência no consumo de bebidas alcoólicas, ainda que o seu peso relativo seja diferente consoante a fase do ciclo de vida de cada pessoa. Além disso, foi já estabelecido que o abuso de álcool pelos pais ou outros familiares tem uma influência significativa no início da exposição ao álcool e no desenvolvimento da dependência na idade adulta. Por esse motivo, é responsabilidade, não apenas das autoridades, mas também das escolas e instituições superiores restringir o fácil acesso ao álcool por

adolescentes e jovens adultos, e desenvolver ações de sensibilização para os efeitos prejudiciais do abuso do álcool, especialmente em relação à prática de consumo “*binge drinking*”, alertando para os perigos permanentes em termos cognitivos, de saúde física e mental, e comportamentais.

Considerando que este é um problema grave e em crescendo em Portugal, compreender melhor a relação que cada jovem desenvolve com o consumo de bebidas alcoólicas, desde a experimentação até ao possível estabelecimento da dependência, é de extrema importância. Neste sentido, este estudo tem como objetivo investigar de que forma as estratégias de *coping*, a perceção da satisfação com a vida, os sintomas psicopatológicos e a alexitimia podem predizer o consumo de álcool em estudantes do ensino superior. O conhecimento mais aprofundado destes fatores comportamentais, psicopatológicos e afetivos irá permitir compreender melhor os fatores que influenciam o consumo problemático de álcool nesta população e poderá fornecer pistas valiosas para o desenvolvimento de estratégias preventivas e de consciencialização, a fim de implementar ações direcionadas e personalizadas para mitigar o impacto negativo do consumo de álcool na saúde e no bem-estar destes jovens nesse contexto académico.

1.2. Alexitimia

1.2.1. Conceito

1.2.2. Alexitimia e o Álcool

1.2.3. Alexitimia, estudantes universitários e álcool

1.2.1. Conceito

A Alexitimia (derivada do grego “a” = sem, “*lexis*” = palavra, “*thymus*” = ânimo ou emoção) tem vindo a ser considerada um traço de personalidade caracterizado por dificuldades na representação e regulação cognitiva das emoções (Taylor *et al.*, 1991; Lane *et al.*, 2000; De Rick & Vanheule, 2006; Lyvers *et al.*, 2018; Bagby *et al.*, 2020). Essa condição manifesta-se através da dificuldade persistente em identificar, descrever e comunicar emoções, bem como em reconhecer e discriminar experiências emocionais a partir dos sinais corporais internos. A alexitimia é considerada um estilo de pensamento mais focado nos aspetos externos, concretos e operacionais da realidade, em detrimento das vivências emocionais internas (Nemiah *et al.*, 1976; Lesser, 1981; Taylor *et al.*, 1991; Fonte., 1993; Lane *et al.*, 2000; De Rick & Vanheule, 2006; Lyvers *et al.*, 2014; Lyvers *et al.*, 2018; Bagby *et al.*, 2020).

Usualmente, a alexitimia é apresentada como uma característica disposicional da personalidade, um traço estável do funcionamento mental, caracterizado por um pensamento concreto e pragmático, muitas vezes, com uma diminuição ou mesmo ausência de pensamento simbólico. Na expressão de Nemiah & Sifneos (1970), é sugerido por alguns autores que a alexitimia pode ser uma reação ao sofrimento psicológico, ou uma forma inadequada de lidar com emoções negativas, como a ansiedade ou a depressão (Kristal, 1982; Wise, 1990; Messina *et al.*, 2021). Todavia, esta é uma questão que permanece em aberto com os estudos a revelarem resultados contraditórios (de Haan *et al.*, 2012; Hemminh *et al.*, 2019), permanecendo ainda por esclarecer de forma cabal a hipótese avançada por Freyberger (1977) a respeito da existência de dois tipos de alexitimia: alexitimia primária (traço da personalidade) e alexitimia secundária (estado, situacional-dependente).

Mais de cinquenta anos após a formulação do construto da alexitimia por Nemiah & Sifneos, e apesar da extensa quantidade de estudos que tem validado a sua relevância clínica, ainda persistem controvérsias em relação à sua etiologia. Diversas hipóteses explicativas têm sido propostas, abrangendo desde origens enraizadas em experiências traumáticas precoces (como maus tratos ou abuso infantil) (Berenbaum, 1996), a défices nos processos de vinculação afetiva na infância (Montebarocci *et al.*, 2004), à utilização de mecanismos de defesa imaturos (Wise *et al.*, 1991; Parker *et al.*, 1998), défices no processamento cognitivo da informação emocional (Luminet *et al.*, 2021), fatores genéticos (Jørgensen *et al.*, 2007), lateralização hemisférica e disfunções em regiões específicas do Sistema Nervoso Central (SNC) (rev. in: Karukivi &

Saarijärvi, 2014; Hogeveen & Grafman, 2021), até à preponderância de fatores ambientais (rev. in: Karukivi & Saarijärvi, 2014).

No entanto, é amplamente aceite que a alexitimia não se apresenta como um fenómeno dicotómico, passível de tradução, tudo-ou-nada ou de presente-ausente, mas sim como um constructo dimensional que se manifesta num *continuum* (Singer, 1977; Krystal *et al.*, 1982; Fonte, 1993). De facto, pese embora alguns estudos empíricos tratem a alexitimia de forma categorial, a generalidade das investigações aborda-a numa perspetiva dimensional (Parker *et al.*, 2008; Taylor, 2010; van der Velde *et al.*, 2014; Keefer *et al.*, 2019), com um impacto na vida da pessoa que pode variar de leve a grave, dependente da situação e da personalidade da pessoa, traduzindo-se, por exemplo, a nível social numa diminuição da empatia, na presença de relações distantes e frias (Shishido *et al.*, 2013) e na elevada prevalência de emoções negativas (Honkalampi *et al.*, 2022).

Paradoxalmente à maior inespecificidade das sensações corporais, a alexitimia está igualmente associada a uma maior sensibilidade aos estímulos somatocorporais manifestada pela tendência para interpretar as sensações físicas como intensas, perturbadoras e desagradáveis (Nakao *et al.*, 2002; De Gucht & Heiser, 2003), a que Barsky, em 1979 intitulou de “amplificação somatossensorial”.

1.2.2. Alexitimia e o Álcool

Várias investigações têm revelado a existência de uma associação entre a adição a substâncias e a presença de alexitimia (Thorberg *et al.*, 2009; Bujarski *et al.*, 2010; Andrade *et al.*, 2021; Messina *et al.*, 2021). De acordo com esses estudos, indivíduos com elevados níveis de alexitimia, caracterizados por uma dificuldade em lidar com as emoções e, consequentemente, em identifica-las e diferenciá-las das sensações corporais, têm maior probabilidade de experimentar afetos negativos intensos e, igualmente, virem a fazer uso de várias substâncias psicoativas para encontrarem alívio na regulação desses afetos negativos, lidar com o stresse, melhorar o funcionamento interpessoal, reforçar a autoestima (Carton *et al.*, 2010) e compensar a falta de auto e hétero-conhecimento e de *insight* (Messina *et al.*, 2021). Além destes fatores, alguns estudos (Shishido *et al.*, 2013; Wiśniewski *et al.*, 2021) também destacaram que os défices nos processos cognitivos, nomeadamente o controlo inibitório, desempenha um papel relevante no consumo de substâncias psicoativas. Tais défices aumentam a tendência destes indivíduos para agirem precipitadamente diante de situações de

desconforto emocional, recorrendo à ação ou somatização como estratégia para evitar ou lidar com o stresse.

Sugere-se, portanto, uma relação significativa entre a alexitimia e o consumo de álcool (Linn *et al.*, 2021). Diversos estudos apontam para uma associação positiva entre a alexitimia e maiores quantidades e frequência de ingestão de álcool, bem como a presença de PUA, incluindo intoxicação aguda (embriaguez) (Thorberg *et al.*, 2009; Bujarski *et al.*, 2010; Lyvers *et al.*, 2018; Andrade *et al.*, 2021). Um exemplo significativo é o estudo realizado por Betka e colaboradores (2018), que utilizando a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20), numa amostra normativa, constatou uma correlação positiva entre a alexitimia e a sensibilidade às sensações corporais e o consumo de álcool. Além disso, ao analisar as subescalas deste instrumento, estes autores verificaram que as dificuldades em identificar sentimentos (DIS) mediam a relação entre a sensibilidade às sensações corporais e o consumo de álcool.

Estas conclusões são corroboradas por uma recente meta-análise (Honkalampi *et al.*, 2022), que utilizando a mesma escala (TAS 20) para a avaliação da alexitimia, encontrou uma correlação positiva entre os domínios dificuldades em identificar sentimento (DIS) e dificuldades em descrever sentimentos (DDS) e o consumo de substâncias psicoativas; além disso, foi observada uma associação positiva, porém mais fraca, para o domínio pensamento orientado externamente (POE).

Os resultados destas investigações fornecem evidências consistentes de que a incapacidade em identificar, descrever e diferenciar sentimentos de sensações corporais, se correlaciona com o consumo de álcool e está associado à adição de substâncias psicoativas. Por sua vez, a reduzida consciência emocional e as dificuldades em expressar as emoções estão ligadas ao comportamento de abuso de álcool. Um estudo realizado por Wiśniewski e colaboradores (2021) destacou a importância da terapia focada na melhoria da deteção e discriminação dos sinais corporais para o tratamento das adições. Os resultados desta investigação demonstram a eficácia dessa abordagem no tratamento de dependências, o que enfatiza a relevância de trabalhar as competências emocionais como parte integrante das intervenções terapêuticas.

Numa outra perspetiva, um estudo realizado por Berking e colaboradores (2011) numa unidade para tratamento de pessoas com adição ao álcool, foi revelado que a presença de dificuldades em regular as emoções na fase de pré-tratamento foram preditivas do consumo de álcool durante o tratamento cognitivo-comportamental de

prevenção de recaídas, assim como no período subsequente de acompanhamento de 3 meses. Estes resultados ressaltam a importância de considerar as dificuldades emocionais subjacentes durante o planeamento de tratamentos de dependência, a fim de melhorar os resultados terapêuticos e a prevenção de recaídas.

Desta forma, duas ordens de questões são levantadas pelo presente trabalho. Por um lado, a importância da regulação adaptativa das emoções negativas que se apresenta associada a maior risco de dependência de álcool e a pior resposta ao tratamento. Por outro lado, e apesar de haver vários estudos a evidenciarem a associação positiva entre alexitimia e as várias vertentes constituintes da regulação das emoções negativas (Stasiewicz *et al.*, 2012), os dois constructos são provavelmente distintos. A suportar este último ponto, muitos trabalhos mostram uma relação limitada ou mesmo ausente entre alexitimia e resposta ao tratamento na dependência ao álcool (Fonte, 2006; de Haan *et al.*, 2012a; Stasiewicz *et al.*, 2012; Honkalampi *et al.*, 2022).

1.2.3. Alexitimia, estudantes universitários e álcool

O álcool, como uma substância depressora do SNC, pode inicialmente induzir estados de euforia e de desinibição comportamental. Entre as várias motivações referidas pelos estudantes do ensino superior para o seu consumo estão os problemas de socialização e de regulação das emoções uma vez que, para alguns, o consumo de álcool pode melhorar a capacidade de lidarem com o humor, entrarem em contato com as suas emoções, e serem mais expressivos nas situações sociais (Pitkänen *et al.*, 2008; Oliver *et al.*, 2014; Strunin *et al.*, 2014; Hartmann & McLeish, 2020; Yoo *et al.*, 2020; Messina *et al.*, 2021).

Sendo a Alexitimia é caracterizada por um défice na representação e regulação cognitiva das emoções, estudantes do ensino superior que possuem uma reduzida capacidade para regular as suas emoções têm uma maior propensão para recorrer ao consumo de álcool como uma forma de lidar melhor com os seus estados internos. Isso pode acontecer porque o álcool inicialmente proporciona uma sensação de alívio e euforia, o que pode ser atraente para aqueles que manifestam dificuldades em lidar com as suas emoções, induzindo, conseqüentemente, mais problemas relacionados com esse consumo (Preonas *et al.*, 2019). Em linha com esta hipótese, Hartmann e colaboradores (2020) encontraram numa amostra de estudantes, uma associação significativa entre

dificuldades na regulação emocional, designadamente no controle de impulsos, clareza e consciência emocional, e sensibilidade à ansiedade com uma maior vulnerabilidade para o consumo de álcool e para problemas relacionados com esse consumo. Com base nas conclusões destes estudos, é possível estabelecer que jovens com maiores dificuldades em perceber as suas próprias emoções, apresentam uma maior vulnerabilidade para o consumo problemático de álcool como uma forma de lidar com os afetos negativos. Por sua vez, também a incapacidade em compreender e expressar as suas emoções pode levar ao consumo de álcool como um alívio temporário às dificuldades emocionais (Preonas *et al.*, 2019). Por outro lado, aqueles que demonstram uma maior preocupação social parecem ter uma motivação maior para o consumo de álcool como forma de se encaixarem no grupo. Essa motivação social pode igualmente levar a um aumento do consumo de álcool e, consequentemente, a mais problemas relacionados a esse consumo (Hartmann *et al.*, 2020). No global, os resultados destas investigações são consistentes e reforçam a relação entre a alexitimia, a ansiedade social e o consumo de abuso de álcool entre estudantes do ensino superior. Um estudo realizado por Lyvers e colaboradores (2018) também encontrou uma correlação positiva entre a ansiedade social e a alexitimia com o consumo problemático de álcool nesta população. A par desta investigação, também no estudo de Martens e colaboradores (2008) foi possível identificar uma relação significativa entre o afeto negativo e razões para o consumo de álcool, com consequente associação com o consumo e os problemas com ele relacionados.

Estudantes com características alexitímicas ainda podem apresentar uma maior vulnerabilidade para perturbações futuras relacionadas ao consumo de álcool, devido não só às suas dificuldades em identificar os estados internos, mas também em perceber o risco associado a esses consumos (Bujarski *et al.*, 2010). Essa falta de percepção de risco pode levar a comportamentos de consumo de álcool mais problemáticos e prejudiciais. Diante do exposto, é crucial que os estudantes com traços alexitímicos possam ser identificados e beneficiem de intervenções direcionadas a melhorar o controle de impulsos, a consciência emocional e a compreensão de situações ansiógenas, com o propósito de os capacitar de estratégias adaptativas para lidarem com as exigências do contexto do ensino superior e, dessa forma, reduzirem o consumo de substâncias psicoativas (Martens *et al.*, 2008; Hartmann *et al.*, 2020).

1.3. *Coping*

1.3.1. Conceito

1.3.2. *Coping* e estudantes universitários

1.3.3. *Coping*, estudantes universitários e álcool

1.3.1. Conceito

O *coping*, segundo Lazarus & Folkman (1984), p.19, refere-se ao conjunto de esforços cognitivos e/ou comportamentais que um indivíduo utiliza para enfrentar e gerir as exigências internas/ externas que são avaliadas por este como ameaçadoras para os seus recursos pessoais. De acordo com o modelo proposto por Lazarus & Folkman, esta avaliação é o resultado da interação restrita entre o indivíduo e o meio ambiente, pelo que pressupõe uma avaliação subjetiva do ambiente (ou seja, do modo como este é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo) para ser considerado como ameaçador e superior aos seus recursos (Graves *et al.*, 2021; Dumbili & Onyima, 2017).

Coping é um termo utilizado para referir as “formas de lidar com”, as “estratégias de confronto” ou os “mecanismos que habitualmente os indivíduos utilizam para lidar com os agentes indutores de stresse” (Ramos & Carvalho, 2007). No processo de coping, a avaliação e a resposta ao stresse são mediadas por processos cognitivos centrais. Experienciando o evento stressor, o indivíduo pode exibir dois tipos de respostas: as respostas acomodativas e as manipulativas (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo Lazarus & Folkman (1984), a resposta acomodativa pressupõe a inibição da ação perante o evento stressor. Ou seja, o indivíduo não supera a situação adversa, uma vez que procede à alteração do ambiente interno (eg. através da ingestão de medicamentos ou de álcool), acomodando-se à situação. Por outro lado, na resposta manipulativa o indivíduo procura alterar a sua relação com o acontecimento stressante, procedendo à modificação do ambiente externo e/ou afastamento do evento stressor e/ou procura de informações sobre a situação adversa, com o objetivo de compreender e antecipar o agente stressor, permitindo uma melhor gestão emocional.

Deste modo, o processo de *coping* tem sido definido em três etapas: a avaliação primária, a avaliação secundária e a avaliação terciária (Folkman & Lazarus, 1986). Na avaliação primária, o indivíduo analisa o acontecimento e atribui-lhe um significado em função do sentido que este tem para si e para o seu bem-estar (valores, objetivos e crenças pessoais). Em seguida, na avaliação secundária, é realizada a autoavaliação dos recursos internos e externos disponíveis para enfrentar e para se adaptar ao stressor, tendo como finalidade a superação ou adaptação ao acontecimento. Por fim, no contexto da avaliação terciária, a situação é analisada e é avaliado em que medida os recursos utilizados no confronto com o acontecimento stressor promoveram a adaptação ao contexto. O mesmo modelo estabelece que, deste processo, o evento pode

ser classificado como perda ou dano, desafio ou ameaça. A classificação do evento como perda ou dano ocorre quando o evento contraria os valores pessoais ou impede a pessoa de atingir os seus objetivos, resultando num dano psicológico. A classificação como desafio, é utilizada quando o evento é percebido como uma oportunidade antecipada de domínio ou ganho, ao passo que a classificação do evento como ameaça é empregue quando, perante a situação, existe a antecipação de um dano que ainda não ocorreu. Associadas a cada uma destas classificações, existem diferenças no modo como o indivíduo as vivencia. Nas situações de desafio, o indivíduo experimenta emoções positivas, uma vez que há a percepção de superação do acontecimento. Em contraste, nas situações de ameaça, como o foco atencional do indivíduo está no possível dano, o evento é acompanhado de emoções negativas (Folkman & Lazarus, 1986).

O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus visa, assim, compreender as estratégias de *coping* que estão na base das respostas cognitivas e/ou comportamentais que os indivíduos utilizam para gerir o stresse. Este modelo procura entender o modo como as pessoas lidam com as diferentes situações de stresse, e como as avaliações subjetivas influenciam as respostas emocionais e comportamentais diante dos eventos stressores. Neste contexto, são propostas duas categorias de *coping*: “*coping focado no problema*”, descrevendo as estratégias utilizadas para agir sobre o fator stressor; e “*coping focado na emoção*”, englobando as estratégias utilizadas para gerir os estados internos da emoção. A “modificação das condições externas da situação”, a “aceitação da responsabilidade”, o “planeamento de resolução de problemas” e a “reavaliação positiva” são as estratégias que integram o *coping* centrado no problema; enquanto a “fuga-evitamento”, a “reestruturação cognitiva”, a “regulação emocional”, a “procura de suporte social”, a “distração” e o “pensamento positivo” representam estratégias pertencentes ao *coping* focado na emoção (Lazarus & Folkman, 1986). Segundo estes autores, é o modo como o indivíduo percebe e avalia o stresse que determina as estratégias de coping adotadas, pelo que a sua eficácia é estimada pela capacidade em diminuir o stresse ocasionado pela situação adversa, e pelo consequente ajuste e adaptação à situação. Por esse motivo, é a adaptabilidade ao contexto que dita a eficácia da estratégia, uma vez que uma mesma estratégia de *coping* pode ser adaptativa numa situação e ineficaz noutro contexto.

Dessa forma, a avaliação da situação e as estratégias de *coping* que lhe seguem não só são mediadoras da resposta emocional, como influenciam a relação pessoa-meio,

na medida em que modificam o significado subjetivo da situação para o bem-estar do indivíduo. Por sua vez, a subjetividade inerente a esse processo desencadeia respostas diferentes para uma mesma situação, uma vez que as estratégias de *coping* utilizadas variam de indivíduo para indivíduo. Não obstante tal variabilidade, trata-se de um fenómeno adaptativo que contribui significativamente para a sobrevivência da pessoa, fundamental para o adequado desempenho das atividades em todas as esferas da vida. (Pocinho & Capelo, 2009) e com potencial para influenciar, positiva ou negativamente, a saúde física e mental dos indivíduos.

1.3.2. *Coping* e estudantes universitários

Qualquer situação de stresse requer uma nova adaptação por parte do indivíduo, mediante o emprego de uma ou mais estratégias de *coping*. Existem evidências que apontam no sentido de que quanto mais ajustadas são as estratégias de *coping*, mais baixos são os níveis de consumo de álcool e drogas; e quanto mais estratégias de *coping* são adotadas, menores são o consumo de substâncias psicotrópicas e a intenção de virem a consumir, respetivamente (Corbin *et al.*, 2013; McConell *et al.*, 2014), além de reduzir as consequências negativas experimentadas (Walker & Stephens, 2014).

Os estudantes do ensino superior são particularmente vulneráveis ao stresse académico, pelo que são vários os estudos que confirmam a presença de níveis moderados ou elevados de stresse nesta população (Martens *et al.*, 2008; Luz *et al.*, 2009; Chu *et al.*, 2016; Quinn & Fromme, 2011; Corbin *et al.*, 2013; Deasy *et al.*, 2014; Walker & Stephens, 2014; Fisher *et al.*, 2020; Graves *et al.*, 2021). A título de exemplo, a investigação de Deasy e colaboradores (2014) constatou que estudantes de enfermagem/obstetrícia, por comparação com os seus colegas de educação, apresentaram maiores níveis de sofrimento psíquico e, consequentemente, maiores níveis de stresse com maior vulnerabilidade para o uso de estratégias de *coping* passivo, nomeadamente o uso de substâncias.

A par desta investigação, Costa & Leal (2006), apesar de também terem observado um predomínio na utilização de estratégias de *coping* passivo pelos estudantes universitários, identificaram o uso de outras estratégias mais saudáveis, como o controlo e a procura de suporte social para lidar com o stresse, em detrimento do uso de substâncias. Além disso, encontraram diferenças no *coping* e em função das variáveis sociodemográficas, como a área de residência, ciclo de estudos, género e área de estudos. Assim, nos estudantes deslocados e naqueles que não estavam a cursar na

primeira opção de ingresso na universidade observaram um predomínio na utilização do retraimento social como forma de lidar com o stresse. Em relação ao género, verificaram que a procura de suporte social foi utilizada maioritariamente pelo género feminino, tendo predominado no género masculino a conversão/adição e distração/recusa. Quanto à área de estudos, constataram que os estudantes das áreas de saúde utilizaram em maior proporção a procura de suporte social comparativamente com os de economia e gestão, enquanto as estratégias de conversão e adição foram utilizadas em maior proporção por estes últimos e menos pelos estudantes das ciências sociais e humanas.

Na mesma direção, outra pesquisa realizada por Carlotto e os colaboradores (2015) verificaram que a maioria dos estudantes do ensino superior utilizava com maior frequência estratégias de *coping* focado no problema e no suporte social. Estes autores detetaram igualmente diferenças entre os géneros nas estratégias de *coping* utilizadas, com as estudantes a relatarem um maior uso de estratégias de *coping* focado na emoção, como a procura de suporte social e a religião, enquanto os estudantes manifestaram preferência pelo uso de estratégias focadas no problema. Nesta investigação as estratégias de *coping* focadas no problema e no suporte social demonstraram uma relação positiva com a adaptação académica, enquanto as estratégias focadas na emoção e nas práticas religiosas se correlacionaram negativamente com o processo de adaptação ao ensino superior.

Adicionalmente, diversos estudos têm demonstrado uma relação positiva entre a autoeficácia e a experiência académica dos estudantes do ensino superior. A autoeficácia, definida como a crença de um indivíduo na sua capacidade de enfrentar com sucesso os desafios académicos desempenha um papel crucial na forma esta irá lidar com o stresse e, consequentemente, escolher a estratégia de *coping* a utilizar. Tosevski e os colaboradores (2010), Sousa e os colaboradores (2013) e Valdebenito (2017) destacaram que a autoeficácia está diretamente relacionada à percepção positiva da experiência académica, sendo a escolha da estratégia de *coping* diretamente influenciada pela autoeficácia. Estudantes com maior autoeficácia tendem a sentir-se mais confiantes e competentes nas suas competências académicas, o que contribui para uma sensação geral de bem-estar e satisfação com a vida no contexto académico. Em linha com estas investigações, Pocinho e colaboradores (2009) encontraram evidências de que estudantes com maiores níveis de autoeficácia têm igualmente maior

predisposição para adotar estratégias de *coping* focadas no problema, com consequente menor vulnerabilidade ao stress e melhor adaptação ao novo contexto académico.

Face ao exposto, estes resultados sugerem que a autoeficácia é um fator chave na forma como os estudantes enfrentam os desafios académicos. A crença nas suas próprias competências capacita-os a adotar estratégias mais proativas e positivas para lidar com o stress e superar obstáculos. Ao escolherem estratégias e *coping* focadas no problema e no suporte social, são capazes de gerir o stress de forma mais adaptativa, o que resulta na menor propensão a comportamentos de risco e na adaptação mais positiva ao ambiente académico.

1.3.3. *Coping*, estudantes universitários e álcool

Segundo Walker & Stephens (2014), o risco para o consumo de bebidas alcoólicas aumenta quando os indivíduos manifestam uma tendência para a sua utilização como fuga/evitamento ao stress. Esse comportamento é particularmente comum entre alguns estudantes do ensino superior que enfrentam situações de stress durante a transição para este novo contexto académico. No entanto, e apesar de comum, é importante ressaltar que essa estratégia de *coping* é desadaptativa, pois embora possa proporcionar um alívio momentâneo do problema, não o soluciona a longo prazo. Dessa forma, segundo estes autores, estudantes que recorrem a estratégias de reestruturação cognitiva e de aceitação para enfrentar o stress manifestam uma menor probabilidade de recorrer a comportamentos de fuga/evitamento, o que resulta numa menor propensão para o consumo de álcool.

O uso do *coping* de evitamento, incluindo o consumo de substâncias como o álcool, está relacionado com o consumo solitário, o aumento da quantidade de álcool consumido e com problemas mais graves associados a esse consumo. Em contraste com esta estratégia, a literatura apoia o *coping* focado no problema como um fator protetor, entre adolescentes e jovens adultos, para os problemas relacionados com o álcool, na medida em que este tipo de *coping* está associado a melhores resultados adaptativos, incluindo a redução do stress e, naturalmente, a uma maior capacidade de adaptação à situação e um menor consumo de álcool (Martens *et al.*, 2008; Quinn & Fromme, 2011).

A corroborar estas investigações, Corbin e os colaboradores (2013), numa amostra de estudantes do 1º ano do ensino superior, verificaram que o uso de estratégias de *coping* focado no problema se mostrou como um fator protetor para o consumo

excessivo de álcool e para os problemas relacionados com esse consumo. No entanto, não encontraram evidências da existência de interação entre o stresse e o *coping* focado na emoção, designadamente a supressão e restrição, e os problemas relacionados ao álcool.

Na mesma linha de investigação, Deasy e os colaboradores (2014) e Graves e os colaboradores (2021) identificaram diferenças de género no que diz respeito ao stresse percebido e às estratégias de *coping* utilizadas. Desta forma, encontraram que as estudantes, comparativamente aos estudantes, apresentavam níveis significativamente mais altos de stresse percebido e uma maior propensão para a utilização de estratégias de *coping* focado na emoção, como a distração, apoio instrumental, desabafo e apoio emocional. Por sua vez, os estudantes revelaram uma maior utilização de estratégias de *coping* focado no problema. Ambos os estudos observam que as mulheres exibem uma maior tendência a utilizar mecanismos de *coping* focado na emoção, em detrimento de estratégias focadas no problema, resultando em níveis mais elevados de stresse percebido, devido à menor eficácia desses mecanismos na adaptação a situações geradoras de stresse.

Estes resultados vão ao encontro da literatura existente, indicando que, de facto, o *coping* focado no problema se associa a níveis mais reduzidos de stresse e a uma melhor adaptação em situações adversas, resultando em melhores resultados adaptativos e funcionando como protetor de um maior consumo de álcool, enquanto o *coping* focado na emoção se relaciona com um maior consumo de álcool. Estudantes que recorrem a estratégias de *coping* focado no problema demonstram uma melhor adaptação à situação adversa e um maior controlo sobre o consumo de álcool. Além disso, também são mais propensos a selecionar e implementar estratégias comportamentais protetoras contra o consumo de abuso de álcool (Corbin *et al.*, 2013; Walker & Stephens, 2014).

Na direção das conclusões apresentadas até aqui, também a investigação realizada por Fisher e os colaboradores (2020) reforça que o consumo de álcool como forma de lidar com os estados emocionais negativos está consistentemente relacionado com o consumo nocivo de álcool na população académica. Além disso, beber com o propósito de aprimoramento e enfrentamento também foi relacionado ao consumo excessivo de álcool e ao risco potencial de desenvolver dependência ao longo do tempo. Da mesma forma, motivos de aprimoramento, sociais e de conformidade demonstraram associar-se a uma maior quantidade total de álcool ingerida, embora apenas os motivos

de aprimoramento tenham sido significativos na previsão de maiores quantidades de álcool consumido. Em relação ao gênero, o gênero feminino apresentou maior consumo de álcool, maior propensão para experimentar efeitos cognitivos adversos, como problemas de memória de trabalho e funcionamento visuoespacial e, conseqüentemente, uma maior predisposição para problemas relacionados com esse consumo, em comparação com o gênero masculino. Estes resultados são concordantes com a investigação de Quinn e Fromme (2011), que também concluiu que beber por motivos de enfrentamento se associa a maiores quantidades de álcool ingerido.

É importante ressaltar que o consumo excessivo de álcool, conhecido como “*binge drinking*”, tem sido associado a conseqüências negativas na memória de trabalho, incluindo uma maior dificuldade em diferenciar informações relevantes das irrelevantes e a um maior esforço no desempenho de tarefas (Crego *et al.*, 2009). Nesta medida, considera-se imprescindível capacitar os estudantes para a adoção de estratégias adaptativas em resposta às situações de stresse, focadas no problema, por forma a, conseqüentemente, controlarem o consumo de substâncias psicoativas.

1.4. Psicopatologia

1.4.1. Conceito

1.4.2. Psicopatologia e álcool

1.4.3. Psicopatologia, estudantes universitários e álcool

1.4.1. Conceito

A Psicopatologia (do grego *psiché* = alma; *pathos* = doença; *logos* = estudo) é o campo de estudo que se dedica a investigar as perturbações mentais, os padrões de comportamento e/ou processos de pensamento que são produto de uma mente perturbada (Sims, 2003). É um conceito dimensional (Kotov *et al.*, 2017), cujo objeto de estudo é o indivíduo e os seus conflitos. Estes conflitos são o resultado das transações complexas entre os processos genéticos, biológicos e psicossociais que influenciam a adaptação do indivíduo, num momento particular do seu desenvolvimento (Canavarro, 2008), dos quais emergem os sinais e sintomas da doença psiquiátrica (Jaspers, 1913),

Neste contexto, acontecimentos que envolvem mudanças e que causam stresse podem levar à presença de psicopatologia, especialmente quando o indivíduo não está capacitado para a utilização de estratégias adaptativas. Deste modo, a forma como o indivíduo percebe e interpreta o novo contexto é um fator decisivo para a sua reação, sendo a confluência entre os stressores psicológicos, sociais e culturais e as características da personalidade, responsáveis pela presença ou ausência de sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 2008). Assim, qualquer mudança significativa pode impactar o curso do desenvolvimento do indivíduo, podendo reforçar padrões típicos de comportamento, gerar sensibilidade ao stresse, bem como desafiar a capacidade de adaptação ao novo contexto. Face ao exposto, é importante entender a psicopatologia com base em duas vertentes: a explicativa, que inclui explicações com base em construtos teóricos; a descritiva, que integra uma descrição e categorização precisas das manifestações psicopatológicas objetivas, podendo ser diretamente observadas pelo clínico através do comportamento do doente, sendo denominadas de sinais; ou subjetivas, verbalizadas pelo doente e comumente denominadas de sintomas (Sims, 2003; Oyebode, 2008).

1.4.2. Psicopatologia e Álcool

Diversos estudos que têm fornecido evidências que suportam uma associação significativa entre a presença de sintomas psicopatológicos e o consumo de álcool. Por exemplo, Pedrelli e os colaboradores (2011) identificaram uma relação entre problemas de saúde mental, sofrimento psicológico e maiores consumos de álcool; uma associação entre depressão e consumo de substâncias psicoativas; assim como uma associação entre a presença de qualquer perturbação de humor com probabilidade aumentada de dependência de álcool. Em consonância, Dawson e os colaboradores (2004)

encontraram uma associação significativa entre perturbações de humor, da ansiedade e de conduta com o consumo de substâncias, incluindo uma relação entre depressão, ansiedade, depressão major, distímia, mania, hipomania, perturbação de pânico com e sem agorafobia, fobia específica e social e ansiedade generalizada. Antecedendo ambos os estudos, já Filho & André (2002) haviam constado nos indivíduos com presença de transtornos fóbicos uma probabilidade aumentada em duas vezes de serem alcoólicos, enquanto sujeitos com transtornos de pânico teriam quatro vezes maior probabilidade de se tornarem dependentes de álcool. A par desta investigação, Andrade (2019) demonstrou uma associação entre a presença de sintomatologia psicopatológica e o consumo de álcool, acrescentando a esta associação uma variabilidade na manifestação dos sintomas em função do tipo de perturbação psicopatológica, referindo que estas podem surgir antes, durante ou após o consumo de substâncias psicoativas. Nessa medida, verificou que os sintomas psicopatológicos inerentes às perturbações da personalidade são sintomas que precedem o consumo de substâncias, por sua vez, as perturbações de humor, nomeadamente as distímias, precedem os comportamentos de consumo e o uso nocivo de álcool e, por último, as depressões major e as perturbações bipolares podem surgir antes, durante ou após o consumo de substâncias. Hogarth e os colaboradores (2018), ao analisarem uma amostra de jovens adultos consumidores de álcool entre os 18 e os 25 anos, constataram que a presença de depressão e de humor negativo foi capaz de predizer o consumo de álcool, sugerindo que o consumo de álcool pudesse constituir uma estratégia utilizada nesta amostra de estudantes para lidar com os afetos negativos, ou seja, como forma de automedicação para o alívio do sofrimento emocional. Este resultado fornece ainda pistas a respeito da existência de um mecanismo de reforço negativo entre o álcool e a psicopatologia, na medida em que é a presença de depressão e, conseqüentemente, de humor negativo que aumenta a sensibilidade para o consumo de álcool. Existe, por isso, nos indivíduos com presença de estados depressivos e maior vulnerabilidade a estados emocionais negativos, um risco aumentado para a dependência do álcool.

É importante salientar que, de acordo com as investigações de Fidalgo e os colaboradores (2016) e Séverine e os colaboradores (2019), a associação entre o consumo de álcool e a presença de sintomatologia psicopatológica pode ser influenciada pela idade de início dos consumos, uma vez que estes autores encontraram evidências de que o início precoce do consumo de álcool está associado a um maior risco de desenvolvimento de perturbações psicopatológicas nos jovens adultos. Tais

perturbações incluem perturbações da conduta, do controlo de impulsos e disruptiva, de hiperatividade e défice de atenção (PHDA) e depressão.

A relação entre o início precoce do consumo de álcool e a presença de sintomas psicopatológicos em adolescentes e, posteriormente em jovens adultos aparece consistentemente sustentada na literatura. A título de exemplo, a investigação realizada por Carbia e os colaboradores (2016) estabeleceram uma relação entre a idade de início dos consumos e a presença de sintomas psicopatológicos. Constataram, num grupo de adolescentes com idades compreendidas entre os 11 e os 13 anos, a presença de maiores consumos de álcool associado a um risco aumentado para sintomas de angústia, por comparação aos pares com 16 ou mais anos. Além disso, e utilizando a Escala Multidimensional dos 90 Sintomas (SCL-90-R), o mesmo estudo verificou que, em função do género, consumir álcool entre os 11 e os 13 anos constituiu um fator de risco para a presença de somatização, depressão, ansiedade e hostilidade no caso das estudantes e, por sua vez, de somatização, hostilidade e psicoticismo nos estudantes. A par desta investigação, Demir e os colaboradores (2022) também observaram que a presença de perturbações de externalização na infância se relacionava com o subsequente consumo de substâncias psicoativas na adolescência, e que a depressão na adolescência se associava com maior frequência de abuso de substâncias psicoativas no início da idade adulta. De igual modo, Moss e os colaboradores (2015), encontraram uma relação significativa entre o consumo de várias substâncias psicoativas na adolescência, e a presença de perturbação por uso de substâncias e psicopatologia comórbida em jovens adultos. Adicionalmente, verificaram que o consumo concomitante de álcool com outras substâncias, particularmente tabaco, cannabis, cocaína e outras drogas ilícitas, se associava com o padrão de dependência de consumo de álcool e presença de depressão major, perturbação de pânico, ansiedade e de personalidade dos tipos paranoico, esquizotípico, limítrofe, antissocial e histriónico.

Para além destes fatores que foram mencionados, a influência da história familiar na presença de psicopatologia e no consumo de álcool é um importante fator a ser considerado. Investigações como as realizadas por Brown e os colaboradores (2020), destacam a presença de história familiar de psicopatologia internalizante (como depressão e ansiedade) e o consumo de drogas ilícitas nos pais como fatores que aumentam a predisposição nos filhos para a iniciação e o consumo de álcool durante a transição da adolescência para a idade adulta. Por sua vez, estudos como os de Conner e os colaboradores (2014) enfatizaram a “transmissão” de perturbações de

personalidade antissocial e perturbação de personalidade de conduta de pais para filhos, tanto na infância como na adolescência. É interessante notar que nem todas as formas de psicopatologia dos pais parecem ser transmitidas de igual forma aos filhos. Enquanto Conner *et al.* (2014) não encontraram associações significativas entre a presença de psicopatologia nos pais e a presença de depressão e de ideação suicida nos filhos na adolescência, outros estudos, como é o exemplo de Oro e os colaboradores (2021), indicaram que a presença de PUA no pai conferiu um risco aumentado de perturbações de externalização nos filhos adolescentes. Estes resultados sugerem que determinadas características de personalidade dos pais podem influenciar o desenvolvimento de sintomas de psicopatologia nos filhos, em fases específicas do desenvolvimento.

1.4.3. Psicopatologia, estudantes universitários e álcool

A qualidade da adaptação ao ensino superior é um fator decisivo para a saúde mental dos estudantes. Vários estudos têm relatado uma correlação entre a prevalência de sofrimento psíquico e o consumo de álcool entre estudantes nesta fase de vida (Kenney *et al.*, 2018; Couture *et al.*, 2019).

Da mesma forma, alguns estudos têm encontrado uma relação positiva entre a transição e o ingresso no ensino superior e a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa, em conjunto com o consumo de álcool (Monteiro, 2008; Rosenthal *et al.*, 2017; Fonte & Macedo, 2020). Por exemplo, um estudo longitudinal realizado por Rosenthal e os colaboradores (2017) com alunas sem histórico de perturbação depressiva revelou que 23% destas estudantes experimentaram sintomas indicativos de início recente de depressão *major* durante o primeiro ano de faculdade, como resultado da vivência de maiores consequências negativas associadas ao consumo de álcool. Lidar com o afeto negativo e enfrentar as dificuldades de autorregulação foram apontados como os principais motivos para o consumo de álcool e, conseqüentemente, para o maior risco de desenvolvimento de depressão. A corroborar esta investigação, Preonas & Lau-Barraco (2019) identificaram um efeito mediador da regulação emocional na relação entre os sintomas depressivos e os problemas associados ao consumo de álcool, nos estudantes do ensino superior. A associação encontrada mostrou que os sintomas depressivos, combinados com uma menor capacidade de regulação emocional, estavam relacionados com maiores consequências negativas associadas ao uso de álcool.

Desta forma, o ingresso no ensino superior poderá representar um período de vulnerabilidade para o consumo de substâncias psicoativas e, ao mesmo tempo, para o

desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, como resultado das experiências passadas, ou do sofrimento experienciado pelas dificuldades encontradas nesta nova fase da vida, que incluem gerir a ansiedade e stresse associados ao novo contexto de vida de um modo adaptativo. A par deste fator de risco relacionado com a adaptação ao ambiente académico, a investigação conduzida por Lannoy e os colaboradores (2019) destaca que a história familiar e a exposição ao álcool, combinadas com fatores genéticos, também contribuem para a associação encontrada entre a presença de sintomatologia psicopatológica e o consumo de álcool nos estudantes.

Na mesma linha de investigação, Pedrelli *et al.* (2011) destacaram a correlação entre a presença de sintomatologia depressiva e o risco aumentado de comportamentos compulsivos de consumo de álcool entre estudantes. Além disso, nos estudantes que preencheram critérios para abuso de álcool, foi observada uma maior propensão para a depressão *major*, especialmente naqueles com padrão de consumo nocivo de álcool. É importante notar que as diferenças de género também foram identificadas neste estudo. As estudantes apresentaram uma prevalência superior de sintomas depressivos e exibiram um maior risco para compulsão por álcool na presença de sintomas depressivos. Por sua vez, os estudantes, apesar de terem apresentado menor sintomatologia depressiva, mostraram uma maior predisposição para consumos diários elevados de álcool e maior risco para comportamentos compulsivos relacionados com este consumo.

Face ao exposto, poder-se-á sugerir a comorbidade entre a presença de sintomatologia psicopatológica e o consumo de álcool nos estudantes, na medida em que a presença de psicopatologia nesta população pode ser a causa ou o resultado do consumo de álcool, criando um ciclo potencialmente prejudicial para a saúde mental dos estudantes. Ilustrando esta relação, a investigação de Vieira e os colaboradores. (2021) com estudantes brasileiros concluíram que comportamentos não-saudáveis, incluindo a ingestão de bebidas com maior teor alcoólico, podem favorecer a ocorrência de perturbações depressivas e, inversamente, a presença de perturbações depressivas pode ter um impacto negativo na presença desses comportamentos, o que sugere a existência de uma relação bidirecional entre o consumo de álcool e a saúde mental dos estudantes.

Outro estudo, este realizado com estudantes americanos, conduzido por Tembo e os colaboradores (2017) também reforçaram essa correlação ao constatarem que aqueles que apresentavam padrões de consumo de álcool nocivo exibiam maior

propensão para o sofrimento psicológico moderado/alto, bem como maiores problemas académicos. Além disso, a investigação de Santana e os colaboradores (2008), que procuraram associar o consumo de álcool e a depressão, através da administração dos instrumentos AUDIT e Inventário de Depressão de Beck (BDI), a alunos do ensino secundário e do ensino superior, revelaram uma prevalência significativa de consumo de álcool de risco e nocivo entre os universitários, especialmente na faixa etária dos 20-24 anos.

A par desta investigação, também Jensen *et al.* (2021) demonstraram que estudantes com níveis moderados ou elevados de problemas de saúde mental têm uma maior propensão a relatar o consumo arriscado ou prejudicial de álcool em comparação com aqueles com níveis mais baixos. Estes achados apoiam a existência de uma relação significativa entre o estado de saúde mental e o consumo de álcool entre os estudantes, sugerindo que o consumo problemático de álcool pode estar relacionado com os problemas de saúde mental nesta população.

Além disso, as investigações de Qi e os colaboradores (2021) e Horvath e os colaboradores (2020) revelaram que as restrições na alimentação e o comportamento alimentar problemático (FAD) estão associados a uma maior prevalência de sintomas psicopatológicos entre estudantes do ensino superior. Estes sintomas incluem depressão, ansiedade, stresse e ideação suicida. No estudo de Horvath *et al.* (2020), a prevalência de FAD foi encontrada em 10 a 55% da amostra, sendo mais comum no género feminino. Por sua vez, Qi *et al.* (2021) ao incluírem estudantes do ensino superior que se envolveram em FAD no ano anterior, constataram a presença de níveis mais elevados de sintomas psicopatológicos nestes, em comparação com aqueles que não se envolveram em comportamentos alimentares problemáticos. Esses sintomas psicopatológicos também foram associados a um maior risco de consumo problemático de álcool e a uma maior probabilidade de apresentarem perturbação alimentar.

Para além dos estudos apresentados anteriormente, um estudo recente realizado pela Universidade de Évora e apoiado pelo *Comprehensive Health Research Centre* (CHRC), revelou resultados algo divergentes. Este estudo, apesar de também ter constatado uma maior prevalência de perturbações de humor, como depressão e ansiedade, com 10% da amostra de estudantes a apresentarem ambos os diagnósticos, surpreendentemente apontou que 74% dos estudantes recorreram ao apoio social como estratégia de *coping* para lidar com a sintomatologia psicopatológica. Estes resultados destacam a capacidade destes estudantes para utilizar estratégias adaptativas para gerir

os níveis elevados de stresse e ansiedade aos quais estão expostos, o que contradiz o que contradiz os resultados descritos até aqui, nos quais se denota uma elevada propensão na população do ensino superior para o consumo de álcool como forma de lidar com estes sintomas. Vale ressaltar que dos 75,6% que afirmaram presença de sintomas de ansiedade, 37,8% manifestaram sintomas moderados a graves. Por sua vez, dos 61,9% que relataram presença de sintomas depressivos, 23,4% apresentaram sintomas leves e 38,5% moderados a graves (Amaro *et al.*, 2023). À semelhança deste estudo, também Aveiro (2018) constatou, numa amostra de estudantes da Universidade de Coimbra, que a ansiedade e a depressão foram os sintomas psicopatológicos mais prevalentes nestes estudantes, com 3,5% a considerarem estar extremamente ansiosos/deprimidos e 35,3% moderadamente ansiosos/deprimidos.

Estes resultados sugerem que a associação entre a presença de psicopatologia e o consumo de álcool nos estudantes pode ser influenciada por uma grande variabilidade de fatores. Portanto, é imprescindível conseguir identifica-los e trata-los atempadamente, a fim de reduzir o potencial impacto negativo no funcionamento dos jovens adultos. As estratégias adaptativas como o apoio social desempenham um papel importante e suportado pela literatura no que respeita à promoção da saúde mental e enfrentamento efetivo dos desafios emocionais durante o período de transição e ingresso no ensino superior.

1.5. Percepção de satisfação com a vida

1.5.1. Conceito

1.5.2. Percepção de satisfação com a vida e estudantes universitários

1.5.3. Percepção de satisfação com a vida, estudantes universitários e álcool

1.5.1. Conceito

O bem-estar subjetivo é definido como o modo pelo qual as pessoas avaliam as suas próprias vidas. É um conceito que engloba a satisfação com a vida, na medida em que representa o componente cognitivo do bem-estar subjetivo, sendo constituído por dois elementos distintos: o afetivo, que se divide em afetos positivos e negativos; e o cognitivo, que se traduz na satisfação geral com a vida (Langane, 2013; Filasteen *et al.*, 2018; Seo *et al.*, 2018; Reppold *et al.*, 2019).

Neste sentido, a percepção de satisfação com a vida corresponde à avaliação que um indivíduo faz à sua própria vida, com base nos seus critérios pessoais, sociais e psicológicos. Essa avaliação reflete o nível de prazer ou descontentamento que o indivíduo perceber ao pensar, de uma forma geral, no seu modo de viver (Murphy *et al.*, 2005; Langane, 2013; Reppold *et al.*, 2019). Esta medida é um bom indicador social, pois considera os diversos domínios da vida, como o trabalho, a família, a escola, o lazer e os relacionamentos interpessoais (Seo *et al.*, 2018; Reppold *et al.*, 2019). Além disso, a satisfação com a vida influencia o desempenho do indivíduo, determinando o seu nível de envolvimento nas atividades, a sua satisfação com as opções vocacionais/carreira e a sua percepção de autoeficácia (Reppold *et al.*, 2019).

Calixto e Martins (2010) descrevem diversos fatores podem prever o nível de satisfação com a vida, incluindo género, personalidade, relacionamentos sociais, autoestima e estratégias de *coping*. Traços de personalidade, especialmente neuroticismo e extroversão, herança genética, valores, estilos cognitivos, otimismo, temperamento, acontecimentos de vida e esperança são características que podem igualmente influenciar a percepção de satisfação com a vida, conduzindo a uma maior sensação de bem-estar. Nessa linha, também a presença de relacionamentos sociais íntimos, o desfrute de prazer físico e mental e a realização de atividades direcionadas para alcançar objetivos tem vindo a associar a maior satisfação com a vida (Murphy *et al.*, 2005).

Em relação ao género, a literatura sugere que os homens apresentam maior satisfação com a vida em comparação com as mulheres (Langane, 2013; Sæther *et al.*, 2019; Jensen *et al.*, 2021). Além disso, ao considerar os diferentes domínios da vida, as mulheres exibem maior satisfação na esfera familiar, enquanto os homens estão mais satisfeitos com o tempo disponível para o lazer (Langane, 2013).

Numa análise transcultural, com jovens adultos, foram encontradas diferenças significativas quanto aos níveis de satisfação com a vida em diferentes regiões do mundo (Grant *et al.*, 2009). A Europa Ocidental e os Estados Unidos da América (EUA) apresentaram índices elevados de satisfação com a vida, enquanto a Europa Central e Oriental reportaram índices médios, e a Ásia-Pacífico índices mais reduzidos relativamente às anteriores. Além disso, e em termos de género, foram observadas variações nas perceções da satisfação com a vida. Nas regiões da Europa Ocidental, Europa Central e Oriental e EUA, os homens apresentaram níveis mais altos de satisfação com a vida em comparação com as mulheres. Já no Pacífico, especificamente na região asiática, as mulheres evidenciaram níveis mais altos de satisfação com a vida. Estes dados destacam a importância de os estudantes cuidarem do bem-estar emocional e psicológico, uma vez que estes surgem intrinsecamente associados à satisfação com a vida.

1.5.2. Perceção de satisfação com a vida e estudantes universitários

O ingresso e a frequência no ensino superior traduzem períodos de mudança e adaptações significativas na vida dos estudantes. Durante essa fase, a satisfação com a vida é determinada por diversos fatores que refletem o julgamento pessoal dos estudantes sobre a qualidade das suas vidas. Essa perceção de satisfação com a vida é influenciada pela sensação de pertença à instituição de ensino e curso, pelos relacionamentos com os colegas, pela utilização das instalações e recursos existentes na faculdade/instituto politécnico, pelo sucesso no processo de ensino-aprendizagem e pela perceção de suporte social (Reppold *et al.*, 2019). Além disso, fatores de saúde, socioeconómicos e socioculturais também desempenham um papel importante na satisfação com a vida nesta população específica (Filasteen *et al.*, 2018). Estudantes que se adaptam melhor ao ambiente académico, geralmente, apresentam melhor perceção de satisfação com a vida e uma menor probabilidade de abandonar os estudos. Para além disso, demonstram uma maior autonomia e capacidade de persistência nas tarefas académicas, melhor planificação de tarefas e cumprimento de objetivos (Reppold *et al.*, 2019). Por outro lado, estudantes que enfrentam desafios nas relações interpessoais e no ambiente académico, tendem a experimentar sentimentos de solidão e pior perceção de satisfação com a vida (Filasteen *et al.*, 2018).

A acrescentar às associações até aqui mencionadas, uma investigação realizada por Costa e os colaboradores (2016) com estudantes do ensino superior revelaram uma correlação negativa entre menor satisfação com a vida e mais sintomas de depressão, impulsividade, agressividade, baixa autoestima, falta de autocontrolo e altos níveis de ansiedade, bem como um maior consumo de álcool. Estes resultados sugerem que a satisfação com a vida desempenha um papel significativo na saúde mental e no bem-estar emocional dos estudantes. Em consonância com estas conclusões, os resultados obtidos por Seo e os seus colaboradores (2018) demonstraram que a satisfação com a vida e a felicidade têm um efeito protetor contra a depressão nos estudantes do ensino superior, na medida em que confirmou uma correlação negativa entre maior perceção de satisfação com a vida e presença de sintomas depressivos.

Também o estudo de Aveiro (2018) observou existir uma associação entre maiores índices de consumo de álcool e a menor satisfação com a vida curricular e maior satisfação com a vida extracurricular. Estes resultados refletem a realidade académica, onde a perceção do sucesso académico e a satisfação com o ambiente educacional podem ter um impacto significativo na forma como os estudantes lidam com o consumo de álcool e na sua satisfação geral com a vida.

Perante o exposto, pode-se sugerir-se que uma boa adaptação académica desempenha um papel crucial como fator protetor para uma perceção positiva de satisfação com a vida entre os estudantes. Além disso, uma adaptação académica bem-sucedida está relacionada com redução de ocorrência de sintomas como depressão, impulsividade e agressividade, bem como o aumento da autoestima e autocontrolo, diminuição da ansiedade, e menor consumo de álcool e problemas relacionados com esse consumo.

1.5.3. Perceção de satisfação com a vida, estudantes universitários e álcool

Várias investigações têm consistentemente apontado que o risco de consumo de bebidas alcoólicas entre os estudantes do ensino superior aumenta quando há uma adaptação académica insatisfatória, resultando em menor perceção de satisfação com a vida. Deste modo, níveis reduzidos de satisfação com a vida nos estudantes têm sido associados a maiores consumos de álcool (Murphy *et al.*, 2005; Diulio *et al.*, 2014; Yi

et al., 2017; Dormal *et al.*, 2018; Sæther *et al.*, 2019; Jensen *et al.*, 2021; Gallassi *et al.*, 2022).

A título de exemplo, um estudo conduzido por Murphy e os colaboradores (2005), que utilizou a escala *Life Satisfaction* (LS) para avaliar a percepção de satisfação com a vida nos estudantes de uma universidade do Sudeste dos EUA, encontrou uma associação entre maior consumo de álcool e menor percepção de satisfação com a vida, sendo essa relação mais acentuada no domínio geral da satisfação com a vida. De forma semelhante, Jensen e os colaboradores (2021), conduziram um estudo para explorar a associação entre satisfação com a vida, problemas de saúde mental e potenciais problemas relacionados ao álcool em estudantes noruegueses do ensino superior. Os resultados revelaram uma associação significativa entre uma maior satisfação com a vida e um menor risco de problemas de saúde mental e de potenciais problemas relacionados com o álcool. Os investigadores também observaram que os estudantes com níveis moderados de satisfação com a vida apresentaram problemas de saúde mental moderados e uma maior probabilidade de consumo de álcool de risco. Em contraste, foram os estudantes com baixos níveis de satisfação com a vida que apresentaram níveis mais elevados de problemas de saúde mental e maior probabilidade de consumo nocivo de álcool. Notavelmente, um aumento padronizado unitário na satisfação com a vida demonstrou reduzir significativamente as chances de consumo nocivo de álcool entre esses estudantes, comprovando que uma maior percepção de satisfação com a vida constituiu um fator de proteção face ao consumo excessivo de álcool.

Sæther e os colaboradores (2019), na mesma linha de investigação de Jensen *et al.* (2021), compararam o padrão de consumo de álcool de risco com o consumo de baixo risco em estudantes do ensino superior, tendo constatado que os primeiros apresentaram mais queixas de saúde mental e uma ligeira redução na satisfação com a vida. Em relação ao consumo nocivo de álcool, e em comparação com o consumo de baixo risco, estes autores verificaram mais queixas de saúde mental e menor satisfação com a vida decorrente da maior solidão social e emocional. Já nos estudantes abstêmicos não verificaram uma diminuição da satisfação com a vida ou mais problemas de saúde mental. Estes resultados comprovam que o consumo de álcool poderá ser uma estratégia utilizada pelos estudantes para melhorar a sua percepção de satisfação com vida, na medida em que o álcool proporciona ao indivíduo uma sensação

de euforia e desinibição e, conseqüentemente, a percepção de uma melhor satisfação com a vida. Desta forma, constata-se nas investigações reportadas que, para os diferentes tipos de padrões de consumo de álcool (abstinência, baixo risco, risco e nocivo), quanto menor é a percepção de satisfação com a vida, maior é o consumo de álcool.

Todavia os resultados das investigações sobre os efeitos da satisfação com a vida no consumo de álcool podem variar. De facto, o estudo de Grant e os colaboradores (2009) apresentaram conclusões que diferem das investigações anteriores. Neste estudo, tendo os autores recorrido a uma análise transcultural de estudantes australianos do ensino superior, foi verificado que os estudantes com consumo moderado de álcool apresentaram maiores níveis de satisfação com a vida em comparação com os jovens abstinentes e com consumo nocivo de álcool. Segundo os autores, o consumo moderado de álcool pode levar à experimentação de conseqüências sociais positivas, incluindo uma maior intimidade e autorrevelação nas relações interpessoais.. Esses resultados sugerem que, em algumas circunstâncias e contextos, o consumo moderado de álcool pode desempenhar um papel no bem-estar social e psicológico dos estudantes. No entanto, é importante lembrar que os efeitos do álcool podem variar consideravelmente de pessoa para pessoa, e a resposta ao consumo pode depender de fatores individuais, culturais e ambientais. Pelo que é essencial reconhecer os potenciais riscos associados ao consumo de álcool, especialmente quando se torna nocivo ou excessivo.

Segundo Murphy *et al.* (2005), o consumo nocivo de álcool está associado a níveis mais baixos de intimidade nas relações interpessoais, maiores níveis de stresse, presença de depressão e de problemas relacionados com o álcool. A par desta investigação, um estudo de larga escala desenvolvido por Dormal *et al.* (2018) com jovens estudantes europeus concluíram uma ausência de impacto significativo do álcool na qualidade de vida dos consumidores de baixo risco. Porém, nos consumidores de risco e nocivo de álcool observaram um impacto negativo desses consumos na qualidade de vida, bem como um forte aumento, de forma linear, do efeito negativo do álcool na qualidade de vida dos consumidores com provável dependência de álcool, e no padrão de consumo de tipo “*binge drinking*”.

Os resultados da investigação conduzida por Shealy e os colaboradores (2007) e Diulio e os colaboradores (2014) são relevantes para complementar as investigações apresentadas sobre a relação entre o consumo de álcool, satisfação com a vida e

motivação para a mudança. Em concordância com a generalidade dos estudos enumerados, também estes autores destacam que estudantes com menor satisfação com a vida apresentaram maior tendência para o consumo nocivo de álcool e enfrentaram mais consequências negativas relacionadas a esse consumo. Além disso, esses estudantes revelaram uma maior motivação para considerar mudanças no padrão de consumo de álcool. Essa relação inversa entre a motivação e a percepção de satisfação com a vida, sugere que, quando os estudantes apresentam altos níveis de motivação para mudar os seus hábitos de consumo de álcool é provável que percebam uma menor satisfação geral com as suas vidas devido às consequências decorrentes do consumo excessivo de álcool.

Por fim, é importante mencionar que estudos como o de Araújo & Almeida (2015) e Langane (2013) não encontraram associações significativas entre o consumo de álcool e a satisfação com a vida, entre estudantes do ensino superior. Essas descobertas destacam a importância de se considerar, ao analisar a percepção de satisfação com a vida, a quantidade e o padrão de consumo de álcool dos estudantes, bem como outros fatores fundamentais na mediação da relação entre ambas as variáveis.

Segunda parte – População e métodos

2.1. Objetivos do estudo

2.2. População estudada

2.3. Metodologia de observação

2.4. Instrumentos de avaliação

2.5. Análise estatística dos dados

2.1. Objetivos do estudo

É objetivo deste estudo investigar fatores comportamentais, afetivos e psicopatológicos que possam estar associados ao consumo excessivo de álcool e procurar compreender em que medida esses fatores determinam o consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes do ensino superior.

Com esse objetivo definiu-se como variável de interesse ou variável dependente o consumo de álcool, nos últimos 12 meses em relação à data de realização dos inquéritos, avaliado através do AUDIT.

Com base na revisão da literatura, para variáveis preditoras ou explicativas selecionaram-se:

- Variáveis sociodemográficas: género, idade, grau académico/ano de frequência de curso;
- Deslocação da residência habitual familiar para estudar; participação em grupos académicos;
- Fatores psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory*); dificuldade em identificar e expressar emoções e sentimentos internos (*Toronto Alexithymia Scale*, TAS-20); fatores comportamentais (estratégias de *coping*, *Brief-COPE*); e satisfação com a vida (*Satisfaction With Life Scale*).

Especificamente, constituíram objetivos deste estudo:

A - Objetivo geral:

Avaliar a presença de características comportamentais, afetivos e psicopatológicos em estudantes universitários com consumos de baixo risco, de risco e nocivo de álcool, e investigar uma possível associação entre esses fatores e o consumo de álcool.

Contribuir para o estudo dos fatores que determinam o consumo de álcool entre estudantes universitários em Portugal.

Tentar identificar fatores sociodemográficos que possam concorrer para a variabilidade dos padrões de consumo de álcool e, indiretamente, explicar esses padrões de consumo entre estudantes universitários.

B - Objetivos específicos:

Identificar padrões de consumo de bebidas alcoólicas em jovens adultos do ensino superior;

Avaliar diferenças em função do género, área de residência habitual, participação em grupos académicos e idade em relação aos diferentes padrões de consumo de bebidas alcoólicas (baixo risco, risco e nocivo);

Avaliar em que medida os fatores comportamentais, afetivos, psicopatológicos e (in)satisfação com a vida afetam a variável de interesse, o consumo de álcool;

Analisar a variação da quantidade de álcool ingerida em função dos fatores comportamentais, afetivos e psicopatológicos e satisfação com a vida;

Contribuir para o conhecimento do consumo do álcool nos estudantes universitários e identificar potenciais causas associadas a esse consumo;

Contribuir com informações pertinentes para o desenvolvimento futuro de campanhas de sensibilização sobre o consumo de álcool nos estudantes universitários.

2.2. População estudada

O estudo foi realizado com estudantes do ensino superior de universidades e institutos politécnicos de norte a sul de Portugal, de abril de 2022 a janeiro de 2023.

Considerando que no último “Relatório do Inquérito sobre Comportamentos Aditivos aos 18 anos / 2018 – Inquérito no Dia da Defesa Nacional”, nos doze meses anteriores, a percentagem de consumo com embriaguez grave foi de 7%, pretendeu-se abranger uma amostra não inferior a 400 estudantes do ensino superior para incluir a possibilidade da ocorrência desse evento em número significativo. Esse cálculo amostral serviu como referencial para o objetivo mínimo de unidades estatísticas válidas a recolher.

2.3. Metodologia de observação

A anteceder o início da investigação foi solicitado o pedido de apreciação e de parecer para a realização da investigação à comissão de ética da Faculdade de Medicina e Universidade do Porto (FMUP).

Trata-se de uma amostra de conveniência, não-probabilística, uma vez que, não só é formada pelos alunos das diferentes universidades e institutos politécnicos acessíveis à investigadora, como também pelas escolas que, em contactos prévios, se mostraram disponíveis para participarem na investigação.

Face ao exposto, após aprovação pela comissão de ética da FMUP, procedeu-se à solicitação da autorização, em primeira estância, ao diretor de cada uma das instituições, onde foi prestada toda a informação necessária à comissão de ética dessas

universidades/politécnicos, de modo a obter a aprovação para a realização da investigação- Além disso, foram dadas garantias de confidencialidade das respostas e a dimensão voluntária da participação.

Numa segunda estância, após aprovação por parte do diretor e comissão de ética das instituições, foi realizada uma reunião com cada um dos coordenadores e/ou docentes dos cursos, a fim de se definir o contexto e o suporte dos questionários (em papel ou digital) mais adequado para a recolha dos dados.

Em todas as instituições foi definido que o contexto mais apropriado seria o contexto sala de aula, no início das aulas. Relativamente ao tipo de questionário, houve diferenças na escolha por parte das instituições. Uma vez que a realização do estudo acabou por se sobrepor à situação pandémica COVID-19, algumas instituições não permitiram a recolha dos dados presencialmente pela investigadora, pelo que foi necessário construir um questionário em versão *online* no *Google Docs* de forma a tornar exequível e acessível a investigação a todos os alunos. Assim, no caso das instituições que manifestaram preferência pela realização do questionário *online*, não existiu deslocação da investigadora ao local, ficando a cargo da docente do curso a responsabilidade de disponibilizar o questionário aos alunos. Por se tratar de um questionário *online*, as respostas foram acedidas em tempo real.

No caso do questionário em suporte papel, a recolha dos dados foi realizada diretamente pela investigadora que, nos momentos previamente agendados e devidamente autorizada, deslocou-se às instituições e, em contexto de sala de aula, deu a conhecer presencialmente aos participantes os objetivos do estudo e disponibilizou o questionário para autopreenchimento.

O preenchimento do questionário ocorreu de forma livre e espontânea, independentemente do curso e do ano em que os participantes se encontravam inscritos, e sem discriminação de outras variáveis. O tempo total para responder ao conjunto de testes oscilava entre os 15 e os 20 minutos. De acordo com o preceituado com as comissões de ética os questionários (formato em papel e *online*) não identificavam os estabelecimentos de ensino de onde provinham e todos foram misturados antes do tratamento de dados.

À posteriori, foram excluídos os casos que não cumpriam os seguintes critérios de inclusão: a) Idade compreendida entre os 17 e 30 anos, inclusive; b) Ter residido fora de Portugal depois dos 13 ou mais anos.

Face ao exposto, responderam 435 estudantes universitários, do norte, centro e sul do país. No entanto, destes 435 participantes, após aplicação dos critérios de inclusão, excluíram-se 6 participantes que não aceitaram participar no estudo; 24 participantes com idades superiores a 30 anos (5 do género masculino e 19 do género feminino), uma vez que se pretendia uma amostra de jovens adultos faixa etária entre os 17 e os 30 anos de idade inclusive; e, por último, 15 participantes (5 do género masculino e 10 do género feminino) que residiram fora de Portugal durante a adolescência, vindo para Portugal com 13 anos ou mais, uma vez que se considerou importante a vivência dessa fase em Portugal para a socialização e experimentação do consumo de álcool. Dessa forma, obteve-se uma amostra final de 390 estudantes universitários.

2.4. Instrumentos de avaliação

Para o estudo das potenciais variáveis preditoras e de interesse para os objetivos desta investigação, foram selecionados vários instrumentos tendo como critério a possibilidade de avaliar as diferentes dimensões de interesse, designadamente pessoais e sociais. A seleção destes instrumentos teve em conta a sua relação com o consumo de álcool, as suas características psicométricas, reprodutibilidade e potencial comparabilidade com outros estudos, nacionais e internacionais.

Instrumentos de Anamnese:

- a) Questionário sociodemográfico: Idade, género, ciclo de estudos, residência habitual no período universitário, frequência de tradições académicas e, no caso de terem residido fora de Portugal, a idade em que vieram para Portugal.

- b) Avaliação da presença e gravidade dos problemas de dependência de álcool:

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Babor *et al.*, 2001, adaptado para a população portuguesa por Cunha, 2002)

O AUDIT foi desenvolvido com o objetivo de ser um instrumento de triagem e diagnóstico de Problemas Ligados ao Álcool, de fácil e rápida aplicação, podendo ser ministrado sob a forma de entrevista ou como questionário de autopreenchimento.

Trata-se de um instrumento de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para permitir detetar diferentes níveis de consumo de álcool,

desde o consumo de baixo risco, a consumo de risco, nocivo e dependência de álcool, de forma rápida e simplificada (Babor *et al.*, 2001).

A versão portuguesa do AUDIT foi validada por Cunha (2002) e, à semelhança da versão original, é composta por 10 questões. Dessas 10 questões, 3 são sobre o uso de álcool; 3 sobre a dependência do álcool e 4 sobre problemas decorrentes do seu consumo, relacionadas a mudanças no comportamento nos últimos 12 meses. Os itens são avaliados numa escala tipo Likert de 4 pontos, em que: 0 = nunca; 1 = uma vez por mês ou menos; 2 = 2 a 4 vezes por mês; 3 = 2 a 3 vezes por semana; 4 = 4 ou mais vezes por semanas.

A pontuação total varia entre 0 e 40 pontos, e, de acordo com os critérios definidos por Babor *et al.* (2001), em função dos resultados obtidos no AUDIT, consideram-se quatro categorias principais de consumo de álcool:

- *Consumo de baixo risco*: Pontuações no AUDIT <7; caracteriza-se por um nível de risco baixo com o álcool;
- *Consumo de risco*: Pontuações no AUDIT entre 8 e 15 pontos; identificam risco baixo a moderado no consumo de álcool;
- *Consumo nocivo*: Pontuações no AUDIT entre 16 e 19; identificam risco moderado de consumo de álcool.
- *Provável dependência*: Pontuações no AUDIT entre 20 e 40 pontos; identificam risco alto no consumo de álcool.

O instrumento tem demonstrado possuir uma adequada consistência interna, com os valores de alfa de Cronbach para a escala global na versão portuguesa de $\alpha=0,83$, para a subescala de consumo de álcool (itens 1-3), $\alpha=0,86$; para o comportamento relacionado com o consumo de álcool (itens 4-6), $\alpha=0,55$; para as reações psicológicas adversas (itens 7-8), $\alpha=0,67$ e, por fim, para os problemas relacionados com o consumo de álcool (itens 9-10), $\alpha=0,18$.

c) Avaliação da presença e gravidade de alexitimia:

Toronto Alexithymia Scale – TAS 20 (Bagby *et al.*, 1994; adaptado para a população portuguesa por Veríssimo, 2001)

TAS-20 é um instrumento de autoavaliação utilizado para medir a alexitimia. Composto por 20 questões, solicita ao sujeito que assinale, para cada item, o seu grau de concordância numa escala tipo Likert de 5 pontos, que variam entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). A última versão desta escala, a Escala de

Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20), resulta de um trabalho continuado por parte dos seus autores para melhorar as propriedades psicométricas da escala, representando uma melhoria significativa face às versões anteriores TAS e TAS-R (Bagby *et al.*, 1994a, 1994b; Taylor, 1994; Taylor *et al.*, 1997).

As questões encontram-se distribuídas por 3 domínios representativos das características essenciais do construto de alexitimia, sendo eles: DIS -Dificuldade em identificar sentimentos; DDS - Dificuldade em descrever sentimentos; e POE - Pensamento orientado externamente. Para a “dificuldade em identificar sentimentos (DIS)”, contribuem as questões 1, 3, 6, 7, 9, 13 e 14; para a “dificuldade em identificar sentimentos” (DDS) os itens 2, 4, 11, 12 e 17 e para a dimensão “pensamento orientado externamente” (POE) os itens 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 e 20.

O resultado total deste instrumento é o somatório dos valores atribuídos a cada item, sendo os itens 4, 5, 10, 18 e 19 de cotação inversa. O resultado para cada subescala obtém-se somando os valores atribuídos a cada item da respetiva subescala.

Desta forma, para pontuações totais inferiores ou iguais a 51 é identificado como *não alexitímico*; para pontuações compreendidas entre 52 e 60 *pontuação indeterminada*; e para pontuações iguais ou superiores a 61 como *alexitímico*.

Os resultados do alpha de Cronbach para a população portuguesa, aferida por Praceres *et al* (2000) são de $\alpha = 0,79$ e, segundo Veríssimo (2001), superiores a 0,70, com variações entre $\alpha = 0,60$ e $\alpha = 0,83$ para cada fator, pelo que apresenta uma boa consistência interna (Veríssimo, 2001).

Para este estudo utilizou-se a versão portuguesa traduzida e adaptada por Ramiro Veríssimo (2001).

d) Avaliação das estratégias de *coping*:

Brief-COPE (Carver & Scheier, 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Brief-COPE: É uma escala desenvolvida para avaliar estilos e estratégias de *coping*, constituindo a versão reduzida do questionário COPE desenvolvido por Carver & Scheier (1989), com base nos modelos de *coping* de Lazarus & Folkman (1984) e de autorregulação comportamental de Carver & Scheier (1981), (1983), (1985); Scheier & Carver 1986, *cit.* por Carver & Scheier (1989), respetivamente.

É um instrumento que mensura as estratégias de *coping* utilizadas em catorze domínios: *coping* ativo; *planificação*, *apoio social instrumental*, *apoio social emocional*, *apoio na religião*, *reinterpretação positiva*, *autoculpabilização*, *aceitação*, *expressão de emoções*, *negação*, *desinvestimento mental*, *desinvestimento comportamental*, *uso de álcool ou drogas e humor*, sendo, no total, composto por 28 itens, distribuídos por 14 subescalas.

Os 28 itens estão formulados sob a forma de ações que os indivíduos realizam perante situações de stresse/dificuldade, sendo as respostas dadas numa escala nominal com quatro alternativas: “nunca faço isto”, “faço isto por vezes”, “em média é isto que faço” e “faço quase sempre isto”. O resultado final do instrumento é apresentado sob a forma de perfil das várias estratégias utilizadas, não existindo um somatório total.

Contudo, é possível agrupar as várias dimensões que compõem o *Brief-COPE* em três tipos principais de mecanismos de *coping*, de modo a compreender que estratégias estão na base das respostas cognitivas e/ou comportamentais que os indivíduos utilizaram para gerir o stresse.

Desta forma, partindo dos estudos desenvolvidos por Dias *et al.* (2009, 2012), procedeu-se a um agrupamento dos itens que compõem o instrumento de avaliação pelos três tipos de mecanismos de *coping*, designadamente: *coping* focado na emoção, *coping* focado no problema e o *coping* de evitamento. Posto isto, segue-se uma breve descrição de cada um dos tipos de *coping*, assim como a indicação dos itens do *Brief-COPE* que compõem cada estilo.

Coping focado no problema: É constituído pelos itens 2, 7, 10, 12, 14, 17, 23 e 25, das subescalas *coping* ativo, planeamento, uso de suporte instrumental e reinterpretação positiva do *Brief-COPE*. Uma pontuação alta neste mecanismo de *coping* indica a utilização de estratégias de *coping* que visam mudar a situação stressante. Pontuações altas são indicativas de força psicológica, coragem, e capacidade de resolução de problemas, sendo preditiva de resultados positivos.

Coping focado na Emoção: Composto pelos itens 5, 9, 13, 15, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 27 e 28, das subescalas uso de suporte emocional, religião, autoculpabilização, aceitação, expressão de sentimentos e humor. Pontuações altas indicam estratégias de *coping* que visam regular as emoções associadas à situação stressante. Pontuações altas ou baixas não são preditoras de melhor ou pior saúde psicológica ou de problemas de saúde, mas permitem inferir se o indivíduo utilizou, perante uma situação stressante, uma estratégia adaptativa ou não.

Coping de evitamento: Constituído pelos itens 1, 3, 4, 6, 8, 11, 16 e 19, integra as dimensões autodistração, negação, uso de substâncias e desinvestimento comportamental. Pontuações altas indicam utilização de esforços físicos ou cognitivos para gerir a situação stressante indicativas de estilo de *coping* desadaptativo.

Os resultados do alfa de Cronbach para a população portuguesa, para cada uma das dimensões, são: $\alpha = 0,65$ no *coping* ativo; $\alpha = 0,70$ no planeamento; $\alpha = 0,81$ no suporte instrumental; $\alpha = 0,79$ no suporte emocional; $\alpha = 0,80$ na religião; $\alpha = 0,74$ na reinterpretação positiva; $\alpha = 0,62$ na autoculpabilização; $\alpha = 0,55$ na aceitação; $\alpha = 0,84$ na expressão de sentimentos; $\alpha = 0,72$ na negação; $\alpha = 0,67$ na autodistração; $\alpha = 0,78$ no desinvestimento comportamental; $\alpha = 0,81$ no uso de substâncias e, por fim, $\alpha = 0,83$ no humor. Somente a escala de aceitação apresenta valores de α inferiores a 0,60, pelo que se pode inferir que, globalmente, a escala apresenta uma boa consistência interna.

e) Avaliação da satisfação com a vida:

Satisfaction With Life Scale – SWLS (Diener *et al.*, 1985; versão portuguesa de Simões *et al.*, 1992 e versão para estudantes universitários de Reppold *et al.*, 2019):

SWLS é uma escala desenvolvida para avaliar o nível de entusiasmo/prazer ou descontentamento/sofrimento que o indivíduo tem ou sente ao pensar sobre o seu modo de viver. A versão traduzida para português por Simões *et al.* (1992) é uma versão reduzida do questionário original desenvolvido por Diener *et al.* (1985) composta por 5 questões, cotadas numa escala de 1 a 5, determinando uma pontuação total entre 0 e 25 pontos.

A escala é de fácil e rápida aplicação, podendo ser ministrado sob a forma de questionário de autopreenchimento, tendo sido validada por Reppold *et al.* (2019) para utilização com estudantes universitários.

Os resultados do alfa de Cronbach para a população portuguesa na versão de Simões *et al.* (1992) e de Almeida *et al.* (2019) foram de $\alpha=0,77$, refletindo-se numa boa consistência interna.

f) Avaliação de sintomas e estados psicopatológicos:

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (versão portuguesa de Canavarro, 1999) do *Brief Symptom Inventory* - BSI (Derogatis, 1982):

BSI é um questionário desenvolvido para medir a presença de sintomas psicopatológicos e perturbação emocional, de fácil e rápida aplicação, podendo ser ministrado sob a forma de escala de autopreenchimento. Será utilizada a versão portuguesa, traduzida e adaptada por Canavarro (1999), do questionário original desenvolvido por Derogatis (1982).

Instrumento de autorrelato, validado para indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos, é composta por 53 itens, distribuídos por 9 domínios: *somatização* (7 itens), *sensibilidade interpessoal* (4 itens), *ansiedade* (6 itens), *obsessões e compulsões* (6 itens), *depressão* (6 itens), *hostilidade* (5 itens), *ansiedade fóbica* (5 itens), *ideação paranóide* (5 itens) e *psicoticismo* (5 itens). O instrumento avalia, ainda, três índices globais que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional: *Índice global de sintomas* (IGS), que mensura a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados; *Índice de sintomas positivos* (ISP), que indica a intensidade da sintomatologia; e *Total de sintomas positivos* (TSP), que indica o número de queixas sintomáticas. As dimensões assinaladas não correspondem a diagnósticos psiquiátricos, mas a sintomas psicopatológicos (Canavarro, 2007).

Os itens são avaliados de acordo com uma escala de tipo Likert de 4 pontos, de 0 (nunca) a 4 (muitíssimas vezes), através da qual os indivíduos devem classificar o grau com que cada problema o afetou na última semana. Deste modo, quanto maior for o resultado, maior será o grau de afetação do indivíduo.

Em cada dimensão os resultados são obtidos pela soma das respostas obtidas em cada item, dividida pelo número de questões que pertencem à dimensão.

Em relação ao *índice geral de sintomas*, a pontuação é obtida pelo somatório dos resultados de todos os itens, a dividir pelo número total de itens. Quanto ao *total de sintomas positivos*, a pontuação é obtida pelo somatório das respostas positivas e, no *índice de sintomas positivos*, a pontuação é obtida pela divisão do somatório de todos os itens pelo total de sintomas positivos.

O *índice de sintomas positivos* (ISP) permite definir um ponto de corte pelo que pontuações $ISP \geq 1,7$ pontos indicam a existência de perturbação emocional, e $ISP < 1,7$ pontos indicam ausência de perturbação emocional.

Os resultados do alfa de Cronbach para a população portuguesa, nas subescalas, situam-se entre $\alpha = 0,62$ e $\alpha = 0,80$, apresentando uma boa consistência interna.

2.5. Análise estatística dos dados

Para análise dos dados recolhidos procedeu-se a diversos métodos de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) e inferencial, dos quais se destaca:

a) *Teste t de Student* na comparação de diferenças entre duas médias quando n_1 e $n_2 \geq 25$ ou $N \geq 25$, de forma a assegurar o poder-eficiência do teste sem necessidade de se sustentar condições gerais de normalidade e homocedasticidade (Siegel, 2006).

b) Teste de qui-quadrado para determinação da significância da diferença entre grupos independentes, quando os dados das variáveis (categoriais) são expressos em frequências (Marôco, 2014). Nas situações em que o cálculo das frequências esperadas revelou mais de 20% de células com valores < 5 , procedeu-se ao agrupamento de categorias adjacentes.

c) Teste H de *Kruskal-Wallis* para comparação de três ou mais grupos independentes. A seleção da prova não-paramétrica foi efetuada por não requerer a admissão de condições quanto à distribuição da variável de interesse na população (Siegel, 2006; Kitchen, 2009), facto a considerar tendo em conta os diferentes tamanhos das subamostras em estudo, algumas com $n < 20$.

d) Regressão Logística Multinomial (RLM) para identificação das variáveis preditoras explicativas mais significativas do uso de álcool na amostra inquirida. Para esse fim procedeu-se à análise prévia das correlações entre as variáveis independentes demarcando-se as que não cumpriam pressuposto de ausência de multicolinearidade. Atendendo ao número de variáveis independentes quantitativas, consideraram-se válidos os modelos que na avaliação entre os valores observados e os valores preditos apresentavam no Teste de Razão de Verossimilhança (*likelihood ratio test*) χ^2 com $p < 0,10$, sugestivo de que o modelo ajustado melhorava significativamente a previsão da variável dependente.

De salientar que, para efeito de tratamento dos dados, os inquiridos com pontuação no AUDIT ≥ 16 foram englobados numa categoria única, de “consumo nocivo”.

O nível de significância estatístico admitido foi de $p < 0,05$ e todas as provas foram analisadas para áreas de rejeição bilaterais (two-tailed).

Para o processamento dos dados recorreu-se ao programa de análise estatística IBM SPSS Statistics 29.

Terceira parte – Resultados

3.1. Caraterísticas sociodemográficas da amostra

3.1.1. Caraterísticas sociodemográficas e Consumo de álcool (AUDIT)

3.1.2. Alexitimia (TAS-20) e Consumo de álcool (AUDIT)

3.1.3. Estratégias de *coping* (*Brief-COPE*) e Consumo de álcool (AUDIT)

3.1.4. Consumo de álcool (AUDIT), Sintomas psicopatológicos (BSI), Satisfação com a vida (SWLS) e Consumo de álcool (AUDIT)

3.2. Variáveis preditivas do consumo de bebidas alcoólicas

3.2.1. Caraterísticas sociodemográficas

3.2.2. Alexitimia (TAS-20)

3.2.3. Estratégias de *coping* (*Brief-COPE*)

3.2.4. Sintomas psicopatológicos (BSI)

Discussão

Sendo objetivo deste estudo investigar fatores comportamentais, afetivos e psicopatológicos que possam estar associados ao consumo excessivo de álcool e compreender em que medida esses fatores determinam o consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes do ensino superior, procedeu-se, em primeiro lugar, à análise das características da amostra global e em função do género dos participantes, tanto em relação às suas características sociodemográficas como à distribuição das variáveis em estudo (consumo de álcool, alexitimia, estratégias de *coping*, sintomas psicopatológicos, nível de satisfação com a vida).

Num segundo momento, procedeu-se à divisão da amostra em estudo em três grupos, de acordo com o nível de consumo de álcool avaliado pelo AUDIT (consumo de baixo risco, consumo de risco e consumo nocivo), e à análise inferencial das relações entre o consumo de álcool e as variáveis de interesse, para o estudo de potenciais associações com o maior ou menor consumo de álcool.

Por último, apresentam-se os resultados da análise de regressão logística multinominal com o objetivo de se compreender quais os fatores que influenciam pertencer às diferentes categorias de consumo de álcool.

3.1. Características sociodemográficas da amostra

Na tabela 1 descrevem-se as principais características gerais da amostra estudada. Esta inclui 390 estudantes do ensino superior, sendo 100 do género masculino (25,6%) e 290 do género feminino (74,4%).

Com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos, a média de idades da amostra foi de 20,2 anos ($DP = 2,786$), sendo os estudantes masculinos ligeiramente mais velhos do que as estudantes femininas ($20,5 \text{ anos} \pm 2,855$ vs $20,12 \pm 2,759$), não sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t=1,217$; $gl=388$; ns).

No que respeita ao ciclo de estudos, aproximadamente quatro quintos dos estudantes (79,5%) frequentam uma licenciatura, seguindo-se os restantes por mestrados integrados (9%), mestrados e pós-graduações (9%) e cursos técnico superiores profissionais (CTesP) (2,6%). Relativamente à distribuição por géneros, ao nível da licenciatura 81% são do género feminino (vs 75% do género masculino), ao passo que nos cursos técnico superiores profissionais (CTesP) estes são maioritariamente frequentados pelo género masculino (5% vs 1,7% para o género

feminino), sendo a diferença na repartição do género dos inquiridos pelos ciclos de estudo estatisticamente significativa ($\chi^2 = 8,563$; gl = 3, $p < 0,05$).

Quanto à frequência nas tradições académicas, 12,3% dos estudantes referem participar em atividades nesse âmbito, não havendo diferenças estatisticamente significativas na distribuição por género ($\chi^2 = 0,213$; gl = 1; ns).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Características	Masculino (n=100)	Feminino (n= 290)	Total (n= 390)	Teste estatístico
Idade: M (DP)	20,5 (2.855)	20,12(2,759)	20,2(2,786)	$t = 1,217$ N.S.
Ciclo de estudos: N (%)				
Curso Téc. Sup. Prof. (CTesP)	5 (5,0)	5 (1,7)	10 (2,6)	
Licenciatura	75 (75,0)	235 (81,0)	310 (79,5)	
Mestrado Integrado	14 (14,0)	21 (7,2)	35 (9,0)	$\chi^2=8,563$ $P < 0,05$
Mestrado/Pós-graduação	6 (6,0)	29 (10,0)	35 (9,0)	
Fre. Tradições académicas^a:				
N(%)				
Sim	11 (11,0)	37 (12,8)	48 (12,3)	
Não	89 (89,0)	253 (87,2)	342 (87,7)	$\chi^2=0,213$ N.S.
Residência^b N (%)				
Residência habitual ^c	58 (58,0)	156 (53,8)	214 (54,9)	$\chi^2=0,531$
Fora da residência habitual	42 (42,0)	134 (46,2)	176 (45,1)	N.S.

$t = t$ de Student; $\chi^2 =$ Teste de qui-quadrado

^a Tradições académicas = conjunto de costumes estudantis, como a praxe, tuna académica, grupo de fados, coro universitário, associação de estudantes, grupos de teatro, entre outros.

^b Residência durante o período escolar.

^c Residência habitual (ou domicílio habitual) = local onde têm permanência regular, correspondendo geralmente à residência familiar.

No que respeita à residência, a maioria dos estudantes (54,9%) reside no domicílio habitual, havendo 45,1% de deslocados para fora desta. Quanto ao género, 58 % dos estudantes masculinos e 53,8% dos femininos referem permanecer na sua residência habitual, enquanto 42% dos homens e 46,2% das mulheres vivem fora da mesma, não se evidenciando diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($\chi^2 = 0,531$, gl = 1; ns).

Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas (excluindo-se o uso de álcool), por referência aos 12 meses anteriores à participação no estudo, 79,5% do conjunto da amostra declara não consumir substâncias psicoativas, com 13,6% a mencionar consumos de canábis e derivados, 3,6% de ansiolíticos e 3,3% de outras substâncias, como ecstasy, MD, cocaína, heroína, entre outras (tabela 2). Apesar de 81,7% dos inquiridos do género feminino e 73% do género masculino negarem o consumo de substâncias psicoativas é pertinente referir que o consumo de canábis e derivados foi a substância mais consumida, mencionada por 11,7% das mulheres e 19% dos homens (13,6% do total da amostra), embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas ($\chi^2 = 4,860$; gl = 3; ns).

Tabela 2. Consumo de substâncias psicoativas (não inclui álcool)

Características	Masculino (n=100)	Feminino (n= 290)	Total (n= 390)	Teste estatístico
Cons. subst. psicoativas: N				
(%)				
Não	75 (73,0)	237 (81,7)	310 (79,5)	
Ansiolíticos ^d	3 (3,0)	11 (3,8)	14 (3,6)	
Canábis e derivados ^e	19 (19,0)	34 (11,7)	53 (13,6)	$\chi^2 = 4,860$
Outras substâncias ^f	5 (5,0)	8 (2,8)	13 (3,3)	N.S.

N: nº de estudantes; N.S: não significativo.

^d Não discrimina consumo sem ou com prescrição médica.

^e Pode incluir consumo associado de ansiolíticos.

^f Inclui MDMA, heroína, cocaína, haxixe e cogumelo alucinógeno

3.1.1 Características sociodemográficas e consumo de álcool (AUDIT)

Quanto à distribuição do género dos inquiridos e consumo de álcool, a maioria dos estudantes obtiveram pontuações no AUDIT inferiores a 7, respetivamente 74% dos homens e 85,9% das mulheres, o que indica consumo de álcool de baixo risco

(tabela 3). Porém, 24,0% dos homens e 12,8% das mulheres relataram consumo de risco enquanto 2% dos homens e 1,4% das mulheres pontuaram para consumo nocivo, sendo de referir 2 casos entre as estudantes com pontuação no AUDIT acima de 20, sugerindo provável dependência de álcool.

Face a estes resultados observa-se entre os dois géneros uma diferença estatisticamente significativa com mais inquiridos da amostra masculina a apresentarem consumos de risco e consumo nocivo ($\chi^2 = 7,457$; gl = 2 para $p < 0,05$).

Relativamente à idade, a média maior de idades, 20,43, correspondeu ao consumo de baixo risco (DP = 2,863), sendo a média de idades inferior para o consumo de risco (M = 19,18; DP = 2,125) e para o consumo nocivo de álcool (M = 19,17, DP = 2,041), o que nos permite constatar que quanto mais novos são os inquiridos, maior é o risco para o consumo de álcool, sendo a diferença estatisticamente significativa (H = 12,620; gl = 2).

No mesmo sentido, também se observa que são os estudantes da licenciatura que apresentam os consumos de álcool de maior risco, correspondendo 80% destes ao consumo de baixo risco, 18,4% ao consumo de risco e 1,6% ao consumo nocivo, em comparação com os ciclos de estudos mestrado integrado (88,6% consumo de baixo risco, 8,6% consumo de risco e 2,9% consumo nocivo), mestrado/pós graduação (97,1% consumo de baixo risco e 2,9% consumo de risco) e CTesP (100% consumo de baixo risco), onde se constata que à medida que o grau académico aumenta, menor é o risco do consumo de álcool, sendo a diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 6,419$; $p < 0,05$). Salienta-se o facto deste resultado estar em sintonia com a idade, na medida em que os resultados demonstram que são os alunos mais novos e os que se encontram a frequentar a licenciatura, o primeiro grau do ciclo de estudos, os que apresentam maiores consumos de álcool.

Por sua vez, embora se observe uma tendência para o consumo ser de maior risco nos estudantes que não participam nas tradições académicas, com 70,8% a declararem consumos de baixo risco, 27,1 % consumo de risco e 2,1% consumo nocivo, em comparação com os que não frequentam, esta relação não é estatisticamente significativamente ($\chi^2 = 5,637$; gl = 2; n.s.),

Por fim, observa-se que os estudantes cuja residência durante o período escolar é fora da residência habitual apresentam um consumo de álcool de maior risco em comparação com os inquiridos que coabitam com os familiares, com 77,3% a declararem consumos de baixo risco para 87,4% dos que coabitam com os familiares,

20,5% consumos de risco para 11,7% e 2,3% para 0,9% para consumos nocivos, sendo a diferença encontrada estatisticamente significativa ($\chi^2=7,067$; gl = 2; $p<0,05$).

Tabela 3. Consumo de álcool (AUDIT). Homens e Mulheres

Características	Baixo Risco (n=323)	Cons. de risco (n= 61)	Cons. nocivo (n= 6)'	Teste estatístico
Género				
Masculino	74 (74,0)	24 (24,0)	2 (2,0)	$\chi^2=7,353$; gl=2 p<0,01
Feminino	249 (85,9)	37 (12,8)	4 (1,4)	
Idade: M (DP)	20,43(2.863)	19,18(2,125)	19,17(2,041)	H= 12,620; gl=2 p<0,05
Ciclo de estudos: N (%)				
Curso Téc. Sup. Prof. (CTesP)	10 (100,0)	-	-	$\chi^2=6,419$; gl=2 p<0,05
Licenciatura	248 (80,0)	57 (18,4)	5 (1,6)	
Mestrado Integrado	31 (88,6)	3 (8,6)	1 (2,9)	
Mestrado/Pós-graduação	34 (97,1)	1 (2,9)	-	
Fre. Tradições académicos: N (%)				
Sim	34 (84,5)	13 (14,0)	1 (1,5)	$\chi^2=5,637$; gl=2 N.S
Não	289 (70,8)	48 (27,1)	5 (2,1)	
Residência^b N (%)				
Residência habitual ^c	187 (87,4)	25 (11,7)	2 (0,9)	$\chi^2=7,067$; gl=2 p<0,05
Fora da residência habitual	136 (77,3)	36 (20,5)	4 (2,3)	

H = Teste H de Kruskal-Wallis; χ^2 = Teste de qui-quadrado; gl= graus de liberdade.

' Inclui 2 casos (género fem.) com pontuação (AUDIT) > 20 ("provável dependência").

^b Residência durante o período escolar; ^c Residência habitual (ou domicílio habitual) = local onde tem permanência regular, correspondendo geralmente à residência familiar

Considerando a relação entre o consumo de álcool e o grupo masculino é possível observar, relativamente à idade, que a média de idades é mais elevada nos estudantes com consumo de baixo risco (M = 20,96; DP =2,985), correspondendo 20,50% aos estudantes homens com consumo nocivo, sendo esta relação

estatisticamente significativa ($H=7,842$; $p<0,05$) (tabela 4). No entanto, em função do ciclo de estudos, não se observa uma relação significativa com o consumo de álcool ($\chi^2=3,576$; $gl = 2$; N.S.), embora sejam os elementos da licenciatura que apresentam maioritariamente consumo de risco.

Tabela 4. Consumo de álcool (AUDIT). Homens

Características	Baixo Risco (n=74)	Cons. de risco (n= 24)	Cons. nocivo (n= 2)	Teste estatístico
Idade: M (DP)	20,96(2.985)	19,13(1,895)	20,50(3,536)	H= 7,842; gl=2 p<0,05
Ciclo de estudos: N (%)				
Curso Téc. Sup. Prof. (CTesP)	5 (100,0)	-	-	$\chi^2=3,576$; gl=2 N.S.
Licenciatura	52 (69,3)	22 (29,3)	1 (1,3)	
Mestrado Integrado	11 (78,6)	2 (14,3)	1 (7,1)	
Mestrado/Pós-graduação	6 (100,0)	-	-	
Freq. Tradições académicas: N (%)				
Sim	4 (36,4)	6 (54,5)	1 (9,1)	$\chi^2=9,099$; gl=1 p<0,01
Não	70 (78,7)	18 (20,2)	1 (1,1)	
Residência^b N (%)				
Residência habitual ^c	45 (77,6)	13 (22,4)	-	$\chi^2=0,923$ gl=1
Fora da residência habitual	29 (69,0)	11 (26,2)	2 (4,8)	N.S.

H = Teste H de Kruskal-Wallis; χ^2 = Teste de qui-quadrado; gl = graus de liberdade.

^b Residência durante o período escolar.

^c Residência habitual (ou domicílio habitual) = local onde tem permanência regular, correspondendo geralmente à residência familiar

Ao contrário do que se observa para a amostra total, nos estudantes homens existe uma associação significativa entre o consumo de álcool e a frequência de tradições académicas ($\chi^2=9,099$; $gl = 1$; $p<0,01$), com os inquiridos que frequentam tradições a manifestarem maiores consumo em todas as categorias (tabela 4). Todavia, apesar de existir uma tendência para os estudantes homens que residem fora da

residência habitual apresentem maior risco de consumo de álcool, a diferença não é estatisticamente significativa ($\chi^2=0,923$; gl = 1; N.S.).

Na tabela 5, para o grupo de estudantes mulheres, também é possível observar que, quanto mais novas são as estudantes, maior é o consumo de risco, uma vez que se constata que a média de idades diminui à medida que aumenta o consumo de risco de álcool, sendo esta relação estatisticamente significativa ($H=7,137$; gl= 2; $p<0,05$).

Tabela 5. Consumo de álcool (AUDIT). Mulheres

Características	Baixo Risco (n=249)	Cons. de risco (n= 37)	Cons. nocivo (n= 4)'	Teste estatístico
Idade: M (DP)	20,28(2,813)	19,22(2,287)	18,50(1,000)	H= 7,137; gl=2 p<0,05
Ciclo de estudos: N (%)				
Curso Téc. Sup. Prof. (CTesP)	5 (100,0)	-	-	
Licenciatura	196 (83,4)	35 (14,9)	4 (1,7)	$\chi^2=5,189$; gl=2
Mestrado Integrado	20 (95,2)	1 (4,8)	-	N.S.
Mestrado/Pós-graduação	28 (96,6)	1 (3,4)	-	
Freq. Tradições académicas: N (%)				
Sim	30 (81,1)	7 (18,9)	-	$\chi^2 = 0,798$; gl=1
Não	219 (86,6)	30 (11,9)	4 (1,6)	N.S
Residência^b N (%)				
Residência habitual ^c	142 (91,0)	12 (7,7)	2 (1,3)	$\chi^2=7,415$; gl=1
Fora da residência habitual	107 (79,9)	25 (18,7)	2 (1,5)	p<0,01

H = Teste H de Kruskal-Wallis; χ^2 = Teste de qui-quadrado; gl= graus de liberdade.

' Inclui 2 casos (género fem.) com pontuação (AUDIT) > 2 ("provável dependência").

^b Residência durante o período escolar.

^c Residência habitual (ou domicílio habitual) = local onde tem permanência regular, correspondendo geralmente à residência familiar

No que se refere à residência, as inquiridas que moram fora da sua residência habitual são igualmente as que apresentam maior consumo de álcool, observando-se uma maior percentagem de estudantes com consumo de risco e consumo nocivo de álcool (18,7% e 1,5%, respetivamente) em comparação com as que residem com os familiares (7,7% e 1,3%, respetivamente), sendo esta relação estatisticamente significativa ($\chi^2=7,415$; gl=1; $p<0,01$),

Para as estudantes, não se detetaram diferenças estatisticamente significativas no consumo de álcool em função do ciclo de estudos e frequência de tradições académicas, o que parece sugerir que o consumo de álcool nas estudantes mulheres não está relacionado com o ciclo de estudos, nem com a participação em tradições académicas.

Na tabela 6, ao relacionar o consumo de álcool com o consumo de outras substâncias psicoativas verifica-se que, na amostra total, os estudantes que não consomem substâncias psicoativas são os que apresentam maioritariamente hábitos de consumo de álcool de baixo risco ($n=273$; 88,1%), constituindo a ausência de consumo de álcool com outras substâncias psicoativas provável fator de proteção contra o consumo excessivo de álcool.

Por sua vez, observa-se que o risco para o consumo de álcool aumenta na presença do consumo de outras substâncias psicoativas. A maior frequência corresponde aos estudantes que consomem álcool com canábis e derivados, com 64,2% dos inquiridos a relatarem consumo de baixo risco, 30,2% consumo de risco e 5,7% consumo nocivo. Outras substâncias também estão associadas ao consumo de álcool, com 38,5% a relatar consumo de baixo risco, 46,2% consumos de risco e 15,4% consumo nocivo, existindo uma associação estatisticamente significativa entre estas variáveis ($\chi^2=37,131$; gl= 3; $p<0,001$).

Essa associação também é encontrada em função dos géneros, com uma relação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool e o consumo de outras substâncias, tanto entre as estudantes ($\chi^2= 9,571$; gl = 3; $p< 0,05$) como entre os estudantes ($\chi^2= 31,740$, gl= 3; $p<0.001$). O consumo de canábis e derivados, e de outras substâncias, foram os que apresentaram maior impacto para o risco de consumo de álcool. Por sua vez, o consumo de ansiolíticos apenas demonstra uma associação com o álcool nas estudantes, correspondendo 72,7% ao consumo de baixo risco, 18,2% ao consumo de risco e 9,1% ao

consumo nocivo, enquanto entre os estudantes que referiram usar ansiolíticos todos apresentam consumo de álcool de baixo risco (100%).

Tabela 6. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com o consumo de outras substâncias psicoativas.

<i>Cons. subst. psicoativas: N (%)</i>	Baixo Risco	Cons. de risco	Cons. nocivo	Teste estatístico
Homens e Mulheres	(n=323)	(n= 61)	(n= 6)'	
Não	273(88,1)	37 (11,9)	-	$\chi^2=37.131$; gl=3 p<0,001.
Ansiolíticos ^d	11 (78,6)	2 (14,3)	11 (7,1)	
Canábis e derivados ^e	34 (64,2)	16 (30,2)	3 (5,7)	
Outras substâncias ^f	5 (38,5)	6 (46,2)	2 (15,4)	
Homens	(n=74)	(n= 24)	(n= 2)	
Não	57 (78,1)	16 (21,9)	-	$\chi^2=9.571$; gl=3 p<0,05
Ansiolíticos ^d	3 (100,0)	-	-	
Canábis e derivados ^e	13 (68,4)	6 (31,6)	-	
Outras substâncias ^f	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)	
Mulheres	(n=249)	(n= 37)	(n= 4)'	
Não	216(91,1)	21 (8,9)	-	$\chi^2=31.740$; gl=3 p<0,001
Ansiolíticos ^d	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)	
Canábis e derivados ^e	21 (61,8)	10 (29,4)	3 (8,8)	
Outras substâncias ^f	4 (50,0)	4 (50,0)	-	

H = Teste H de Kruskal-Wallis; χ^2 = Teste de qui-quadrado; gl= graus de liberdade.

^d Não discrimina consumo sem ou com prescrição médica.

^e Pode incluir consumo associado de ansiolíticos.

^f Inclui MDMA, heroína, cocaína, haxixe e cogumelo alucinógeno

Considerando o período pandêmico (tabela 7), na amostra total, 167 (91,8%) dos estudantes que referiram que mantiveram igual o consumo de álcool pertencem ao grupo de consumo de baixo risco, enquanto apenas 15 (8,2%) se inscrevem no grupo de consumo de risco e nenhum no grupo de consumo nocivo. Uma distribuição semelhante verifica-se para os que assinalaram que diminuiu/diminui muito, com 137 (79,7%) no grupo de consumo de baixo risco, 31 (18,0%) no grupo de consumo de risco

e 4 (2,3%) no consumo nocivo. Distribuição diferente verifica-se para os que assinalaram que aumentou/aumentou muito, com 19 (52,8%) no grupo de consumo de baixo risco, 15 (41,7%) com consumo de risco e 2 (5,6%) com consumo nocivo. Face ao exposto, apesar da diminuição global do consumo de álcool, enquanto os inquiridos com consumo de baixo risco mantiveram ou diminuíram o consumo em maior número, os inquiridos que declararam aumento dos consumos durante o confinamento obrigatório apresentaram maiores acréscimos nos consumos de risco e nocivo de álcool, sendo essa associação estatisticamente significativa ($\chi^2=34,269$; gl = 2; $p<0,001$).

Tabela 7. Consumo de álcool (AUDIT). Perceção de alteração do consumo durante o período pandémico.

<i>Consumo durante a pandemia: N (%)</i>	Baixo Risco	Cons. de risco	Cons. nocivo	Teste estatístico
Homens e Mulheres	(n=323)	(n= 61)	(n= 6)[*]	
Diminuiu muito / Diminui	137 (79,7)	31 (18,0)	4 (2,3)	$\chi^2=34,269$; gl=2 P<0,001
Manteve-se igual	167 (91,8)	15 (8,2)	-	
Aumentou / Aumentou muito	19 (52,8)	15 (41,7)	2 (5,6)	
Homens	(n=74)	(n= 24)	(n= 2)	
Diminuiu muito / Diminui	37 (67,3)	17 (30,9)	1 (1,8)	$\chi^2= 3.138$; gl=2 N.S.
Manteve-se igual	31 (83,8)	6 (16,2)	-	
Aumentou / Aumentou muito	6 (75,0)	1 (12,5)	1 (12,5)	
Mulheres	(n=249)	(n= 37)	(n= 4)[*]	
Diminuiu muito / Diminui	100 (85,5)	14 (12,0)	3 (2,6)	$\chi^2= 43.395$; gl=2 P<0,001
Manteve-se igual	136 (93,8)	9 (6,2)	-	
Aumentou / Aumentou muito	13 (46,4)	14 (50,0)	1 (3,6)	

H = Teste H de Kruskal-Wallis; χ^2 = Teste de qui-quadrado; gl= graus de liberdade.

^{*} Inclui 2 casos (género fem.) com pontuação (AUDIT) > 20 (“provável dependência”).

Relativamente ao género (tabela 7), a maioria das estudantes que declararam ter mantido o mesmo nível de consumo de álcool, durante o período pandémico, pertencem ao grupo de consumo de baixo risco (136 estudantes, 93,8%), com apenas 9 estudantes (6,2%) no grupo de consumo de risco e nenhuma no consumo nocivo. Quanto às que reportaram que diminuiu/diminui muito, 100 (85,5%) têm consumo de baixo risco, 14 (12,0%) consumo de risco e 3 (2,6%) consumo nocivo. Por sua vez, as que referiram

que aumentou/aumentou muito, 13 (46,4%) incluem-se no grupo de consumo de baixo risco, 14 (50,0%) no consumo de risco e 1 (3,1%) no consumo nocivo.

Considerando a análise destes dados pode-se sugerir a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino quanto ao consumo de álcool durante a pandemia ($\chi^2=43.395$; $gl=2$; $p<0,001$), com maior representação das estudantes que declararam aumento dos consumos de álcool nos grupos de abuso do consumo de álcool. Por oposição, não se observaram alterações no padrão de consumo de álcool durante o período de pandemia para os estudantes, não sendo estatisticamente significativa a associação entre estas variáveis ($\chi^2 = 3,138$; $gl = 2$; N.S).

3.1.2. Alexitimia (TAS-20) e Consumo de álcool (AUDIT)

Na tabela 8 apresentam-se os resultados da *Escala de Alexitimia de Toronto* (TAS-20). Dos 323 inquiridos com consumo de baixo risco de álcool, 139 (43%) correspondem a uma pontuação demonstrativa da presença de baixa alexitimia (pontuação ≤ 51), 109 (33,7%) a moderada alexitimia (pontuação entre 52 e 60) e 75 (23,2%) a elevada alexitimia (pontuação ≥ 61).

No que diz respeito ao consumo de risco de álcool, dos 61 inquiridos deste grupo, 25 (41%) apresentam baixa alexitimia, 14 (23%) moderada alexitimia e 22 (36,1%) elevada alexitimia.

Por último, relativamente aos 6 inquiridos com consumo nocivo de álcool, 3 (50%) expressaram baixa alexitimia, 1 (16,7%) moderada alexitimia e 2 (33,3%) elevada alexitimia. Apesar destas diferenças, elas não são estatisticamente significativas ($\chi^2=5,743$; $gl=2$; ns), não apoiando a hipótese de se verificarem diferentes níveis de alexitimia associados a maior ou menor consumo de álcool.

De igual modo, também não se constataram diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação nos três fatores em que se decompõe a escala de avaliação da alexitimia e o consumo de álcool, ou seja: DIS= “*dificuldade em identificar sentimentos*” ($H=3,615$; $gl=2$; ns); DDS= “*dificuldades em descrever sentimentos*” ($H=1,374$; $gl=2$; ns); POE= “*pensamento orientado externamente*” ($H=3,728$; $gl=2$; ns).

Tabela 8. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Alexitimia (TAS-20). Homens e Mulheres

Características	Baixo Risco (n=323)	Cons. de risco (n=61)	Cons. nocivo (n= 6)'	Teste estatístico
Alexitimia (TAS)				
Baixa alexitimia (≤ 51): N (%)	139 (43,0)	25 (41,0)	3 (50,0)	$\chi^2 = 5,743$; gl=2; N.S.
Moderada alexitimia (52-60): N (%)	109 (33,7)	14 (23,0)	1 (16,7)	
Elevada alexitimia (≥ 61): N (%)	75 (23,2)	22 (36,1)	2 (33,3)	
<i>Subescalas: M (DP)</i>				H= 3,615; gl=2;
DIS – Dif. identificar sentimentos	19,2 (6,846)	19,8 (7,142)	23,8 (5,565)	N.S.
DDS – Dif. Descrever sentimentos	14,0 (3,965)	14,4 (3,809)	16,0 (4,049)	H= 1,374; gl=2;
POE – Pensamento orientado exterior	18,4 (3,943)	18,7 (4,089)	15,0 (4,560)	N.S.
				H= 3,728; gl=2;
				N.S.

H = Teste H de Kruskal-Wallis; χ^2 = Teste de qui-quadrado; gl= graus de liberdade.

' Inclui 2 casos (gênero fem.) com pontuação (AUDIT) > 20 ("provável dependência").

Dos 74 inquiridos homens (tabela 9) com consumo de baixo risco de álcool, 38 (51,4%) correspondem a uma pontuação demonstrativa da presença de baixa alexitimia (pontuação ≤ 51), 26 (35,1%) a moderada alexitimia (pontuação entre 52 e 60) e 10 (13,5%) a elevada alexitimia (pontuação ≥ 61).

No que respeita ao consumo de risco de álcool, dos 24 inquiridos deste grupo, 12 (50%) apresentam baixa alexitimia, 8 (33,3%) moderada alexitimia e 4 (16,7%) elevada alexitimia.

Por último, relativamente aos 2 inquiridos com consumo nocivo de álcool, 2 (100%) expressaram baixa alexitimia. Apesar destas diferenças, elas não são estatisticamente significativas ($\chi^2=0,179$; gl=2; ns), não apoiando a hipótese de se verificarem diferentes níveis de alexitimia associados a maior ou menor consumo de álcool nos estudantes homens.

De igual modo, também não se constataram diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação nos três fatores em que se decompõe a escala de avaliação da alexitimia e o consumo de álcool, ou seja: DIS= "dificuldade em identificar sentimentos" (H=0,292; gl=2; ns); DDS= "dificuldades em descrever

sentimentos” ($H=0,244$; $gl=2$; ns); POE= “*pensamento orientado externamente*” ($H=5,441$; $gl=2$; ns). Assim, pode-se sugerir que nos estudantes homens a presença de dificuldade em reconhecer e descrever as emoções não está associada com o consumo de bebidas alcoólicas.

Tabela 9. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Alexitimia (TAS-20). Homens

Características	Baixo Risco (n=74)	Cons. de risco (n=24)	Cons. nocivo (n=2)	Teste estatístico
Alexitimia (TAS)				
Baixa alexitimia (≤ 51): N (%)	38 (51,4)	12 (50,0)	2 (100,0)	$\chi^2= 0,179$; $gl=2$, N.S.
Moderada alexitimia (52-60): N (%)	26 (35,1)	8 (33,3)	-	
Elevada alexitimia (≥ 61): N (%)	10 (13,5)	4 (16,7)	-	
Subescalas: M (DP)				H= 0,292; $gl=2$, N.S.
DIS – Dif. identificar sentimentos	17,8(6,075)	16,6 (6,729)	18,5 (4,949)	H= 0,244; $gl=2$, N.S.
DDS – Dif. Descrever sentimentos	14,1(3,800)	13,8 (3,207)	14,0 (4,243)	
POE – Pensamento orientado exterior	18,3(4,531)	19,0 (3,912)	10,5 (0,707)	
				H= 5,441; $gl=2$, N.S.

H = Teste H de Kruskal-Wallis; χ^2 = Teste de qui-quadrado; gl = graus de liberdade.

Por sua vez, das 249 inquiridas mulheres (tabela 10) com consumo de baixo risco de álcool, 101 (40,6%) correspondem a uma pontuação demonstrativa da presença de baixa alexitimia (pontuação ≤ 51), 83 (33,3%) a moderada alexitimia (pontuação entre 52 e 60) e 65 (26,1%) a elevada alexitimia (pontuação ≥ 61) (tabela 10).

No que diz respeito ao consumo de risco de álcool, das 37 inquiridas deste grupo, 13 (35,1%) apresentam baixa alexitimia, 6 (18,2%) moderada alexitimia e 18 (48,6%) elevada alexitimia.

Por último, relativamente às 4 inquiridas com consumo nocivo de álcool, 1 (25%) expressou baixa alexitimia, 1 (25%) moderada alexitimia e 2 (50%) elevada alexitimia, apoiando a hipótese de que maiores níveis de alexitimia se associaram com maior consumo de álcool nas estudantes mulheres, sendo esta associação estatisticamente significativa ($\chi^2=9,540$; $gl=2$; $p<0,01$).

Tabela 10. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Alexitimia (TAS-20). Mulheres

Características	Baixo Risco (n=249)	Cons. de risco (n=37)	Cons. nocivo (n= 4) ^a	Teste estatístico
Alexitimia (TAS)				
Baixa alexitimia (≤ 51): N (%)	101 (40,6)	13 (35,1)	1 (25,0)	
Moderada alexitimia (52-60): N (%)	83 (33,3)	6 (16,2)	1 (25,0)	$\chi^2 = 9,540$; gl=2
Elevada alexitimia (≥ 61): N (%)	65 (26,1)	18 (48,6)	2 (50,0)	p<0,01
Subescalas: M (DP)				
DIS – Dif. identificar sentimentos	19,6 (7,019)	21,8 (6,714)	26,5 (3,873)	H= 7,628; gl=2;
DDS – Dif. Descrever sentimentos	14,0 (4,019)	14,8 (4,144)	17,0 (4,163)	p<0,05
POE – Pensamento orientado exterior	18,4 (3,761)	18,5 (4,240)	17,3 (3,775)	H= 3,014; gl=2, N.S.
				H= 0,479; gl=2, N.S.

H = Teste H de Kruskal-Wallis; χ^2 = Teste de qui-quadrado; gl= graus de liberdade.

^a Inclui 2 casos (sexo fem.) com pontuação (AUDIT) > 20 (“provável dependência”).

Relativamente aos três fatores em que se decompõe a escala de avaliação da alexitimia e o consumo de álcool, apenas se verifica uma associação estatisticamente significativa para Dificuldade em Identificar Sentimentos (DIS), cuja média é claramente mais elevada nas inquiridas com consumo nocivo de álcool (M=26,5; DP=3,873), sendo a diferença entre as médias estatisticamente significativa (H=7,628; gl = 2; p<0,05).

Porém, não se constatarem diferenças estatisticamente significativas para a pontuação em DDS= “*dificuldades em descrever sentimentos*” (H=3,014; gl=2; ns) e POE = “*pensamento orientado externamente*” (H=0,479; gl=2; ns).

Deste modo, parece existir uma associação entre a incapacidade em identificar e descrever emoções e o consumo de álcool nas estudantes mulheres, que se destaca essencialmente pela dimensão da Dificuldade em Identificar Sentimentos (DIS).

3.1.3. Estratégias de Coping (Brief-COPE) e Consumo de álcool (AUDIT)

Questionados sobre a forma de lidar com situações e problemas stressantes, através do questionário de autoavaliação *Brief-COPE* (tabela 11), verificou-se no conjunto da amostra para as respostas de autoavaliação das estratégias de coping em função consumo de álcool, que os sujeitos com *consumo de risco* e *consumo nocivo* de

álcool foram os que mais pontuaram na subescala “autoculpabilização” ($H=9,520$; $gl=2$; $p<0,01$), uma estratégia de *coping* focada na emoção. Quanto às restantes subescalas não se verificaram diferenças significativas entre os sujeitos dos três níveis de consumo de álcool, com exceção do “uso de substâncias” que também foi mais pontuada nos grupos de *consumo de risco* e *consumo nocivo* do que no grupo *consumo de baixo risco* ($H=45,370$; $gl=2$; $p<0,001$).

Tabela 11. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Coping (Brief COPE). Homens e Mulheres

<i>Brief COPE</i>	Baixo Risco (n=323)	Consumo de risco (n= 61)	Consumo nocivo (n= 6)'	Teste estatístico
Subescalas: M (DP)				
<i>Coping</i> activo	3,3 (1,380)	3,5 (1,374)	2,0 (1,550)	H= 5,030
Planear	3,7 (1,440)	3,6 (1,310)	2,7 (1,366)	H= 3,730
Utilizar suporte instrumental	2,6 (1,728)	2,6 (1,826)	1,8 (0,752)	H= 1,502
Utilizar suporte emocional	3,0 (1,743)	3,1 (1,922)	2,5 (1,049)	H= 0,900
Religião	1,3 (1,653)	1,2 (1,609)	1,5 (1,225)	H= 0,903
Reinterpretação positiva	3,2 (1,637)	3,0 (1,638)	1,7 (0,817)	H= 5,623
Auto-culpabilização	3,0 (1,629)	3,7 (1,741)	4,3 (1,966)	H= 9,520 **
Aceitação	3,4 (1,380)	3,5 (1,311)	2,2 (1,472)	H= 4,633
Expressão de sentimentos	2,6 (1,562)	2,4 (1,510)	2,3 (2,251)	H= 0,958
Negação	1,4 (1,300)	1,6 (1,216)	1,5 (1,378)	H= 1,454
Auto distração	3,3 (1,447)	3,6 (1,357)	2,7 (1,862)	H= 3,409
Desinvestimento comportamental	1,5 (1,370)	1,8 (1,561)	1,3 (1,211)	H= 2,252
Uso de substâncias	0,3 (0,926)	1,1 (1,482)	2,3 (1,862)	H= 45,370 ***
Humor	2,5 (1,787)	3,0 (1,736)	2,3 (1,633)	H= 5,798
<i>Coping</i> focado no problema	12,8 (4,694)	12,8 (4,308)	8,2 (1,834)	H= 7,529*
<i>Coping</i> focado na emoção	15,9 (5,239)	17,0 (4,496)	15,2 (4,262)	H= 4,272
<i>Coping</i> evitamento	6,6 (3,362)	8,0 (3,547)	7,8 (4,215)	H= 8,387*

H = Teste H de Kruskal-Wallis; Teste H determinado com gl (graus de liberdade) = 2.

' Inclui 2 casos (sexo fem.) com pontuação (AUDIT) > 20 (“provável dependência”).

* $p<0,5$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Quanto à classificação das estratégias de *coping* em *coping* focado no problema, *coping* focado na emoção e *coping* evitamento verificou-se que: a) as estratégias de *coping* focado no problema foram referidas com mais intensidade nos indivíduos com consumo de baixo risco e de risco do que nos que apresentam consumo nocivo ($H=7.529$; $gl=2$; $p<0,05$); b) *coping* evitamento foi menos utilizado pelos sujeitos com

consumo de baixo risco do que pelos sujeitos com consumo de risco e consumo nocivo ($H=8,387$; $gl=2$; $p<0,05$); c) as estratégias de *coping* focado na emoção, quando consideradas globalmente, não diferenciaram os inquiridos com base no nível de consumo de álcool.

Na tabela 12, ao estudar a associação entre as estratégias de *coping* e o consumo de álcool em função do género masculino observou-se que os sujeitos com *consumo de risco* e *consumo nocivo* de álcool foram os que mais pontuaram na subescala “uso de substâncias” ($H=8,465$; $gl=2$; $p<0,01$), uma estratégia de *coping* de evitamento. Quanto às restantes subescalas não se verificaram diferenças significativas entre os estudantes homens dos três níveis de consumo de álcool.

Tabela 12. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Coping (Brief COPE). Homens

Brief COPE	Baixo Risco (n=74)	Cons. de risco (n= 24)	Cons. nocivo (n= 2)	Teste estatístico
Subescalas: M (DP)				
<i>Coping</i> activo	3,4 (1,396)	3,8 (1,736)	2,5 (2,121)	H= 2,349
Planear	3,9 (1,468)	3,5 (1,641)	3,0 (0,001)	H= 1,397
Utilizar suporte instrumental	2,4 (1,825)	2,3 (1,786)	1,5 (0,707)	H= 0,502
Utilizar suporte emocional	2,7 (1,762)	2,9 (2,083)	3,5 (0,707)	H= 0,887
Religião	1,1 (1,706)	1,4 (1,840)	2,0 (1,414)	H= 2,907
Reinterpretação positiva	3,5 (1,682)	3,3 (1,675)	2,0 (0,001)	H= 2,124
Auto-culpabilização	3,0 (1,704)	3,2 (1,786)	4,0 (2,828)	H= 0,643
Aceitação	3,5 (1,510)	3,7 (1,373)	2,0 (1,414)	H= 2,271
Expressão de sentimentos	2,0 (1,566)	2,3 (1,606)	3,0 (1,414)	H= 1,919
Negação	1,1 (1,107)	1,1 (1,060)	0,5 (0,707)	H= 0,536
Auto distração	3,0 (1,457)	3,3 (1,160)	2,0 (1,414)	H= 2,503
Desinvestimento comportamental	1,1 (1,223)	1,4 (1,472)	1,0 (1,414)	H= 0,701
Uso de substâncias	0,4 (1,003)	0,7 (1,334)	1,5 (0,707)	H= 8,465 *
Humor	3,1 (1,690)	3,3 (2,099)	4,0 (0,0001)	H= 1,011
<i>Coping</i> focado no problema	13,1 (4,740)	13,0 (5,077)	9,0 (2,828)	H= 1,884
<i>Coping</i> focado na emoção	15,3 (5,258)	16,8 (5,338)	18,5 (2,121)	H= 2,745
<i>Coping</i> evitamento	5,6 (2,943)	6,5 (3,121)	5,0 (1,414)	H= 1,251

H = Teste H de Kruskal-Wallis; Teste H determinado com gl (graus de liberdade) = 2.

* $p<0,5$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Quanto à classificação das estratégias de *coping* em *coping* focado no problema, *coping* focado na emoção e *coping* evitamento, as estratégias não diferenciaram os inquiridos na base do nível de consumo de álcool, pelo que não se observou uma associação estatisticamente significativa.

Por outro lado, na tabela 13, ao relacionar as estratégias de *coping* com o tipo de consumo de álcool nas estudantes mulheres verificou-se que as estudantes com *consumo de baixo risco*, *de risco* e *consumo nocivo* de álcool foram as que mais pontuaram na subescala “autoculpabilização” ($H=11,893$; $gl=2$; $p<0,01$), uma estratégia de *coping* focada na emoção. Quanto às restantes subescalas não se verificaram diferenças significativas entre os sujeitos dos três níveis de consumo de álcool, com exceção do “uso de substâncias” que também foi mais pontuada nos grupos de *consumo de risco* e *consumo nocivo* do que no grupo *consumo de baixo risco* ($H=45,370$; $gl=2$; $p<0,001$), enquanto “humor” foi mais pontuada nos grupos de consumo de baixo risco e de risco do que no consumo nocivo ($H = 6,779$; $gl = 2$; $p<0,001$).

Quanto à classificação das estratégias de *coping* em *coping* focado no problema, *coping* focado na emoção e *coping* evitamento verificou-se que: a) as estratégias de *coping* focado no problema foram referidas com mais intensidade nas mulheres com *consumo de baixo risco* e *de risco* do que nas que apresentam *consumo nocivo* ($H=5,938$; $gl=2$; $p<0,05$); b) com sinal inverso, *coping* evitamento foi menos utilizado pelas inquiridas com *consumo de baixo risco* do que pelas com *consumo de risco* e *consumo nocivo* ($H=13,338$; $gl=2$; $p<0,05$); c) as estratégias de *coping* focado na emoção, quando consideradas globalmente não diferenciaram as inquiridos com base no nível de consumo de álcool.

Tabela 13. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Coping (Brief COPE). Mulheres

<i>Brief COPE</i>	Baixo Risco (n=249)	Consumo de risco (n= 37)	Consumo nocivo (n= 4) ^a	Teste estatístico
Subescalas: M (DP)				
<i>Coping</i> activo	3,3 (1,376)	3,3 (1,056)	1,7 (1,500)	H= 3,671
Planear	3,7 (1,432)	3,6 (1,066)	2,5 (1,732)	H= 2,702
Utilizar suporte instrumental	2,7 (1,695)	2,8 (1,849)	2,0 (0,817)	H= 1,123
Utilizar suporte emocional	3,1 (1,726)	3,3 (1,824)	2,0 (0,817)	H= 2,343
Religião	1,3 (1,637)	1,1 (1,456)	1,3 (1,258)	H= 0,553
Reinterpretação positiva	3,1 (1,615)	2,9 (1,619)	1,5 (1,000)	H= 4,197
Auto-culpabilização	3,0 (1,608)	4,0 (1,659)	4,5 (1,915)	H=11,893 **
Aceitação	3,4 (1,341)	3,5 (1,282)	2,3 (1,708)	H= 2,305
Expressão de sentimentos	2,8 (1,523)	2,5 (1,464)	2,0 (2,708)	H= 3,109
Negação	1,6 (1,334)	1,9 (1,211)	2,0 (1,414)	H= 4,553
Auto distração	3,4 (1,430)	3,8 (1,450)	3,0 (2,160)	H= 2,281
Desinvestimento comportamental	1,6 (1,395)	2,0 (1,590)	1,5 (1,291)	H= 3,037
Uso de substâncias	0,3 (0,903)	1,3 (1,543)	2,8 (2,217)	H=41,783 ***
Humor	2,4 (1,787)	2,9 (1,456)	1,5 (1,291)	H= 6,779 *
<i>Coping</i> focado no problema	12,7 (4,686)	12,6 (3,796)	7,8 (1,500)	H= 5,938*
<i>Coping</i> focado na emoção	16,0 (5,232)	17,2 (3,929)	13,5 (4,203)	H= 4,182
<i>Coping</i> evitamento	6,9 (3,423)	9,0 (3,480)	9,3 (4,573)	H=13,338**

H = Teste H de Kruskal-Wallis; Teste H determinado com gl (graus de liberdade) = 2.

^a Inclui 2 casos (sexo fem.) com pontuação (AUDIT) > 20 (“provável dependência”).

* p<0,5; ** p< 0,01; *** p< 0,001

3. 1. 4. Sintomas psicopatológicos (BSI), Satisfação com a vida (SWLS) e Consumo de álcool (AUDIT)

Da observação dos dados recolhidos com o questionário *Brief Symptom Inventory* (BSI), presentes na tabela 14, ressalta que nas subescalas “hostilidade” e “psicoticismo” os inquiridos com padrão de consumo mais intenso (*consumo de risco e consumo nocivo*) se destacaram relativamente aos inquiridos com padrão de *consumo de baixo risco* por apresentarem uma pontuação significativamente menos intensa (respetivamente $H=8,072$; $gl=2$; $p< 0,5$ e $H=10,257$; $gl=2$; $p< 0,01$).

Tabela 14. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Sintomas Psicopatológicos (BSI) e Satisfação Com a Vida (SWLS). Homens e Mulheres

	Baixo Risco (n=323)	Consumo de risco (n= 61)	Consumo nocivo (n= 6)'	Teste estatístico
BSI				
Subescalas: M (DP)				
Somatização	0,8 (0,796)	0,9 (0,780)	1,3 (1,146)	H= 1,881
Obsessões-compulsões	1,5 (0,903)	1,7 (0,907)	1,8 (1,037)	H= 1,867
Sensibilidade interpessoal	1,3 (0,932)	1,5 (1,098)	2,0 (0,914)	H= 5,098
Depressão	1,2 (0,912)	1,4 (0,930)	1,6 (1,220)	H= 2,016
Ansiedade	1,2 (0,821)	1,4 (0,837)	1,6 (1,171)	H= 4,099
Hostilidade	1,0 (0,774)	1,2 (0,826)	1,6 (0,988)	H= 8,072 *
Ansiedade fóbica	0,7 (0,815)	0,9 (0,926)	1,3 (1,093)	H= 3,087
Ideação paranoide	1,4 (0,932)	1,5 (0,964)	2,2 (1,169)	H= 4,059
Psicoticismo	1,0 (0,805)	1,3 (0,915)	2,0 (0,862)	H= 10,257 **
<i>Índice Geral de Sintomas (IGS)</i>	1,1 (0,723)	1,3 (0,726)	1,7 (1,009)	H= 5,419
<i>Total de Sintomas Positivos (TSP)</i>	31,4	33,8	39,0 (14,043)	H= 4,334
<i>Índice de Sintomas Positivos (ISP)</i>	(13,121)	(13,637)	2,1 (0,705)	H= 7,538 *
	1,8 (0,544)	2,0 (0,519)		
Satisfação com a vida				
<i>Esc. Satisf. com a vida (SWLS): M</i>				
(DP)	17,6 (4,502)	17,4 (3,913)	15,2 (1,602)	H= 2,993

H = Teste H de Kruskal-Wallis; Teste H determinado com gl (graus de liberdade) = 2.

' Inclui 2 casos (sexo fem.) com pontuação (AUDIT) > 20 ("provável dependência").

* p<0,5; ** p< 0,01; *** p< 0,001

No que respeita aos índices globais do BSI, apenas o *Índice de sintomas positivos* (ISP) apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (H=7,538; gl=2; p<0,5) o que permite sugerir a existência de uma associação entre a intensidade dos sintomas presentes e o mal-estar experimentado decorrente da presença desses sintomas e o maior consumo de álcool.

Relativamente à satisfação com a vida, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações atribuídas às perguntas do questionário *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) e o padrão de consumo de álcool, pelo que não se pode afirmar a existência de uma associação entre as duas variáveis.

Tabela 15. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Sintomas Psicopatológicos (BSI) e Satisfação Com a Vida (SWLS). Homens

	Baixo Risco (n=74)	Cons. de risco (n= 24)	Cons. nocivo (n= 2)	Teste estatístico
BSI				
Subescalas: M (DP)				
Somatização	0,5 (0,672)	0,4 (0,517)	0,1 (0,101)	H= 2,392
Obsessões-compulsões	1,4 (0,856)	1,4 (1,125)	1,4 (1,125)	H= 0,905
Sensibilidade interpessoal	1,0 (0,814)	0,9 (0,834)	0,9 (0,834)	H= 0,451
Depressão	1,0 (0,748)	1,0 (0,801)	0,2 (1,667)	H= 1,352
Ansiedade	0,9 (0,867)	1,0 (0,744)	0,6 (0,118)	H= 1,549
Hostilidade	0,9 (0,640)	1,3 (0,856)	0,5 (0,707)	H= 4,571
Ansiedade fóbica	0,4 (0,613)	0,5 (0,640)	1,0 (0,141)	H= 1,056
Ideação paranoide	1,1 (0,819)	1,2 (0,996)	1,2 (0,566)	H= 0,482
Psicoticismo	0,9 (0,744)	1,0 (0,870)	1,4 (0,849)	H= 0,988
<i>Índice Geral de Sintomas (IGS)</i>	0,9 (0,615)	1,0 (0,671)	0,6 (0,053)	H= 0,508
<i>Total de Sintomas Positivos (TSP)</i>	27,5	27,2	21,5 (3,536)	H= 0,461
<i>Índice de Sintomas Positivos (ISP)</i>	(13,163)	(14,967)	1,5 (0,115)	H= 1,848
	1,7 (0,475)	1,8 (0,450)		
Satisfação com a vida				
<i>Esc. Satisf. com a vida (SWLS): M</i>			14,5 (0,707)	H= 1,236
<i>(DP)</i>	16,8 (4,064)	17,5 (4,314)		

H = Teste H de Kruskal-Wallis; Teste H determinado com gl (graus de liberdade) = 2.

* p<0,5; ** p< 0,01; *** p< 0,001

Ao analisar a relação entre o consumo de álcool com os sintomas psicopatológicos em função do género masculino, presentes na tabela 15, ressalta que nenhuma das subescalas avaliadas pelo BSI se associou ao consumo de álcool, não existindo uma relação significativa entre a intensidade dos sintomas presentes e o mal-estar experimentado decorrente da presença desses sintomas e o consumo de álcool nos estudantes homens.

De igual modo, no que respeita aos índices globais do BSI, também não se verificaram associações significativas com o consumo de álcool para o género masculino.

Relativamente à satisfação com a vida, não se observaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações atribuídas às perguntas do questionário

Satisfaction With Life Scale (SWLS) e o padrão de consumo de álcool, pelo que não se pode afirmar a existência de uma associação entre as duas variáveis para os estudantes homens.

Em contrapartida, e em função do género feminino, ao avaliar a associação entre o consumo de álcool com presença de sintomatologia psicopatológica, presentes na tabela 16, verificou-se que nas subescalas “*somatização*”, “*sensibilidade interpessoal*”, “*depressão*”, “*ansiedade*”, “*hostilidade*”, “*ansiedade fóbica*”, “*ideação paranóide*” e “*psicoticismo*”, as inquiridas com um padrão de consumo mais intenso (*consumo de risco* e *consumo nocivo*) se destacaram relativamente às inquiridas com um padrão de *consumo de baixo risco* por apresentarem uma pontuação significativamente menos intensa (respetivamente $H=12,009$; $gl=2$; $p<0,5$; $H=11,690$; $gl=2$; $p<0,01$; $H=7,717$; $gl=2$; $p<0,01$; $H=12,352$; $gl=2$; $p<0,01$; $H=9,365$; $gl=2$; $p<0,01$; $H=10,060$; $gl=2$; $p<0,01$; $H=6,794$; $gl=2$; $p<0,01$; $H=14,370$ $gl=2$; $p<0,01$).

No que respeita aos índices globais do BSI, todos os índices apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos: IGS-*Índice Geral de Sintomas* ($H=13,102$; $gl=2$; $p<0,5$); TSP- *Total de sintomas positivos* ($H=12,514$; $gl=2$; $p<0,5$); ISP-*Índice de sintomas positivos* (ISP ($H=10,958$; $gl=2$; $p<0,5$)). Estes resultados parecem sugerir que a intensidade do mal-estar experienciado, o número de sintomas assinalados, a intensidade da sintomatologia e o número de queixas sintomáticas experimentadas, decorrentes da presença desses sintomas, se relacionaram com um maior consumo de álcool.

Por outro lado, apesar de se observar uma tendência para a diminuição da satisfação com a vida com maior consumo de álcool, esta associação não é estatisticamente significativa, pelo que as estudantes mulheres não revelaram uma associação significativa entre estas duas variáveis.

Tabela 16. Consumo de álcool (AUDIT). Associação com Sintomas Psicopatológicos (BSI) e Satisfação Com a Vida (SWLS). Mulheres

	Baixo Risco (n=249)	Consumo de risco (n= 37)	Consumo nocivo (n= 4)'	Teste estatístico
BSI				
<i>Subescalas: M (DP)</i>				
Somatização	0,9 (0,819)	1,2 (0,770)	1,9 (0,844)	H=12,009 **
Obsessões-compulsões	1,6 (0,913)	1,8 (0,697)	2,3 (0,887)	H= 5,607
Sensibilidade interpessoal	1,4 (0,946)	1,9 (1,097)	2,5 (0,736)	H=11,690 **
Depressão	1,3 (0,947)	1,6 (0,916)	2,1 (1,133)	H= 7,717 *
Ansiedade	1,3 (0,832)	1,7 (0,789)	2,3 (0,887)	H=12,352 **
Hostilidade	1,0 (0,808)	1,2 (0,816)	2,2 (0,500)	H= 9,365 **
Ansiedade fóbica	0,8 (0,842)	1,2 (0,982)	1,8 (0,790)	H=10,060 **
Ideação paranoide	1,5 (0,942)	1,7 (0,911)	2,7 (1,050)	H= 6,794 *
Psicoticismo	1,1 (0,819)	1,5 (0,885)	2,4 (0,772)	H=14,370 ***
<i>Índice Geral de Sintomas (IGS)</i>	1,2 (0,739)	1,5 (0,674)	2,2 (0,752)	H=13,102 **
<i>Total de Sintomas Positivos (TSP)</i>	32,6	38,1	47,8 (4,272)	H=12,514 **
<i>Índice de Sintomas Positivos (ISP)</i>	(12,909)	(10,910)	2,4 (0,673)	H=10,958 **
	1,8 (0,556)	2,1 (0,523)		
Satisfação com a vida				
<i>Esc. Satisf. com a vida (SWLS): M</i>			15,5 (1,915)	H= 2,747
<i>(DP)</i>	17,8 (4,607)	17,3 (3,690)		

H = Teste H de Kruskal-Wallis; Teste H determinado com gl (graus de liberdade) = 2.

' Inclui 2 casos (sexo fem.) com pontuação (AUDIT) > 20 ("provável dependência").

* p<0,5; ** p< 0,01; *** p< 0,001

3.2. Variáveis preditivas do consumo de bebidas alcoólicas

Através da Regressão Logística Multinomial (RLM) procurou-se identificar as variáveis preditoras explicativas mais significativas do uso de álcool na amostra inquirida por forma a construir-se um modelo final parcimonioso e compreensivo da variável resposta. Para esse fim procedeu-se à análise prévia das correlações entre as variáveis independentes demarcando-se as que não cumpriam o pressuposto de ausência de multicolinearidade. Este requisito sucedeu com os Índices Globais do Inventário BSI e os três fatores da escala *Brief*-COPE, razão por que foram separados das respetivas subescalas. No mesmo sentido, atendendo ao número de variáveis independentes quantitativas, consideraram-se válidos os modelos que na avaliação entre os valores observados e os valores preditos apresentavam no Teste de Razão de

Verossimilhança (*likelihood ratio test*) χ^2 com $p < 0,10$, sugestivo de que o modelo ajustado melhorava significativamente a previsão da variável dependente. Fora destes valores encontraram-se os Índices Globais do Inventário BSI e a pontuação na escala SWLS com, respetivamente, $\chi^2 = 8,552$ (gl=6), $p = 0,200$ e $\chi^2 = 1,742$ (gl=2), $p = 0,418$, pelo que não foram incluídos nos modelos preditores do consumo de álcool.

Por último, na construção dos modelos não foram consideradas interações entre as variáveis procedendo-se unicamente à avaliação do efeito individual (*efeito principal*) de cada variável independente na variável dependente, controlando-se os efeitos das outras variáveis independentes incluídas no modelo. Como grupo de referência foi selecionado “consumo de álcool de baixo risco” visando facilitar a interpretação dos resultados por existirem nos inquiridos com “consumo nocivo” situações em que a variável dependente apresenta um número reduzido ou mesmo ausência de casos.

Apesar das diferenças entre géneros anteriormente constatadas esta análise abordou as respostas dos inquiridos de forma global, não se levando em conta o efeito da interação do género com as restantes variáveis explicativas. O valor de “Exp(β)”, exponenciação do coeficiente β , foi interpretado como equivalente a Razão de Chances (OR - *Odds Ratio*), medida do efeito da variável independente sobre a probabilidade de ocorrer o evento.

3.2.1. Caraterísticas sociodemográficas

Neste domínio foram consideradas quatro variáveis (“idade”, “género”, “residência durante o período letivo” e “consumo de substâncias psicoativas”) não se incluindo o “ciclo de estudos” frequentado pelos inquiridos nem a autoavaliação de alterações no “consumo durante a pandemia” pelas dificuldades que a sua interpretação levanta, nomeadamente pela possibilidade da influência de variáveis adicionais ou de confusão e/ou por serem mais “conjunturais”, referentes a circunstâncias acidentais, do que “estruturais”, indispensáveis para a organização e funcionamento dos sujeitos.

Com base no coef. β e no teste Wald (tabela 17) verifica-se que as variáveis “idade”, “género”, “residência no período escolar” e “consumo de substâncias psicotrópicas” apresentam associação significativa com a oportunidade de o estudante universitário inquirido neste estudo reportar consumos de risco de álcool.

Tabela 17. Características sociodemográficas e consumo de outras substâncias psicotrópicas.
Análise de Regressão Logística Multinomial

<i>Consumo de Baixo Risco</i> ^a	β	E.P.	Wald (gl)	Sig	Exp(β)	95% IC
<i>Consumo de Risco</i> ^b						
Idade	-0,302	0,085	12,501(1)	<0,001	0,739	0,625-0,874
Gênero: M (F)	0,896	0,322	7,740 (1)	0,005	2,451	1,303-4,609
Resid.: habit. (não hab.)	-0,614	0,307	4,009 (1)	0,045	0,541	0,297-0,987
Grupos acad.: sim (não)	0,807	0,407	3,941 (1)	0,014	2,242	1,010-4,973
Psicotrópicos: Não	-2,453	0,725	11,453(1)	<0,001	0,086	0,021-0,356
Ansiolíticos ‘	-2,054	1,049	3,832 (1)	0,050	0,128	0,016-1,003
Canábis e derivados “ (Outras substâncias)	-1,212	0,759	2,550 (1)	0,110	0,297	0,067-1,317
<i>Consumo Nocivo</i> ^b						
Idade	-0,449	0,298	2,276 (1)	0,131	0,638	0,356-1,144
Gênero: M (F)	0,747	1,018	0,539 (1)	0,463	2,111	0,287-15,538
Resid.: habit. (não hab.)	-0,815	0,951	0,734 (1)	0,392	0,443	0,069-2,856
Grupos acad.: sim (não)	0,153	1,232	0,015 (1)	0,901	1,165	0,104-13,040
Psicotrópicos: Não	-24,093	0,000	- (1)	-	3,439E-11	3,439E-11-3,439E-11
Ansiolíticos ‘	-1,771	1,436	1,436 (1)	0,218	0,170	0,010-2,840
Canábis e derivados “ (Outras substâncias)	-1,968	1,120	1,120 (1)	0,079	0,140	0,016-1,256

β = Coef. de regressão; E.P. = Erro padrão; IC = Intervalo de confiança

^a Categoria de referência ou de comparação da variável dependente (ponto de comparação com as outras categorias).

^b Entre parêntesis categoria de referência da var. independente categórica.

‘Não discrimina consumo sem ou com prescrição médica. “Pode incluir consumo associado de ansiolíticos.

Em termos mais específicos, atendendo ao intervalo das idades admitidas, verifica-se pela RLM que por cada aumento de uma unidade na idade a possibilidade de ocorrer consumo de risco relativamente a consumo de baixo risco reduz-se em 26,1% [(0,739-1)x100]. É, também, possível perceber que a preferência por consumo de risco é 2,451 maior nos homens do que nas mulheres, ou seja 145,1% maior [(2,451-1)x100]. Por sua vez, não estar deslocado da residência habitual no período escolar funciona como fator de proteção reduzindo 0,541 vezes a possibilidade do consumo de risco face

a consumo de baixo risco, isto é -45,9% $[(0,541-1)\times 100]$. Situação inversa ocorre com a participação em grupos acadêmicos que aumentam 2,242 vezes a oportunidade de consumo de risco, ou seja 124,2% $[(2,242-1)\times 100]$.

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas associadas ao consumo de álcool (tabela 18) constata-se que quem não consome qualquer substância psicoativas reduz em 91,4% $[(0,086-1)\times 100]$ a probabilidade de ter consumo de álcool de risco relativamente aos que consomem “outras substâncias” como ecstasy, MD, cocaína, heroína, ou seja é 0,086 vezes menor. Por sua vez, esta diferença torna-se incomensurável, pelo menos neste estudo e com os dados disponíveis, quando se pretende predizer um consumo nocivo, na medida em que todos os sujeitos com consumo nocivo fizeram consumo de alguma substância psicoativa.

3.2.2. Alexitimia (TAS-20)

Neste modelo apresentado na tabela 18 apenas duas dimensões se apresentam relevantes. No primeiro caso, os inquiridos que pontuaram “*moderada alexitimia*” têm uma oportunidade de exibirem consumo de risco de álcool 0,372 vezes menor dos que têm “*elevada alexitimia*” ou, noutros termos, é menor 62,8% $[(0,372-1)\times 100]$.

No segundo caso, trata-se da tendência ($p=0,075$) representada pelo facto de a cada aumento de uma unidade no fator “*Dificuldade em identificar sentimentos*” corresponder a possibilidade da passagem a consumo de risco aumentar 1,238 vezes, ou seja 23,8% $[(1,238-1)\times 100]$ relativamente ao consumo de baixo risco.

Tabela 18. Alexitimia (TAS-20). Análise de Regressão Logística Multinomial

<i>Consumo de Baixo Risco</i> ^a	β	E.P.	Wald (gl)	Sig	Exp(β)	95% IC
<i>Consumo de Risco</i> ^b						
Baixa alexitimia	-0,852	0,758	1,263 (1)	0,261	0,427	0,097-1,885
Moderada alexitimia (Elevada alexitimia)	-0,988	0,469	4,434 (1)	0,036	0,372	0,148-0,934
DIS – Dif. identificar sentimentos	-0,022	0,038	0,323 (1)	0,570	0,979	0,908-1,054
DDS – Dif. descrever sentimentos	-0,009	0,050	0,030 (1)	0,862	0,991	0,898-1,094
POE – <i>Pensamento orient. exterior</i>	-0,001	0,044	0,000 (1)	0,985	0,999	0,916-1,090
<i>Consumo Nocivo</i> ^b						
Baixa alexitimia	2,265	2,211	1,050 (1)	0,306	9,633	0,126-734,210
Moderada alexitimia (Elevada alexitimia)	-0,225	1,610	0,019 (1)	0,889	1,259	0,053-29,358
DIS – Dif. identificar sentimentos	0,213	0,120	3,161 (1)	0,075	1,238	0,978-1,565
DDS – Dif. descrever sentimentos	0,179	0,166	1,168 (1)	0,280	1,196	0,864-1,655
POE – <i>Pensamento orient. exterior</i>	-0,233	0,156	2,241 (1)	0,134	0,792	0,584-1,075

β = Coef. de regressão; E.P. = Erro padrão; IC = Intervalo de confiança

^a Categoria de referência ou de comparação da variável dependente (ponto de comparação com as outras categorias).

^b Entre parêntesis categoria de referência da var. independente categórica.

3.2.3. Estratégias de Coping (Brief-COPE)

Das 14 subescalas consideradas neste domínio (tabela 19) três são preditoras de consumo de risco e duas de consumo nocivo. No primeiro grupo, por cada unidade de aumento no recurso a “*coping ativo*” aumenta 1,439 vezes a probabilidade de ocorrer consumo de risco relativamente a consumo de baixo risco ou, noutros termos, aumente em 43,9% [(1,439-1)x100] essa possibilidade. Em sentido inverso, por cada unidade de aumento na “*expressão de sentimentos*” reduz-se em 0,781 vezes a possibilidade de ocorrer consumo de risco relativamente a consumo de baixo risco ou seja reduz-se em 21,9% [(0,781-1)x100] essa possibilidade. Quanto ao “*uso de substâncias*” como estratégia de coping, esta está em linha com o aumento da possibilidade de ocorrência do consumo de risco e do consumo nocivo, relativamente a consumo de baixo risco, correspondendo, respetivamente a um aumento de 67,5% [(1,675-1)x100] e 218,5% [(3,185-1)x100] por cada unidade de aumento na sua utilização.

Tabela 19. Estratégias de *Coping* (Brief-COPE): Subescalas. Análise de Regressão Logística Multinomial

<i>Consumo de Baixo Risco</i> ^a	β	E.P.	Wald (gl)	Sig	Exp(β)	95% IC
<i>Consumo de Risco</i>						
<i>Coping</i> ativo	0,364	0,149	5,976 (1)	0,015	1,439	1,075-1,927
Planeamento	-0,266	0,152	3,065 (1)	0,080	0,767	0,569-1,032
Utilizar suporte instrumental	-0,044	0,125	0,122 (1)	0,727	0,957	0,750-1,222
Utilizar suporte emocional	0,203	0,128	2,503 (1)	0,114	1,225	0,953-1,576
Religião	-0,037	0,099	0,140 (1)	0,709	0,964	0,794-1,170
Reinterpretação positiva	-0,024	0,126	0,036 (1)	0,849	0,976	0,763-1,249
Autoculpabilização	0,190	0,104	3,364 (1)	0,067	1,209	0,987-1,481
Aceitação	0,120	0,123	0,955(1)	0,328	1,128	0,886-1,434
Expressão de sentimentos	-0,247	0,122	4,076(1)	0,043	0,781	0,615-0,993
Negação	-0,105	0,128	0,677(1)	0,411	0,900	0,700-1,157
Auto distração	0,017	0,114	0,023(1)	0,879	1,017	0,814-1,272
Desinvestim.	0,031	0,130	0,056(1)	0,812	1,032	0,799-1,332
comportamental	0,516	0,128	16,148(1)	<0,001	1,675	1,302-2,153
Uso de substâncias	0,166	0,093	3,180(1)	0,075	1,181	0,984-1,418
Humor						
<i>Consumo de Nocivo</i>						
<i>Coping</i> ativo	-0,918	0,657	1,950 (1)	0,163	0,399	0,110-1,448
Planeamento	0,184	0,517	0,126 (1)	0,722	1,202	0,436-3,309
Utilizar suporte instrumental	-0,368	0,428	0,737 (1)	0,391	0,692	0,299-1,603
Utilizar suporte emocional	0,215	0,394	0,297 (1)	0,586	1,239	0,573-2,681
Religião	0,502	0,356	1,994 (1)	0,158	1,652	0,823-3,317
Reinterpretação positiva	-0,886	0,577	2,354 (1)	0,125	0,412	0,133-1,279
Autoculpabilização	0,859	0,418	4,219 (1)	0,040	2,361	1,040-5,358
Aceitação	-0,220	0,473	0,217(1)	0,641	0,802	0,317-2,028
Expressão de sentimentos	0,205	0,442	0,215(1)	0,643	1,227	0,516-2,917
Negação	-0,216	0,552	0,153(1)	0,695	0,806	0,273-2,376
Auto distração	-0,877	0,475	3,413(1)	0,065	0,416	0,164-1,055
Desinvestim.	-1,104	0,668	2,725(1)	0,099	0,332	0,089-1,229
comportamental	1,158	0,419	7,638(1)	0,006	3,185	1,401-7,242
Uso de substâncias	0,161	0,335	0,230(1)	0,632	1,174	0,609-2,264
Humor						

β = Coef. de regressão; E.P. = Erro padrão; IC = Intervalo de confiança; ^a Categoria de referência ou de comparação da variável dependente (ponto de comparação com as outras categorias).

“Autoculpabilização”, que no modelo explicativo do consumo de risco tem uma participação marginalmente significativa ($p=0,067$), é relevante para a compreensão do

consumo nocivo comparativamente a consumo de baixo risco, que aumenta em 2,361 vezes a probabilidade de ocorrer por cada aumento de uma unidade da variável “autoculpabilização” ou, por outras palavras, 136,1% $[(2,361-1) \times 100]$. Menos significativas, mas indiciador de efeito no consumo de risco quando comparado com o consumo de baixo risco encontram-se as estratégias de “planeamento” (OR=0,767; $p=0,080$) e de “humor” (OR=1,181; $p=0,075$) significando, no primeiro caso, a possibilidade de uma tendência para a redução em 23,3% $[(0,767-1) \times 100]$ e, no segundo caso, para um aumento de 18,1% $[(1,181-1) \times 100]$, por cada aumento de uma unidade nestas subescalas. “Auto-distração” e “desinvestimento comportamental” também intervêm marginalmente neste modelo ($p=0,065$ e $p=0,099$), tendo o efeito de reduzir a probabilidade do consumo nocivo *versus* consumo de baixo risco em -58,4% $[(0,416-1) \times 100]$ e -66,8% $[(0,332-1) \times 100]$, respetivamente.

Quanto aos três tipos de estratégias de *coping* definidas pela *Brief-COPE* (tabela 20) “*coping evitamento*” prediz o consumo de risco que aumenta 1,116 vezes (11,6%) por cada unidade de aumento deste *cluster* de estratégias quando comparado com o consumo de baixo risco.

Em contrapartida, para o consumo nocivo foram as estratégias de “*coping focado no problema*” que revelaram um efeito estatisticamente significativo reduzindo a probabilidade da sua ocorrência 0,713 vezes (28.7%) por cada unidade de aumento comparado com o consumo de baixo risco.

Tabela 20. Estratégias de *Coping* (*Brief-COPE*)

Consumo de Baixo Risco ^a	β	E.P.	Wald (gl)	Sig	Exp(β)	95% IC
<i>Consumo de Risco</i>						
<i>Coping</i> focado no problema	-0,003	0,041	0,005 (1)	0,943	0,997	0,920-1,081
<i>Coping</i> focado na emoção	0,037	0,036	1,050 (1)	0,305	1,037	0,967-1,113
<i>Coping</i> evitamento	0,110	0,043	6,415 (1)	0,011	1,116	1,025-1,215
<i>Consumo Nocivo</i>						
<i>Coping</i> focado no problema	-0,338	0,132	6,534 (1)	0,011	0,713	0,550-0,924
<i>Coping</i> focado na emoção	0,122	0,093	1,728 (1)	0,189	1,130	0,942-1,356
<i>Coping</i> evitamento	-0,010	0,114	0,007 (1)	0,933	0,991	0,793-1,238

β = Coef. de regressão; E.P. = Erro padrão; IC = Intervalo de confiança

^a Categoria de referência ou de comparação da variável dependente (ponto de comparação com as outras categorias).

3.2.4. Sintomas psicopatológicos (BSI)

Nos sintomas psicopatológicos “*psicoticismo*” integra de forma significativa o modelo preditivo do consumo de risco e consumo nocivo de bebidas alcoólicas, respondendo, respetivamente, por aumentos de 1,961 e 23,330 vezes por cada aumento da unidade de psicoticismo relativamente ao consumo de baixo risco, correspondendo a aumentos de 96,1% $[(1,961-1) \times 100]$ e 233,3% $[(23,330-1) \times 100]$.

Tabela 21. Sintomas psicopatológicos (BSI)

<i>Consumo de Baixo Risco*</i>	β	E.P.	Wald (gl)	Sig	Exp(β)	95% IC
<i>Consumo de Risco</i>						
<i>Somatização</i>	-0,340	0,305	1,243 (1)	0,265	0,712	0,392-1,294
Obsessões-compulsões	-0,208	0,269	0,595 (1)	0,441	0,512	0,479-1,377
Sensibilidade interpessoal	0,263	0,281	0,706 (1)	0,401	1,266	0,730-2,196
Depressão	-0,399	0,324	1,516 (1)	0,218	0,671	0,355-1,267
Ansiedade	0,172	0,356	0,233 (1)	0,629	1,188	0,591-2,388
Hostilidade	0,416	0,241	2,973 (1)	0,085	1,516	0,945-2,433
Ansiedade fóbica	0,090	0,274	0,109 (1)	0,742	1,095	0,640-1,872
Ideação paranoide	-0,269	0,252	1,146 (1)	0,284	0,764	0,466-1,251
Psicoticismo	0,673	0,341	3,889 (1)	0,049	1,961	1,004-3,829
<i>Consumo Nocivo</i>						
<i>Somatização</i>	0,807	1,053	0,587 (1)	0,444	2,241	0,284-17,664
Obsessões-compulsões	-1,523	0,860	3,131 (1)	0,077	0,218	0,040-1,178
Sensibilidade interpessoal	0,116	0,962	0,014 (1)	0,904	1,123	0,170-7,395
Depressão	-1,996	0,955	4,363 (1)	0,037	0,136	0,021-0,884
Ansiedade	-0,632	1,096	0,333 (1)	0,564	0,532	0,062-4,551
Hostilidade	0,691	0,618	1,249 (1)	0,264	1,996	0,594-6,706
Ansiedade fóbica	-0,215	0,807	0,071 (1)	0,790	0,807	0,166-3,826
Ideação paranoide	0,663	0,774	0,734 (1)	0,392	1,941	0,426-8,852
Psicoticismo	3,153	1,104	8,147 (1)	0,004	23,330	2,6834-202,885

β = Coef. de regressão; E.P. = Erro padrão; IC = Intervalo de confiança

^a Categoria de referência ou de comparação da variável dependente (ponto de comparação com as outras categorias).

A “*depressão*” também se destaca, mas por ser responsável por reduzir 0,136 vezes (-84,4) a probabilidade do consumo nocivo de álcool por cada unidade de aumento da depressão em referência ao consumo de baixo risco. Por último, com uma participação menos significativa, mas igualmente de considerar, “*hostilidade*” surge como preditiva do consumo de risco quando comparada com a categoria de referência,

consumo de baixo risco, aumentando 1,516 vezes (51,6%) a probabilidade do consumo de álcool enquanto “*obsessões-compulsões*” prediz o consumo nocivo, mas num sentido inverso, o da probabilidade da sua redução 0,218 vezes (78,2%).

Quarta parte – Discussão

4.1. Álcool e características sociodemográficas

4.2. Variáveis preditivas do consumo de álcool

4.2.1. Alexitimia

4.2.2. Estratégias de coping

4.2.3. Sintomas e estados psicopatológicos

4.2.4. Percepção de satisfação com a vida

4.3. Variáveis preditoras do consumo de álcool

Discussão:

Integrado no objetivo deste trabalho, propusemo-nos a avaliar, num só momento, estudantes do ensino superior de modo a determinar se as variáveis alexitimia, estratégias de *coping*, sintomas psicopatológicos e (in)satisfação com a vida estão associadas ao consumo de álcool.

Por outro lado, ao selecionar-se estudantes com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos, que residiram em Portugal antes dos 13 anos, procurava-se garantir que todos os inquiridos compartilhassem da mesma experiência de terem residido em Portugal durante a adolescência. Segundo dados da literatura, constata-se que a adolescência marca o início da experimentação de bebidas alcoólicas, enquanto a transição para a vida adulta está associada ao consumo abusivo ou de risco (Costa & Leal, 2006; Langane., 2013; Strunin *et al.*, 2014; Carbia *et al.*, 2016; SICAD, 2019; Lannoy *et al.*, 2019; Fisher *et al.*, 2020; Andrade *et al.*, 2021). Por sua vez, o ingresso no ensino superior constitui um fator de risco para o consumo de bebidas alcoólicas, com uma forte associação entre o início do consumo aos 14 anos de idade (adolescência) e o desenvolvimento futuro de problemas relacionados com o consumo de álcool (Dawson *et al.*, 2005; Pitkänen *et al.*, 2008; Quinn & Fromme, 2011; Langane, 2013; Carbia *et al.*, 2016; Costa *et al.*, 2016; Yi *et al.*, 2017; Lyvers *et al.*, 2018; Amare & Getnet, 2019; Flaudias *et al.*, 2019; Lannoy *et al.*, 2019; Andrade *et al.*, 2021).

Com esta disposição, era nosso intento analisar uma possível associação entre presença de traços alexítimicos, utilização de estratégias de *coping* desadaptativas, presença de sintomas psicopatológicos e insatisfação com a vida com maiores consumos de álcool, traduzido pela pontuação mais alta no AUDIT. Mais especificamente, o AUDIT estabelece que pontuações inferiores a 7 indicam consumo de baixo risco; pontuações entre 8 e 15 pontos indicam consumo de risco; entre 16 e 19 pontos consumo nocivo e entre 20 e 40 provável dependência. Paralelamente, também se objetivou estudar a associação entre o consumo de álcool e as variáveis supracitadas, em função do género.

Deste modo, foi realizado um estudo observacional transversal de forma a identificar a ocorrência deste acontecimento na população universitária. No entanto, não deixa de enfermar da vulnerabilidade deste tipo de estudos que não permite determinar uma relação de causalidade. Por esse motivo, os resultados apresentados expressam associações entre a variável de interesse e as variáveis preditivas.

De acordo com as especificações metodológicas definidas para o estudo, a amostra total foi composta por 390 estudantes universitários, sendo 100 do gênero masculino e 290 do feminino.

4.1. Álcool e Caraterísticas sociodemográficas

A descrição das caraterísticas sociodemográficas da amostra total compreendida neste estudo assinala, em primeiro lugar, o tipo de padrão de consumo de álcool presente entre os estudantes universitários, que pode ser classificado, de acordo com a pontuação obtida no AUDIT como consumo de baixo risco, de risco e nocivo. (como o número de inquiridos com pontuação correspondente a provável dependência foi muito baixo, estes foram incluídos no grupo de consumo nocivo). Em termos gerais, a maioria dos participantes pode ser descrita como jovens adultos, a cursar uma licenciatura, a residir no seu domicílio habitual, a referir alterações no consumo de álcool durante a pandemia, a associar o consumo de álcool ao consumo de outras substâncias psicoativas e a não participar de uma tradição académica. Destes, 85,9% das mulheres e 74% dos homens apresentam um consumo de baixo risco de álcool; 12,8% das mulheres e 24% dos homens têm um consumo de risco, e uma minoria da amostra apresenta consumo nocivo, com 1,4% das mulheres e 2% dos homens.

Dentre os parâmetros analisados – idade, ciclo de estudos, frequência de uma tradição académica, consumo de substâncias psicoativas, período pandémico e residência - a idade, o ciclo de estudos, o consumo de substâncias psicoativas, o período pandémico e a residência demonstraram associações significativas com o consumo de álcool na amostra total. Apenas, a frequência numa tradição académica não exibiu uma associação significativa com o consumo de álcool, na amostra total.

Por sua vez, em função do gênero, para o gênero feminino constatou-se que a idade, residência, consumo de substâncias psicoativas e o período pandémico apresentaram uma associação significativa com o consumo de álcool. Por outro lado, não se detetaram relações estatisticamente significativas para o ciclo de estudos e a frequência em tradições académicas e o consumo de álcool. Já para o gênero masculino concluiu-se que a idade, a frequência numa tradição académica e o consumo de substâncias psicoativas se associaram de modo significativo com o consumo de álcool entre os homens. Porém, não se detetaram relações significativas entre o período de pandemia, ciclo de estudos e residência escolar e o consumo de álcool. Analisados em conjunto, a idade e o consumo de substâncias psicoativas são fatores significativos

associados ao consumo de álcool, para os dois géneros. Já a mudança de residência e a frequência em tradições académicas refletiram-se de formas diferentes.

Em concordância com outras investigações realizadas sobre o consumo de álcool em estudantes do ensino superior (Ståhlbrandt *et al.*, 2010; Quinn *et al.*, 2011; Mason-Jones *et al.*, 2015.; Moure-Rodríguez *et al.*, 2016; Tembo *et al.*, 2017; Jensen *et al.*, 2021; Vera *et al.*, 2021) encontrou-se na amostra total e para ambos os géneros uma associação significativa entre a idade e o consumo de álcool, com os mais jovens a apresentarem maiores consumos de álcool. A corroborar estas conclusões, Santana *et al.* (2008) ao investigarem o consumo de álcool nos estudantes do ensino secundário e superior utilizando a escala AUDIT encontraram que o consumo de risco foi predominante nos rapazes (52%), estudantes universitários (61%) e na faixa etária dos 20-24 anos (59%), e que o consumo nocivo prevaleceu nos rapazes (100%), estudantes universitários (100%) e com idades compreendidas entre os 20-24 anos (100%). De igual modo, Jensen *et al.* (2021) verificou que os estudantes que se encontravam acima do limiar para potenciais problemas relacionados ao álcool eram mais jovens e do sexo masculino. Esta variável, frequentemente referida como preditiva da evolução do consumo e de futuros problemas futuros relacionados com a ingestão de álcool, nem sempre se mostrou concordante com a existência de padrões crescentes de consumo. De facto, outros estudos, a exemplo deste, têm demonstrado padrões de consumo estáveis e decrescentes entre estudantes universitários (Ståhlbrandt *et al.*, 2010; Benz *et al.*, 2017).

No que respeita ao ciclo de estudos, este estudo indicou uma associação entre o ciclo de estudos e o consumo de álcool para a amostra total. Observou-se nos diferentes ciclos de estudos (licenciatura, CTesP, mestrado integrado e mestrado/pós-graduação) uma maior frequência de estudantes com consumo de baixo risco do que com o consumo de risco ou nocivo. Por exemplo, 100% dos estudantes que frequentavam cursos técnicos superiores profissionais (CTesP), 80% dos que frequentavam licenciaturas, 88,6% mestrados integrados e 97,1% mestrados /pós-graduações declararam consumo de baixo risco. Por outro lado, 18,4% dos que frequentavam a licenciatura, 8,6% mestrado integrado e 2,9% mestrado/pós-graduação referiram consumo de risco enquanto 1,6% dos que frequentavam a licenciatura e 2,9% mestrado integrado referiram consumo nocivo.

Perante o exposto, verificou-se um decréscimo na distribuição dos estudantes relativamente ao consumo de álcool com a progressão no ciclo de estudos, sendo

possível inferir que ter progredido na escolaridade parece constituir um fator positivo contra o consumo de abuso do álcool. Contudo, esses resultados só se mostram significativos quando a amostra é considerada como um todo, deixando a associação de ser significativa quando os estudantes são considerados segundo o género. Apesar disso, mantém-se o registo de que o ciclo de estudos licenciatura foi o que apresentou, para ambos os géneros, maior frequência de consumos de risco e nocivo de álcool, indo de encontro à literatura que refere que os alunos do 1º ano ingerem maiores quantidades de álcool em comparação com os alunos dos anos seguintes. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Sebena e os colaboradores (2011) que revelaram uma mudança gradual no consumo de álcool com a progressão no ciclo de estudos. Em comparação com os alunos do primeiro ano, por cada aumento de um ano no ciclo de estudos ocorreu, nos alunos dos anos seguintes, uma redução no consumo episódico pesado, sendo a pressão social apontada como a principal causa dessa diferença.

Como o ingresso no ensino superior é um período de transição para a vida universitária, os estudantes apresentam uma maior suscetibilidade à influência e pressão dos pares para se sentirem acolhidos e integrados, o que pode justificar uma maior prevalência de consumo de álcool no primeiro ano de licenciatura, em comparação com os anos seguintes (Costa & Leal, 2016). Segundo Lopes (2004), o desejo de socialização e conexão com os pares é um denominador comum entre os estudantes do ensino superior (Fernandes, 2011) para o consumo de álcool, o que explica o facto de os alunos socialmente mais integrados consumirem maiores quantidades de álcool (Ferreira., 2008; Moutinho., 2018; Soares *et al.*, 2018). Na mesma linha de investigação, Strunin e os colaboradores (2014), ao estudarem o consumo de álcool em alunos do primeiro ano, antes e após 6 meses do ingresso no ensino superior verificaram um aumento significativo no consumo de álcool com o ingresso no ensino superior. Este resultado traduz, mais uma vez, a vulnerabilidade e suscetibilidade dos estudantes ao consumo e abuso de álcool com o ingresso no ensino superior (Dawson *et al.*, 2005; Quinn & Fromme, 2011; Langane, 2013; Barnes *et al.*, 2014; Oliver *et al.*, 2014; Chu *et al.*, 2016; Costa *et al.*, 2016; Lyvers *et al.*, 2018; Amare & Getnet, 2019; Flaudias *et al.*, 2019; Andrade *et al.*, 2021).

Por oposição aos resultados neste estudo, Araújo & Almeida (2015) rejeitou a hipótese de os estudantes do 1º ano consumirem mais álcool do que os estudantes dos restantes anos, uma vez que constatou que o consumo de álcool, especificamente de vinho e cerveja, foi superior nos alunos do 2º ano em comparação com os do 1º, não se

observando diferenças significativas entre os anos relativamente ao consumo de bebidas destiladas.

Quanto ao fator residência, os resultados neste estudo refletiram uma associação significativa entre esta variável e o consumo de álcool para a amostra total e o gênero feminino, na medida em que se observou um aumento do consumo de risco e nocivo de álcool e residir fora da residência habitual. A contrastar, o gênero masculino não apresentou uma associação entre a residência e o consumo de álcool, indicando que o fator residência não influenciou o padrão de consumo de álcool dos estudantes.

Estes resultados estão de acordo com várias investigações que encontraram uma associação significativa entre residir fora da sua residência habitual e o consumo de álcool, ao considerar-se a residência habitual durante o período escolar. As investigações referem que a experiência de maior liberdade e a aquisição de maior autonomia promovem um maior consumo de álcool na população do ensino superior (Harford *et al.*, 2002; Dantzer *et al.*, 2006; Page *et al.*, 2006; Park *et al.*, 2008; Cross *et al.*, 2009; Grácio *et al.*, 2010; Ståhlbrandt *et al.*, 2010; Sebens *et al.*, 2011; Ståhlbrandt *et al.*, 2012; Rodrigues *et al.*, 2014; Strunin *et al.*, 2014; Moutinho, 2018; Amare & Getnet, 2019; Rose *et al.*, 2020; Vera *et al.*, 2021). Porém, as diferenças encontradas na associação entre a variável residência e consumo de álcool em função do gênero podem ser resultado das normas e da aceitação cultural sobre o consumo de álcool, que aprovam como normativo este consumo pelos homens e, desaprovam-no nas mulheres (Murphy *et al.*, 2005; Santana & Negreiros, 2008; Pedrelli *et al.*, 2011; Yi *et al.*, 2017; Sæther *et al.*, 2019; Gonzalez & Vaughan, 2020). Face ao exposto, os estudantes não apresentam qualquer interferência da variável residência no padrão de consumo de álcool, uma vez que podem ingerir esta substância em qualquer contexto, por se tratar de um comportamento normativo, aceite pela sociedade e pelos seus familiares. Já as estudantes, pelo contrário, manifestam uma associação entre residir fora da sua residência habitual e maior consumo de álcool, uma vez que, pela desaprovação cultural, consomem álcool apenas nos contextos em que a intoxicação visível é um comportamento culturalmente aceite (Sæther *et al.*, 2019). A acrescentar a estas investigações, Cross e os colaboradores (2009) advogaram a existência de uma correlação entre o tipo de quarto nas residências estudantis e o consumo de álcool, alegando que os alunos que residem em salas de suítes apresentam maior probabilidade de consumirem álcool frequentemente, com maiores consumos de álcool e de “*binge drinking*”, em comparação com os estudantes que habitam quartos standards. Além

disso, constatou um efeito significativo do ambiente social no consumo de álcool na residência estudantil, com as estudantes que residem em andares exclusivamente femininos a relatarem menores consumos de álcool, em comparação com as que residem em andares mistos.

Contrariando estes resultados, Costa (2020) num estudo realizado com estudantes da universidade do Minho concluiu que viver fora da sua residência habitual não constitui preocupação para o consumo de bebidas alcoólicas, definindo como fator principal para o consumo de álcool a percepção que os estudantes têm relativamente à ingestão de álcool. Por esse motivo, reforça na investigação a necessidade de uma intervenção focada no conjunto de crenças e percepções associadas ao álcool, uma vez que são essas que influenciam as decisões dos estudantes sobre o consumo de álcool, em detrimento da importância atribuída à presença/ausência dos familiares. De igual modo, Moutinho (2018) também apoia a premissa de que são as crenças que os jovens desenvolvem em relação aos efeitos positivos ou negativos do ato de beber, como determinantes para o comportamento de consumo. A par desta investigação, Messina e os colaboradores (2021) verificaram numa amostra de estudantes italianos que estes também demonstraram inconsciência das implicações associadas ao consumo indevido de álcool, destacando a importância de informar os estudantes do ensino superior sobre os riscos associados ao seu consumo.

Por sua vez, a ausência de frequência numa tradição académica não desempenhou qualquer papel preditivo no consumo de álcool para a amostra total e para as estudantes, o que contraria os resultados de outras investigações que referem que maiores oportunidades de socialização e participação em atividades académicas favorecem o consumo de álcool. Em oposição, os estudantes masculinos demonstraram uma associação entre participar numa tradição académica e a presença de maiores consumos de álcool, o que corrobora outras investigações que indicam que os níveis mais elevados de consumo de álcool nos estudantes do ensino superior podem estar relacionados com o facto de o álcool desempenhar um papel facilitador nas interações sociais. Contrariamente às jovens, os estudantes tendem a recorrer ao álcool para cultivar amizades e intimidade, e participam mais frequentemente nos eventos académicos, o que pode explicar as diferenças encontradas entre os géneros para esta associação (Capone & Wood, 2007; Sæther *et al.*, 2019)

Relativamente à amostra total, a ausência de associação da frequência numa tradição académica com o consumo de álcool pode ser explicada pelas múltiplas

interações entre as características individuais dos estudantes e as do contexto, designadamente as normas de consumo específicas de cada instituição superior, e as particularidades das festas, que combinadas podem interferir na trajetória da experimentação ao consumo de álcool (Buettner *et al.*, 2011).

Diversos estudos têm enfatizado a influencia dos contextos físicos e sociais na experimentação de bebidas alcoólicas (Ferreira., 2008; Moutinho., 2018; Soares *et al.*, 2018). Nestas, as tradições académicas, como os jantares de curso, o cortejo, as praxes académicas, as festas académicas e a queima das fitas são contextos preditores de um consumo excessivo de álcool, tornado característica marcante dessas atividades académicas (Cabral, 2007; Grácio *et al.*, 2010; Rodrigues *et al.*, 2014; Costa. 2020; Trigo *et al.*, 2022; Trigo & Santiago, 2022). A exemplo de Mobash & Macaskill (2011) e Costa (2020) é importante realçar a grande influência da comunicação social na promoção do consumo e abuso do álcool nestas atividades académicas, associando a bebida à diversão, alívio do stress e integração no grupo de pares.

A corroborar estes dados, relatou o Diário de Notícias, em 2013, que o Instituto Politécnico do Cávado e Ave, em Barcelos, proibiu a realização de qualquer atividade de praxe no *campus* da academia após três alunos terem sido hospitalizados por ingestão excessiva de álcool em contexto de praxe académica (Ferreira, 2013). Em complemento a esta investigação, Costa (2020) apurou existir maior adesão à praxe académica pelos estudantes do ensino superior que percecionam positivamente o consumo de álcool, em detrimento dos que percecionam negativamente a ingestão de álcool. Como têm menor consciência dos riscos associados ao consumo de álcool, esses estudantes frequentam com maior regularidade situações festivas, contextos e momentos que incluem a ingestão de bebidas alcoólicas. Além desse fator, Quinn e os colaboradores (2011) sugeriram que ser estudante do ensino superior é, por si só, um fator preditor para o consumo excessivo de álcool, na medida em que os estudantes do ensino superior, em comparação com os pares não-estudantes, ingerem maiores quantidades de álcool devido à maior frequência de festas académicas, e ao maior tempo passado com o grupo de pares.

Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas, encontrou-se uma associação significativa entre o consumo de outras substâncias psicoativas e maiores consumos de álcool na amostra total. Os ansiolíticos apresentaram a maior associação com o consumo de baixo risco (78,6%), enquanto “outras substâncias” como MDMA, heroína, cocaína, haxixe e cogumelo alucinógeno apresentaram associação com o

consumo de risco (46,2%) e nocivo (15,4%) de álcool. Por sua vez, em relação ao gênero, também se verificou uma associação significativa entre o consumo de outras substâncias psicoativas e maiores consumos de álcool. Nas estudantes houve uma associação maior entre o consumo de ansiolíticos e os padrões de consumo de baixo risco (72,7%) e nocivo (9,1%) de álcool, e de “outras substâncias” como MDMA, heroína, cocaína, haxixe e cogumelo alucinógeno com o padrão de consumo de risco (50%) de álcool. Já nos estudantes, observou-se uma associação maior entre o consumo de canábis e derivados com o consumo de baixo risco (68,4%), e de “outras substâncias” como MDMA, heroína, cocaína, haxixe e cogumelo alucinógeno com o consumo de risco (40%) e nocivo (40%) de álcool. Face ao exposto, o consumo de canábis e derivados foi o que apresentou maior associação com o consumo de álcool, devendo-se, contudo, destacar, que para os homens o consumo de “outras substâncias” foi a variável que apresentou maior associação com o padrão de consumo nocivo de álcool, sendo, por sua vez, para as mulheres os ansiolíticos a substância que se associou com esse padrão de consumo de abuso de álcool.

São várias as investigações que corroboram os resultados apresentados. A título de exemplo, Jaisoorya e os colaboradores (2017) constataram nos estudantes com consumo de baixo e alto risco de álcool, um risco significativamente aumentado de consumirem, adicionalmente, tabaco ou outras drogas ilícitas, constituindo o consumo de álcool um fator preditor para o consumo de outras substâncias psicoativas (Araújo & Almeida, 2015; Willis *et al.*, 2019). A apoiar estes resultados, Araújo & Almeida (2015) constatou, numa amostra de estudantes da Universidade dos Açores, a presença de policonsumo de substâncias psicoativas, com os jovens a declararem consumos de álcool com alucinogénios e cocaína. Segundo autores como Shillington & Calpp (2001), Sousa (2014) e Araújo & Almeida (2015), o policonsumo de drogas está associado a uma maior incidência de consumo excessivo de álcool e, consequentemente, ao aumento da prática de comportamentos de risco. Isso pode explicar a maior associação encontrada neste estudo entre a presença do consumo de substâncias como MDMA, heroína, cocaína, haxixe e cogumelo alucinógeno com o padrão de consumo nocivo de álcool, particularmente entre os estudantes masculinos.

Na mesma linha de investigação, além do uso concomitante de álcool com alucinogénios e cocaína, Picolotto e os colaboradores (2007) encontraram um aumento de 4,7 vezes no consumo de álcool entre as estudantes do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo (Brasil) que faziam uso acrescido de benzodiazepínicos,

em comparação com as estudantes não consumidoras deste medicamento. Ressalta-se, contudo, que essa associação pode estar sobrestimada, na medida em que a amostra é composta predominantemente, por estudantes do gênero feminino (82%), o que pode explicar a maior prevalência encontrada nesta associação.

Porém, é importante ressaltar que esses resultados, bem como os encontrados neste estudo, parecem reafirmar a maior prevalência de níveis de ansiedade e stresse nas estudantes, bem como uma maior tendência para a automedicação e o consumo de álcool para o alívio desses sintomas. Nawaz e os colaboradores (2017), num estudo sobre prevalência do abuso de substâncias psicoativas, incluindo tabaco, naswar, benzodiazepinas, canábis e álcool, numa amostra de estudantes de Medicina, no Paquistão, observaram que as benzodiazepinas eram a segunda substância psicoativa mais consumida (32%). Os autores referem como razões para o maior consumo desse medicamento: a presença de elevados níveis de stresse; a área de estudos, uma vez que se trata de estudantes de medicina, que têm um contacto mais frequente com esses medicamentos, sendo a disponibilização dos mesmos sem receita médica facilitada; e uma maior tendência nos estudantes de medicina para a automedicação.

Por sua vez, para os estudantes, a canábis foi a substância que se associou com o consumo de baixo risco. Esses resultados corroboram as investigações encontradas, que concluíram que o uso concomitante de canábis e álcool está associado a motivos sociais. Segundo Sæther *et al.* (2019), o gênero masculino demonstra uma maior influência das normas e comportamentos sociais na presença de maiores consumos de álcool. De acordo com as investigações de White e os colaboradores (2019) e Meisel e os colaboradores (2021), existe uma influência significativa do papel dos amigos próximos nas normas e/ou comportamento para o consumo de álcool em simultâneo com a canábis, registando uma associação direta entre ter um grupo de amigos que consome simultaneamente canábis e álcool e o aumento da probabilidade desses estudantes também consumirem as duas substâncias.

Além disso, Willis e os colaboradores (2019) destacaram que o consumo de álcool e drogas nos estudantes do ensino superior é impulsionado por uma percepção deficiente da cultura universitária e por um desequilíbrio entre os riscos e recompensas associados a esses comportamentos. Por isso, identificaram como principais razões para o consumo de álcool e outras substâncias: o desejo do estudante de querer participar na “cultura universitária”, a presença da ideia de experimentação como “normativa” e a influencia da pressão dos pares. Neste contexto O’Hara e os colaboradores (2017)

também explicaram o uso concomitante de álcool e canábis pela presença de motivos sociais, constatando que maiores consumos de álcool e maior ingestão desta substância numa noite previram maiores ocasiões para o consumo de canábis.

Além dessas substâncias psicoativas, Hoeppe e os colaboradores (2014) descobriram, numa amostra de estudantes do ensino superior do primeiro ano dos EUA, uma associação entre o consumo de álcool e a presença de hábitos tabágicos, principalmente nos estudantes com consumo de tabaco menos frequente. No entanto, eles não encontraram uma relação entre a quantidade de álcool ingerida e a frequência de cigarros fumados. Em contraste com essa investigação, Gonzalez & Vaughan (2020) verificaram uma associação entre a presença de hábitos tabágicos e maiores consumos de álcool nos estudantes que fumavam tabaco, comparativamente com os que não fumavam. A par dessa investigação, Haardörfer e os colaboradores (2016) concluíram que o consumo de tabaco é um fator preditor para maiores taxas de consumo de canábis e álcool na população do ensino superior. Estes achados vão de encontro às evidências existentes de uma associação entre o consumo de álcool e o consumo de outras substâncias psicoativas, ocorrendo esse consumo em simultâneo, na população do ensino superior, como alternativa para a procura de prazer ou diversão, alívio de sintomas somáticos inespecíficos e do stresse psicológico (Picolotto *et al.*, 2007; Deressa & Azazh, 2011; Sousa, 2014; Nawaz *et al.*, 2017).

Considerando o período pandémico, encontrou-se uma associação entre essa variável e alterações no padrão de consumo de álcool na amostra total, com os estudantes com consumo de baixo risco a declararem manutenção ou redução dos consumos durante o confinamento obrigatório enquanto os estudantes que declararam aumento dos consumos, registaram maiores acréscimos nos consumos de risco e nocivo de álcool. Aparente, a facto de se estar isolado socialmente ou a viver com os pais constituíram fatores que obstaculizaram o consumo de álcool, propiciando uma menor frequência de consumos, expressa pela maior prevalência de jovens que declararam diminuição dos consumos nos grupos de consumo de baixo risco (79,7%), de risco (18%) e nocivo (2,3%) de álcool. Porém, apesar de se ter verificado a maior frequência na diminuição dos consumos, também se constatou uma tendência para o aumento nos que referiram consumo de risco e nocivo, respetivamente 41,7% e 5,6%, o que permite inferir que estes resultados variaram em função do padrão prévio de consumo anterior à pandemia.

Relativamente ao género, encontrou-se a maior representação desta associação nas estudantes com consumo de risco e nocivo de álcool, que declararam aumento dos consumos. Em contrapartida, não se observou uma associação entre estas variáveis para os estudantes.

Estes resultados são corroborados pela investigação de Gallassi e os colaboradores (2022) que constatarem, na maioria dos estudantes da sua amostra, uma redução no consumo de álcool e, numa minoria, um aumento dos consumos. O aumento do consumo de álcool durante o isolamento social foi associado, por um lado, a pior qualidade de vida, satisfação com a saúde e consigo mesmo, e frequência de sentimentos negativos e capacidade de concentração e, por outro lado, associado a maior satisfação com o apoio dos pares. A par desses resultados, também observaram um maior aumento no consumo de álcool nas estudantes (30,5%) comparativamente com os estudantes (26,7%) durante o período de pandemia, relacionando essas diferenças com uma maior necessidade das estudantes em ingerirem álcool para lidarem com a solidão e a infelicidade, e reduzirem o stresse. Para a amostra total e para os estudantes o aumento do consumo de álcool foi associado a melhorias no "apoio dos amigos".

Na mesma linha de investigação, Bountress e os colaboradores (2022) também verificaram uma diminuição nos consumos de álcool devido às alterações nos fatores ambientais, nomeadamente no aumento da monitorização dos pais com a mudança de residência, resultando numa diminuição da disponibilidade de álcool. Porém, numa amostra reduzida de estudantes consumidores regulares de álcool verificou a presença de maiores consumos de álcool entre aqueles que faziam maior uso de media. A corroborar esta investigação, Jackson e os colaboradores (2021) encontraram uma associação entre beber socialmente via Zoom e o aumento nos padrões de consumo de álcool durante o período de pandemia.

De um modo geral, neste estudo, o aumento dos comportamentos aditivos na amostra total foi associado aos padrões prévios de consumo de álcool à pandemia. Notou-se uma associação entre o aumento dos consumos de álcool nos estudantes com padrão de consumo de abuso de álcool, o que evidencia que esses grupos de estudantes, perante uma situação de vulnerabilidade, apresentam maior suscetibilidade à exposição de riscos adicionais perante circunstâncias de crise. O aumento nos consumos pode ter surgido associado à necessidade de ocupação de tempo livre, a residirem com os amigos durante o período de confinamento, à presença de fadiga pandémica e, por último, a

uma estratégia de *coping* para lidar com os estados psicológicos e o isolamento social. Por sua vez, a diminuição dos comportamentos aditivos encontrada na amostra total pode ser atribuída a menores oportunidades de convívio e lazer, em resultado do isolamento social, assim como também ao distanciamento da cultura de beber pesado característica do ensino superior, que foram obrigados a mudarem para a residência familiar e, conseqüentemente, a uma maior monitorização dos pais.

Relativamente às estudantes, o aumento verificado nos consumos de álcool durante o período de pandemia, associado aos padrões de consumo de risco e nocivo de álcool pode ser explicado, por um lado, pelos padrões prévios de consumo de álcool antes da pandemia que, numa situação de mudança, vulnerabilidade e stresse, favoreceu a manutenção de grandes consumos de álcool. Por outro lado, a presença de maiores níveis de stresse, solidão e infelicidade em resultado do isolamento social, pode ter levado a maiores consumos de álcool como forma de lidarem com a presença desses sintomas psicopatológicos. Em contrapartida, os estudantes não revelaram qualquer influência do período de pandemia, o que pode ser explicado não só pela capacidade de terem mantido virtualmente o contacto social com o grupo de pares, mas também pelo facto da mudança de residência não ter influenciado o consumo de álcool, uma vez que a sua ingestão é aceite como normativa para os homens. Por exemplo, Bountress e os colaboradores (2022) concluíram na sua investigação que beber com os familiares foi uma das razões para a presença de uma maior frequência na ingestão de álcool durante o período de pandemia.

Em contraste com os resultados deste estudo, Jackson e os colaboradores (2021) encontraram, numa amostra de estudantes americanos do ensino superior, uma mudança diferente no padrão de consumo de álcool durante a pandemia. Enquanto os bebedores pesados de álcool alteraram os seus consumos para moderado, os bebedores não-pesados de álcool apresentaram estabilidade ou aumento nos consumos. Entre os bebedores pesados de álcool a diminuição nos consumos ocorreu devido a menores oportunidades sociais, como o consumo social com amigos e colegas de quarto, a ausência de festas em resultado do isolamento social, e da alteração da residência, uma vez que passaram a viver com os pais. Por sua vez, o aumento do consumo de álcool entre os bebedores não-pesados foi atribuído à percepção distorcida de risco, assim como ao aumento do tédio e da angústia vivenciada durante o confinamento obrigatório.

Em linha com esta investigação, Schepis e os colaboradores (2020), ao compararem o período pré e pós encerramento de 7 instituições do ensino superior nos

EUA, observaram um aumento de 13% nos dias de consumo de álcool entre esses períodos. De igual modo, no pós encerramento, houve também uma maior prevalência de consumo de álcool e de consequências associadas a esse consumo, com uma diminuição de 4% dos dias de consumo excessivo de álcool. De modo semelhante, Zierer e os colaboradores (2022) constataram um aumento significativo no consumo de bebidas alcoólicas entre os estudantes do ensino superior durante o período de pandemia.

4.2. Variáveis preditivas do consumo de álcool

4.2.1. Alexitimia

Neste estudo, não se confirmou a hipótese de uma associação entre a presença de características alexitímicas com o consumo de álcool tanto na amostra total como no género masculino. De igual modo, também não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação nos três fatores em que se decompõe a escala de avaliação da alexitimia (TAS-20) e o consumo de álcool, tanto na amostra total como no género masculino. Em contrapartida, os resultados mostraram uma associação entre o consumo de álcool e a presença de traços alexitímicos no género feminino. Especificamente, observou-se uma associação significativa entre o consumo de álcool e a pontuação geral da escala e, quando a análise se centra nos três fatores que compõem a escala de avaliação da alexitimia, uma associação significativa entre o Fator 1: *“Dificuldade em Identificar Sentimentos”* (DIS) e o consumo de álcool.

Estes resultados contradizem outros trabalhos de investigação realizados no âmbito da associação entre a presença de alexitimia com o consumo de álcool na população do ensino superior (Lyvers *et al.*, 2018; Andrade *et al.*, 2021; Honkalampi *et al.*, 2022).

A título de exemplo, Andrade e os colaboradores (2021), na aferição da escala TAS-20 na população portuguesa, encontrou para a amostra total de estudantes do ensino superior de Psicologia uma correlação estatisticamente significativa entre a alexitimia e a adição ao álcool, especificamente entre a dimensão *“Dificuldade em Identificar Sentimentos”* (DIS) e o consumo de álcool, indicando que os estudantes com maiores dificuldades em identificar e compreender os seus sentimentos são mais propensos a apresentar um consumo problemático de álcool. De forma semelhante, a investigação realizada por Lyvers e os colaboradores (2018), utilizando o mesmo

instrumento de avaliação, também descobriu para a amostra total de estudantes australianos do ensino superior, uma relação entre a presença de alexitimia e o consumo de risco e nocivo de álcool. Os estudantes com traços alexítimicos foram encontrados como mais propensos a usar o consumo de álcool como uma estratégia para lidar com as suas emoções, procurando sentirem-se mais conectados com os seus sentimentos e, conseqüentemente, mais expressivos em situações sociais.

À semelhança destas investigações, numa revisão sistemática realizada por Honkalampi e os colaboradores (2022) em grupos populacionais diferentes, nomeadamente estudantes do ensino superior, pessoas com doença mental e sujeitos com dor crónica encontrou uma probabilidade aumentada de consumo de substâncias psicoativas em indivíduos com traços alexitimicos. Nos 52 estudos analisados constatou uma forte associação entre a alexitimia e o uso de qualquer substância, com a dimensão “*Dificuldade em Identificar Sentimentos*” apresentar a associação mais forte (DIS, $d = 0,64$), seguida pela “*Dificuldade em Descrever Sentimentos*” (DDS, $d = 0,44$) e, por fim, a associação mais fraca para o “*Pensamento Orientado Externamente*” (POE, $d = 0,19$). Curiosamente, contrariando os resultados obtidos no presente estudo, a revisão de Honkalampi *et al.* (2022) apontou para uma associação mais forte entre a presença de alexitimia e o consumo de substâncias em estudos cuja maioria da amostra foi composta por participantes do género masculino. Essas conclusões sugerem que a relação entre a alexitimia e o consumo de substâncias pode ser influenciada por fatores de género, sendo que a presença de traços alexítimicos pode afetar o comportamento de consumo de álcool de forma diferente em homens e mulheres.

As investigações de Homkolampi, *cit in.* Levant, Allen & Lien (2019) e Zhu *et al.* (2017) destacam um importante aspeto da relação entre a alexitimia e o consumo de álcool, que é a diferença entre os géneros no que diz respeito à expressão emocional. Esses estudos apoiam a hipótese da existência de "alexitimia masculina normativa (NMA)", que pode explicar a associação mais significativa entre a alexitimia e o consumo de álcool no género masculino encontrada nesses estudos. De acordo com essa perspetiva, os homens podem enfrentar dificuldades em expressar verbalmente os seus sentimentos e emoções, especialmente aqueles considerados negativos, como o stresse e a ansiedade. Isso pode ser atribuído ao papel tradicional do género masculino no processo de socialização, onde os homens são frequentemente ensinados a serem reservados em relação às suas emoções e a evitarem mostrar vulnerabilidade. Como resultado, os homens podem não desenvolver um vocabulário para as emoções e podem

ter dificuldade em comunicar eficazmente com os outros sobre os seus sentimentos, o que pode levar a uma maior propensão para a presença de características alexitímicas comparativamente com o género feminino. Essa dificuldade em expressar emoções pode levar os homens a adotar estratégias alternativas para lidar com o stresse e a ansiedade, como o consumo de álcool. Para alguns homens, o álcool pode servir como uma forma de aliviar temporariamente os sentimentos negativos ou como uma maneira de se sentirem mais relaxados e capazes de se socializarem. No entanto, essa abordagem pode ser problemática a longo prazo, uma vez que o consumo de álcool pode tornar-se uma estratégia mal-adaptativa para lidar com as emoções, resultando num maior risco para o abuso de álcool.

Os resultados neste estudo, que indicam uma associação significativa entre a presença de características alexitímicas e o consumo de álcool nas estudantes, e uma ausência desta associação para os estudantes, apontam para uma possível diferença na forma como os homens e mulheres lidaram com as suas emoções e recorreram ao álcool como uma estratégia para lidar com o stresse, ansiedade e o afeto negativo. Esta diferença pode ter sido influenciada por fatores culturais e sociais, que podem moldar as normas de género e as expectativas sobre como os homens e as mulheres devem expressar as suas emoções. Na cultura portuguesa, as mulheres são encorajadas a serem mais expressivas emocionalmente (Saavedra, 1997; Poeschl *et al.*, 2004; Espírito Santo, 2006; Pomar *et al.*, 2012), o que pode levar a uma maior vulnerabilidade para a presença de características alexitímicas, como a dificuldade em identificar sentimentos. Por outro lado, os homens são ensinados a suprimir as suas emoções e a não mostrar vulnerabilidade, o que pode reduzir a associação entre a alexitimia e o consumo de álcool para este género.

As investigações de Lyvers *et al.* (2018) e Linn *et al.* (2021) fornecem suporte adicional para a associação encontrada entre a alexitimia e o consumo de álcool. Esses estudos sugerem que a alexitimia pode estar relacionada com o consumo do álcool como uma forma de lidar com emoções negativas e como uma tentativa de conexão com os seus próprios sentimentos. Segundo estes autores, a presença de alexitimia é mediada pelo ato de beber para lidar com a ansiedade, o stresse e o afeto negativo (Lyvers *et al.*, 2018), pela existência de uma correlação entre as variáveis alexitimia e psicopatologia, uma vez que a alexitimia interrompe os processos de regulação emocional, aumentando, consequentemente, o afeto negativo e a utilização de estratégias desadaptativas (Linn *et al.*, 2021). Os resultados deste estudo indicam que

foram apenas as estudantes que revelaram dificuldades em identificar os seus sentimentos e que demonstraram uma associação entre a presença de sintomatologia psicopatológica designadamente, “somatização”, “sensibilidade interpessoal”, “depressão”, “ansiedade”, “hostilidade”, “ansiedade fóbica”, “ideação paranóide” e “psicoticismo” com o consumo de álcool. Diante do exposto, a relação entre estas variáveis pode ser explicada pelas relações encontradas por Lyvers *et al.* (2018) e Linn *et al.* (2021).

Além disso, esta associação nas estudantes só foi encontrada para o fator 1 “*Dificuldade em Identificar Sentimentos*” da escala TAS-20, não se observando qualquer associação significativa entre o consumo de álcool e as subescalas “Dificuldade em Descrever Sentimentos” e “Pensamento Externamente Orientado” da mesma escala. Estes resultados podem sugerir que esses fatores da alexitimia não foram diretamente relacionados ao comportamento de consumo de álcool nesta amostra específica de estudantes do ensino superior. Trata-se de um resultado consistente com os resultados encontrados na investigação de Linn *et al.* (2021), que explicou a ausência de associação da subescala “*Dificuldade em Descrever Sentimentos*” com o consumo de álcool pelas teorias da emoção e da regulação emocional, respetivamente, que propõem ser necessário primeiro identificar uma emoção antes de a descrever. Deste modo, a incapacidade de identificar uma emoção impede, conseqüentemente, a capacidade de descrevê-la. Assim, é a “*Dificuldades em Identificar sentimentos*” que leva a uma maior propensão para o consumo de álcool como uma estratégia para lidar com o afeto negativo, o que explica a associação encontrada. Por sua vez, como a subescala “*Pensamento orientado externamente*” mede um estilo de pensamento com maior foco nos acontecimentos externos em detrimento das experiências internas pode, por esse motivo, não envolver a necessidade do consumo de álcool como forma de lidar com os estados internos. Nesse sentido, os indivíduos recorrem a outras estratégias, nomeadamente ao foco nos acontecimentos externos para lidarem com o afeto negativo, o que também pode ter sido uma das razões pelas quais este fator não revelou associação com o consumo de álcool neste estudo, no conjunto das estudantes.

No entanto, é importante notar que essa associação não foi encontrada nos estudantes, o que pode indicar que os homens e as mulheres deste estudo podem lidar de forma diferente com as suas emoções e recorrer a diferentes estratégias de enfrentamento. Essa diferença pode ser influenciada pelas normas culturais e sociais sobre a expressão emocional, como anteriormente mencionado.

Neste contexto, os resultados de Linn *et al.* (2021) mostraram que a subescala "Dificuldade em Identificar Sentimentos" do TAS-20 foi a única que se relacionou indiretamente com problemas relacionados ao consumo de álcool e ao padrão de consumo de dependência de álcool em indivíduos diagnosticados com Perturbação do Uso do Álcool (PUA). Essa relação indica que o consumo de álcool pode ser uma estratégia utilizada por pessoas com alexitimia para lidar com a desregulação emocional e o sofrimento psicológico, o que leva a admitir a hipótese de que a alexitimia, quer seja um traço de personalidade, disposicional, ou um estado reativo a situações stressantes gerais, manifesta-se pela propensão nos indivíduos alexitímicos para a ação e pensamento pragmático, em detrimento do pensamento mais concentrado nas autoexperiências internas (Fonte, 1993).

a pontuação média de alexitimia foi maior nas mulheres do que nos homens, respetivamente 57,24 (DP = 10,40) e 54,53 (DP = 10,20). O mesmo sucedeu para a pontuação média na subescala da alexitimia "Dificuldade em Identificar Sentimentos" (DIS), sendo de 21.63 (DP=5.91) nas mulheres e 19,56 (DP=5.90) nos homens. Adicionalmente, foram encontradas relações significativas entre alexitimia e depressão, ansiedade, stresse, e satisfação geral com a vida. Além da presença de afeto negativo, ansiedade e stresse, as investigações de Bujarski e os colaboradores (2010) e Buettner e os colaboradores (2011) vieram indicar que a perceção de menor risco relacionado ao consumo de álcool também pode explicar a associação encontrada entre a alexitimia e o consumo de álcool nas estudantes. Esses estudos observaram que estudantes com traços de alexitimia têm uma maior propensão para maiores consumos de álcool e envolvimento em comportamentos prejudiciais relacionados com esse consumo devido à perceção de menor risco associado ao consumo de álcool. Outro fator relevante adicionado por Herman e os colaboradores. (2020) é o papel mediador da impulsividade nessa associação. Eles descobriram que a impulsividade atua como uma resposta mediadora para o alívio das sensações desagradáveis em indivíduos com traços alexitímicos. Dado que os estados afetivos são sentidos como sensações corporais inespecíficas e a regulação emocional adaptativa pode estar comprometida nos indivíduos com alexitimia, o consumo de álcool pode surgir como uma estratégia eficaz para a redução ou alívio momentâneo dessas sensações, com o comportamento impulsivo sendo reforçado negativamente e fortalecido ao longo do tempo (LaBrie *et al.*, 2014; Pallavi & Klanecky, 2016).

Diante desses resultados, fica evidente a importância de investigar junto dos estudantes do ensino superior com presença de traços alexitímicos as motivações que os levam a consumir álcool. É essencial focar na melhoria das competências de identificação e diferenciação das emoções e na implementação de estratégias preventivas que os ajudem a lidar com os défices de regulação emocional, stresse e ansiedade de maneira adaptativa e saudável. Essas estratégias podem moderar a influência da alexitimia e melhorar os resultados relacionados ao consumo de álcool (Mobach & Macaskill, 2011; Linn *et al.*, 2021).

4.2.2. Estratégias de *coping*

A questão das estratégias de *coping* tem sido identificada como um fator preditor importante para o consumo de álcool na população do ensino superior, com vários estudos a demonstrarem que os estudantes que recorrem a estratégias de *coping* como forma de fuga/evitamento ao stresse tendem a apresentar maiores consumos de álcool (Martens *et al.*, 2008; Quinn & Fromme, 2011; Corbin *et al.*, 2013; Deasy *et al.*, 2014; Walker & Stephens, 2014., Fisher *et al.*, 2020; Graves *et al.*, 2021), existindo, segundo Corbin *et al.* (2013) e Walker & Stephens (2014), evidência de uma forte associação entre a utilização de estilos de *coping* focados na emoção e no evitamento com o consumo excessivo de álcool e o desenvolvimento de problemas relacionados com o álcool.

Neste estudo, os dados obtidos na amostra total revelaram uma maior utilização de estratégias de *coping* de evitamento –utilização de esforços físicos ou cognitivos para gerir a situação stressante – por parte dos estudantes com consumo de risco e nocivo de álcool. Por sua vez, os estudantes com consumo de baixo risco e de risco de álcool, demonstraram um maior uso de estratégias de *coping* focadas no problema. Além disso, as estratégias de *coping* focadas no evitamento do problema e orientadas para a manipulação das emoções predominaram significativamente entre os estudantes com consumo de risco e nocivo de álcool.

Quanto às categorias de *coping*, duas dimensões revelaram-se preditivas da presença de maiores consumos de álcool: (1) “autoculpabilização”; (2) “uso de substâncias”. Estes resultados estão de acordo com estudos anteriores, que descobriram que a utilização de estratégias de *coping* orientadas para a cognição aumentam a propensão para a seleção e implementação de estratégias comportamentais

desadaptativas, designadamente o consumo de álcool (Martens *et al.*, 2008; Quinn & Fromme, 2011; Corbin *et al.*, 2013; Deasy *et al.*, 2014). O “uso de substâncias” é uma estratégia de *coping* de evitamento comumente utilizada pelos estudantes do ensino superior para lidarem com o stresse, especialmente por estudantes mais novos ou que estejam a cursar o primeiro ano de licenciatura, uma vez que tendem a experienciar níveis mais elevados de stresse em comparação com os alunos dos outros anos, devido às mudanças associadas ao ingresso no ensino superior (Luz *et al.*, 2009; Deasy *et al.*, 2014),

A par desta investigação, Deasy *et al.* (2014) verificou alterações no uso das estratégias de *coping* em função da idade; os estudantes com idades inferiores a 26 anos tendem a recorrer a estratégias de *coping* de fuga/evitamento enquanto naqueles com 26 ou mais anos predomina a utilização de estratégias de *coping* focadas no problema, nomeadamente a “*reinterpretação positiva*”, como forma de gerirem as situações stressantes. Além disso, também constataram que a residência foi um fator preditor para o “uso de substâncias”, tendo observado nos estudantes que residem com os pares, dada a ausência de apoio familiar, maiores níveis de stresse e, consequentemente, maior propensão para a adoção de respostas desadaptativas ao stresse, designadamente estratégias de fuga/evitamento.

Neste estudo, também se verificou, para a amostra total, que ser mais jovem e viver fora da residência habitual constituíram fatores preditores para o consumo de abuso de álcool. Sendo o *coping* avaliado como um traço, ou seja, como uma característica/disposição estável e presente antes, durante e após o consumo de álcool, permite-nos presumir a associação encontrada entre a presença de estratégias de *coping* e o consumo de álcool foi moderada por estas duas variáveis – idade e residência - nesta amostra de estudantes do ensino superior.

Além disso, também se observou uma associação entre a presença de estratégias de *coping* focada no problema nos estudantes com padrões de menor consumo de álcool, como aqueles de baixo risco e de risco de álcool, o que permite inferir que a utilização dessas estratégias constitui um fator de proteção para o consumo de abuso de álcool. Em apoio destes resultados, as investigações realizadas por Martens *et al.* (2008), Quinn & Fromme (2011), Corbin *et al.* (2013) e Walker & Stephens (2014), vieram mostrar que as estratégias de *coping* orientadas para o comportamento e focadas no problema estão associadas a maior propensão para a seleção e implementação de estratégias comportamentais protetoras para o consumo do álcool.

Nesta medida, segundo Fonte e os colaboradores (1995), o problema fundamental não é o recurso às estratégias de evitamento ou emocionais, mas sim a existência de um déficit global no uso das estratégias de *coping*, que deixa os jovens estudantes sem alternativas para lidarem com as novas situações de vida, predispondo-os a recorrerem às estratégias que melhor conhecem: o consumo de álcool. A corroborar este pressuposto, Deasy *et al.* (2014) descobriram que o “*uso de suporte emocional*”, uma estratégia de *coping* focada na emoção, é uma resposta adaptativa ao stresse para os estudantes do ensino superior. Também o estudo publicado por Sreeramareddy e os colaboradores (2007) com o questionário *Brief-COPE* para avaliar o *coping* em estudantes de medicina do Nepal, encontraram um predomínio na utilização de respostas cognitivas ativas, como a “*reinterpretação positiva*”, “*planeamento*” e “*coping ativo*” - estratégias de *coping* focado no problema; a “*aceitação*” e “*uso de suporte emocional*” - estratégias de *coping* focadas na emoção; e, por fim, a “*autodistracção*” - estratégias de *coping* de evitamento, para gerirem as situações de vida stressantes associadas ao contexto superior, sendo o “*uso de substâncias*” a estratégia menos utilizada por esta amostra de estudantes. Estes resultados demonstram que, na ausência de um déficit na utilização de diferentes estratégias de *coping* em resposta ao stresse, há uma menor tendência ao consumo de álcool como mecanismo geral e inespecífico para lidar com os acontecimentos de vida.

Desta forma, é possível identificar um estilo de *coping* que diferencia os estudantes com consumo de abuso de álcool (nocivo e de risco) dos com consumo de baixo risco: a) maior recurso a estratégias de evitamento orientadas para a cognição e emoção; b) presença de um déficit global na utilização de estratégias de *coping* adaptativas nos estudantes com padrão de consumo de abuso de álcool.

Relativamente à hipótese de existirem diferenças em função do género na utilização das estratégias de *coping* com o consumo de álcool, os resultados neste estudo comprovam esta hipótese. As estudantes revelaram uma associação entre a utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção, designadamente “*autoculpabilização*”, e estratégias de *coping* de evitamento, nomeadamente o “*uso de substâncias*”, com consumo de risco e nocivo de álcool. Por outro lado, para os mesmos padrões de consumo de álcool, os estudantes demonstraram uma associação com o uso de estratégias de *coping* de evitamento - “*uso de substâncias*”.

Por sua vez, nos estudantes com consumo de baixo risco e de risco de álcool, não se verificou uma associação entre o consumo de álcool e o *coping*, destacando-se

o “*humor*”, uma estratégia de *coping* focada na emoção, para o consumo de baixo risco e de risco de álcool nas estudantes.

Quanto à dicotomia das estratégias de *coping* focado no problema, focado na emoção e de evitamento, observou-se uma ausência de influência destas estratégias para o consumo de álcool nos estudantes. Em contrapartida, para as estudantes constatou-se uma associação significativa do *coping* focado no problema, com pontuações superiores para o consumo de baixo risco e de risco de álcool em comparação com o consumo nocivo. Além disso, o *coping* de evitamento apresentou-se associado ao consumo de risco e nocivo de álcool, em comparação com o padrão de baixo risco de álcool.

Face ao exposto, os resultados deste estudo indicaram maior predominância nos estudantes para a utilização de estratégias de natureza evitativa, nomeadamente o “*uso de substâncias*”, com padrões de consumo de risco e nocivo de álcool. Isto explica a presença de maiores consumos de álcool nos estudantes em comparação com as estudantes, na medida em que essa estratégia está relacionada com piores resultados adaptativos, nomeadamente maiores dificuldades na gestão do stresse e, naturalmente, maior propensão para maiores consumos de álcool e pior ajuste à situação stressante.

De igual modo, nas estudantes também se verificou que as estratégias de natureza evitativa predominaram, igualmente de forma significativa, para os padrões de consumo de risco e nocivo de álcool. Por outro lado, houve maior empenho na utilização das estratégias de natureza comportamental pelas estudantes com consumo de baixo risco e de risco de álcool. Ao nível das categorias de *coping*, duas dimensões revelaram-se preditivas da presença de maiores consumos de álcool: (1) “*autoculpabilização*”; (2) “*uso de substâncias*”. Em contrapartida, o “*humor*” exibiu pontuações superiores para o consumo de baixo risco e de risco, comparativamente com o consumo nocivo de álcool.

Estes resultados estão em contradição com o estudo publicado por Deasy *et al.* (2014) que, ao investigar as estratégias de *coping* utilizadas pelos estudantes perante situações de stresse, observou uma frequência maior nas estudantes, em comparação com os estudantes, do uso de estratégias de apoio social e de evitamento. Na mesma linha de investigação, Graves *et al.* (2021) verificaram que as estudantes apresentaram maiores níveis de stresse percebido em comparação aos estudantes e, utilizando o mesmo questionário *Brief-COPE*, identificaram para o género masculino um maior predomínio no uso de estratégias de *coping* focadas no problema, e, para o género

feminino uma maior propensão para a utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção, designadamente “*autodistração*”, “*uso de suporte instrumental*” e “*uso de suporte emocional*”. Por sua vez, não encontrou diferenças entre os géneros para as estratégias de *coping* focado no problema e de evitamento, mas constatou um maior predomínio no género feminino para a utilização de estratégias de *coping* focado na emoção. Também Costa & Leal (2006), utilizando a Escala Toulousiana de *Coping*, concluiu que o uso de suporte social foi uma estratégia maioritariamente utilizada pelas estudantes e, por sua vez, a distração/recusa e conversão/adição foram mais utilizadas pelos estudantes.

Face ao exposto, há, de facto, diferenças entre os géneros para lidarem com as situações stressantes/adversas, evidenciadas pela maior procura de apoio e partilha de sentimentos pelas estudantes, e pela maior capacidade de reação como se o problema não existisse pelos estudantes, que desenvolvem, consequentemente, atividades para se distraírem, alterando os seus comportamentos de modo a aceitarem melhor a situação, adotando, por vezes, comportamentos de compensação, como o consumo de álcool e outras drogas para lidarem com as situações stressantes. Desta forma, beber álcool para melhorar o estado emocional e lidar com os afetos negativos está consistentemente relacionado com o consumo nocivo de álcool (Fisher *et al.*, 2020).

4.3.4. Sintomas e Estados Psicopatológicos

Excetuando Hostilidade e Psicoticismo, nenhuma outra subescala de autoavaliação para estados e traços psicopatológicos do BSI se associou ao consumo de risco e nocivo de álcool. O mesmo se verificou para a análise dos índices globais dos sintomas psicopatológicos, em que apenas o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que traduz essencialmente uma associação entre a gravidade dos sintomas presentes e o mal-estar experimentado em resultado desses sintomas, com maiores consumos de álcool

O facto de Hostilidade e Psicoticismo se associarem aos padrões de maior consumo de álcool, para o conjunto da amostra, deve ser lido em conjunto com o indicador que aponta para a maior intensidade dos sintomas experimentados pelos participantes do estudo. Em apoio a essa associação, Sebens *et al.* (2011), ao estudarem uma amostra de estudantes do ensino superior de quatro universidades em Kosice, Eslováquia, verificaram que os estudantes que ingerem álcool como forma de enfrentamento (*coping*) podem ser mais propensos a beber sozinhos, e em casa,

aumentando o risco de PUA. Na mesma linha de investigação, Armeli e os colaboradores (2014) concluíram que beber sozinho ou em situações não sociais pode ter um efeito imediato sobre a ansiedade, mas um efeito mais tardio sobre os sentimentos de tristeza, raiva e hostilidade, em consequência do aumento do foco atencional induzido pelo consumo de álcool nos estados de humor negativos, o que pode explicar, mais uma vez, a associação entre a presença de maiores níveis de sintomas de hostilidade na amostra total e maiores consumos de álcool. A acrescentar a esse pressuposto, Sæther et al. (2019) observaram que estudantes com padrão de consumo de risco ou nocivo de álcool apresentavam mais queixas de saúde mental em comparação com os estudantes com consumo de baixo risco e, os estudantes com consumo nocivo de álcool relatavam maior experiência de solidão emocional e social.

Por sua vez, o psicoticismo está associado a impulsividade e à procura de sensações, sendo o álcool uma substância consumida pelos estudantes universitários para a procura de sensações de prazer (Webb *et al.*, 1996; Oliver *et al.*, 2014; Lannoy *et al.*, 2019; Messina *et al.*, 2021), e como estratégia de *coping* para colmatar as dificuldades de regulação emocional (Pitkänen *et al.*, 2008; Martens *et al.*, 2008; Preonas & Lau-Barraco, 2019; Hartmann *et al.*, 2020), pelo que ambos os motivos podem explicar a associação entre o psicoticismo e maiores consumos de álcool. A corroborar esta ideia, Rosenthal *et al.* (2018) descobriram numa amostra de estudantes do ensino superior, que aqueles que são mais impulsivos, ou apresentam maiores dificuldades de autorregulação utilizam o álcool para lidar com os afetos negativos, correndo, conseqüentemente, maiores riscos de experimentarem conseqüências negativas associadas ao consumo de álcool.

Contudo, os resultados da literatura existente apontam para uma associação entre a ansiedade e a depressão com uma evolução desfavorável no consumo de álcool nos estudantes do ensino superior (Pedrelli *et al.*, 2011; Tembo *et al.*, 2017; Acuff *et al.*, 2018; Dormal *et al.*, 2018; Kenney *et al.*, 2018; Rosenthal *et al.*, 2018; Couture *et al.*, 2019; Preonas & Lau-Barraco, 2019; Sæther *et al.*, 2019; Fonte & Macedo, 2020; Jensen *et al.*, 2021; Vieira *et al.*, 2021).

A título de exemplo, Preonas & Lau-Barraco (2019) ao relacionarem a saúde mental com os comportamentos de risco nos estudantes concluem pela existência de correlações positivas entre a ansiedade e o consumo de álcool, ao notaram que um aumento do consumo de álcool provocou um aumento da sintomatologia ansiogénica. Relativamente aos sintomas depressivos, segundo Sæther *et al.* (2019), beber álcool foi

uma estratégia de *coping* utilizada pelos estudantes para lidarem com os estados afetivos negativos, causa da associação entre a presença de humor deprimido e o consumo de álcool. Na mesma linha de investigação, Rosenthal *et al.* (2018) testemunharam nos estudantes com maior propensão para a utilização de estratégias de *coping* de evitamento, designadamente o “*uso de substâncias*”, um maior risco para a depressão. A par dessa investigação, Kenney e os colaboradores (2018) concluíram haver um maior risco de consequência negativas associadas à ingestão de álcool quando utilizado para alívio dos sintomas depressivos, independentemente do nível de etilismo, o que permite comprovar o risco aumentado do consumo de álcool quando associado a presença de humor deprimido. Resultados semelhantes foram descritos por Acuff e os colaboradores (2018) que ao estudarem a presença de sintomas depressivos, a recompensa, e problemas relacionados com o consumo de álcool em 138 estudantes americanos do ensino superior com consumo pesado de álcool, ao longo de 12 meses, concluíram existir uma comorbidade entre a depressão e o consumo de álcool, visto que níveis elevados de sintomas depressivos foram preditivos para o aumento da dependência fisiológica, académica e ocupacional, do autocuidado, da autopercepção, do controle prejudicado e de problemas relacionados ao consumo de álcool. Nos estudantes com sintomas depressivos também foram observadas maiores dificuldades de autorregulação e, conseqüentemente, menor utilização de estratégias de *coping* adaptativas, e maior propensão para o consumo de álcool como forma de lidarem com o afeto negativo. Por sua vez, Preonas & Lau-Barraco (2019) verificaram que a regulação emocional mediou a relação entre os sintomas depressivos e os problemas ligados ao consumo de álcool. A presença de níveis elevados de sintomas depressivos foi associada com menor capacidade de regulação emocional e, por sua vez, a consequências mais graves ligadas ao álcool. Por outro lado, a necessidade de afeto atuou como mediadora inversa, ou seja, a presença de níveis elevados de sintomas depressivos relacionou-se com menor necessidade de afeto e, maiores consumos de álcool.

A par desta investigação, Vieira *et al.* (2021), ao estudarem a associação entre comportamentos não saudáveis e a presença de sintomas depressivos, encontraram uma maior prevalência de sintomas depressivos nos estudantes com comportamentos de risco relacionados ao estilo de vida, nomeadamente com o consumo de bebidas com maior teor alcoólico, em comparação com estudantes com comportamentos mais saudáveis. Complementando esta investigação, Couture e os colaboradores (2019)

descobriram que os estudantes com sintomas depressivos ingerem intencionalmente quantidades elevadas de álcool para induzirem a perda de memória, uma vez que o consumo de álcool lhes permite reduzir os pensamentos relacionados a essa sintomatologia, e aumentarem a capacidade para um conteúdo de pensamento mais adaptativo. Dessa forma, bebem grandes quantidades de álcool porque os torna incapazes de reterem os pensamentos negativos na memória de trabalho, especialmente quando bebem com os pares, reduzindo a ruminação sobre o passado e promovendo um maior foco no presente, o que, segundo Couture *et al.* (2019), pode explicar a associação entre a sintomatologia psicopatológica e o consumo de álcool nos estudantes do ensino superior.

Estas explicações são congruentes com a associação significativa entre as subescalas “somatização”, “sensibilidade interpessoal”, “depressão”, “ansiedade”, “hostilidade”, “ansiedade fóbica”, “ideação paranóide” e “psicoticismo”, e um padrão de consumo mais intenso (consumo de risco e consumo nocivo de álcool) na subamostra feminino. O mesmo se aplica aos índices globais do BSI (*Índice de sintomas positivos* - ISP; *Índice Geral de Sintomas* – IGS; e *Total de sintomas positivos* - TSP)), que também apresentaram diferenças estatisticamente significativas segundo os níveis de consumo na subamostra feminino mas não na subamostra masculina.

De acordo com diversos estudos é expectável encontrar-se uma associação entre a presença de sintomatologia psicopatológica e o consumo de álcool nos estudantes do ensino superior (Monteiro, 2008; Pedrelli *et al.*, 2011; Langane, 2013; Armeli *et al.*, 2014; Tembo *et al.*, 2017; Acuff *et al.*, 2018; Dormal *et al.*, 2018; Kenney *et al.*, 2018; Couture *et al.*, 2019; Preonas & Lau-Barraco, 2019; Sæther *et al.*, 2019; Fonte & Macedo, 2020; Jensen *et al.*, 2021; Vieira *et al.*, 2021). Nesse contexto específico, em resposta às exigências académicas e psicossociais, e à presença de expectativas eventualmente irrealistas (Monteiro, 2008), os estudantes experienciam níveis mais elevados de ansiedade e stresse, que resulta no mal-estar que decorre da presença desses sintomas, surgindo o consumo de álcool como um possível inibidor desses sintomas. Nesse sentido, vários autores (Monteiro, 2008; Fonte & Macedo, 2020; Yoo *et al.*, 2020) referem que o ingresso no Ensino Superior é um contexto potenciador de maiores vivências de stresse e ansiedade e um facilitador do consumo de álcool, visto como um comportamento normalizador e uma atitude de exploração inerente a esse ambiente. Por esse motivo, o consumo de álcool é maior nesta população quando comparada com os pares da mesma idade; e, quando comparada com a população geral, os alunos mais

novos ou que estão a frequentar o 1º ano de licenciatura apresentam maiores níveis de consumo de álcool (Preonas & Lau-Barraco, 2019).

Quanto à associação entre sintomas psicopatológicas e o consumo de álcool em função do género, os resultados parecem demonstrar que as estudantes, em comparação com os estudantes percecionam a vida académica de forma mais ansiogénica (Langane, 2013), exibindo, conseqüentemente, maiores dificuldades de adaptação emocional, surgindo o consumo de álcool como estratégia para lidar com a sintomatologia psicopatológica. Estes resultados são corroborados pela investigação realizada por Pedrelli *et al.* (2011), que verificara nas estudantes uma prevalência superior de sintomas depressivos em comparação com os estudantes, mas exibiram apenas um maior risco para compulsão para beberem na presença de sintomas depressivos. Por sua vez, os estudantes, apesar de terem apresentado menor sintomatologia depressiva, demonstraram uma maior predisposição para elevados consumos diários de álcool e maior risco para beberem compulsivamente, uma vez que beber é considerado culturalmente como um comportamento normativo para a resolução da presença desta sintomatologia nos homens.

Estas conclusões podem explicar os resultados encontrados no presente estudo, visto que, apesar dos estudantes apresentarem maiores consumos de álcool do que as estudantes não revelaram qualquer associação entre a sintomatologia psicopatológica e o consumo de álcool. Este dado permite inferir que o consumo de álcool nos estudantes não está associado à sintomatologia psicopatológica, mas à busca de prazer e satisfação social. Ou seja, nos estudantes masculinos os estados emocionais negativos não parecem constituir fatores que os incitem ao consumo de álcool como forma de lidar com os mesmos. A corroborar esta ideia, Sæther *et al.* (2019), ao investigarem separadamente os géneros, constataram que os estudantes que relataram consumo de risco tinham mais amigos íntimos do que os estudantes que relataram consumo de baixo risco, pelo que ingerir maiores quantidades de álcool parece estar associado a uma melhor satisfação social nos estudantes, observando-se o oposto para as estudantes.

Porém, como é observado por Pedrelli *et al.* (2011), os dados existentes na literatura sobre estudantes universitários relacionados com o consumo de álcool e sintomatologia psicopatológica não se revelam consistentes, particularmente quando se consideram as diferenças de género. Todavia é possível inferir uma conclusão; homens e mulheres apresentam relações diferentes entre sintomatologia psicopatológica e consumo de álcool.

Entre estas duas variáveis fica por esclarecer qual o sentido da relação. Ou seja, é a presença de sintomas psicopatológicos que induz os consumos de álcool, ou são os consumos de álcool que dão origem à manifestação dos sintomas psicopatológicos, ou, ainda, são ambas as variáveis que surgem em simultâneo, tratando-se, desta forma, de uma comorbidade (Dormal *et al.*, 2018). Várias hipóteses podem explicar as diferentes relações, nomeadamente a presença de maiores consumos de álcool ser a causa para a presença de sintomas psicopatológicos, na medida em que o consumo de maiores quantidades de álcool está associado à presença de maiores consequências negativas, como problemas de saúde mental e física, isolamento social, entre outros. Além desta hipótese, também é possível que a presença de maiores consumos de álcool seja a consequência da presença de sintomas psicopatológicos, uma vez que se constatou que os estudantes tendem a utilizar o álcool como resposta para a redução ou alívio dos afetos negativos causados pela presença de sintomatologia psicopatológica. Por último, também se pode tratar de uma comorbidade, uma vez que pode existir um ciclo vicioso negativo em que a presença de maiores problemas de saúde mental reforça mutuamente, a presença de maiores consumos de álcool, e vice-versa, surgindo ambas as condições em simultâneo (Jensen *et al.*, 2021).

Mas, independentemente da natureza da relação entre os sintomas psicopatológicos e o consumo de álcool é essencial que as ações que venham a ser implementadas para diminuir o consumo nocivo de álcool entre estudantes do ensino superior levem em consideração o papel do gênero e dos sintomas psicopatológicos no desenvolvimento do comportamento problemático de consumo de álcool.

4.2.3. Perceção da satisfação com a vida

A perceção da satisfação com a vida não apresentou associação com o consumo de álcool, tanto para a amostra total como em função dos géneros. O instrumento de avaliação utilizado, a *Escala de Satisfação com a vida* (SWLS), reflete essencialmente a visão que o sujeito tem ou sente quando pensa sobre o seu modo de viver. Nesse contexto, a avaliação desta variável junto da população do ensino superior não demonstrou qualquer associação com o consumo de álcool.

No entanto, é importante ressaltar que investigações anteriores apresentaram resultados contraditórios, revelando associações significativas entre menor satisfação com a vida e maior consumo de álcool entre os estudantes do ensino superior,

considerando também as diferenças de gênero (Murphy *et al.*, 2005; Diulio *et al.*, 2014; Yi *et al.*, 2017; Dormal *et al.*, 2018; Sæther *et al.*, 2019; Jensen *et al.*, 2021).

A título de exemplo, Jensen *et al.* (2021) conduziram um estudo com estudantes noruegueses do ensino superior, utilizando as escalas de avaliação da satisfação com a vida (SWLS) e o consumo de álcool (AUDIT). Os resultados demonstraram que um aumento unitário padronizado na satisfação com a vida reduziu as chances de os estudantes relatarem consumo de álcool de risco e nocivo, bem como a probabilidade de apresentarem potenciais problemas relacionados ao álcool. Os achados também indicaram que um nível moderado de satisfação com a vida foi associado a maior probabilidade de os estudantes apresentarem consumo de álcool de risco, enquanto um nível reduzido de satisfação com a vida esteve relacionado com maior probabilidade de consumo nocivo de álcool. Esses resultados corroboram a hipótese de níveis elevados de satisfação com a vida atuarem como fator protetor contra o consumo abusivo de álcool. Yi e os colaboradores (2017) e Dormal e os colaboradores (2018) também constatarem uma diminuição na satisfação com a vida associada aos hábitos de consumo “*binge drinking*”, consumo de risco e consumo nocivo de álcool. De forma semelhante, Sæther *et al.* (2019), ao investigarem a associação entre o consumo de álcool, a satisfação com a vida e as características sociais e psicopatológicas num grupo de estudantes noruegueses, revelaram que os estudantes com consumo de risco de álcool, apresentaram uma ligeira redução na satisfação com a vida, além de relatarem mais queixas de saúde mental, mais amigos próximos, mas menos solidão social. Por outro lado, nos estudantes com consumo nocivo de álcool, apesar de também ter sido observada uma associação com menor satisfação com a vida e mais queixas de saúde mental, notou-se a presença de mais solidão emocional e social. Em contraste com essas conclusões, os abstêmicos não demonstraram qualquer redução na satisfação com a vida, embora tenham relatado ter menos amigos próximos e maior solidão social.

Os resultados dos estudos mencionados corroboram a hipótese de que o consumo de álcool na população do ensino superior, é frequentemente utilizado como estratégia para promover a satisfação com a vida, bem como um meio de socialização. No estudo realizado por Sæther *et al.* (2019), os estudantes abstêmicos experimentam maior solidão social devido à redução das oportunidades de socialização, mas não apresentam alterações na satisfação com a vida, reforçando a ideia de que altos níveis de satisfação com a vida atuam com fator protetor contra o consumo abusivo de álcool. Por sua vez, o estudo de Dormal *et al.* (2018) demonstrou que o consumo abusivo de

álcool pode ser um fator de risco para a insatisfação com a vida, associado a mais consequência negativas e problemas relacionados ao seu consumo.

Assim, a associação entre estas variáveis pode ser explicada pela percepção da satisfação com a vida, na medida em que se verificou que estudantes do ensino superior tendem a beber álcool quando percebem uma diminuição na satisfação com a própria vida, iniciando um processo de autorregulação com o objetivo de equilibrar e promover a satisfação pessoal. No entanto, esta associação também pode ser o resultado dos elevados padrões de consumo de álcool, uma vez que tal consumo está associado a um declínio na satisfação com a vida, devido às consequências negativas e problemas relacionados com esse consumo.

Nesta perspectiva, a presença de insatisfação com a vida está associada ao consumo de álcool. Estudantes com reduzida satisfação com a vida expressam consumos de risco ou nocivo de álcool, além de enfrentarem mais problemas relacionados a esse consumo (Dormal *et al.*, 2018; Sæther *et al.*, 2019; Jensen *et al.*, 2021). Além disso, em relação ao gênero, essa associação varia em função dos diferentes domínios da satisfação com a vida. Estudantes demonstram uma influência negativa da diminuição da satisfação com a vida geral, social e escolar e maiores consumos de álcool. Por sua vez, as estudantes revelam uma associação entre menor satisfação com a vida geral e com a antecipação do futuro com o consumo de álcool. Nesse contexto, o consumo de álcool entre os estudantes masculinos mostrou-se associado a uma maior satisfação social, atingindo um pico em torno de 3 a 4 episódios de ingestão de álcool por semana, com um impacto negativo quando esse número de episódios é ultrapassado (Murphy *et al.*, 2005).

Estes resultados evidenciam que os estudantes, em contraste com as estudantes, apresentam uma maior dependência dos benefícios sociais associados ao consumo de álcool, visto que o álcool atua como um facilitador nas interações interpessoais, ajudando-os a cultivar amizades e intimidade (Capone & Wood, 2007). Por outro lado, nas estudantes não se observa uma influência tão acentuada do álcool na satisfação social, o que pode estar relacionado à desaprovação cultural do consumo de bebidas alcoólicas por mulheres. Em suporte dessas hipóteses, uma investigação realizada por Sæther *et al* (2019) concluiu que o gênero masculino tende a consumir mais álcool do que o feminino, e que as normas percebidas e a influência dos pares em relação ao álcool parecem afetar mais os estudantes do que as estudantes. Além disso, a

intoxicação visível é culturalmente mais aceite no género masculino do que no feminino.

Diante do exposto, os estudantes, em comparação com as estudantes, apresentam uma influência significativamente maior da insatisfação com a vida no consumo excessivo de álcool (Dormal *et al.*, 2018; Jensen *et al.*, 2021). Essa associação reforça a importância de compreender como a satisfação com a vida pode estar interligada ao padrão de consumo de álcool, especialmente em diferentes géneros, visando a implementação de estratégias preventivas e de intervenção adequadas para promover a saúde e o bem-estar dos estudantes do ensino superior.

Em contraste com estes resultados, e apesar de Yi *et al.* (2018) também terem encontrado uma associação entre a insatisfação com a vida e o consumo de álcool, não constataram diferenças entre homens e as mulheres estudantes para esta associação. Desta forma, concluíram que, para ambos os géneros, a prevalência de consumo excessivo de álcool foi significativamente menor entre os alunos com um nível mais alto de satisfação com a vida, os quais também demonstraram menor consumo de outras substâncias como tabaco, drogas ilícitas e medicamentos, além da ausência de sintomas depressivos.

A ausência de associação entre a percepção de satisfação com a vida e o consumo de álcool no presente estudo pode ser atribuída a vários aspetos. Por um lado, as características da escala utilizada para avaliar o construto "satisfação com a vida". Segundo Reppold e seus colaboradores (2019), por razões culturais inerentes à cultura portuguesa, pode ser difícil definir o que é a "vida ideal" ou delimitá-la devido às influências de saudosismo, pessimismo ou moderação instituídas socioculturalmente. Esses fatores podem ter contribuído para que os resultados obtidos apresentem um viés de desejabilidade social, o que pode ter influenciado a variabilidade das respostas desta amostra, independentemente do padrão de consumo de álcool.

Por outro lado, essa associação pode ser mediada por outros fatores ou variáveis confundidoras, que não foram contempladas neste estudo. Por exemplo, o insucesso e inadaptção escolar (Pitkänen *et al.*, 2008), as relações familiares (Settertobulte *et al.*, 2001; White & Jackson, 2005; Matos, 2008; Pitkänen *et al.*, 2008) e os problemas de socialização (Pitkänen *et al.*, 2008; Oliver *et al.*, 2014; Strunin *et al.*, 2014; Hartmann & McLeish, 2020; Yoo *et al.*, 2020; Messina *et al.*, 2021). Esses fatores não foram considerados nem controlados nas análises, mas pode-se hipotetizar que pudessem contribuir, pelo menos em parte, para a explicação dos modelos estatísticos, uma vez

que essas variáveis podem variar consideravelmente de pessoa para pessoa e a presença ou ausência de satisfação com a vida e a resposta ao consumo de álcool podem também depender da presença desses fatores individuais e ambientais.

No entanto existem alguns estudos, também conduzidos com amostras de estudantes do ensino superior, que não encontraram associação entre consumo de álcool e satisfação com a vida (Langane, 2013; Araújo & Almeida, 2015), ou constataram apenas uma ligeira redução na satisfação com a vida entre estudantes com um padrão de consumo de álcool de risco e de baixo risco (Sæther et al., 2019). Nesse sentido, a distribuição da presente amostra, com um menor número de estudantes nas categorias de consumo de maior risco, pode ter condicionado a detecção de diferenças significativas para esta variável.

4.3. Variáveis preditoras do consumo de álcool

Enquanto a primeira parte desta discussão procurou estabelecer as diferenças entre os três grupos evolutivos, a finalidade desta segunda parte é de proporcionar um modelo de consumo de abuso de álcool que possa contribuir para a identificação das variáveis preditoras explicativas mais significativas na amostra inquirida de jovens adultos universitários, com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos.

Nesta medida, relativamente às variáveis sociodemográficas foram definidos como fatores protetores: ser mais velho e residir com os pais durante o período escolar; e como fatores de risco: ser do género masculino, participar em grupos académicos e consumir substâncias psicoativas.

A idade foi uma das variáveis que se relacionou com a diminuição do consumo de risco, na medida em que se constatou que um aumento de uma unidade na idade reduziu a possibilidade em 26,1% de ocorrer consumo de risco relativamente ao consumo de baixo risco. Este resultado está de acordo com os estudos que demonstraram que o consumo de álcool nos estudantes universitários tende a reduzir com o aumento da idade (Cross *et al.*, 2009; Ståhlbrandt *et al.*, 2010; Quinn *et al.*, 2011; Sebens *et al.*, 2011; Mason-Jones *et al.*, 2015; Moure-Rodríguez *et al.*, 2016; Tembo *et al.*, 2017; Jensen *et al.*, 2021; Vera *et al.*, 2021). Desta forma, foi nos estudantes mais novos que se verificaram maiores consumos de álcool, pelo que ser mais velho constituiu um fator de proteção nesta amostra específica. Além deste fator, residir com os pais durante o período escolar também constitui um fator de proteção, reduzindo em 45,9% a possibilidade do consumo de risco face ao consumo de baixo risco. Este

resultado também está de acordo com a literatura apresentada, na medida em que se verificou que quanto maior é a experiência de liberdade e a aquisição de autonomia, maiores são os consumos de álcool na população universitária (Harford *et al.*, 2002; Dantzer *et al.*, 2006; Page *et al.*, 2006; McCabe *et al.*, 2007; Park *et al.*, 2008; Cross *et al.*, 2009; Grácio *et al.*, 2010; Ståhlbrandt *et al.*, 2010; Sebens *et al.*, 2011; Rodrigues *et al.*, 2014; Strunin *et al.*, 2014; Moutinho, 2018; Amare & Getnet., 2019; Rose *et al.*, 2020; Ståhlbrandt *et al.*, 2021; Vera *et al.*, 2021).

Por outro lado, ser homem foi identificado como um fator de risco para o consumo de risco, uma vez que se concluiu que a possibilidade da preferência pelo consumo de risco foi 145,1% maior nos estudantes, em comparação com as estudantes, o que está de acordo com a literatura apresentada, em que se comprovou que o consumo de álcool é superior nos homens, em comparação com as mulheres (Sreeramareddy *et al.*, 2007; Rocha, 2011; Yi *et al.*, 2017). A mesma relação foi observada para a participação em grupos académicos, na medida em que se constatou que participar em grupos académicos aumentou 124,2% a possibilidade do consumo de risco. Quanto ao consumo de substâncias psicoativas associadas ao consumo de álcool, verificou-se que quem não consome qualquer substância reduziu em 0,086 vezes a possibilidade de ter consumo de álcool de risco. Um aspeto de revelo é o facto de todos os sujeitos com consumo nocivo de álcool terem feito consumo de alguma substância psicoativa. No entanto, sendo o número de elementos da nossa amostra nessa condição muito reduzido, inviabilizou estimar o teste de Wald e a subsequente avaliação da probabilidade de ocorrência do efeito, o que não deixa de poder concluir-se que o consumo de substâncias psicoativas em simultâneo com o consumo de álcool é fator preditor para o consumo nocivo de álcool (Picolotto *et al.*, 2007; Javier *et al.*, 2013; Sousa, 2014; Araújo, 2015; Jaisooriya *et al.*, 2017; Gunn *et al.*, 2021).

Quanto à alexitimia revelou ser um fator de risco para o consumo de abuso de álcool, na medida em que demonstrou ser 0,372 vezes menor a possibilidade dos estudantes com “*moderada alexitimia*”, comparativamente aos estudantes com “*elevada alexitimia*”, exibirem consumo de risco de álcool, o que significa, por outro lado, que quem apresenta “*elevada alexitimia*” tem maior probabilidade de ter um padrão de consumo de risco do que ter unicamente consumo de baixo risco. Outro aspeto a considerar é o facto do Fator 1, “*Dificuldade em identificar sentimentos*” (DIS), avaliado pela Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), contribuir para o aumento do consumo nocivo que, comparativamente ao consumo de baixo risco, vê

aumentada 1,2 vezes a possibilidade de ocorrer por cada aumento de uma unidade desse fator. Estes resultados estão aparentemente em concordância com a literatura, que encontraram uma associação significativa entre a presença de elevada alexitimia e o consumo de álcool, com a dimensão DIS a apresentar a associação mais forte nessa relação (Hamaideh, 2017; Andrade *et al.*, 2021; Linn *et al.*, 2021; Honkalampi *et al.*, 2022).

Outro dado a realçar é a quase ausência dos estilos de *coping* no modelo de consumo de abuso de álcool, sobretudo na predição do consumo nocivo de álcool, havendo apenas três subescalas que demonstram associação com esse padrão de consumo de álcool. Assim, encontrou-se apenas uma participação significativa no aumento da possibilidade de consumo nocivo de álcool, com a subescala “*autoculpabilização*” a prognosticar um aumento de 2,361 vezes a probabilidade de ocorrer, por cada aumento de uma unidade da variável. Além disso, as subescalas “*autodistração*” e “*desinvestimento comportamental*” mostraram uma tendência para reduzir a probabilidade do consumo nocivo em 58,4% e 66,8%, respetivamente, em comparação com a possibilidade de ocorrer consumo de baixo risco.

Por sua vez, para o consumo de risco averiguou-se que as subescalas “*coping ativo*” e “*humor*”, por cada unidade de aumento no recurso a essas estratégias, aumenta em 43,9% e 18,1%, respetivamente, a possibilidade de consumo de risco quando comparado com o consumo de baixo risco. No sentido inverso, observou-se que a subescala “*planeamento*” apresenta uma tendência para a redução em 23,3% do consumo de risco em comparação com o consumo de baixo risco. Estes resultados estão aparentemente em discordância com o estudo desenvolvido por Sreeramareddy *et al.* (2007) que, utilizando o mesmo questionário *Brief-COPE* para avaliação das estratégias de *coping* em estudantes de medicina do Nepal, encontraram um predomínio na utilização de estratégias de *coping* ativo para lidarem com o stresse e a ansiedade e, por sua vez, uma menor utilização de estratégias de *coping* de evitamento, designadamente o “*uso de substâncias*”.

De realçar que, no presente estudo, a subescala “*uso de substâncias*” foi a que prognosticou maior vulnerabilidade para o consumo excessivo de álcool, com um aumento da possibilidade de ocorrência de consumo de risco em 67,5% e de consumo nocivo em 218,5%, por cada unidade de aumento na sua utilização, relativamente ao consumo de baixo risco.

No que concerne aos três tipos de estratégias de *coping* definidas pela *Brief-COPE*, o “*coping* evitamento” foi identificado como fator de risco para o consumo de abuso de álcool, aumentando a possibilidade de consumo de risco 1,116 vezes quando comparado com o consumo de baixo risco. Por outro lado, as estratégias de “*coping focado no problema*” revelaram um efeito estatisticamente significativo reduzindo em 0,713 vezes a possibilidade do consumo nocivo de álcool. Estes resultados estão de acordo com as investigações existentes que referem que o “*coping* de evitamento”, designadamente o “uso de substâncias” se relaciona com a ingestão de maiores quantidades de álcool e com problemas mais graves associados ao seu consumo. Beber álcool para melhorar o estado emocional e lidar com os afetos negativos foi consistentemente relacionado com o consumo nocivo de álcool (Fisher *et al.*, 2020). Por sua vez, o “*coping focado no problema*” foi defendido como um fator protetor para os problemas relacionados com o álcool, na medida em que se associa a melhores resultados adaptativos, nomeadamente a redução dos níveis de stresse e, naturalmente, a um melhor ajuste à situação e a menores consumos de álcool (Martens *et al.*, 2008; Quinn & Fromme, 2011; Corbin *et al.*, 2013; Walker & Stephens, 2014).

Adicionalmente, também se verificou uma quase ausência de sintomas psicopatológicos como preditores para o consumo de abuso de álcool. Apenas o “*psicoticismo*” contribuiu significativamente para predizer um aumento do consumo de risco e do consumo nocivo de bebidas alcoólicas, demonstrando a possibilidade de aumentar o consumo de risco e o consumo nocivo em 1,961 e 23,330 vezes, respetivamente, relativamente ao consumo de baixo risco. Em contrapartida, as “*obsessões-compulsões*” predisseram uma tendência para a possibilidade de redução do consumo nocivo. O mesmo sucede com a “*depressão*”, que surge como fator protetor, reduzindo em (-86,4%) a probabilidade do consumo nocivo de álcool, por cada unidade de aumento da depressão relativamente ao consumo de baixo risco. Aparentemente estes resultados estão em contradição com os estudos realizados por Pedrelli *et al.* (2011) que encontraram uma correlação positiva entre a presença de sintomatologia depressiva e o consumo compulsivo de álcool, constituindo um fator de risco para maiores consumos de álcool, e com Jensen *et al.* (2021) que verificaram numa amostra de estudantes do ensino superior noruegueses que a presença de maiores níveis de problemas de saúde mental foram associados com um risco aumentado para o consumo nocivo de álcool, o que contradiz os resultados encontrados neste estudo.

Por último, a “*hostilidade*” surgiu como preditiva do consumo de risco quando comparada com o consumo de baixo risco, aumentando 1,516 vezes a possibilidade desse consumo.

Com base no exposto, esperava-se encontrar um maior número de variáveis a predizer o consumo nocivo de álcool, em particular todas aquelas que haviam demonstrado predizer maior probabilidade de consumo de risco em comparação com o consumo de baixo risco. No entanto, o reduzido número de participantes (6) que declararam consumo nocivo de álcool, torna esta categoria pouco representada, o que afeta a precisão dos resultados e torna mais difícil detetar efeitos significativos das variáveis independentes sobre a variável dependente (Muaualo, 2015).

5. Limitações e futuros desenvolvimentos

Dada a natureza transversal dos dados analisados, a direccionalidade hipotética entre as variáveis deve ser interpretada com cuidado, uma vez que não podem ser estabelecidas relações de causalidade entre as variáveis independentes (*alexitimia*, *sintomatologia psicopatológica*, *satisfação com a vida* e *coping*) e a variável dependente (consumo de álcool). Trata-se de um desenho de estudo que recolhe os dados num único momento, não permitindo acompanhar os participantes ao longo do tempo e estabelecer uma sequência temporal clara entre a presença das variáveis independentes e o desenvolvimento da variável dependente, podendo existir inúmeras variáveis e/ ou fatores de confusão a interferir nessa relação.

Em segundo lugar, trata-se de uma amostra de conveniência, obtida de maneira não aleatória, o que pode levar a uma seleção tendenciosa dos participantes. O facto de se ter recorrido a um processo híbrido, com participantes que responderam nas salas de aulas e participantes que responderam aos inquéritos *online*, não invalida a possibilidade de se julgar que se trata de uma amostra constituída pelos elementos mais disponíveis a colaborar, não constituindo uma amostra representativa da população de interesse, seleccionada de forma aleatória. Desta forma, os resultados podem não refletir a diversidade e variabilidade da população em geral, pelo que se encontra comprometida a possibilidade de generalização dos resultados para além da amostra estudada.

Em terceiro lugar, os resultados atuais podem estar subestimados pela presença de vieses de desejabilidade social e maior sensibilização dos participantes para questões relacionadas com os comportamentos aditivos e dimensões, como consciência e

regulação emocional, e as relações interpessoais. Parte da amostra foi constituída por estudantes de cursos de saúde, o que pode, também, ter sido um fator influenciador dos resultados.

Nesta medida, em investigações futuras seria interessante adotar uma avaliação longitudinal de modo a compreender-se a consistência destes resultados, especialmente em relação às variáveis objeto deste estudo (alexitimia, satisfação com a vida, *coping* e sintomatologia psicopatológica): uma abordagem longitudinal permitiria clarificar se estas variáveis são a causa ou a consequência do consumo de álcool nos estudantes universitários.

Além disso, seria interessante explorar a relação entre estas variáveis e o trabalho, introduzindo-se uma nova dimensão, a do estudante-trabalhador, de forma a dar outra perspetiva sobre as influências de outros contextos, que podem gerar altos níveis de stresse na predição do consumo de álcool.

6. Conclusão

Em conclusão, o consumo de álcool relacionado ao contexto universitário, avaliado pelo AUDIT, apresentou uma associação estatisticamente significativa com diversas variáveis.

Para a amostra total de inquiridos, observou-se associação com a idade, ciclo de estudos, residência, consumo de substâncias psicoativas, período pandémico, *coping* evitamento e as subescalas “autoculpabilização” e “uso de substâncias”, avaliadas pelo Brief-COPE, e também com as subescalas “hostilidade” e “psicoticismo”, além do Índice de sintomas positivos (ISP), avaliado pelo BSI.

Relativamente ao género, os resultados encontrados exibiram evidência empírica para a associação, nas estudantes, entre a idade, residência, consumo de substâncias psicoativas, período pandémico, alexitimia e o fator 1- DIS, avaliado pela TAS-20, as subescalas “uso de substâncias” e “autoculpabilização”, “*coping* focado no problema” e “*coping* de evitamento” da escala Brief-COPE, e as subescalas “somatização”, “sensibilidade interpessoal”, “depressão”, “ansiedade”, “hostilidade”, “ideação paranóide”, “ansiedade fóbica” e “psicoticismo”, além dos três índices globais avaliadas pela BSI, com o consumo de álcool. Por sua vez, nos estudantes foi encontrada uma associação entre a idade, participação numa tradição académica, consumo de substâncias psicoativas e a subescala “uso de substâncias” avaliada pelo Brief-COPE, com o consumo de álcool.

Adicionalmente, a satisfação com a vida não se revelou preditora na relação com o consumo de álcool.

As associações encontradas neste estudo entre o consumo de álcool e os fatores comportamentais, afetivos e psicopatológicos apontam para a necessidade de intervenções holísticas ao nível comportamental, a fim de capacitar os estudantes universitários a responderem de forma adaptativa quando expostos a mudanças de vida e a fatores de stresse, reduzindo o possível impacto negativo no bem-estar destes jovens adultos e a permitir-lhes a adoção e aquisição de comportamentos mais adaptativos.

7. Referências bibliográficas

Acuff, S.F., Soltis, K.E., Luciano, M.T., Meshesha, L.Z., Dennhardt, A.A., Murphy, J.G., & Pedrelli, P. (2018). Depressive Symptoms as Predictors of Alcohol Problem Domains and Reinforcement among Heavy Drinking College Students. *Psychol Addict Behav.* 32(7): 792–799. doi:10.1037/adb0000397.

Amare, ET., & Getnet, W. (2019). Alcohol use and associated factors among high school, college and university students in Ethiopia, systematic review, and meta-analysis. *Journal of Mental Health*, 29(4), 455–463. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1677871>

Amaro, P., Fonseca, C., Afonso, A., Jacinto, G., Gomes, L., Pereira, H., José, H., Silva, C., Lima, A., Arco, H., Nabais, J., Lopes, M., Pereira, A., Fragoeiro, I., & Pinho, L.G. (2023). Depression and Anxiety of Portuguese University Students: prevalence and associated factors. Retrieved Março 7, 2023, from <https://www.uevora.pt/ue-media/noticias?item=37049>

Andrade, B., Pedrosa e Sousa, F., Alzira, M., Dinis, P., Ferros, L., & Negreiros, J. (2021). Alexithymia, Psychopathy, and Psychopathological Symptomatology in College Students: Predictors and Mediators of Alcohol Addiction. *Revista Portuguesa de Alcoologia* Vol. 2, No. 1, 29–45.

Araújo, A. M., & Almeida, L. S. (2015). Adaptação ao Ensino Superior: O Papel Moderador das Expectativas Académicas. *Lumen: Educare*, 1(1), 13–31. <https://doi.org/10.19141/2447-5432/lumen.v1.n1.p.13-32>

Armeli's, S., O'Hara, R.E., Ehrenberg, E., Sullivan, T.P., & Tennen, H. (2014). Episode-Specific Drinking-to-Cope Motivation, Daily Mood, and Fatigue-Related Symptoms Among College Students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 75. 766–774.

Aveiro, A. (2018). Álcool e Qualidade de Vida na População Universitária de Coimbra. Mestrado Integrado em Medicina.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care (2nd ed.). Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure." *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32.

Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994b). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity." *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 33-40.

Barsky, A.J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Ann Intern Med*. 91: 63–70.

Barnes, G.M., Welte, J.W., Hoffman, J.H., & Tidwell. M.C. (2014). Comparisons of Gambling and Alcohol Use Among College Students and Non-College Students in United States. *J Am Coll Health*, 58(5): 443-452. doi: 10.1080/07448480903540499

Benz, M.B., DiBello, A.M., Balestrieri, S.G., Miller, M.B., Merrill, J.E., Lowery, A.D., & Carey, K.B. (2017). Off-campus Residence as a Risk Factor for Heavy Drinking among College Students. *Substance Use Misuse*, 52(9): 1133-1138. doi:10.1080/10826084.2017.1298620

Berenbaum, H. (1996). Childhood abuse, alexithymia and personality disorder. *Journal of psychosomatic research*, 41(6), 585-595.

Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S. G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307–18. <https://doi.org/10.1037/a0023421>

Betka, S., Pfeifer, G., Garfinkel, S., Prins, H., Bond, R., Sequeira, H., Duka, T., & Critchley, H. (2018). How Do Self-Assessment of Alexithymia and Sensitivity to Bodily Sensations Relate to Alcohol Consumption? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 42(1), 81–88. <https://doi.org/10.1111/acer.13542>

Bountress, K.E., Cusack, S.E., Conley, A.H., Aggen, S.H., The Spit for Science Working Group., Vassileva, J., Dick, D.M., & Amstadter, A.B. (2022). The COVID-19 pandemic impacts psychiatric outcomes and alcohol use among college students. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2022279>

Brown, A.L.; España, R.A.; Benca-Bachman, C.E., Welsh, J.W., & Palmer, R.H.C. (2020). Adolescent Behavioral Characteristics Mediate Familial Effects on Alcohol Use and Problems in College-Bound Students. *Substance Abuse: Research and Treatment* Volume 14: 1–10. doi: 10.1177/1178221820970925.

Buettner, C.K., Khurana, A., & Slesnick, N. (2011). Drinking at college parties: Examining the influence of student host-status and party-location. *Addictive Behaviors*, 1365-1368.

Bujarski, S. J., Klanecky, A. K., & McChargue, D. E. (2010). The relationship between alexithymia and alcohol-related risk perceptions: The moderating effect of general trauma in a college population. *Addictive Behaviors*, 35(4), 363–366. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.10.023>

Cabral, L. (2007). Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/praxes académicas. Dissertação de doutoramento – Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: SHO/APPORT.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C. (2008). *Psicopatologia Cognitivo-Desenvolvimental: Relatório da Unidade Curricular*. Retirado do site da Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Cannizzaro, E., Lavanco, G., Castelli, V., Cirrincione, L., Majo, D.D., Martines, F., Argo, A., & Plescia, F. (2022). Alcohol and Nicotine Use among Adolescents: Na Observational Study in a Sicilian Cohort of Hight School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10): 6152. doi: 10.3390/ijerph19106152

Capone, C., Wood, M. D. (2007). Fraternity and sorority involvement, social influences, and alcohol use among college students: a prospective examination. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 316-327

Carbia, C., Corral, M., García-Moreno, L.M., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2016). Early alcohol use and psychopathological symptoms in university students. Department of Clinical Psychology and Psychobiology. Universidade de Santiago de Compostela. *Psicothema* 2016, Vol. 28, No. 3, 247-252. doi: 10.7334/psicothema2015.251

Carlotto, R. C., Teixeira, M. A. P., & Dias, A. C. G. (2015). Adaptação Acadêmica e Coping em Estudantes Universitários. *Psico-USF*, 20(3), 421–432. <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200305>

Carton, S., Bayard, S., Paget, V., Jouanne, C., Varescon, I., Edel, Y., & Detilleux, M. (2010). Emotional awareness in substance-dependent patients. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 599–610. <https://doi.org/10.1002/jclp.20662>

Carver, C.S., & Scheier M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Carver, C.S., & Scheier, M. F. (1983). A control-theory model of normal behavior, and implications for problems in self-management. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 2, pp. 127-194). New York: Academic Press.

Carver, C.S., & Scheier, M. F. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. In T. Field, P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Eds.), *Stress and coping* (pp. 305-330). Hillsdale, N J: Erlbaum.

Carver, C.S., & Scheier, M. F. (1986). Analyzing shyness: A specific application of broader self-regulatory principles. In W. H. Jones, J. M. Cheek, & S. R. Briggs (Eds.), *Shyness: Perspectives on research and treatment* (pp. 73-185). New York: Plenum Press.

Carver, C.S., & Scheier, M.F. (1989). *Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*.

Cerqueira, A., Gaspar, T., Botelho Guedes, F., Godeau, E., & Gaspar de Matos, M. (2022). Consumo de álcool e tabaco em adolescentes portugueses: A relação com fatores sociais, expectativas futuras, sintomas físicos e psicológicos. *Crianças e Sociedade*. doi: [10.1111/chso.12552](https://doi.org/10.1111/chso.12552)

Chu, J. J., Jahn, H. J., Khan, M. H., & Kraemer, A. (2016). Alcohol consumption among university students: a Sino-German comparison demonstrates a much lower consumption of alcohol in Chinese students. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 35(1). <https://doi.org/10.1186/s41043-016-0062-0>

Conner, K.R., Bossarte, R.M., Lu, N., Kaukeinen, K., Chan, G., Wyman, P., Tu, X.M., Goldston, D.B., Houston, R.J., Bucholz, K.K., & Hesselbrock, V.M. (2014). Parent and Child Psychopathology and Suicide Attempts among Children of Parents with Alcohol Use Disorder. *Arch Suicide Res*. 18(2): 117–130. doi:10.1080/13811118.2013.826154.

Corbin, W. R., Farmer, O.N., & Nolen-Hoekesma, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A

mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912–1919.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.005>

Costa, A., Figueiredo, J., Monteiro, P., Costa, S., & Xavier, S. (2016). Caracterização dos Padrões do Consumo do Alcool em Estudantes da Universidade de Aveiro (pp. 112–124).

Costa, E., & Leal, I. (2006). Estratégias de Coping em Estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 2 (XXIV: pp. 189-199).

Costa, I. (2020). Alcool no mundo académico. As perceções dos estudantes sobre os efeitos do consumo. Dissertação de Mestrado - Universidade do Minho, Instituto de Educação.

Couture, M., Pearson, R., Halloran, J., & Stewart, S.H. (2019). A qualitative study of the perceived effects of alcohol on depressive symptoms among undergraduates who drink to cope with depression. *Drug and Alcohol Review*. doi: 10.1111/dar.13003

Crego, A., Holguín, S.R., Parada, M., Mota, N., Corral, M., & Cadaveira, F. (2009). Binge drinking affects attentional and visual working memory processing in young university students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33: 1870-1879. doi: 10.1111 /j.1530-0277.2009. 01025.x

Cross, J.E., Zimmerman, D., & O’Grady, M.A. (2009). Residence Hall Room Type and Alcohol Use Among College Students Living on Campus. *Environment and Behaviour*, Vol. 41, nº4. 583-603, doi: 10.1177/0013916508328169

Cunha, J. (2002). Validação da versão portuguesa dos Questionários AUDIT e Five-Shot para identificação de consumo excessivo de álcool. Lisboa: Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul

Dantzer, C., Wardle, J., Fuller, R., Pampalone, S.Z., & Steptoe, A. (2006). International Study of Heavy Drinking: Attitudes and Sociodemographic Factors in University Students. *Journal of American College Health*, Vol. 55, No. 2.

Dawson, D.A., Grant, B.F., Stinson, F.S., & Chou, P.S. (2005). Psychopathology associated with drinking and alcohol use disorders in the college and general adult populations. *Drug and Alcohol Dependence* 77, 139–150. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.07.012

Deasy, C., Coughlan, B., Pironom, J., Jourdan, D., & Mannix-McNamara, P. (2014). Psychological Distress and Coping amongst Higher Education Students: A Mixed Method Enquiry. *PLoS ONE*, 9(12), e115193.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115193>

de Haan, H., Joosten, E., Wijdeveld, T., Boswinkel, P., van der Palen, J., & De Jong, C. (2012). Alexithymia is not a stable personality trait in patients with substance use disorders. *Psychiatry research*, 198(1), 123-129.

de Haan, H. A., Schellekens, A. F., van der Palen, J., Verkes, R. J., Buitelaar, J. K., & De Jong, C. A. (2012a). The level of alexithymia in alcohol-dependent patients does not influence outcomes after inpatient treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(4), 299-304.

de Gucht, V., Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425–434.

Demir, A.Ç., Dönmez, Y.E., Kartalci, G., Bingöl, M.E., Temelli, G., & Özcan, Ö. (2022). The relationship between smoking, alcohol, and substance abuse and psychiatric diseases among adolescents treated in a child and adolescent psychiatry inpatient unit. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 64, 816-824. <https://doi.org/10.24953/turkjpel.2022.173>.

De Rick, A., Vanheule, S. (2006). The relationship between perceived parenting, adult attachment style and alexithymia in alcoholic inpatients. *Addictive Behaviors*, 31(7), 1265–1270. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.08.010>.

Derogatis, L. R. (1982). BSI: Brief Symptom Inventory. Minneapolis: National Computers Systems.

Dias, C., Cruz, J.F., & Fonseca, A.M. (2009). Anxiety and Coping Strategies in Sport Contexts: A Look at the Psychometric Properties of Portuguese Instruments for their Assessment. Universidade do Porto e Universidade do Minho. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 12, No. 1, 338-348.

Dias, C., Cruz, J.F., & Fonseca, A.M. (2012). The relationship between multidimensional competitive anxiety, cognitive threat appraisal, and coping strategies: A multi-sport study, *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 10:1, 52-65. <http://dx.doi.org/10.1080/1612197X.2012.645131>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Diulio, A. R., Cero, I., Witte, T. K., & Correia, C. J. (2014). Alcohol-related problems and life satisfaction predict motivation to change among mandated college students. *Addictive Behaviors*, 39(4), 811–817. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.01.001>

Dormal, V., Bremhorst, V., Lannoy, S., Lorant, V., Luquiens, A., & Maurage, P. (2018). Binge drinking is associated with reduced quality of life in young students: A

pan-European study, Drug and Alcohol Dependence, <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.08.033>

Dumbili, E. W., Onyima, B. N. (2018). Beyond Leisure: The Role of Alcohol in the Lives of Nigerian University Students. *Substance Use & Misuse*, 53(8), 1361–1371. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1408652>

Espírito Santo, P. (2006). Sociologia política e eleitoral: modelos e explicações de voto. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Fernandes, V. (2011). Adaptação académica e auto-eficácia em estudantes universitários do 1º ciclo de estudos. Dissertação de mestrado. Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.

Ferreira, A. (2008). O Consumo de Álcool e Comportamentos de Risco nos Estudantes do Ensino Superior. Dissertação de mestrado. Universidade de Aveiro- Departamento de Ciências da Educação.

Ferreira, A.B. (2013, fevereiro 20). Barcelos proíbe praxes após excesso de álcool. Diário de Notícias. <https://www.dn.pt/portugal/barcelos-proibe-praxes-apos-excesso-de-alcool-3063365.html>

Filasteen, Ismail, Mustafa, & Nazzal. (2018). The role of satisfaction with life, social support, psychological problems, love, self-esteem satisfaction with love life and parenting styles in predicting loneliness among Palestinian university students. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Filho, J.A.J., André, C. (2002). Alcoolismo. Rio de Janeiro: Revinter.

Fisher, S., Hsu, W.-W., Adams, Z., Arsenault, C., & Milich, R. (2020). The effect of impulsivity and drinking motives on alcohol outcomes in college students: a 3-year longitudinal analysis. *Journal of American College Health*, 70(6), 1624–1633. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1817033>

Flaudias, V., Maurage, P., Izaute, M., Chazeron, I.d., Brousse, G., & Chakroun-Baggioni, N. (2019). Craving Mediates the Relation between Impulsivity and Alcohol Consumption Among University Students. *The American Journal on Addictions*, 1-8. doi: 10.1111/ajad.12944.

Folkman, E., Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219-239. <https://www.jstor.org/stable/2136617>

Folkman, S., Lazarus, R. S. (1980). The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. *Social Science Medicine*, 3, 309-317.

Fonte, A. (1993). Alexitimia: estudo em doentes com perturbações digestivas. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Fonte A. (2006). Alcoolismo e Recaída: Fatores psicossociais de vulnerabilidade. Tese de doutoramento. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Fonte, C., & Macedo, I. (2020). Perceção das experiências académicas e saúde mental na adaptação ao ensino superior: que relações? *Revista Lusófona de Educação*, 49, 199-213. doi: 10.24140/issn.1645-7250.rle49.13

Gallassi, A.D, Nakano, E.Y, Gomes de Miranda, K., Santos, J.E, Rodrigues, D.S., & Oliveira, F.M. (2022). The Increased Alcohol and Marijuana Use Associated with the Quality of Life and Psychosocial Aspects: A Study During the Covid-19 Pandemic in a Brazilian University Community. *International Journal of Mental Health and Addiction* <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00937-4>

Grácio, J., Agante, D., Couto, A., Brito, I., & Rodrigues, V. (2010). Cultura académica e consumos de álcool: conhecer para intervir. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista de Psicologia*, N°3. 259-266

Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The Relationship Between Life Satisfaction and Health Behavior: A Cross-cultural Analysis of Young Adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 259–268. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9032-x>

Graves, B. S., Hall, M. E., Dias-Karch, C., Haischer, M. H., & Apter, C. (2021). Gender differences in perceived stress and coping among college students. *PLOS ONE*, 16(8), e0255634. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255634>

Gonzalez, P.D., Vaughan, E.L. (2020): Substance use among Latino international and domestic college students, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, DOI: 10.1080/15332640.2020.1747037

Gunn, R.L., Sokolovsky, A., Stevens, A.K., Metrik, J., White, H., & Jackson, K. (2021). Ordering in alcohol and cannabis co-use: Impact on daily consumption and consequences. *Drug Alcohol Dependence*, 218: 108339. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108339.

Haardörfer, R., Berg, C.J., Lewis, M., Payne, J., Pillai, D., McDonald, B., & Windle, M. (2016). Polytabacco, marijuana, and alcohol use patterns in college students: A latent class analysis. *Addict Behav.* 59: 58–64. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.03.034.

Hamaideh, S.H. (2017). Alexithymia among Jordanian university students: Its prevalence and correlates with depression, anxiety, stress, and demographics. doi: 10.1111/ppc.12234

Harford, T. C., Wechsler, H., & Muthén, B. O. (2002). The impact of current residence and high school drinking on alcohol problems among college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(3), 271–279. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.271>

Hartmann, S. A., McLeish, A. C. (2020). Associations Between Transdiagnostic Cognitive-Affective Vulnerability Factors, Negative Reinforcement Drinking Motives, and Problematic Alcohol Use among Undergraduates. *Journal of Dual Diagnosis*, 17(1), 13–22. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1828671>

Herman, A.M., Pilcher, N., & Duka, T. (2020). Deter the emotions: Alexithymia, impulsivity and their relationship to binge drinking. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100308>

Hoeppner, B.B., Bidwell, L.C., Colby, S.M., & Barnett, N.P. (2014). Smoking Patterns and Their Relationship to Drinking Among First-Year College Students. *Nicotine & Tobacco Research*, Vol. 16, No.6, 743-752.

Hogarth, L., Hardy, L., Mathew, A.R., & Hitsman, B. (2018). Negative Mood-Induced Alcohol-Seeking Is Greater in Young Adults Who Report Depression Symptoms, Drinking to Cope, and Subjective Reactivity. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol. 26, No. 2, 138 –146.

Hogeveen, J., & Grafman, J. (2021). Alexithymia. *Handbook of clinical neurology*, 183, 47-62.

Honkalampi, K., Jokela, M., Lehto, S. M., Kivimäki, M., & Virtanen, M. (2022). Association between alexithymia and substance use: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 63(5), 427–438. <https://doi.org/10.1111/sjop.12821>

Horvath, S.A., Shorey, R.C., & Racine, S.E. (2020). Emotion dysregulation as a correlate of food and alcohol disturbance in undergraduate students. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2020.101409>

HOUSE-Colégio F3, ULisboa. (2022). Saúde e estilos de vida dos estudantes universitários à entrada da universidade: Relatório do Estudo HOUSE-Colégio F3, ULisboa. Universidade de Lisboa

Jackson, K.M., Merrill, J.E., Stevens, A.K., Hayes, K.L., & White, H.R. (2021). Changes in Alcohol Use and Drinking Context due to the COVID-19 Pandemic: A Multimethod Study of College Student Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol.45, No.4

Jaisoorya, T.S., Gowda, G.S., Nair, B.S., Menon, P.G., Rani, A., Radhakrishnan, K.S., Revamma, M., Jeevan, C.R., Kishore, A., Thennarasu, K., & Benegal, V. (2017):

Correlates of High-Risk and Low-Risk Alcohol Use among College Students in Kerala, India, *Journal of Psychoactive Drugs*. doi: 10.1080/02791072.2017.1370748

Jaspers, K. (1913). *General Psychopathology* (1997 Edition). Baltimore MD: The Johns Hopkins University Press.

Javier, S.J., Belgrave, F.Z., Hill, K.E.V., & Richardson, J.T. (2013). Ethnic and Gender Differences in Normative Perceptions of Substance Use and Actual Use Among College Students, *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 12:3, 228-241, doi: 10.1080/15332640.2013.798847

Jensen, P., Haug, E., Sivertsen, B., & Skogen, J. C. (2021). Satisfaction With Life, Mental Health Problems and Potential Alcohol-Related Problems Among Norwegian University Students. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.578180>

Jørgensen, M. M., Zachariae, R., Skytthe, A., & Kyvik, K. (2007). Genetic and environmental factors in alexithymia: a population-based study of 8,785 Danish twin pairs. *Psychotherapy and psychosomatics*, 76(6), 369-375.

Karukivi, M., Saarijärvi, S. (2014). Development of alexithymic personality features. *World journal of psychiatry*, 4(4), 91.

Keefer, K. V., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Bagby, R.M. (2019). Taxometric Analysis of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: Further Evidence That Alexithymia Is a Dimensional Construct. 26:364-374.

Kenney, S.R., Anderson, B.J., & Stein, M.D. (2018). Drinking to Cope Mediates the Relationship between Depression and Alcohol Risk: Different Pathways for College and Non-College Young Adults. *Addict Behav.* 80, 116–123. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.01.023.

Kitchen, C. M. (2009). Nonparametric versus parametric tests of location in biomedical research. *American journal of ophthalmology*, 147(4), 571.

Knight, J. R., Wechsler, H., Kuo, M., Seibring, M., Weitzman, E. R., & Schuckit, M. A. (2002). Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 63(3), 263–270. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.263>

Koordeman, R; Anschutz, D.J; Engels, R.C.M.E. (2012). The Effect of Alcohol Advertising on Immediate Alcohol Consumption in College Students: An Experimental Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. Vol. 36, No. 5.

Kotov, R., Krueger, R.F., Watson, D., Achenbach, T.M.,.....Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Dimensional Alternative to Traditional Nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*. American Psychological Association, Vol. 126, No. 4, 454 – 477. doi:10.1037/abn0000258.

Krystal, H. (1982). Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal Psychother*. 9 : 353–78.

LaBrie, J.W., Kenney, S.R., Napper, L.E., & Miller, K. (2014). Impulsivity and Alcohol-Related Risk among College Students: Examining Urgency, Sensation Seeking and the Moderating Influence of Beliefs about Alcohol's Role in the College Experience. *Addict Behaviour*, 39(1). doi: 10.1016/j.addbeh.2013.09.018.

Lane, R. D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D. E., & Kaszniak, A. W. (2000). Pervasive Emotion Recognition Deficit Common to Alexithymia and the Repressive Coping Style. *Psychosomatic Medicine*, 62(4), 492–501. <https://doi.org/10.1097/00006842-200007000-00007>.

Langane, M. (2013). Estratégias de coping, satisfação com a vida, ansiedade e autoestima: o papel do álcool. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida.

Lannoy, S., Dormal, V., Billieux, J., & Maurage, P. (2019). Enhancement motivation to drink predicts binge drinking in adolescence: a longitudinal study in a community sample, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, <https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1550089>

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives* (pp. 63–80). Plenum Press.

Lesser, I. M. (1981). A Review of the Alexithymia Concept. *Psychosomatic Medicine*, 43(6), 531–543. <https://doi.org/10.1097/00006842-198112000-00009>

Linn, B. K., Zhao, J., Bradizza, C. M., Lucke, J. F., Ruszczyk, M. U., & Stasiewicz, P. R. (2021). Alexithymia disrupts emotion regulation processes and is associated with greater negative affect and alcohol problems. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 2915–2928. <https://doi.org/10.1002/jclp.23279>

Lopes, R. (2004). Consumo de Álcool nos Jovens Estudo da Influência das Características Psicológicas: Alexitimia, Auto-Conceito e Locus de Controlo. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina e Universidade do Porto (FMUP).

Luminet, O., Nielson, K. A., & Ridout, N. (2021). Cognitive-emotional processing in alexithymia: an integrative review. *Cognition and Emotion*, 35(3), 449-487.

Lusa. (2023, maio 12). Portugal é o país do mundo que consome mais vinho *per capita*. Público. <https://www.publico.pt/2023/05/12/sociedade/noticia/portugal-pais-mundo-consome-vinho-capita-2049435>

Lyvers, M., Duric, N., & Thorberg, F. A. (2014). Caffeine Use and Alexithymia in University Students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(4), 340–346. <https://doi.org/10.1080/02791072.2014.942043>

Lyvers, M., Hanigan, C., & Thorberg, F. A. (2018). Social Interaction Anxiety, Alexithymia, and Drinking Motives in Australian University Students. *Journal of Psychoactive Drugs*, 50(5), 402–410. <https://doi.org/10.1080/02791072.2018.1517228>

Marczinski, C.A. (2011). Alcohol Mixed with Energy Drinks: Consumption Patterns and Motivations for Use in U.S. College Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8, 3232-3245; doi: 10.3390/ijerph8083232

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística SPSS Statistics* (6ª ed.).

Martens, M. P., Neighbors, C., Lewis, M. A., Lee, C. M., Oster-Aaland, L., & Larimer, M. E. (2008). The Roles of Negative Affect and Coping Motives in the Relationship Between Alcohol Use and Alcohol-Related Problems Among College Students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(3), 412–419. <https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.412>

Mason-Jones, A.J., & Cabieses, B. (2015). Alcohol, Binge Drinking and Associated Mental Health Problems in Young Urban Chileans. *PLoS ONE* 10(4): e0121116. doi:10.1371/journal.pone.0121116.

Matos, M. G. (2008). Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de um estilo? Coleção Estudos- Universidades. Instituto da Droga e da Toxicodependência.

McConnell, M.M., Memetovic, J., & Richardson, C.G. (2014). Coping style and substance use intention and behavior patterns in a cohort of BC adolescents. *Addictive Behaviours*, 39(10), 1394-1397. doi: 10.1016/j.addbeh.2014.05.018

Meisel, M.K., Padovano, H.T., Miller, M.B., Clark, M.A., & Barnett, N.P. (2021). Associations Between Social Network Characteristics and Alcohol Use Alone or in Combination with Cannabis Use in First-Year College Students. *Psychol Addict Behav*: 35(6): 650–658. doi:10.1037/adb0000704.

Messina, M., Battagliese, G., D'Angelo, A., Ciccarelli, R., Pisciotta, F., Tramonte, L., Fiore, M., Ferraguti, G., Vitali, M., & Ceccanti, M. (2021). Knowledge and Practice

towards Alcohol Consumption in a Sample of University Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9528. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189528>

Mobach, T., Macaskill, A. (2011). Motivation to drink alcohol in first year university students: having a good time or simply coping? *Health Psychology Update*, 20 (2).

Monteiro, S. (2008). Otimismo e vinculação na transição para o ensino superior: relação com sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro. Departamento de Ciências da Educação.

Moure-Rodríguez, L., Piñeiro, M., Varela, M.C., Rodríguez-Holguín, S., Cadaveira, F., & Caamaño-Isorna, F. (2016). Identifying Predictors and Prevalence of Alcohol Consumption among University Students: Nine Years of Follow-Up. *PLoS ONE* 11(11): e0165514. doi:10.1371/journal.pone.0165514

Moutinho, L. (2018). Consumo de Álcool: da experimentação precoce ao consumo de risco. Tese de doutoramento. Universidade de Lisboa.

Moss, H.B., Goldstein, R.B., Chen, C.M., M.A., & Yi, H-Y., (2015). Patterns of Use of Other Drugs Among Those with Alcohol Dependence: Associations with Drinking behavior and Psychopathology. *Addict Behav.* 50: 192–198. doi:10.1016/j.addbeh.2015.06.041

Moreno, M.A., Whitehill, J.M. (2014). Influence of social media on Alcohol Use in Adolescents and Young Adults. *Alcohol Research: Current Reviews*, Vol. 36, No.1, 91-100

Muaualo, M. A. M. (2015). Comparação da Regressão Logística e Análise Discriminante. Novas Edições Académicas. Rio de Janeiro, Brasil.

Mundt, M.P., Zakletskaia, L.I., Fleming, M.F. (2009). Extreme College Drinking and Alcohol-Related Injury Risk. *Alcohol Clin Exp Res.* 33(9): 1532-1538. doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.00981.x

Murphy, J. G., McDevitt-Murphy, M. E., & Barnett, N. P. (2005). Drink and Be Merry? Gender, Life Satisfaction, and Alcohol Consumption Among College Students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(2), 184–191. <https://doi.org/10.1037/0893-164x.19.2.184>

Nakao, M., Barsky, A. J., Kumano, H., & Kuboki, T. (2002). Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic. *Psychosomatics*, 43(1), 55-60.

Nawaz, H., Khan, A.A., & Bukhari, S. (2017). Use of Psychoactive Drugs Among Medical Undergraduates in Abbottabad. Department of Pharmacology & Therapeutics, Ayub Medical College, Abbottabad, Department of Psychiatry, Ayub Medical Institute, Abbottabad-Pakistan. 29(4): 599-603.

Nemiah, J. C., Sifneos, P. E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy and psychosomatics*, 18(1-6), 154-160.

Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. W. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (Vol. 3; pp. 430-439). London: Butterworths.

OECD (2021), “Alcohol consumption among adults”, in *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/33f1adad-en>

OECD (2021a), *Preventing Harmful Alcohol Use*. Estudos de Política de Saúde da OCDE, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>

O’Hara, R.E., Armelli, S., & Tennen, H. (2017). Alcohol and Cannabis Use among College Students: Substitutes or Complements? *Addict Behav.* 58: 1–6. doi:10.1016/j.addbeh.2016.02.004.

Oliver, W., McGuffey, G., Westrick, S. C., Jungnickel, P. W., & Correia, C. J. (2014). Alcohol Use Behaviors Among Pharmacy Students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 78(2), 30. <https://doi.org/10.5688/ajpe78230>

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial de Saúde (OMS). (2020, agosto). Álcool. <https://www.paho.org/pt/topicos/alcool>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Oro, V., Goldsmith, H.H., & Lemery-Chalfant, K. (2021). Elucidating the Links Between Mother and Father Alcohol Use Disorder and Adolescent Externalizing Psychopathology: A Test of Transmission Specificity Within Competing Factor Structures and Genetic and Environmental Liabilities. *Behaviour Genetic*. 51(5): 512–527. doi:10.1007/s10519-021-10072-w.

Oyeboode, F. (2008). *SIM’s Symptoms in the Mind. An Introduction to Descriptive Psychopathology*. Edinburgh: Saunders Elsevier.

Page, R.M., & O’Hegarty, M. (2006). Type of Student Residence as a Factor in College Students' Alcohol Consumption and Social Normative Perceptions Regarding Alcohol Use, *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15:3, 15-31, doi: 10.1300/J029v15n03_02

Pais Ribeiro, J; Rodrigues, A.P. (2004), Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief Cope, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (1), 3-15.

Pallavi, A., Klanecky, A.K. (2016). Drinking motives mediate emotion regulation difficulties and problem drinking in college students. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 42:3, 341-350, doi: 10.3109/00952990.2015.1133633

Park, A., Sher, K.J., & Krull, J.L. (2008). Risky Drinking in College Changes as Fraternity/Sorority Affiliation Changes: A Person–Environment Perspective. *Psychol Addict Behav.* 22(2): 219–229. doi:10.1037/0893-164X.22.2.219.

Parker, J. D., Keefer, K. V., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: a taxometric investigation. *Psychological assessment*, 20(4), 385.

Parker, J. D., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive psychiatry*, 39(2), 91-98.

Pedersen, W., von Soest, T. (2013). Socialization to binge drinking: A population-based, longitudinal study with emphasis on parental influences. *Drug and Alcohol Dependence* 133, 587-592. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.07.028>.

Pedrosa, A., Camacho, L., Passos, S., & de Oliveira, R. (2011). Alcohol consumption by university students. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27(8), 1611–1621.

Pedrelli, P., Farabaugh, A.H., Zisook, S., Tucker, D., Rooney, K., Katz, J., Clain, A.J., Petersen, T.J., & Fava, M. (2011). Gender, Depressive Symptoms and Patterns of Alcohol Use among College Students. *Psychopathology* 2011 ; 44 : 27–33. doi:10.1159/000315358.

Pedrelli, P., Bitran, S., Shyu, I., Baer, L., Guidi, J., Tucker, D. D., ... & Farabaugh, A. H. (2011). Compulsive alcohol use and other high-risk behaviors among college students. *The American Journal on Addictions*, 20(1), 14-20.

Piccioni, A., Tarli, C., Cardone, S., Brigida, M., D'Addio, S., Covino, M., Zanza, C., Merra, G., Ojetti, V., Gasbarrini, A., Addolorato, G., & Franceschi, F. (2020). Role of first aid in the management of acute alcohol intoxication: a narrative review. *European review for medical and pharmacological sciences*, 24 17, 9121-9128.

Picolotto, E., Libardoni, L.F.C., Migott, A.M.B., & Geib, L.T.C. (2007). Prevalence and factors associated with psychoactives substances consumption for academics of Nursing of the University of Passo Fundo.

Pitkänen, T., Kokko, K., Lyyra, A-L., & Pulkkinen, L. (2008). A developmental approach to alcohol drinking behaviour in adulthood: a follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction*, 103(s1), 48–68. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02176.x>

Pocinho, M., & Capelo, M. R. (2009). Vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e autoeficácia em professores portugueses. *Educação e Pesquisa*, 35(2), 351-367.

Poeschl, G., Múrias, C., & Costa, E. (2004). Desigualdades sociais e representações das diferenças entre os sexos. *Análise Social*, Vol. 34 (171), 365-387.

Pomar, C., Balça, A., Conde, A.F., García, A.M., García, A.M., Nogueira, C., Vieira, C., Saavedra, L., Silva, P., Magalhães, O., & Tavares, T-C. (2012). *Guião de Educação Género e Cidadania. 2º ciclo do ensino básico. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género.*

Praceres, N., Parker, J.D.A., & Taylor, G. J. (2000). Portuguese adaptation of de 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). *Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa*. Vol. 9, nº1.

Preonas, P. D., Lau-Barraco, C. (2019). Affective factors explaining the association between depressive functioning and alcohol outcomes among college students. *Journal of American College Health*, 69(5), 513–519.
<https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1683565>

Qi, B., Humphrei, A., Bulik, C.M., Baker, J.H., & Munn-Chernoff, M.A. (2021). Food-Restricted Alcohol Consumption: Relation to Psychopathology in College Students. doi:10.1080/07448481.2021.1891915.

Quinn, P. D., Fromme, K. (2011). Alcohol Use and Related Problems Among College Students and Their Noncollege Peers: The Competing Roles of Personality and Peer Influence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(4), 622–632.
<https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.622>

Ramos, S., & Carvalho, A. (2007) – Nível de stress e Estratégias de coping dos estudantes do 1 ano do ensino Universitário de Coimbra. *Psicologia.com.pt. O Portal dos Psicólogos*. Acedido setembro, 22, 2012, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0368.pdf>

Reppold, C., Kaiser, V., Zanon, C., Hutz, C., Casanova, J. R., & Almeida, L. S. (2019). Escala de Satisfação com a Vida: Evidências de validade e precisão junto de universitários portugueses. *Revista de Estudios E Investigación En Psicología Y Educación*, 6(1), 15–23. <https://doi.org/10.17979/reipe.2019.6.1.4617>

Rocha, A. (2011). *Álcool e substâncias psicoativas no estudante universitário. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Departamento de Educação.*

Rodrigues, P.F.S., Salvador, A.C.F., Lourenço, I.C., & Santos, L.R. (2014). Padrões de consumo de álcool em estudantes da Universidade de Aveiro: Relação com

comportamentos de risco e stress. *Análise Psicológica*, 4(XXXII): 453-466. Universidade de Aveiro. doi: 10.14417/ap.789

Rose, P.A., Schuckman, H.E., Oh, S.S., & Park, E-C. (2020). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 5192.

Rosenthal, S.R., Clark, M.A., Marshall, B.D.L., Buka, S.L., Carey, K.B., Shepardson, R.L., Carey, M. P. (2017). Alcohol consequences, not quantity, predict major depression onset among first-year female college students. doi:10.1016/j.addbeh.2018.05.021.

Saavedra, L. (1997). Assistentes sociais, engenharias e taxistas: uma análise dos estereótipos do género. *Revista de Educação*, Vol. 6(2). Departamento de Educação da F.C. da U.L.

Sæther, S. M. M., Knapstad, M., Askeland, K. G., & Skogen, J. C. (2019). Alcohol consumption, life satisfaction and mental health among Norwegian college and university students. *Addictive Behaviors Reports*, 10, 100216. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2019.100216>

Santana, S.D.M., & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências*. Vol. 14 (1), 17-24.

Schepis, T.S., Nadai, A.S.D., Bravo, A.J., Looby, A., Villarosa-Hurlocker, M.C., Earleywine, M., & Stimulant Norms and Prevalence (SNAP) Study Team. (2020). Alcohol use, cannabis use, and psychopathology symptoms among college students before and after COVID-19. *Journal of Psychiatric Research* 142, 73-39. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.07.040>

Sebena, R., Orosova, O., Mikolajczyk, R.T., & Dijk, van J.P. (2011). Selected sociodemographic factors and related differences in patterns of alcohol use among university students in Slovakia. *BMC Public Health*, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/849>

Seo, E., Kim, S-G., Kim, S. H., Kim, J. H., Park, J. H., & Yoon, H-J. (2018). Life satisfaction and happiness associated with depressive symptoms among university students: a cross-sectional study in Korea. *Annals of General Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0223-1>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). (2022). Relatório Anual 2021 - A Situação do País em Matéria de Álcool. In www.sicad.pt. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências (SICAD). (2020). Relatório Anual 2019 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. In www.sicad.pt. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.

Shealy, A. E., Murphy, J. G., Borsari, B., & Correia, C. J. (2007). Predictors of motivation to change alcohol use among referred college students. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2358–2364. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.02.003>

Shillington, A.M., Clapp, J.D. (2001). Substance use problems reported by college students: combined marijuana and alcohol use versus alcohol-only use, *Substance Use & Misuse*, 36:5, 663-672, doi: 10.1081/ JA-100103566

Shishido, H., Gaher, R. M., & Simons, J. S. (2013). I don't know how I feel, therefore I act: Alexithymia, urgency, and alcohol problems. *Addictive Behaviors*, 38(4), 2014–2017. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.12.014>

Siegel, S., Castellan. Jr, N.J. (2006). *Estatística não-Paramétrica Para Ciências do Comportamento*. (n.d.). Brasil: Artmed Editora.

Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*. Ano XXVI, 3, 503-515.

Sims, A. (2003). *An Introduction to Descriptive Psychopathology*. 3rd Edition, Elsevier Limited, Philadelphia.

Singer, M. T. (1977). Psychological dimensions in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28(1/4), 13-27.

Soares, E., Paz, C., Fagundes, DE., Freitas, E., Jones, K., & Barbosa, H. (2018). A utilização do álcool como mediador social entre universitários. *Revisão Eletrónica Saúde Mental Álcool Drogas*. 14(4):257-266. doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000416

Sousa, C. (2018). Consumo de álcool na transição do Ensino Secundário para o Ensino Superior. Dissertação de Mestrado - Universidade do Minho, Instituto de Educação.

Sousa, H., Bardagi, M. P., & Nunes, C. H. S. S. (2013). Higher education self-efficacy and experiences of regular and affirmative action university students. *Avaliação Psicológica*, 12(2), 253-261.

Sousa, C. (2014). Os estudantes universitários e o consumo de substâncias psicoativas. Dissertação de mestrado. Universidade Lusófona do Porto. Faculdade de Psicologia.

Spear, L. P. (2015). Adolescent alcohol exposure: Are there separable vulnerable periods within adolescence? *Physiology & Behavior*, 148, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2015.01.027>

Sreeramareddy, C.T., Shankar, P.R., Binu, V.S., Mukhopadhyay, C., Ray, B., & Menezes, R.G. (2007). Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Medical Education*, 7(26). doi:10.1186/1472-6920-7-26

Ståhlbrandt, H., Johnsson, K.O., & Berglund, M. (2012). Alcohol patterns and their relation to social climate in student residence halls—A multilevel analysis. *Journal of Preventive Medicine*. Vol. 2, No.3, 299-305.

Ståhlbrandt, H., Leifman, A., Johnsson, K.O., & Berglund, M. (2010). Alcohol Trajectories over Three Years in a Swedish Residence Hall Student Population. *International Journal Research and Public Health*, 7, 1432-1447; doi:10.3390/ijerph7041432.

Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., ... & Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive behaviors*, 37(4), 469-476.

Strunin, L., Díaz-Martínez, A., Díaz-Martínez, L. R., Kuranz, S., Hernández-Ávila, C., & Fernández-Varela, H. (2014). Changes in Alcohol Use Among First Year University Students in Mexico. *Substance Use & Misuse*, 50(1), 106–113. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.960591>

Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D. (1991). The alexithymia construct. A potencial paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatic*, 32 (2), 153-164. doi:10.1016/s0033-3182(91)72086-0

Taylor, G. J. (1994). “The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality.” *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, X (2), 61-74.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A. (1997). Disorders of affect regulation. Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G. J. (2010). Affects, trauma, and mechanisms of symptom formation: a tribute to John C. Nemiah, MD (1918–2009). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 339-349.

Tembo, C., Burns, S., Kalembo, F. (2017) The association between levels of alcohol consumption and mental health problems and academic performance among young university students. PLoS ONE 12(6): e0178142. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178142>

Thorberg, F. A., Young, R. McD., Sullivan, K. A., & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol use disorders: A critical review. Addictive Behaviors, 34(3), 237–245. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2008.10.016>

Tosevski, D. L., Milovancevic, M. P., & Gajic, S. D. (2010). Personality and psychopathology of university students. Current Opinion in Psychiatric, 23(48), 48-52.

Trigo, A., & Santiago, L. (2022). Alcohol Drinking in Higher Education Students from Coimbra and the Impact of Academic Festivities. Acta Med Port, 35(4): 249-256. <https://doi.org/10.20344/amp.12366>

Valenti, G.D., & Faraci, P. (2021). Predicting University Adjustment from Coping-Styles, Self-Esteem, Self-Efficacy, and Personality: Findings from a Survey in a Sample of Italian Students. European Journal of Investigation in Health Psychology and Education, 11, 894–907. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11030066>

van der Velde, J., van Tol, M. J., Goerlich-Dobre, K. S., Gromann, P. M., Swart, M., de Haan, L., ... & Aleman, A. (2014). Dissociable morphometric profiles of the affective and cognitive dimensions of alexithymia. *Cortex*, 54, 190-199.

Vera, B.D.V., Pilatti, A., & Pautassi, E. M. (2021). ELSA 2014 Cohort: Classes of Alcohol, Tobacco and Marijuana Use Among Argentinian College Students. Avances en Psicología Latinoamericana, 39(2), 1-19. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.9445>

Veríssimo, R. (2001). Versão Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens – Adaptação linguística, validação semântica e estudo de fiabilidade. Acta Médica Portuguesa, 14, 529-536.

Vieira, F., Muraro, A.P., Rodrigues, P., Sichieri, R., Pereira, R.A., & Ferreira, M.G. (2021). Lifestyle-related behaviors and depressive symptoms in college students. Cadernos de Saúde Pública. 37(10). doi: 10.1590/0102-311X00202920

Zeigler, D. W., Wang, C. C., Yoast, R. A., Dickinson, B. D., McCaffree, M. A., Robinowitz, C. B., & Sterling, M. L. (2005). The neurocognitive effects of alcohol on adolescents and college students. Preventive Medicine, 40(1), 23-32.

Zhu, Y., Luo, T., Liu, J., & Qu, B. (2017). Influencing factors of alexithymia in Chinese medical students: a cross-sectional study. *BMC Medical Education*. doi: 10.1186/s12909-017-0901-8

Zierer, M.D.S., Albuquerque, L.P., Sérvulo, K.B.L.M., & Silva e Silva, A.F. (2022). Alcohol consumption by university students during the COVID-19 pandemic. *Research, Society and Development*, Vol.11, No. 14. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36501>

Walker, R., Stephens, R. S. (2014). Protective behavioral strategies mediate problem-focused coping and alcohol use in college students. *Addictive Behaviors*, 39(6), 1033–1037. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.02.006>

Webb, E., Ashton, C.H., Kelly, P., & Kamali, F. (1996). Alcohol and drug use in UK university students. *Lancet*. 348(9032):922–5.

White, H., Jackson, K. (2005). Social and psychological influences on emerging adult drinking behavior. *Alcohol Research and Health*, 28(4), pp. 182-190.

White, H.R., Kilmer, J.R., Fossos-Wong, N., Hayes, K., Sokolovsky, A.W., & Jackson, K.M. (2019). Simultaneous Alcohol and Marijuana Use among College Students: Patterns, Correlates, Norms, and Consequences. *Alcohol Clinical Experimental Research*. 43(7): 1545–1555. doi:10.1111/acer.14072

Willis, E., Adams, R., & Keene, J. (2019). If Everyone Is Doing It, It Must Be Safe: College Students' Development of Attitudes toward Poly-Substance Use. *Substance Use & Misuse*, 54:11, 1886-1893. doi: 10.1080/10826084.2019.1618334.

Wise, T. N., Mann, L. S., Mitchell, J. D., Hryvniak, M., & Hill, B. (1990). Secondary alexithymia: an empirical validation. *Comprehensive psychiatry*, 31(4), 284-288.

Wise, T. N., Mann, L. S., & Epstein, S. (1991). Ego defensive styles and alexithymia: A discriminant validation study. *Psychotherapy and psychosomatics*, 56(3), 141-145. doi: 10.1159/000288547.

Wiśniewski, P., Maurage, P., Jakubczyk, A., Trucco, EM., Suszek, H., & Kopera, M. (2021). Alcohol use and interoception – a narrative review. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110397.

Yi, S., Ngin, C., Peltzer, K., & Pengpid, S. (2017). Health and behavioral factors associated with binge drinking among university students in nine ASEAN countries. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. doi: 10.1186/s13011-017-0117-2

Yoo, A. H., Cha, S. W., & Lee, S. Y. (2020). Patterns of Alcohol Consumption and Drinking Motives Among Korean Medical Students. *Medical Science Monitor*, 26. <https://doi.org/10.12659/msm.921613>

8. Anexos

Caro. (a) Estudante,

Eu, Bárbara Filipa Santos da Costa, aluna do 2º ano do Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, na Faculdade de Medicina do Porto (FMUP), encontro-me a realizar a minha dissertação de Mestrado sob orientação do Exmo. Sr. Professor Aníbal Fonte.

A presente investigação visa caracterizar os padrões de consumo de álcool numa amostra pertencente à população geral, comparando variáveis sociodemográficas e analisando a possível associação entre o consumo de álcool, psicopatologia, estratégias de coping e alexitimia.

Neste sentido, gostaria de pedir a sua colaboração no preenchimento de um conjunto de instrumentos com a duração aproximada de 20 minutos, tendo esta tarefa um só momento. Ao participar neste estudo, estará a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área da saúde, não sendo acordado qualquer benefício/incentivo direto ou indireto pela sua colaboração.

Agradecia que respondesse a todas as questões que lhe irão ser apresentadas. A sua participação neste estudo é voluntária e confidencial, existindo a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem consequências para o participante. Peço-lhe que leia atentamente e responda a todas as questões que lhe serão apresentadas. Não há respostas certas ou erradas.

Desde já agradeço a sua atenção e colaboração.

Contacto da investigadora:

barbarafilipacosta@hotmail.com

Consentimento informado

Declaro que li a informação previamente citada e que tomei conhecimento do objetivo da presente investigação e das condições de realização da mesma, designadamente que a minha participação é voluntária e confidencial. Se a qualquer momento resolver desistir, poderei fazê-lo sem consequências.

Li e compreendi o conteúdo presente neste consentimento, fui esclarecido (a) nos aspetos que considero importantes e expressei a minha concordância em participar nesta investigação.

☐ Sim, aceito participar no estudo.

☐ Não, não aceito participar no estudo.

Questionário sociodemográfico

1. **Idade:** _____

2. **Sexo:** Masculino_____ Feminino_____

3. **Ciclo de estudos:**

Curso Técnico Superior Profissional (CTeSP) ☐

Licenciatura ☐

Mestrado ☐

Mestrado Integrado ☐

Doutoramento ☐

Pós-Doutoramento ☐

Pós-Graduação ☐

4. **Durante os períodos letivos encontra-se a residir na sua residência habitual?**

☐ Sim ☐ Não

5. **No estabelecimento de ensino onde estuda, frequenta algum grupo académico?**

Sim ☐ Não ☐

Se sim, qual: _____

6. Residiu fora de Portugal antes de ingressar no Ensino Superior?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, com que idade veio para Portugal? _____

Alcohol Use Disorders Identification (AUDIT)
(BABOR, T.F. et al., 2001, adaptado para a população portuguesa por CUNHA, 2002)

Instrução: Assinale a opção que melhor descreve a sua resposta para cada pergunta tendo em consideração o seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses.

Assinale apenas uma resposta por cada afirmação.

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Nos últimos 6 meses, consumiu alguma substância psicoativa (ex. ansiolítico, canábis, MD)?

1 = não

2 = sim

Qual? _____

Durante o período da pandemia da Covid-19, considera que o seu consumo de álcool (por favor, indique o número que melhor descreve a sua resposta):



1 = diminuiu muito

2 = diminuiu

3 = manteve-se igual

4 = aumentou

5 = aumentou muito

Toronto Alexithymia Scale – TAS 20
(Bagby *et al.*, 1994; adaptado para a população portuguesa por Veríssimo, 2001)

Instrução: Assinale qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, assinalando com uma cruz a resposta.
Assinale apenas uma resposta por cada afirmação.

	Desacordo total	Desacordo moderado	Sem opinião	Acordo moderado	Acordo total
1. Muitas vezes sinto-me confuso(a) em relação ao tipo de emoção que estou a sentir.					
2. É-me difícil encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.					
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos entendem.					
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.					
5. Mais do que limitar-me a descrever os problemas, prefiro analisá-los.					
6. Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, se assustado(a), ou zangado(a).					
7. Fico muitas vezes baralhado(a) com sensações que tenho no corpo.					
8. Prefiro muito simplesmente deixar que as coisas aconteçam na vez de estar a compreender porque que é que se passaram assim.					
9. Tenho sentimentos que não sei identificar lá muito bem.					
10. É essencial manter o contacto com as emoções.					
11. Acho difícil descrever o que sinto sobre as pessoas.					
12. Às vezes pedem-me para dizer mais o que sinto.					
13. Não sei o que se passa cá dentro de mim.					
	Desacordo total	Desacordo moderado	Sem opinião	Acordo moderado	Acordo total

14. Muitas vezes não sei porque estou zangado(a).					
15. Prefiro mais falar com as pessoas sobre o seu dia-a-dia do que sobre os seus sentimentos.					
16. Prefiro ver programas “leves” que distraiam do que dramas psicológicos.					
17. É-me difícil revelar os meus sentimentos mais íntimos, mesmo a amigos chegados.					
18. Posso sentir-me próximo(a) de uma pessoa, mesmo em momentos de silêncio.					
19. Acho que examinar os meus sentimentos é útil para resolver problemas pessoais.					
20. Estar à procura de significados ocultos em filmes ou peças de teatro, impede a pessoa de se divertir.					

Brief-COPE

(Carver & Scheier., 1989; adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004)

Instrução: Os itens que vai encontrar abaixo exprimem o modo como lida com um determinado problema. Deste modo, pretende-se saber qual foi a extensão com que fez aquilo que o item descreve relativamente à quantidade e frequência.

Não responda com base no que lhe pareceu ter sido eficaz ou não, mas sim consoante o que fez ou não fez. Utilize as seguintes alternativas de resposta.

0-Nunca faço isto

1-Faço isto por vezes

2-Em média é isto que faço

3-Faço quase sempre isto

Assinale apenas uma resposta por cada afirmação.

	Nunca faço isto (0)	Faço isto por vezes (1)	Em média é isto que faço (2)	Faço quase sempre isto (3)
1. Refugio-me noutras atividades para me abstrair da situação.				
2. Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação.				
3. Tenho dito para mim próprio(a): “isto não é verdade”.				
4. Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor.				
5. Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos).				
6. Simplesmente desisto de tentar lidar com isto.				
7. Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação.				
8. Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo.				
9. Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos.				
10. Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação.				
	Nunca faço isto (0)	Faço isto por vezes (1)	Em média é isto que faço (2)	Faço quase sempre isto (3)
11. Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas.				

12. Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva.				
13. Faço críticas a mim próprio.				
14. Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer.				
15. Procuro o conforto e compreensão de alguém.				
16. Desisto de me esforçar para lidar com a situação.				
17. Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer.				
18. Enfrento a situação levando-a para a brincadeira.				
19. Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver televisão, ler, sonhar ou ir às compras.				
20. Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer.				
21. Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento.				
22. Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual.				
23. Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo.				
24. Tento aprender a viver com a situação.				
25. Penso muito sobre a melhor forma de lidar com a situação.				
26. Culpo-me pelo que está a acontecer.				
27. Rezo ou medito.				
28. Enfrento a situação com sentido de humor.				

Satisfaction With Life Scale – SWLS
(Diener *et al.*, 1985; versão portuguesa de Simões *et al.*, 1992 e versão para
estudantes universitários de Almeida *et al.*, 2019)

Instrução: Indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, assinalando com uma cruz a resposta que melhor descreve o seu nível de satisfação.

Assinale apenas uma resposta por cada afirmação.

	Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito (a) com a minha vida.					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

Brief Symptom Inventory - BSI
(Derogatis., 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1999)

Instrução: Este questionário apresenta uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam.

Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Assinale apenas uma resposta por cada afirmação.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior.					
2. Desmaios ou tonturas.					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.					
7. Dores sobre o coração ou no peito.					
8. Medo na rua ou praças públicas.					
9. Pensamentos de acabar com a vida.					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.					
11. Perder o apetite.					
12. Ter um medo súbito sem razão para isso.					
13. Ter impulsos que não se podem controlar.					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.					
16. Sentir-se sozinho.					
17. Sentir-se triste.					
Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
18. Não ter interesse por nada.					
19. Sentir-se atemorizado.					

20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.					
22. Sentir-se inferior aos outros.					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.					
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.					
25. Dificuldade em adormecer.					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.					
27. Dificuldade em tomar decisões.					
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.					
29. Sensação de que lhe falta o ar.					
30. Calafrios ou afrontamentos.					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo.					
32. Sensação de vazio na cabeça.					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.					
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados.					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.					
36. Ter dificuldades em se concentrar.					
37. Falta de forças em partes do corpo.					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.					
Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.					

43. Sentir-me mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias.					
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa.					
45. Ter ataques de terror ou pânico.					
46. Entrar facilmente em discussão.					
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho.					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.					
50. Sentir que não tem valor					
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.					
52. Ter sentimentos de culpa.					
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.					