Universidade do Porto

Faculdade de Medicina do Porto

Consumo de Álcool nos Jovens

Estudo da Influência das Características Psicológicas:
Alexitimia, Auto-Conceito e Locus de Controlo

Rosa Cristina Correia Lopes

Porto

Abril, 2004

Universidade do Porto

Faculdade de Medicina do Porto

Consumo de Álcool nos Jovens

Estudo da Influência das Características Psicológicas: Alexitimia, Auto-Conceito e Locus de Controlo

Rosa Cristina Correia Lopes

Dissertação de candidatura ao grau de mestre em Psiquiatria e Saúde Mental, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sob orientação do Professor Doutor Jorge Lume.

Porto

Abril, 2004

Decreto- lei n.º 216/92 de 13 de Outubro – I Série A

"Para além do conhecimento das diferentes coordenadas que orientam a experiência humana, desde a biologia à interacção social, há que fazer Prevenção em que se torna indispensável a modificação das relações conflituais que se estabelecem entre a pessoa e o espaço, que são, por si mesmas, geradoras de um aumento de morbilidade da doença mental e de comportamentos desviantes."

Jorge Lume (1999, p. 59)

Ao Paulo

Aos meus pais

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível, sem a colaboração de várias pessoas, que contribuíram com o seu saber, disponibilidade, apoio e encorajamento, ás quais gostaríamos de expressar a nossa gratidão e apreço.

Aos professores do VII Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental, na pessoa do seu coordenador Professor Doutor António Pacheco Palha, pela oportunidade de desenvolvimento pessoal que sempre proporcionaram.

Ao Professor Doutor Jorge Ribeiro Lume, enquanto orientador do presente trabalho, pelo apoio e disponibilidade, pelos ensinamentos e pertinência das observações indispensáveis à sua realização.

Ao Professor Carlos Magro, pela pronta disponibilidade na criteriosa leitura e revisão do texto.

Aos autores das escalas, que permitiram a utilização dos referidos instrumentos de avaliação.

À direcção da Escola Superior de Enfermagem de Bisssaya Barreto, pela autorização concedida para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Aos estudantes de enfermagem, pela disponibilidade com que aceitaram fazer parte da amostra deste estudo, sem os quais não seria possível a sua realização.

À nossa família pelo carinho, atenção e tolerância dispensados nos momentos mais difíceis desta caminhada.

À colega e amiga Cândida Loureiro, pelo incentivo e apoio demonstrados.

A todos os que de forma directa ou indirecta tornaram possível a concretização deste trabalho.

Resumo

Esta investigação propôs-se determinar a influência de algumas características psicológicas (alexitimia, auto-conceito e *locus* de controlo de saúde) no grau de envolvimento com o álcool dos jovens, estudantes do Ensino Superior, contribuindo para um melhor conhecimento e compreensão dos factores que podem estar na base do referido consumo e melhorar a adequação das estratégias preventivas.

Com este propósito, para além da revisão bibliográfica mais actual e pertinente sobre o tema, procedeu-se à realização de um estudo descritivo-correlacional e transversal, utilizando um instrumento de colheita de dados, composto por escalas que avaliam as variáveis em estudo, devidamente aferidas para a população portuguesa, numa amostra constituída por 552 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, sendo 155 elementos do 1º ano; 160 do 2º ano; 161 do 3º ano e 76 do 4º ano.

Após o tratamento estatístico e análise dos resultados obtidos, podemos concluir que: o sexo, o pensamento orientado externamente e a impulsividade se relacionam com o grau de envolvimento com o álcool dos jovens; que a externalidade se relaciona com maiores consequências provocadas pelo álcool e a internalidade com a iniciação do consumo de álcool mais recente; e que, as variáveis que se revelaram preditoras desse envolvimento com o álcool são, para além do sexo masculino, uma maior impulsividade e uma menor auto-eficácia.

Nesta sequência, considera-se que a utilização de estratégias preventivas do comportamento de consumo de álcool nos jovens, tornando-o consciente/responsável na tomada de decisão pela adopção de comportamentos saudáveis. Estas estratégias devem incluir não só a escola, mas também a família, o grupo de pares e a comunidade.

Índice

0 – Introdução 16

Parte I – Fundamentação teórica 19

Capítulo I – Adolescência e juventude 20

1 – Transformações físicas e implicações psicológicas 23

2 – Desenvolvimento cognitivo 25

3 – Desenvolvimento social 27

4 – Juventude 35

Capítulo II – Álcool: da descoberta aos problemas do consumo 37

1 – Alguns aspectos históricos do consumo de álcool 37

2 – Consumo de álcool em Portugal e no mundo 39

3 – Novas bebidas e tendências de consumo 41

4 – O álcool etílico e as bebidas alcoólicas 41

5 – Absorção e metabolização no organismo 42

6 – Evolução de conceitos 44

7 – Etiologia 47

8 – Políticas de prevenção 50

Capítulo III – Consumo de álcool nos jovens 55

1 – Alguns dados epidemiológicos 56

2 – Significados do consumo de álcool nos jovens 59

Capítulo IV – Alexitimia 62

1 – Evolução histórica do constructo de alexitimia 63

2 – Características clínicas 65

3 – Alexitimia primária e secundária 66

4 – Etiologia 68

5 – Dados epidemiológicos 75

Capítulo V – Auto-conceito 78

1 – Conceptualização do constructo do auto-conceito 80

2 – Conteúdo e estrutura 82

3 – Algumas implicações clínicas do auto-conceito 85

Capítulo VI – *Locus* de controlo 88

1 – Teoria da aprendizagem social e *locus* de controlo 89

2 – Definição do constructo 92

3 – Determinantes do *locus* de controlo 95

4 – Algumas implicação clínicas e comportamentais do *locus* de controlo 96

Parte II – Investigação 99

Capítulo I – Conceptualização da investigação 100

1 – Problemática e objectivos 100

2 – Amostra 101

3 – Variáveis em estudo 101

4 – Hipóteses 102

5 – Instrumento de colheita de dados 103

6 – Colheita de dados 108

7 – Tratamento estatístico 108

Capítulo II – Apresentação e análise dos resultados 110

Capítulo III – Discussão 124

1 – Da metodologia 124

2 – Dos resultados 125

Capítulo IV – Conclusão 133

Bibliografia 137

Anexos 152

Anexo I – Instrumento de colheita de dados

Índice de Quadros

Quadro 1 – Evolução do consumo bebidas alcoólicas e etanol *per capita* em Portugal 40

Quadro 2 – Tipologia dos problemas ligados ao álcool 46

Quadro 3 – Estudos com amostras nacionais sobre consumo de álcool nos jovens 57

Quadro 4 – Estudos com amostras regionais sobre consumo de álcool nos jovens 58

Quadro 5 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre idade, sexo, ano de curso de enfermagem, classe social e meio de residência e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE 113

Quadro 6 – Dados relativos à determinação do teste de Mann-Whitney na comparação Portugal entre sexo (grupo masculino e grupo feminino) e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE 114

Quadro 7 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre alexitimia e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE 116

Quadro 8 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre auto- conceito e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE 117

Quadro 9 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre *locus* de controlo e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE 117

Quadro 10 – Dados relativos à determinação da correlação de Spearman entre as questões da escala AAIS e alexitimia nos estudantes do CLE 118

Quadro 11 – Dados relativos à determinação da correlação de Spearman entre as questões da escala AAIS e auto-conceito nos estudantes do CLE 120

Quadro 12 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre as questões da escala AAIS e *locus* de controlo de saúde nos estudantes do CLE 121

Quadro 13 – Dados relativos à determinação, através da regressão múltipla (método *stepwise*) entre as variáveis independentes, das preditoras do grau de envolvimento com o álcool nos jovens, estudantes do CLE 123

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o ano de formação, o sexo, o estado civil e a idade 111

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a classe social e o meio de residência 112

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Consumo de álcool puro *per capita* no mundo - 2000..... 39

Gráfico 2 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo e o envolvimento com o álcool dos estudantes do CLE 115

Siglas

AAIS – Escala de envolvimento com o álcool para adolescentes

CAGE – Cage Questionaire

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

ESPAD – Projecto Europeu para o Estudo do Álcool e outras Substâncias em Meios Escolares

HBSC – Health Behaviour in School Age Children

ICAC – Inventário Clínico de Auto-conceito

OMS – Organização Mundial de Saúde

OQPS – O Que Penso da Saúde

PLA – Problemas ligados ao álcool

TAS – Escala de Alexitimia de Toronto

0 – Introdução

Na sociedade actual, o consumo de bebidas alcoólicas é tão frequente e tão elevado, que se pode afirmar com segurança, não haver alguém que chegue à idade adulta sem contactar ou experimentar alguma das manifestações relacionadas com o seu consumo.

Ano após ano, Portugal mantém-se nos lugares cimeiros do consumo *per capita* de álcool a nível mundial, com as mais elevadas taxas de mortalidade por cirrose hepática, com elevados índices de sinistralidade rodoviária e de trabalho, para além do vasto leque de problemas a nível individual (saúde física e mental), familiar, ocupacional e comunitário, imputáveis ao álcool, o que o torna num grave problema de Saúde Pública.

Sendo certo que na sociedade portuguesa, o álcool é a principal substância causadora de dependência, convertendo-o no problema mais significativo de todas as outras formas de abuso de substâncias combinadas.

É provável que tudo tenha começado na infância ou adolescência, para se integrar no grupo, ou ser aceite pelos pares, por ser costume, por parecer bem, para se desinibir, para se divertir.... Mas, não podemos ignorar que estes consumos estão envolvidos por múltiplos factores.

Os comportamentos dos jovens face ao álcool, devem ser contextualizados no acontecer individual, familiar, social, económico e político. sendo certo que actualmente se assiste a uma crescente alcoolização dos jovens e das mulheres.

Relativamente aos estudantes do Ensino Superior, não podemos ignorar a estreita ligação entre os eventos académicos e o consumo de álcool (Queima das Fitas, Latada, Convívios, entre outros), onde ano após ano se ultrapassam os recordes do ano anterior em termos de bebidas alcoólicas consumidas.

São estes novos modos de beber, de etilização rápida e intencional, que estão na origem de elevados índices de morbilidade e mortalidade, mas sobretudo que

amplificam os comportamentos de risco, incrementados por particularidades individuais.

Na pesquisa bibliográfica realizada, poucos estudos foram encontrados que especificamente tenham investigado a relação entre variáveis psicológicas, concretamente a alexitimia, o auto-conceito e o *locus* de controlo, e o consumo de álcool em populações sem dependência alcoólica, que unicamente apresentem comportamentos abusivos desta substância.

A ausência de estudos acerca desta problemática em Portugal, as múltiplas questões levantadas por recentes estudos internacionais e as profundas alterações nos modelos de ingestão de bebidas alcoólicas, justificam a escolha deste tema.

É neste contexto, que surge o presente trabalho, centrando-se sobre o estudo de determinadas características psicológicas (alexitimia, auto-conceito e *locus* de controlo de saúde), que possam estar associadas ao consumo de álcool nos jovens, especificamente nos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

O presente trabalho teve como propósito a consecução dos seguintes objectivos:

- Avaliar a influência das características psicológicas, concretamente a alexitimia, o auto-conceito e o *locus* de controlo de saúde, no envolvimento alcoólico dos jovens.
- Avaliar os comportamentos relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas nos jovens.
- Avaliar a existência de variáveis que possam ser consideradas preditoras do consumo de álcool nos jovens.

Para além disso, tivemos como finalidades:

- Contribuir para um melhor conhecimento dos factores em que se baseia o consumo de álcool nos jovens, em virtude das profundas mudanças nesta fase, quer pelo desenvolvimento próprio do indivíduo, quer pela vivência de novos modos de consumo de álcool.
- Contribuir para a adequação das estratégias de prevenção direccionadas a esta camada etária.

Este trabalho é estruturalmente composto por duas partes. A primeira é dedicada fundamentalmente à revisão do conhecimento teórico actual acerca do tema investigado, a segunda dedicada ao contributo pessoal que procuramos dar através deste estudo.

Assim, a primeira parte é constituída por 6 capítulos, onde o primeiro se destina a algumas considerações acerca do desenvolvimento do indivíduo na adolescência e juventude, com a intenção de compreender algumas características próprias desta fase do ciclo vital, importantes para o entendimento do consumo de álcool nos jovens e para a adequação das abordagens preventivas.

No capítulo II são apresentados alguns conceitos relacionados com o álcool e bebidas alcoólicas, valorizando os aspectos históricos ligados ao seu consumo em Portugal e no Mundo, tendências de consumos, epidemiologia e etiologia dos comportamentos alcoólicos, evolução de conceitos e políticas de prevenção.

A abordagem dos problemas ligados ao álcool, particularmente nos jovens, surge no capítulo III, realçando alguns dados epidemiológicos e significação desses mesmos comportamentos alcoólicos.

Nos capítulos IV, V e VI esclarecemos o papel e importância das características psicológicas em estudo, alexitimia, auto-conceito e *locus* de controlo respectivamente, como factores de vulnerabilidade/protecção da saúde do indivíduo.

A parte II é composta por 4 capítulos, onde o primeiro é dedicado à conceptualização da investigação, sendo apresentada a problemática e metodologia utilizadas.

O capítulo II comporta a análise dos resultados em função da interacção das variáveis, tendo por base as hipóteses elaboradas para este estudo.

No capítulo III procedemos à discussão dos resultados e da metodologia utilizada, sempre que possível à luz de outros estudos. As conclusões e sugestões extraídas desta investigação encontram-se reservadas ao capítulo IV.

Parte I – Fundamentação teórica

Capítulo I – Adolescência e juventude

> *"Não acredito que a história de um homem esteja escrita desde a infância. Penso que existem épocas muito importantes onde as coisas se inserem: a adolescência, a juventude..."*
>
> Jean-Paul Sartre citado por Claes (1990, p.7)

Falar de adolescência é, antes de mais, falar de verdadeiras modificações no desenvolvimento. A adolescência é, todavia, a grande mutação: aquela que fará da criança um adulto, isto é, um ser capaz de utilizar impulsos para responder às solicitações.

A história da adolescência tem raízes muito profundas, já Aristóteles deu particular significado ao período de transição da infância para a idade adulta, caracterizando-a pela capacidade de tomar decisões e fazer escolhas.

No entanto, a adolescência tal como hoje a concebemos, é um fenómeno relativamente recente na história psicossocial do ser humano e, mais ainda na história do, seu estudo e compreensão. Os diversos autores são unanimes em considerar o seu inicio coincidente com as profundas transformações ocorridas no século XIX, quando da Revolução Industrial (nível industrial, social, económico, etc.), altura em que o controle da família sobre os adolescentes, se prolongava até à idade do casamento (Claes, 1990).

Mas, é no século XX que a adolescência se afirma como fenómeno social relevante e se torna objecto de estudo mais sistemático, despertando as atenções, não só dos estudiosos das diversas áreas disciplinares do comportamento, mas também, a nível político, económico e religioso (Relvas, 1996; Ferreira e Ferreira, 2000a).

O conceito de adolescência tem suscitado numerosas controvérsias, quer no seu conteúdo, quer na sua delimitação, independentemente do tempo histórico.

A palavra adolescência provem do latim: *adolescere* e significa crescer, desenvolver, é portanto um tempo de profundas mudanças, que corresponde ao período de transição entre a infância e a idade adulta.

Precisar os limites da adolescência, enquanto fase de desenvolvimento com características específicas tem sido tarefa difícil, uma vez que, não há unanimidade na precisão dos seus limites, quer em função de um indicador de idade cronológica, quer em função das características psicossociológicas.

Relativamente ao seu início, parece haver maior consenso, já que este se faz coincidir com o aparecimento da puberdade (influenciado por factores hereditários e ambientais), e a diferença entre sexos contribui para a flutuação do seu aparecimento. Já que o seu *terminus* é algo controverso, uma vez que não existe um factor físico nem qualquer factor inquestionavelmente observável do ponto de vista psicossocial e universal que possibilite avaliar com precisão o final desta fase de desenvolvimento (Medeiros, 2000). Esta dificuldade, relativamente ao ponto de encerramento da adolescência, está presente nas mais diversas definições dos diferentes autores.

A adolescência é definida por Blos "como o conjunto de transformações psicológicas de adaptação ao estado de puberdade" (citado por Dias-Cordeiro, 1979, p. 22).

Também Stone e Church consideraram, no plano psicológico, a adolescência como um *"estado de espírito, uma maneira de ser que começa mais ou menos na puberdade e que termina quando o indivíduo adquiriu a sua independência de acção, isto é, quando está social e emocionalmente maduro e possui a experiência e a motivação necessárias para a realização do papel de adulto"* (citado por Claes, 1990, p. 48).

Claes (1990) salienta que na nossa cultura o acesso à idade adulta não está institucionalizado e, se se podem detectar um certo número de acontecimentos que separam a adolescência da idade adulta, é para constatar que esta fronteira é móvel e que ela flutuou durante o passado recente.

Alguns autores situam o final da adolescência entre os 18 e os 21 anos correspondendo à aquisição de uma identidade sexual fixa e à formação de carácter. Contudo, Dias-Cordeiro (1979) lembra que alguns jovens podem ser quase adultos apenas aos 25 anos.

Actualmente, assiste-se a uma tendência para o prolongamento do tempo de dependência dos pais, concomitantemente ao prolongamento dos estudos e da formação profissional impostas pela qualificação profissional e flutuações de emprego, bem como ao desmantelamento da estrutura familiar como órgão de trocas efectivas e impulsionadora da socialização do jovem, situação esta geradora de conflitos e de atrasos na obtenção de autonomia, contrária ao processo de maturação, tornando-se por isso difícil situar de forma clara o fim desta fase (Santos, 1993).

A adolescência é dominada pela noção de mudança: durante este período, várias realidades novas se inserem na experiência e na consciência e impõe opções fundamentais que comprometem o indivíduo para toda a vida. Durante a adolescência, o organismo sofre modificações de base que vão afectar sucessivamente todos os aspectos da vida biológica, mental e social:

> *"o corpo transforma-se profundamente com a puberdade, o pensamento também modifica o seu modo de abordar o real, a vida social evolui com o duplo movimento de emancipação da tutela parental e do estabelecimento de novas relações com os seus iguais e, finalmente, a representação de si próprio modela-se e desenha uma subjectividade nova" (Claes, 1990, p. 8).*

Sprinthall e Collins (1999, p. 40) consideram que à luz do pensamento actual, o "crescimento da adolescência engloba uma acção combinada entre as nítidas modificações biológicas, sociais e cognitivas dos indivíduos, e os contextos ou domínios, nos quais eles experienciam as exigências e as oportunidades que afectam o seu desenvolvimento psicológico".

Deste modo,

> *"não só o contexto histórico, mas também o contexto social e a vivência interna das transformações do corpo e da construção da identidade, bem como a aquisição de um pensamento abstracto, combinatório e hipotético dedutivo e a construção de um juízo moral convencional possibilitam outras*

visões do mundo, outra capacidade estrutural (quantitativa e qualitativa) de resolução de problemas, aquisições que contribuem para a marca da mudança desenvolvimental e impõem a descrição de características específicas, fundamentais na criação do conceito de adolescência" (Medeiros, 2000, p. 20).

Em síntese, as modificações da adolescência marcam sucessivamente quatro esferas do desenvolvimento: o corpo, o pensamento, a vida social e a representação de si (Claes, 1990).

Nos pontos seguintes deste capítulo iremos centrar-nos nestas modificações aos diferentes níveis que marcam o desenvolvimento deste estádio da vida: transformações físicas e efeitos psicológicos, desenvolvimento cognitivo e socialização: autonomia, as inter-relações com o grupo de pares e identidade.

1 – Transformações físicas e implicações psicológicas

As mudanças biológicas da puberdade são consideráveis e relativamente rápidas. É certo que a evolução biológica nos primeiros meses de vida é mais acelerada e mais espectacular do que na adolescência, mas, se o bebé não tem consciência destas transformações, elas impõem-se à consciência do adolescente.

A esse respeito Sprinthall e Collins (1999), referem que provavelmente para os adultos a característica mais significativa dos adolescentes diz respeito à multiplicidade de transformações físicas que ocorrem com a chegada da puberdade. Mas, simultaneamente a estes sinais de crescimento físico, ocorrem significativas mudanças cognitivas e de personalidade. Contudo, a adolescência pode definir-se por uma característica específica, a qual se relaciona com as acentuadas transformações corporais que ocorrem durante a segunda década de vida.

O corpo passa por uma série de modificações, cuja principal finalidade é possibilitar a concepção. Este é um estágio de rápido crescimento fisiológico, em que amadurecem as funções reprodutoras e os órgãos sexuais e surgem as características sexuais secundárias que incluem o alargamento dos seios, nas raparigas, as alterações na

voz e nos pêlos faciais, nos rapazes, e o crescimento dos pelos púbicos e axilares em ambos os sexos designado por pubescência e que culmina na puberdade, o ponto em que o indivíduo atinge a capacidade de reprodução sexual (Dias-Cordeiro, 2002).

Na mesma linha de orientação Sprinthall e Collins (1999) referem que a puberdade é regulada pelas hormonas segregadas pelas gónodas (testículos e ovários) e pelo córtex da glandula adrenal. Contudo, as várias hormonas são reguladas por um complexo sistema cujo órgão central é o hipotálamo. Este, de acordo com Claes (1990, p. 60), "é essencialmente a sede da expressão do comportamento emocional".

Sprinthall e Collins (1999) sublinham que a altura exacta em que ocorre a puberdade é bastante variável e é influenciada por factores genéticos e ambientais (doenças, alimentação). Embora a sequência das transformações pubertárias seja igual, este crescimento tem tendência para ser assincrónico, ou seja, as diferentes partes do corpo apresentam um rápido crescimento em momentos distintos.

Ora Claes (1990, p. 77) citando Harrison, salienta que estas "desproporções temporárias podem ser sentidas como definitivas" e, por isso, geradoras de algum desconforto e vivenciadas mais intensamente na adolescência do que em qualquer outro período do desenvolvimento, uma vez que a representação do corpo é perturbada por distorções físicas imaginárias. Todos estes processos e a rapidez das modificações somáticas atacam a consciência da imagem corporal que se tinha construído ao longo da infância "fazendo-se então sentir a necessidade de reconstruir a representação do corpo".

Durante este período cuja duração média é de quatro anos, o corpo de criança sofre profundas modificações sexuais. Sendo que estes fenómenos trazem consigo duas tarefas desenvolvimentais principais que Claes (1990, p. 52) define como: "1- a necessidade de reconstruir a imagem corporal sexuada e de assumir a identidade de género, masculina ou feminina; 2- ascender progressivamente à sexualidade genital adulta, caracterizada pela partilha de erotismo com um parceiro sexual e a conjugação de dois desejos complementares".

Na opinião de Sprinthall e Collins (1999) as transformações físicas da puberdade não afectam, directamente, os estados psicológicos dos adolescentes. Em vez disso, os efeitos psicológicos são mediados pelas respostas às alterações físicas emitidas pelos

pais, colegas e pelos próprios adolescentes. Estas influências socioculturais podem ser directamente observadas (por exemplo) nas reacções à menarca e, nos adolescentes que atingem a puberdade mais cedo ou mais tarde do que o normal. Os efeitos psicológicos duma maturidade precoce ou tardia reflectem, claramente, o impacto da aceitação no mundo dos adultos e das experiências em que os adolescentes tem de lidar com ambíguas definições sociais que lhes são atribuídas. Além disso, as dificuldades enfrentadas por muitos deles ao adaptarem-se ás alterações corporais ilustram, em parte, a forte influência das normas socioculturais relacionadas com a atracção física no auto-conceito dos adolescentes.

Deste modo, os efeitos psicológicos da puberdade reflectem, quer a coerção das normas e expectativas da sociedade, quer as respostas auto avaliativas às transformações corporais que são influenciadas por elas (Sprinthall e Collins, 1999).

2 – Desenvolvimento cognitivo

Como vimos as transformações físicas são determinantes na adolescência, mas não menos importantes, apesar de menos óbvias para a maioria das pessoas, são as transformações no modo de pensar, raciocinar e de resolução de problemas que ocorrem nesta fase de desenvolvimento.

Jean Piaget, um dos investigadores de referência nesta matéria, foi o primeiro a teorizar sobre o curso do desenvolvimento cognitivo com o intuito de explicar as diferenças entre as crianças e os adolescentes.

A este respeito Sprinthall e Collins (1999) referem que Piaget defendia que os contrastes entre as capacidades cognitivas, de estádio para estádio, eram o resultado de estruturas psicológicas subjacentes, que levavam ao aumento da complexidade, do grau de abstracção e da flexibilidade mental, à medida que o indivíduo se ia desenvolvendo. Estas alterações cognitivas qualitativas resultam da equilibração, ideia fundamental de Piaget acerca da natureza do desenvolvimento cognitivo.

O desenvolvimento do pensamento cognitivo constitui um factor importante para que o adolescente possa aceitar e integrar as modificações corporais, afectivas e relacionais que se operam nele e à sua volta, este desenvolvimento do pensamento do adolescente, sublinha Claes (1990, p. 52), é marcado por um conjunto de modificações qualitativas e quantitativas que se traduzem em duas aquisições principais: "o aumento das capacidades de abstracção e o alargamento das perspectivas temporais"

Na mesma linha de orientação Dias-Cordeiro (2002) também destaca que durante a adolescência as modificações psicológicas e corporais são tanto mais marcantes, quando maior a desarmonia evolutiva entre a maturação sexual genital e a maturação psico-afectiva.

Na opinião de Piaget, citado por Sprinthall e Collins (1999, p. 143), o adolescente desenvolve um importante potencial devido ao pensamento formal. Isto é, o pensamento do adolescente adquire uma maior capacidade para pensar acerca de possibilidades, através de hipóteses, para antever certos resultados, para reflectir sobre os próprios pensamentos e para ponderar sobre os pontos de vista das outras pessoas.

Para Piaget, a inteligência constitui uma forma particular da adaptação ao organismo. Durante o desenvolvimento o pensamento organiza-se progressivamente em estruturas ou sistemas cada vez mais complexos. Assim, o pensamento operatório formal (antecedido por estádio sensório-motor, pré-operatório e operatório concreto) constitui a última etapa do desenvolvimento da inteligência (Claes, 1990). Este estádio desenvolve-se entre os 11-12 anos e os 14-15 anos. Piaget e Inhelder mostraram que a aquisição do pensamento hipotético-dedutivo caracterizava esta nova forma de equilíbrio de pensamento, que é acompanhada de duas estruturas cognitivas: "o domínio da análise combinatória e o acesso a uma forma mais completa de reversibilidade" (Claes, 1990, p. 97). Os autores afirmam que "o adolescente ao contrário da criança começa a construir sistemas e teorias" é a idade da metafísica por excelência (Claes, 1990, p. 105).

Deste modo, Piaget e Inhelder (1979) consideram o acesso ao pensamento formal o nível de acabamento do pensamento, que no seu entender se define pela elaboração de um método de indução experimental e se caracteriza pela capacidade de formular

hipótese e de deduzir as consequências das mesmas e é dominado pela ideia teórica do possível.

Sprinthall e Collins (1999) apresentam um ponto de vista alternativo à perspectiva de Piaget que consiste no facto do desenvolvimento cognitivo durante a adolescência estar ligado a modificações na capacidade de processamento de informação.

Assim, com a aquisição destas transformações cognitivas o adolescente adquire uma capacidade de raciocinar, reflectir e discutir, permite-lhe argumentar e adquirir o estatuto de igualdade intelectual frente ao adulto o que aumenta a possibilidade de conflitos entre ambos.

Com a aquisição de novas capacidades físicas e cognitivas, o adolescente rapidamente se diferencia, o que causará forte impacto na natureza das suas relações sociais: família e grupo de pares, e na redefinição de novas tarefas, rumo à autonomia. Também, os outros percepcionam o adolescente de modo diferente, reconhecendo-lhe novas e mais complexas capacidades e possibilidades.

3 – Desenvolvimento social

A maturação física não conduz apenas, a uma alteração nas capacidades para desempenhar determinadas tarefas que requerem tamanho e força.

As transformações cognitivas não só tornam possível o desenvolvimento das capacidades para pensar e raciocinar, características dos adultos, como também dão origem à capacidade para imaginar futuras tarefas, escolhas e possibilidades. Estas transformações são, na opinião de Sprinthall e Collins (1999), os aspectos primários da adolescência pois são eles que parecem precipitar muitos dos desafios sociais e psicológicos com que os adolescentes são confrontados, e talvez constituam a base das diferentes formas da abordagem que cada adolescente utiliza perante os problemas ligados à obtenção de uma identidade.

Os autores consideram que a tarefa de desenvolvimento de identidade se insere perfeitamente no seio das suas relações e actividades diárias. Os diferentes contextos

constituídos pela família, pares, professores, comunicação social e mundo do trabalho, levam o jovem a desempenhar novos papéis e a descobrir novas imagens de si próprio.

Também Claes (1990, p. 52) reforça a ideia de que a adolescência se caracteriza por "modificações importantes das relações sociais e dos agentes de socialização", ou seja, a "ascendência predominante da família, vai ser progressivamente substituída pelo grupo de pares como fonte de referência das normas de condutas e de atribuição de estatuto."

O mesmo autor sublinha que esta mudança se desenrola em dois tempos, que constituem duas tarefas desenvolvimentais importantes: "1 – a libertação da tutela parental; 2 – a substituição gradual do grupo de pares como agente de socialização, o que exige a organização de relações de competição e de cooperação com os companheiros de ambos os sexos".

Deste modo, a emancipação da tutela parental constitui uma tarefa universal da adolescência em qualquer sociedade, sendo que, e de acordo com Claes (1990), este processo é mais prolongado nas sociedades ocidentais. No desenrolar deste processo, o autor defende que, existe o desinvestimento nas ligações afectivas com os pais e o comprometimento numa vida social fora da matriz da família.

É ainda importante sublinhar que esta transição não é tarefa fácil para a família, se para o adolescente a maturação sexual, as novas e mais complexas capacidades cognitivas e físicas, o fazem quebrar a dependência infantil e os conduz ao mundo social extra familiar, na busca de autonomia, sem cortar abruptamente com os laços familiares. Para os pais significa, na opinião de Relvas (1996), um abrandamento progressivo do controlo exercido sobre os filhos e o aumento correlativo da flexibilidade das normas familiares face à sua crescente independência.

Autonomia

Na opinião de Relvas (2000), independência e autonomia são duas faces da mesma moeda que, nesta fase, estão omnipresentes. Independência, significa em termos absolutos, a capacidade que o indivíduo tem para satisfazer as suas próprias necessidades básicas, necessidades até aí satisfeitas por aqueles de quem é dependente.

Já em termos familiares, a aquisição de independência, segundo a autora, inclui o ajustamento de sentimentos e comportamentos dos diversos membros da família, uma vez que não se restringe à emancipação aos níveis económico e físico, mas também inclui a afectividade e a capacidade de assumir valores, juízos e decisões próprias.

Autonomia é, no entender de Bowen citado por Relvas (2000, p. 54), a aspiração fundamental do indivíduo em "conseguir obter a sua independência e o controle de si próprio, necessariamente limitados por ligações naturais, pela possibilidade de indiferenciação de si total e absoluta e por outros factos da vida".

Neste contexto, independência e autonomia, não são uma forma de ruptura ou isolamento em relação à família mas antes, um modo de auto-responsabilização e afirmação de si, inclusive no seu seio, interligando-se na possibilidade de realização da grande tarefa do adolescente, analisada em termos psicossociais mais latos, isto é, na aquisição da identidade (Relvas, 1996).

A este respeito Dias-Cordeiro (2002, p. 220) acrescenta, que embora o "grupo família varie profundamente de cultura para cultura, a matriz familiar funciona como referência permanente ao longo de toda a vida".

Sprinthall e Collins (1999, p. 186) são de opinião que existem três aspectos particularmente importantes para o desenvolvimento social dos adolescentes:

> *"1 – capacidade para considerar uma variedade de circunstâncias e acontecimentos que podem ocorrer, sendo por isso, particularmente propensos ao reconhecimento das discrepâncias entre o real e o possível; 2 – capacidade para inferir as características pessoais, as motivações e outros aspectos implícitos nos acontecimentos e comportamentos sociais; 3 – capacidade para tomar consciência de que os diferentes indivíduos incluindo eles próprios, possuem perspectivas diferentes acerca do mesmo conjunto de circunstâncias".*

Habitualmente estas transformações socio-cognitivas ocorrem durante longos períodos de tempo e incluem mudanças ascendentes no sentido da complexidade do raciocínio e das percepções sociais, mas também mudanças laterais que se estendem às capacidades cognitivas em desenvolvimento a novos tipos de relações, circunstâncias e acontecimentos sociais (Sprinthall e Collins, 1999).

Contudo, Hill e Holmbech consideram a existência de um paradoxo em que se associa a adolescência à luta pela autonomia, mas simultaneamente existe uma atitude de protecção, ou ainda uma atitude que visa retardar a chegada da adultez (citado por Fleming, 1993).

Esta disjunção entre a capacidade procriativa do jovem (atingida mais cedo que no passado) e a sua capacidade socio-económica (acesso à casa e ao emprego retardado), na opinião da autora, tem-se vindo a acentuar, resultando por um lado no encorajamento da separação do jovem da família de origem, mas simultaneamente retardando-o, uma vez que, de um modo geral, o jovem permanece hoje até mais tarde no seio da família.

Grupo de pares

As relações estabelecidas entre o jovem e o grupo de pares são essenciais na organização do processo psicossocial em curso nesta fase.

O grupo de companheiros da mesma idade detém uma posição central no desenvolvimento da socialização do adolescente, é fundamental na construção da autonomia e da identidade do adolescente, sendo que, o movimento de emancipação da matriz familiar é paralelo ao intenso investimento nas actividades sociais com os colegas da mesma idade. Nesta fase, as relações parentais são frequentemente marcadas por emoções conflituosas, o que dificulta a partilha da realidade das suas experiências e emoções com os pais. O grupo constitui então, um espaço aberto ao diálogo acerca dos seus problemas pessoais, escolares e profissionais (Coleman, 1985; Claes, 1990).

No mesmo sentido, Sprinthall e Collins (1999), defendem que o grupo de colegas desempenha um papel complementar no desenvolvimento do adolescente, apesar de frequentemente as influências do grupo entrarem em conflito com as influências dos pais e outros adultos. Contudo, não podemos esquecer que muitas destas influências são específicas do grupo, não podendo a família exercê-las com tanto sucesso.

Já Erikson (1982) considerava que o grupo de pares adolescentes desempenhava uma importante função de realização de identidade, pois oferece aos seus membros oportunidades para experimentar os papéis da vida adulta. As relações com os colegas,

parecem importantes preditores de um ajustamento bem sucedido na vida adulta Sprinthall e Collins (1999).

Desta forma, o grupo de pares oferece múltiplas ocasiões para "desenvolver novas relações consigo próprio e com outrem, uma vez que ajuda o indivíduo a adquirir uma representação de si, o sentido do seu valor, oferecendo-lhe a ocasião de assumir riscos e de se confrontar com realidades competitivas" (Claes, 1990, p. 144).

Para além disso, este estabelecimento de relações com os pares refere-se não apenas com o facto de participarem nas mesmas actividades, mas principalmente com base em sentimentos e interesses comuns. É este facto que marca a diferença entre este grupo e os anteriores (da infância). É claro que este suporte para esta amizade resulta das transformações cognitivas que, na opinião Sprinthall e Collins (1999), possibilitam ao jovem compreender a verdadeira natureza do relacionamento com base na partilha e na reciprocidade.

Birren *et al.* citado por Relvas (1996, p. 181) consideram que as principais funções do grupo de pares da adolescência se centram em três aspectos fundamentais:

> "1 – *facilitar a separação em relação à família, permitindo aprender e pensar e experimentar com segurança valores, não necessariamente presentes ou aceitáveis pela família; 2 – favorecer a aquisição de um certo grau de conformismo face às normas (o que é muito difícil de fazer perante o adulto) e a distinção entre limites pessoais e sociais ou convencionais; 3 – permitir um desenvolvimento de um auto-conceito positivo, reassegurando ao indivíduo de que a sua aceitação foi merecida e não oferecida* ".

No grupo há ainda possibilidade do jovem experimentar e desenvolver as suas capacidades de liderança, testando os papéis desempenhados e o posicionamento na fratria. No entanto, o desenvolvimento desta potencialidade é mais facilitada aos filhos únicos e mais velhos (Relvas, 1996).

Uma outra perspectiva do grupo é defendida por Ferreira e Ferreira (2000b), uma vez que o grupo de pares exerce sobre o adolescente uma certa pressão e influência, favorecendo uma auto imagem mais positiva ou mais desfavorável. Assim, o papel do grupo pode ser positivo e contribuir para o desenvolvimento equilibrado do adolescente, ou negativo, incitando o adolescente a apresentar comportamentos de risco, tais como:

violência, consumo de álcool, comportamentos sexuais de risco, consumo de drogas ilegais, condução perigosa, etc.

Porém, no final da adolescência, o jovem procura fazer opções dentro do grupo, escolhe as suas próprias ideias, escolhe um parceiro sexual e, lentamente vai abandonando o grupo. Ao conseguir fazê-lo, consegue também estar só, sem solidão, nem medo, estar consigo e com os outros e atingir a descoberta de si e da sua identidade (Santos, 1993).

Em síntese, o grupo de pares funciona como uma das principais fontes de referência dos adolescentes, que alterna com uma outra importante fonte: a família (Coleman, 1985). As referências parentais são seguidas pelos jovens, relativamente a valores culturais estáveis e em decisões que implicam consequências a longo prazo (valores sócio-económicos, ideologia política, religião, hábitos de consumo e cuidados de saúde). As referências do grupo de pares, são tomadas em consideração na realização de comportamentos relacionados com valores culturais e sociais mutáveis, e com consequências imediatas (preferências musicais e da moda, linguagem, modelos de interacção individuais e sexuais) (Lutte citado por Matos, 2000a). Em termos gerais, a influência dos pais salienta-se nas decisões que têm implicações a nível de futuro, e a influência do grupo de pares nas decisões relativas a necessidades em termos de *status* e identidade (Claes, 1990).

Identidade

Autonomia, individuação e formação de identidade são, como vimos, fenómenos ligados entre si, influenciando-se mutuamente e, na opinião de Fleming (1993), constituem os ingredientes psicológicos principais da separação pais-adolescentes. A formação de identidade é facilitada por uma maior autonomia, a qual por sua vez, será tanto maior quanto mais avançado estiver o processo da individuação.

Não é possível falar de identidade sem referir Erik Erikson, referência clássica fundamental que, elaborou um quadro de referência – Teoria da Identidade Psicossocial, no intuito de possibilitar a compreensão do processo de formação de identidade durante

o período de adolescência, tendo por base a teoria epigenética, segundo a qual se processava o desenvolvimento psicológico.

Para Erikson em cada estádio psicossocial, o indivíduo é confrontado com determinado conflito, desafio ou crise, a resolução bem sucedida dessas crises prepara-o para ultrapassar com maior ou menor maturidade as tarefas desenvolvimentais do estádio seguinte (citado por Sprinthall e Collins, 1999). Erikson considerou que o conflito dominante da adolescência seria entre a *formação da identidade* versus *difusão da identidade* (citado por Fleming, 1993). Ora o autor mostra que a formação da identidade adulta, é resultado da maturação das expectativas culturais (delinear responsabilidades e papéis que vai assumir na vida adulta) e das pressões sociais (desacordo dos pais, pressão dos colegas) (citado por Sprinthall e Collins, 1999).

Erikson descreveu a noção da identidade do Eu com base em três eixos da representação do objecto: "1 – consciência de uma continuidade temporal, de um Eu que traz consigo um passado que lhe pertence, e que, por meio de escolhas significativas nas diversas vias oferecidas pelo crescimento, se compromete no futuro; 2 – define-se em termos de semelhança consigo próprio; 3 – opõe-se à experiência de divisão, da difusão e do parcelamento" (Claes, 1996, p. 147).

O conceito de identidade reúne várias ideias fundamentais: a noção de permanência e continuidade, mantendo a constância dos objectos e dos sujeitos apesar das flutuações do tempo e das modificações mais ou menos importantes que eles possam sofrer; mas a identidade apela também para a ideia de unidade, de coesão, permitindo circunscrever as coisas na medida em que as delimita umas em relação ás outras, enfim, a identidade permite estabelecer uma relação entre as coisas, reunindo "as que ficam bem juntas e agrupando as semelhanças e as dissemelhanças" (Green citado por Claes, 1996, p. 147).

Importa referir que o conceito de identidade faz referência a um processo em vias de elaboração, a uma construção nunca acabada do Eu. Na perspectiva de Erikson a construção da identidade reveste-se de uma importância primordial na adolescência, esta tarefa nunca se acaba. A unidade do Eu nunca está ao abrigo das deslocações e das regressões nos acontecimentos que a vão abalar: os lutos, as roturas e os fracassos (Claes, 1996).

Num estudo conduzido por James Marcia, com estudantes universitários este concluiu que o estatuto da identidade comporta quatro categorias: a) na identidade realizada, a consciência do Eu é relativamente estável, importa elementos da identificação infantil, das circunstâncias presentes e dos possíveis papéis futuros; os jovens que se encontram nesta situação são confrontados com várias alternativas possíveis em relação a si próprios e comprometem-se com alguns valores centrais. b) Na difusão da identidade, o jovem não estabelece este tipo de compromisso; nem explora, activamente, as diversas possibilidades. c) Na fase da insolvência identitária, o jovem estabelece um compromisso com os valores defendidos pelos outros, sem haver uma exploração pessoal das alternativas possíveis. Como por rotina, os jovens adoptam os valores e os papéis dos seus pais. d) Na quarta fase, a moratória, refere-se a um esforço contínuo para separar as várias possibilidades que se apresentam ao indivíduo jovem, embora ainda não tenha sido estabelecido qualquer compromisso (Sprinthall e Collins, 1999).

Também Erik Erikson referiu que a moratória é a situação mais característica da adolescência, e as investigações posteriores confirmaram essa ideia (Sprinthall e Collins, 1999).

Na opinião de Relvas (1996) a sociedade está organizada de modo a conceder ao jovem este espaço de tempo, como fase de experimentação das tarefas do mundo adulto (moratória psicossocial: namoro/casamento; estudo/mundo laboral e profissional). Mas, ao permitir esta lenta progressão para a identidade adulta e madura está a retardar, o "pagamento da dívida" face à geração precedente.

Na actualidade, verifica-se um alargamento deste tempo de espera através do prolongamento dos estudos e consequente adiamento da independência financeira e laboral, o que associada a uma falta de perspectiva e confiança em termos de futuro, complexifica a tarefa da família num recrudescimento de dificuldades, uma vez que há uma inversão do que seria esperável neste processo. A independência física e económica, que deveria funcionar como base para o definitivo estabelecimento de uma autonomia sócio-afectiva, ou pelo menos ser-lhe contemporânea, é cada vez mais tardia, não sendo raro que a segunda se processe mais rapidamente do que a primeira: o jovem já definiu a sua independência psicológica, embora ainda continue dependente economicamente da família. (Relvas, 1996, p. 160).

4 – Juventude

Actualmente um número cada vez maior de adolescentes ingressa no ensino superior, o que torna possível o aparecimento de um novo estádio de desenvolvimento – juventude/desenvolvimento dos estudantes do ensino superior. Este passa a ser entendido como um período de transição por excelência, situada entre a própria adolescência e a idade adulta (Simões, 2002)

Embora a sua afirmação definitiva possa ser algo prematura, uma vez que o seu início se reporta à segunda metade do século XX (em Portugal nos anos 80, após o 25 de Abril de 1974), introduzindo mudanças de ordem económica, social e cultural, no modo de vida das sociedades. Alguns autores consideram-no um estádio, em processo de formação, fazendo supor que estejam em curso mudanças psicológicas e culturais que se assemelham às do processo de formação da adolescência no século XIX, associadas às profundas alterações desencadeadas pela industrialização.

Contudo, outros autores defendem que este tempo de vida corresponde à finalização de algumas tarefas centrais da adolescência.

Se tomarmos como referência algumas contribuições clássicas ligadas às teorias psicossociais, onde o adolescente é reconhecido pela sua experiência de crise de *identidade*, o jovem adulto é confrontado com a tarefa da *intimidade*, e o adulto com a da *produtividade* (Erikson). Para Chickering, seu continuador, a identidade assume-se como um dos vectores centrais da educação superior. Além disso, em alguns trabalhos recentes no domínio da intimidade, nomeadamente os de Pragner, verificamos que os jovens adultos são abordados conjuntamente com os adolescentes (citado por Bastos, 2000).

Também de acordo com as teorias estruturais, considerando que a transformação do adolescente em adulto está condicionada pela entrada no mundo laboral, os estudantes do ensino superior estariam mais próximos dos adolescentes do que dos adultos, uma vez que se encontram longe do trabalho remunerado e dos custos da intimidade (Bastos, 2000).

No estudo deste novo estádio (juventude) a figura principal tem sido Keniston, que se tem dedicado à investigação dos principais factores que apoiam a teoria de que os "jovens" com idade de frequentar o ensino superior não são nem adolescentes nem adultos. A base da teoria de Keniston assenta no facto da grande proporção (superior a 50%) de adolescentes de 17-18 anos que adia a sua entrada no mundo do trabalho, devido ao ingresso no ensino superior, dando origem a um novo conceito – período de juventude – estádio intermédio entre a adolescência e a idade adulta (citado por Sprinthall e Collins, 1999).

Keniston sublinha que este estádio não é unicamente o prolongamento da adolescência ou da moratória, uma vez que a experiência oferecida pela educação superior dará origem a um novo conjunto de temas psicossociais que acompanham este período. Na sua perspectiva, uma das características que claramente distingue o jovem estudante do ensino superior do adolescente propriamente dito, é a importante diminuição da extensão e natureza do contacto com a família nuclear, situação esta geradora de novas questões e tarefas que exigem resolução (citado por Sprinthall e Collins, 1999).

Também Pascarella e Terenzini (1991) se debruçaram sobre o estudo desta problemática e, considerando que cada vez mais adultos frequentam o ensino superior, numa tentativa de uniformizar a nomenclatura, aplicam o termo "estudante tradicional" dirigindo-se aos jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos, o que se aproxima da proposta de Levinson relativamente ao período de transição de 5 anos (17-22 anos) entre a pré-adultez e a adultez inicial (citado por Bastos, 2000).

Sprinthall e Collins (1999) sublinham que recentes investigações sobre jovens do ensino superior têm colocado em evidência as mudanças estruturais que ocorrem durante os últimos anos que antecedem a entrada na vida adulta.

A distinção entre adolescência e idade adulta está ainda longe de alicerçada, facto que se traduz pela utilização indiscriminada dos termos, adolescência e juventude, para se referir à mesma realidade.

Capítulo II – Álcool: da descoberta aos problemas do consumo

> *"O nível de consumo de álcool de uma população está significativamente relacionado com o nível de problemas ligados ao álcool que essa população irá sofrer".*
>
> Edwards (1995, p. 3)

O consumo de álcool tem uma história milenar que se confunde com a história da própria humanidade. Os seus efeitos, considerados estranhos e associados a poderes sagrados, facilitam o estabelecimento de uma forte relação entre o Homem e o álcool. Essa relação, fortaleceu-se ao longo dos tempos e perpetuou-se até à nossa Era, transformado-se num dos maiores problemas de Saúde Pública da sociedade actual.

Nos pontos que compõem este capítulo iremos dar conta da evolução dessa relação álcool-indivíduo, analisando os conteúdos mais relevantes para a compreensão desta problemática: os aspectos históricos, a situação actual em Portugal e no mundo e as tendências desses consumo; o etanol e sua absorção e metabolização, evolução de conceitos e causas do problema e por último as políticas de intervenção.

1 – Alguns aspectos históricos do consumo de álcool

Supõe-se que os líquidos fermentados foram descobertos acidentalmente na Pré-história e utilizados pelo Homem do Paleolítico. Nessa época o Homem vivia exclusivamente de caça e pesca, começa a utilizar argila na fabricação de recipientes necessários para guardar raízes, frutos e mel. Descobre o álcool quando bebia "sumo" de fruta ou mel que havia fermentado (Barrucand e Delorme, 1988). A descoberta da agricultura e com ela a germinação e a fermentação, bem como a criação de gado

possibilitam-lhe a produção de alimentos tais como cereais, vegetais e leite. Simultaneamente adquire consciência da ordem cósmica e da possível existência de deuses (Breda, 1994).

Desde a época do Neolítico (10000 a 5000 anos a. C.) que o Homem fabrica e consome bebidas alcoólicas a partir de cereais fermentados. A sua embriaguez terá sido ocasional e considerada como uma manifestação divina (dados os efeitos psicotrópicos do álcool), assim, é vista como uma aliança com o divino que confere a imortalidade e o seu uso era reservado a feiticeiros e chefes de tribo, em rituais festivos (Barrucand e Delorme, 1988).

As civilizações Grega e Romana são marcadas pelo culto dos Deuses do vinho e da vinha – *Dionisio* e *Baco* – respectivamente, adorados e festejados pelos seus povos.

Os mesmos autores salientam que também no Novo Testamento o vinho é frequentemente símbolo da aliança entre Deus e o Homem, entre os quais salientamos a transformação da água em vinho no Seu primeiro milagre e a Última Ceia com os Apóstolos, onde Cristo ergue um cálice de vinho simbolizando o Seu sangue. A partir daqui, o vinho e a religião cristã permanecem ligados assumindo esta, uma importância capital para o desenvolvimento de técnicas da cultura da vinha e fabrico de bebidas alcoólicas.

No séc. XVIII, ocorre um novo passo no desenvolvimento das bebidas alcoólicas com a descoberta da destilação, esta permite a obtenção de bebidas com maior teor alcoólico o que origina o aparecimento de inúmeras variedades: aguardente, *cognac*, *whisky*, *vodka*, entre outras. Estas bebidas têm uma rápida expansão dado o seu elevado valor comercial, difundem-se nas principais potências ultramarinas da época (Breda, 1994).

Com a Revolução Industrial e todo o desenvolvimento científico, tecnológico e comercial do séc. XIX, rapidamente se diversificam as bebidas alcoólicas e os seus consumidores, bem como os locais de consumo (surgem os cafés e *cabaret's*) e os motivos por que se bebe. Assim, de sagradas as bebidas tornam-se num hábito quotidiano, sendo ingeridas em todas as ocasiões (Breda, 1994).

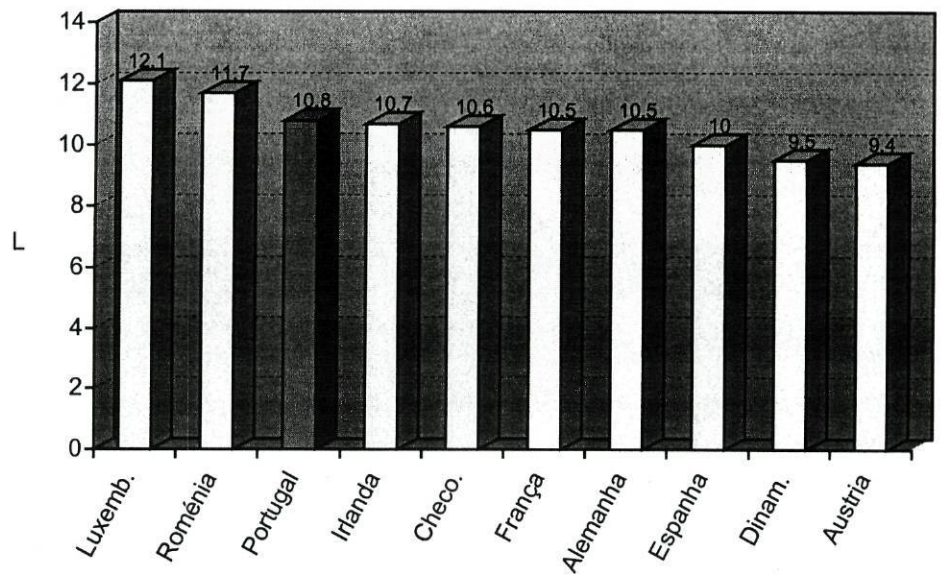
Este consumo, generalizado e desenfreado, rapidamente se transforma numa preocupação para a nossa sociedade.

2 – Consumo de álcool em Portugal e no mundo

Portugal é cultural e tradicionalmente um país de consumo excessivo de álcool, onde a vitivinícola detém um papel importante na economia do país, mas também, onde mais se sofre as consequências desse consumo. Estima-se que em Portugal existam cerca de 1 milhão de bebedores excessivos e 700 mil alcoólicos crónicos e que os custos para a sociedade podem atingir os 2 a 6% do Produto Interno Bruto do país (Breda *et al.*, 1996).

Os dados publicados pela *World Drink Trends* revelam que nos últimos anos os portugueses apresentam um dos consumo *per capita* de álcool puro mais elevados do mundo. Os últimos dados são referentes ao ano de 2000, onde o consumo *per capita* foi de 10,8 litros de álcool puro e posicionam Portugal em 3º lugar a nível europeu e mundial (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Consumo de álcool puro *per capita* no mundo - 2000



Fonte: World Drink Trends (2002)

Nas últimas décadas, tendo como referência o ano de 1970, Portugal registou um aumento de 10% no consumo de etanol (Quadro 1).

Relativamente ao consumo de vinho, Portugal ocupa o 4º lugar a nível mundial com um consumo de 50 l por habitante no ano 2000, o que representa um decréscimo de cerca de 31% em relação a 1970. Contrariamente, o consumo de cerveja aumentou drasticamente em Portugal, posicionando-se em 18º lugar com um consumo de 65.3 l *per capita*, o que significa um aumento de 72% quando comparado com 1980, mas se a referência for o ano de 1970 esse aumento é superior a 390%.

O consumo de bebidas destiladas situou-se em 2000 em 1,4 l de etanol, o que representa um aumento de 55,6% tendo como referência 1980 e de 180% se considerarmos o ano de 1970.

Quadro 1 – Evolução do consumo bebidas alcoólicas e etanol *per capita* em Portugal

ANO	Destiladas (etanol, L)	Cerveja (L)	Vinho (L)	Total etanol (L)
1970	0,5	13,3	72,5	9,9
1980	0,9	37,9	68,7	11
1990	1,8	67,8	63,3	12,9
2000	1,4	65,3	50	10,8

Fonte: World Drink Trends, 2002

Porém é necessário ressalvar que estes dados podem não ser reais, uma vez que apenas referem os dados oficiais, não incluindo a produção não declarada de vinho e bebidas destiladas que no nosso país é bastante significativa (Mello *et al.*, 2002).

3 – Novas bebidas e tendências de consumo

Como vimos os hábitos de beber estão radicalmente em mudança, novas modas internacionais, envoltas em teias de interesses comerciais, tentam seduzir novos consumidores.

A tendência mundial actual é de aumento da produção cerveja e diminuição da produção de vinho, constatando-se a mesma tendência também em Portugal. Porém, novas bebidas alcoólicas – *Shots* e *Alcopops* – dirigidas especialmente aos jovens invadem o mercado e as novas tendências de beber importadas de outras culturas imperam na nossa sociedade.

Neste contexto, Mello *et al.* (2001, p. 32) sublinham que os hábitos tradicionais do consumo de bebidas alcoólicas em Portugal tem sofrido, nos últimos anos, uma viragem significativa, pelo que destacam as seguintes tendências:

> *"marcado aumento de consumo de cerveja; crescente consumo de bebidas alcoólicas pelas mulheres; crescente consumo de bebidas alcoólicas pelos jovens, por vezes integrado em quadros de politoxicomania; crescente consumo de bebidas destiladas (aperitivos, whisky, cocktails, licores); internacionalização e uniformização dos hábitos de beber; consumo de novas bebidas (sumos com álcool – alcopops, redbull com vodka, shots, ...)".*

4 – O álcool etílico e as bebidas alcoólicas

As bebidas alcoólicas têm como substância comum a todas elas o álcool etílico ou etanol, de fórmula química $CH_3\ CH_2\ OH$, esta é a principal substância psicoactiva e a sua concentração é variável de bebida para bebida (Alonso-Fernández, 1992).

O etanol é um líquido incolor, volátil, de cheiro agradável e característico, sabor queimoso e densidade 0,8. Mistura-se facilmente na água e pode separar-se dela através da destilação, ferve a 78,5 °C (Mello *et al.*, 1988).

O álcool resulta da fermentação dos açucares existentes em produtos de origem vegetal, como os frutos (uva, maçã, figo), cereais (cevada, batata, arroz) ou mel, sob acção de leveduras (Alonso-Fernández, 1992).

O conteúdo de álcool das bebidas alcoólicas avalia-se em termos de percentagem volumétrica de álcool puro nela contido, ou seja, um vinho de 12º, contem 12% de álcool puro, isto é, 120 cc ou 96 gramas de etanol (Loomis, 1989).

Mello *et al.* (1988) consideram fundamentalmente dois grupos de bebidas alcoólicas em função da sua origem: a) bebidas fermentadas – que resultam da fermentação alcoólica dos açucares pela acção das leveduras, as mais conhecidas são: o vinho, a cerveja e a cidra; b) bebidas destiladas – que resultam da destilação do álcool produzido na fermentação. Ao eliminar-se parte do seu conteúdo de água através do calor, obtêm-se bebidas com mais elevada graduação de álcool: as aguardentes (*cognac, whisky, vodka, gin* e rum) e os "aperitivos"/licores (Madeira, Porto, anis e licores diversos). Este tipo de bebidas é classificado por Alonso-Fernández (1992) como um terceiro grupo, uma vez que resultam da mistura de álcool com outros elementos (açúcar, água ou substâncias aromáticas).

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, Loomis (1989) e Mello *et al.* (2002) defendem que, a quantidade de álcool fornecida por cada uma delas pode ser idêntica, pois a quantidade de cada copo varia entre 12 e 16 g de etanol. Esta quantidade é semelhante à que o organismo pode eliminar em uma hora.

5 – Absorção e metabolização no organismo

As características físico-químicas da molécula de etanol (relativamente pequena, sem carga eléctrica e completamente solúvel na água), favorecem o transporte através das membranas, dependendo do gradiente de concentração em ambos os seus lados. Assim, o álcool ingerido é totalmente absorvido pelo tubo digestivo: na boca (pequena porção dado que a sua passagem é rápida), no estômago (38%), no duodeno (65%) e o restante no cólon (Loomis, 1989).

Porém, a absorção gástrica e/ou duodenal do etanol depende de vários factores que, na perspectiva de Mello *et al.* (2001), são: a concentração de álcool e a composição da bebida, o estado da mucosa gástrica e duodenal e a ingestão simultânea de alimentos (açucares, leite) pode alongar o período de absorção até 3 horas. Loomis (1989) acrescenta que a ingestão de uma elevada quantidade de álcool produz uma acção irritativa primária, o que afecta negativamente o fluxo sanguíneo no estômago.

Ora, de acordo com os autores referidos, o álcool é absorvido sem prévia digestão e uma vez na corrente sanguínea, difunde-se por todo o organismo em função da quantidade de água existente nos órgãos e tecidos, deste modo a sua maior concentração encontra-se: na saliva, no sangue, no líquido cefalorraquídeo, no suor, na urina, no leite da mulher e no feto (durante a gravidez). Consequentemente, os órgãos mais vascularizados são também os mais atingidos: fígado, cérebro, rins e músculos e em menor quantidade os ossos e tecidos adiposos.

O álcool é eliminado do organismo por oxidação em produtos secundários ou sem sofrer modificação alguma. A oxidação representa a via de eliminação de cerca de 90% do total de álcool ingerido, sendo o restante (10%) eliminado através da expiração, da urina, do suor e das fezes (Loomis, 1989).

As duas primeiras etapas de oxidação do álcool têm lugar quase exclusivamente, no fígado, no hepatócito. O etanol é transformado em acetaldeído (produto muito tóxico) pela acção da enzima catalisadora alcooldesidrogenase (ADH). Por sua vez, o acetaldeído por acção da acetaldeído-desidrogenase (ALDH) é metabolizado em acetato. Este, passa na sua maior parte para a circulação, onde a sua oxidação e efectuada nos tecidos periféricos originando dióxido de carbono e água (Mello *et al.*, 2002).

Porém, os mesmos autores defendem que no bebedor excessivo/alcoólico crónico a actividade da ADH pode estar já bloqueada e, duas outras vias de recurso podem intervir na metabolização do etanol: o sistema MEOS (sistema microssómico de oxidação do etanol) e o sistema da catalase.

6 – Evolução de conceitos

Desde cedo o consumo de álcool foi caracterizado por uma ambivalência que se perpetua até aos nossos dias. Esta ambivalência, marcada por uma sociedade fortemente interessada na comercialização deste produto, criando falsos conceitos que incentivam o seu consumo, mas simultaneamente punindo os consumos excessivos e a dependência, considerados como uma perversão ou degradação social.

O termo alcoolismo foi definido ao longo dos tempos por numerosos estudiosos. No entanto, foi Magnus Huss, médico sueco, que o descreve pela primeira vez em 1849, na sua obra "*Alcoholismus Chronicus*", como "o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora, observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante um longo período de tempo" (citado por Adès e Lejoyeux, 1997, p. 35).

Cem anos mais tarde, em 1952, a OMS define o alcoólico como bebedor excessivo cuja dependência do álcool é tal, que se acompanha de perturbações da saúde física ou mental, que interfere na relação com os outros e do seu bom comportamento social e económico. Devem ser submetidos a tratamento (citado por Rodriguez-Martos, 1989).

Neste âmbito, Jellinek em 1960, na sua obra "*The Disease Concept of Alcoholism*" considera o alcoolismo como "todo o uso de bebidas alcoólicas que causa dano de qualquer tipo ao indivíduo, à sociedade ou a ambos" (citado por Alonso-Fernández, 1992, p. 3).

Este conceito de alcoolismo com o passar do tempo foi abandonado em favor da utilização de um termo mais objectivo e desprovido de conotação social ou moral, o "Síndrome de Dependência de Álcool", considerado pela OMS em 1976 como

> *"um estado psíquico e habitualmente também físico, resultante da ingestão de álcool, caracterizado por uma conduta que inclui compulsão em ingerir álcool de forma continua e periódica, com o objectivo de obter efeitos psíquicos e algumas vezes, para evitar os sintomas produzidos pela privação, podendo estar presente ou não a tolerância"* (citado por Ramón, 1995, p. 9).

Contudo, a problemática do álcool não se resume ao estudo dos consumos excessivos e/ou prolongados dessa substância, pois estaríamos a excluir um vasto leque de problemas sociais e económicos, cuja gravidade não pode ser ignorada. Estes vão desde os acidentes de viação, acidentes de trabalho, criminalidade, perturbações familiares, efeitos na criança (concepção, desenvolvimento, rendimento escolar, etc.), entre outros.

Ora, nesta sequência a OMS em 1982, propõe o conceito de "problemas ligados ao álcool", ou simplesmente problemas de álcool, para designar esta multiplicidade de factores, que transcende em muito o conceito de doença. Este conceito é definido como

> *"uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a colectividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos de um consumo excessivo ou de um consumo prolongado"* (citado por Mello et al., 2001, p. 15).

Os problemas ligados ao álcool adquirem em Portugal e em outros países, uma dimensão de Problema de Saúde Pública, dado que nos encontramos longe das metas preconizadas pela OMS "Saúde para todos no ano 2000". O álcool afecta directa ou indirectamente toda a sociedade, através da multiplicidade de problemas relacionados com o seu consumo e sua interligação com a história natural de numerosas doenças, contribuindo com uma percentagem substancial para problemas médicos e psiquiátricos dos utentes dos hospitais.

A este respeito Edwards *et al.* (1997), consideram a existência de um largo espectro de problemas ligados ao álcool, de tipo e severidade variáveis que vão além do restrito conceito médico de alcoolismo. Estes problemas podem surgir de um único episódio de bebida ou de um consumo excessivo repetido. Estes problemas podem existir a nível individual (físico e psicológico) e social (família e comunidade). Habitualmente quer nos problemas agudos, quer nos crónicos, o risco é proporcional à dose (quanto maior o consumo de álcool, maior é o risco).

Deste modo, os problemas ligados ao álcool atingem diferentes grupos e estendem-se aos mais diversos campos e sectores e podem distinguir-se de acordo com a tipologia apresentada no quadro 2.

Quadro 2 – Tipologia dos problemas ligados ao álcool

	Agudo	Crónico
Individual	Efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool Efeitos de consumo em determinadas circunstâncias (amamentação, gravidez, menoridade)	Consequências de um consumo excessivo prolongado Complicações médicas e psiquiátricas
Família	Violência familiar Perturbações na descendência	Perturbação no lar Ruptura familiar Dívidas Pobreza
Comunidade	Problemas laborais Acidentes laborais e de viação Condução sob efeito de álcool Crimes violentos	Absentismo Desemprego Perturbação nas relações sociais e da ordem pública Vagabundagem Criminalidade

Fonte: adaptado de Edwards *et al.* (1997) e Mello *et al.* (2001)

Os mesmos autores salientam que os problemas ligados ao álcool podem variar de país para país e dentro do próprio país, dependem dos hábitos culturais e dos hábitos de beber. Em algumas populações predominam os problemas relacionados com as intoxicações agudas (Finlândia), noutros os maiores problemas estão relacionados com o consumo excessivo ao longo do tempo (França).

7 – Etiologia

Identificar as causas do consumo excessivo de álcool não é tarefa fácil, pois este comportamento patológico tem sido motivo de numerosos estudos nas diversas ciências: psicologia, sociologia, psicopatologia, neurobiologia e psicofarmacologia. Porém, nenhuma hipótese explica isoladamente o alcoolismo, dada a existência de múltiplos factores coadjuvantes e a inexistência de uma causa determinante. A bibliografia consultada aponta para várias hipóteses etiológicas nomeadamente biológicas, psicológicas e socioculturais, as quais iremos abordar seguidamente.

Teorias biológicas

Admite-se hoje que os factores genéticos e neuroquímicos possam influenciar os padrões de consumo de álcool.

A pesquisa de possíveis marcadores biológicos que possam estar associados a uma vulnerabilidade aumentada no alcoolismo, de acordo com Schuckit (1991), revelou que o potencial genético que traduz uma maior ou menor vulnerabilidade ao álcool é variável de indivíduo para indivíduo e de família para família, onde ocorrem variações na actividade enzimática interveniente, por exemplo, no sistema de oxidação do etanol. O risco é cerca de 3 a 4 vezes mais elevado em filhos de alcoólicos.

Embora a importância dos factores genéticos seja indiscutível, não conduzem só por si à dependência alcoólica, uma vez que mesmo em indivíduos predispostos geneticamente, interagem sempre com o meio, modulando e condicionando a existência da dependência alcoólica. Estes indivíduos têm de estar regularmente expostos ao etanol para que a doença se desenvolva. Deste modo os factores ambientais e genéticos condicionam em partes iguais a dependência alcoólica (Adès e Lejoyeux *et al.*, 1997).

Paralelamente, uma série de estudos vêm alicerçando a importância dos neurotransmissores (dopamina, serotonina, noradrenalina, GABA e glutamato) e seus receptores, dos sistemas de compensação cerebral e sistemas opióide e, suas interacções

com o etanol, uma vez que ocorrem importantes modificações na estrutura, composição e funcionalidade destas susbtâncias (Adès e Lejoyeux *et al.*, 1997).

Teorias psicológicas

Também aqui se torna difícil propor uma única explicação, sendo que uma das barreiras se relaciona com as numerosas diferenças psicológicas existentes entre alcoólicos e a outra com a dificuldade em estabelecer quais as características psicológicas prévias à doença e quais as que são resultado dela. As várias teorias existentes tentam explicar o desenvolvimento da dependência alcoólica através de influências psicológicas, que incluem processos cognitivos e factores afectivos.

Alguns estudos referidos por Formigoni *et al.* (1997) procuraram evidenciar as diferenças de personalidade entre dependentes e não dependentes de álcool, porém as diferenças encontradas podem resultar do uso de álcool e não ser a sua causa.

Os defensores da hipótese psicodinâmica, afirmam que os alcoólicos tentam satisfazer necessidades pessoais com a bebida, por exemplo: controlar impulsos narcisistas (egocentrismo) ou satisfazer necessidades de auto-punição, assumindo o álcool uma função de "objecto substituto". As teorias mais clássicas definem o alcoólico como um indivíduo oral ou passivo-dependente. Nesta perspectiva psicanalítica o alcoolismo funciona como manifestação de um conflito não resolvido (Ramón, 1995).

McDougall (citado por Adès e Lejoyeux *et al.*, 1997) argumenta que os alcoólicos vivem um processo de desafectação, a ausência de emoção vivenciada na sua vida relacional, que se traduz na incapacidade de exteriorizar estados afectivos ou sentimentos.

As teorias de reforço ou recompensa partem da premissa que as pessoas começam a beber porque de algum modo o álcool lhes traz satisfação, prazer, remoção de desconforto, aumento da interacção social, além do preenchimento da necessidade de se sentir poderoso, funcionando como um reforço positivo, importante na persistência e repetição do comportamento alcoólico. O álcool adquire de tal modo propriedades reforçadoras, que pode explicar a perda de controle e a grande tolerância adquirida. (Schuckit, 1991).

As teorias psicológicas incluem a hipótese de redução da ansiedade, assente no pressuposto de que o álcool pode ser utilizado na tentativa de reduzir ou eliminar a ansiedade. Contudo, na opinião da maioria dos autores esta é uma hipótese controversa, já que alguns estudos comprovam o contrário, que os alcoólicos são mais deprimidos, mais ansiosos e mais excitados (embora no dia seguinte os pacientes digam que se sentiam mais relaxados) (Schuckit, 1991).

Teorias socioculturais

A observação das semelhanças e diferenças entre grupos e subgrupos culturais e étnicos, permite a elaboração de algumas teorias sobre a dependência alcoólica, salientando a importância de alguns factores interpessoais como: a influência dos pares e da família, as diferenças relacionadas com o sexo, a idade, os grupos étnicos, grau de escolaridade e a religião.

Certas teorias e estudos sobre os motivos que induzem o adolescente à bebida referem-se a uma tentativa de aquisição de comportamento dos adultos. Culturas que ensinam a criança a beber responsavelmente (italianos) ou que seguem rituais estabelecidos, têm taxas menos elevadas de abuso de álcool quando comparadas com culturas que simplesmente o proíbem (Ramón, 1995).

Na opinião de Schuckit (1991) os padrões sociais fomentam o consumo de bebida como forma de comportamento do adulto, criando uma pressão sobre o indivíduo que o induz ao consumo, porém o exemplo dos pais também é de extrema importância

Outra teoria salientada pelo mesmo autor inclui os costumes sociais que proíbem a mulher de beber em público, o que explica a menor incidência da doença nas mulheres. No entanto, existem aspectos biológicos (diminuição dos níveis de ADH) que contribuem para a ideia de que a mulher é mais "frágil", não sendo por isso uma questão de ordem moral, mas sim biológica.

Outro aspecto sociocultural relacionado com o alcoolismo refere-se à demasiada permissividade com a publicidade das bebidas alcoólicas, que favorece o aumento o consumo de álcool e quem sabe o número de alcoólicos (Schuckit, 1991).

Após esta reflexão sobre a etiologia do excessivo consumo de álcool, conclui-se que não existe uma explicação universal, dado que nenhuma hipótese (biológica, psicológica ou sociocultural) explica isoladamente o alcoolismo, uma vez que a maior ou menor vulnerabilidade para desencadear a doença resulta da interacção dos múltiplos factores.

8 – Políticas de prevenção

Palmer e Short sublinham que o termo política se refere a declarações sobre objectivos, metas e alvos. É visto como um conjunto de princípios que foram explicitados e que guiam uma acção para fins determinados, podendo ser expressa de variadas formas e implicar intenções e objectivos; uma declaração específica de intenções futuras ou um conjunto de regras que são um guia de acção. O material de apoio da política pode incluir documentos de apoio, directrizes e memorandos, como também regulamentos oficiais e legislação (citado por Stewart, 2000).

Conforme temos vindo a apresentar o álcool representa um fardo oneroso e indesejável para a maioria das sociedades desenvolvidas e em vias de desenvolvimento. De uma forma ou de outra,

> *"os aspectos relativos ao álcool afectam quase toda a população e todas as principais instituições e sectores da sociedade – governos e corpos legislativos, polícia e sistema judicial, sistema educativo, sistema da saúde e serviços sociais e o meio laboral. Os problemas de álcool são apenas problemas dos indivíduos que consomem, exigem também muita atenção e grandes despesas à sociedade como um todo"* (Edwards *et al.*, 1995, p.1).

Estes autores defendem ainda que uma população com um nível de consumo de álcool relativamente elevado tem tendência a ter um nível relativamente elevado de problemas ligados ao álcool. Contrariamente, se o nível de consumo de álcool num país desce, haverá tendência semelhante ao nível dos problemas de álcool nesse mesmo país.

Na mesma linha de orientação Mello *et al.* (2002) sublinham que a prevenção primária dos PLA tem como objectivo reduzir a incidência destes problemas, através de

medidas de ordem económica/legislativa que possam limitar a acessibilidade às bebidas alcoólicas, de medidas de ordem informativa e educativa que limitem a sua procura e de medidas de ordem geral de educação para a saúde, que no seu conjunto promovem a saúde no Homem.

A OMS, em colaboração com os alcoologistas, tem colocado grande ênfase e empenhamento na tentativa de reduzir e combater estes problemas, propondo a implementação de políticas adequadas à prevenção dos problemas ligados ao álcool nos vários Estados Membros.

A política preventiva não é restrita ao grupo de alcoólicos e abusadores de álcool, mas muito mais ampla, abrangendo o largo espectro dos PLA, dirigindo-se a toda a população. Esta política tem como objectivo final a redução do consumo global de álcool e dos problemas a ele associados. Algumas medidas têm efeito directo e imediato, outras têm efeitos mais indirectos e de longo prazo, mas a sua associação poderá torná-las mais eficazes (Edwards *et al.*, 1995).

As medidas de prevenção podem dividir-se em duas grandes estratégias fundamentais: a) medidas de limitação da oferta – a intervenção visa a produção e comércio das bebidas (distribuição, preços, idade-limite e publicidade); b) medidas de redução da procura – a intervenção visa a aquisição de conhecimentos (através de informação), normas e valores pelo indivíduo (através de educação), de modo a adoptar um comportamento individual e socialmente responsável, diminuindo desta forma a motivação para o uso de álcool (Mello *et al.*, 2002).

Em 1985, o Bureau Regional da OMS para a Europa elabora as 38 metas do Programa de Saúde para Todos no ano 2000, em que a meta 17 é referente ao consumo de substâncias que produzem dependência e cujo consumo deve reduzir significativamente em todos os Estados Membros. Considerando para tal, a necessidade da criação de programas integrados que visem a redução de pelo menos 25% do consumo global de álcool até ao ano 2000. Compreendendo assim, que os PLA são um risco para toda a população e não apenas para os que consomem e, que a prevenção passa pela redução global do consumo de álcool.

A OMS em 1992, cria a Comissão multi e interdisciplinar de acção, o *European Alcohol Action Plan*, para implementação de políticas preventivas cujo objectivo é a alcançar a meta anteriormente definida para os vários Estados Membros. Porém, apesar de ultrapassado o ano 2000, o consumo *per capita* de álcool mantém-se elevado e longe de tal objectivo.

Edwards e col. em colaboração com a OMS em 1994, debruçam-se sobre as várias políticas internacionais de álcool e elaboram o *Alcohol Policy and the Public Good* propondo algumas recomendações a seguir.

A tributação do álcool é um bom mecanismo para reduzir os problemas de álcool em todo o lado. Está demonstrado que o álcool se comporta como a generalidade das mercadorias, se o preço sobe o seu consumo desce e vice-versa (Edwards *et al.*, 1995; Craplet, 1998).

A limitação da acessibilidade física ao álcool influência os abusadores e bebedores excessivos, mas também os moderados. Estas medidas incluem o estabelecimento de uma idade mínima legal para consumir e comprar bebidas alcoólicas, restrição nos horários e dias de venda, controle do número, tipo e locais de venda de bebidas alcoólicas (Edwards *et al.*, 1995).

Também as restrições na publicidade reduzem o consumo de álcool e de problemas de álcool e modificam a imagem do álcool (Craplet, 1998).

Existem fortes evidências de intervenção de ajuda de forma simples e breve em consumidores excessivos ou abusadores em serviços de cuidados primários de saúde (Edwards *et al.*, 1995).

Os mesmos autores defendem que a aplicação de estratégias educacionais, especialmente na escola, quando integradas em acções comunitárias globais têm demonstrado resultados positivos, contudo os apoios comunitários são indispensáveis ao sucesso de qualquer política de saúde.

De acordo com os mesmos autores, as estratégias referidas se aplicadas individualmente podem não obter mudança, estas só poderão ser eficazes quando interligadas e integradas num programa completo e coordenado de prevenção, de modo

a produzir um impacto significativo na mudança de atitudes, valores e comportamentos perante o álcool e as bebidas alcoólicas.

Nesta sequência em 1995, o Bureau da OMS realiza em Paris a Conferência Europeia sobre Saúde, Sociedade e Álcool ("Health, Society and Alcohol"), onde adopta a Carta Europeia sobre o Álcool, contendo as 10 estratégias de abordagem dos problemas ligados ao álcool, no sentido de reforçar o Plano Europeu contra o Alcoolismo.

Em 1998, o Comité Regional para a Europa da OMS elabora o Programa Saúde 21, onde a Meta 12 tem por objectivo reduzir o consumo de álcool para 6 litros de álcool puro *per capita* por ano até ao ano 2015.

Nestes últimos anos, Portugal tem vindo a adoptar algumas destas políticas de acção, recomendadas pela OMS e demonstrativas da importância dos problemas de álcool na sociedade portuguesa, numa tentativa de minorar estes problemas. Assim, actualiza a legislação relativa à condução sob o efeito de álcool (1982, 1990, 1998), regulamenta a publicidade (1990), cria o Conselho Técnico de Alcoologia (1993) e cria a Comissão Interministerial de combate ao Alcoolismo (1993) que elabora o Plano de Acção contra o Alcoolismo (2000) aplicando algumas das medidas estratégicas preconizadas pela Carta Europeia sobre o Álcool.

Deste modo, o Plano de Acção inclui orientações de actuação: na promoção e educação para a saúde; na vertente clínica e de investigação; na legislação e fiscalização (regulamentando o código da publicidade, os locais de consumo e venda de bebidas alcoólicas, idade-limite, a condução rodoviária) e medidas fiscais e financeiras afim de afectar receitas para a prevenção, investigação, tratamento e reabilitação dos problemas de álcool.

Mais recentemente, o Plano Nacional da Saúde de 2003 e 2004, atribuem também grande prioridade no combate das causas de doenças relacionadas com estilos de vida não saudáveis, considerando como intervenções necessárias: reduzir o elevado consumo de álcool, contrariar os padrões de consumo menos saudáveis e de maior risco e melhorar os sistemas de informação e registo.

Com intuito agregador e dinamizador do Plano Nacional da Saúde é aprovado a 28 de Janeiro de 2004 (despacho n.º 1916/2004) o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, cujo objectivo geral é "reduzir a prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de factores de protecção, relacionados com estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial". No que se refere ao consumo de álcool o objectivo específico estabelecido neste programa é reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool, o que se traduz por consumos inferiores a 16 g de etanol/dia nas mulheres e 24 g/dia nos homens.

O horizonte temporal do programa é de 10 anos e assenta na cooperação e parceria entre diferentes sectores públicos e não governamentais, com envolvimento a nível regional e local: regiões de saúde, centros regionais de saúde pública, centros de saúde, escolas, empresas, autarquias, farmácias, entre outras, de modo a serem criadas condições estruturais e ambientais favorecedoras da saúde dos indivíduos.

Capítulo III – Consumo de álcool nos jovens

> *"O sinónimo de beber é sair, bebe-se quando se sai e sempre que se sai se bebe, mas com uma particularidade, a do grupo; sair com os pais não é o mesmo conceito de sair com o grupo".*
>
> Hernández e Llàcer (1996, p. 164)

Conforme já referimos no capítulo anterior o consumo de álcool nos países ocidentais não é apenas ocasional, e o pico de maior incidência de bebedores e de maior uso *per capita* situa-se entre os 16 e os 25 anos, diminuindo posteriormente com o decurso da idade (Shuckit, 1991).

Estes consumos nesta faixa etária, embora não se possam incluir nos critérios de diagnóstico de alcoolismo, integram-se num modelo de "consumo de abuso", abrangendo todos os problemas derivados dessa conduta: acidentes de viação, recorrência ao serviço de urgência por ingestão massiva de álcool, condutas de violência, consumo de substâncias ilícitas e outros comportamentos de risco.

Durante muito tempo o nosso elevado consumo de álcool e de problemas ligados ao seu consumo foi atribuído a uma cultura mediterrânica, contudo nos anos 90 assistimos claramente a uma mudança de hábitos no consumo de álcool, importando os modelos anglossaxónicos ou nórdicos. Esta mudança verificou-se em Portugal, mas igualmente na Espanha, França e Itália (Hernández e Llacer, 1996).

Desta forma o consumo de álcool nos jovens é realizado quase exclusivamente ao fim de semana, mas de forma massiva, com intima relação com aspectos lúdicos e sociais, o que não diminui os problemas relacionados à sua ingestão. Ou seja, este modo de beber acentua a ruptura entre semana/fim-de-semana e condições associadas:

trabalho ou estudos/diversão, marcando o álcool a separação entre ambas as actividades (Hernández e Llacer, 1996).

Assim, a forma de consumo de álcool mediterrânico, aprendido com os pais e iniciado no seio da família, é substituído pelo grupo, adquirindo um sentido de identificação grupal, onde beber é a "norma", onde sair com o grupo de pares é sinónimo de beber.

A este respeito, Pinto (1999) refere que o grupo de pares pode, com alguma frequência, ser um factor de incentivo a novas experiências de consumos e até de comportamentos desviantes. A influência do grupo de pares faz-se sentir não só a nível informativo, sendo uma fonte de referência relativamente a padrões, atitudes e valores, mas também normativo pela pressão exercida para que todos se comportem da mesma forma, implicando, no caso do álcool, iniciação ou agravamento dos hábitos etílicos. O que justifica que mais de 50% dos jovens consumam preferencialmente bebidas alcoólicas nas discotecas, bares, etc. Contudo, este consumo dos jovens não pode ser desenquadrado dos consumos efectuados pela família e pela sociedade em geral, nomeadamente pelos adultos. Estes são, sem dúvida, as primeiras referências e modelos nos padrões de consumo de bebidas alcoólicas numa cultura como a nossa.

Deste modo, estão criadas as condições fundamentais para o aparecimento de alguns dos problemas ligados ao uso e abuso de álcool (Hernández e Llàcer, 1996).

1 – Alguns dados epidemiológicos

Em Portugal alguns estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de conhecer melhor a dimensão e abrangência desta mudança de hábitos nos consumos de álcool nos jovens, mas também com o objectivo de melhor seleccionar e adequar as estratégias e políticas de prevenção. Assim, nos quadros 3 e 4 estão representados alguns dos estudos mais significativos realizados nas últimas duas décadas no nosso país, cujas amostras são, respectivamente, de âmbito nacional e regional, e importantes indicadores deste problema a nível nacional.

Barbosa e Sousa (1993) num estudo realizado em 1991 com uma amostra 6059 estudantes do Ensino Preparatório e Secundário, cuja média de idades foi de 14 anos

verificaram que 76,5% destes jovens já tinham ingerido bebidas alcoólicas, não havendo diferença intersexual significativa.

Integrado no Projecto Europeu para o Estudo do Álcool e outras Substâncias em Meios Escolares (ESPAD) o estudo realizado com uma amostra 9774 estudantes do Ensino Secundário: 10º, 11º e 12º anos, em 1995, revela que cerca de 80% dos jovens têm consumos de álcool.

Os estudos nacionais da rede europeia Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC/OMS) sobre saúde e estilos de vida dos jovens portugueses realizados nos anos de 1996 e 1998 (Matos *et al.*, 2000a, 2000b), com estudantes do Ensino Secundário: 6º, 8º e 10º anos, cuja média de idades é de 11, 13 e 16 anos respectivamente, revelam que mais de 70% dos jovens consomem álcool e que são os jovens mais velhos que apresentam níveis mais elevados de consumo e que um maior envolvimento dos jovens com o álcool leva a um maior consumo de substâncias ilícitas entre amigos.

Quadro 3 – Estudos com amostras nacionais sobre consumo de álcool nos jovens

Autor	Ano	M	F	Total consumo
Barbosa e Sousa	1991			76,5 %
"Viva a escola"	1991	67,2 %	58,7 %	62,8 %
ESPAD	1995	80 %	78,3 %	79,1 %
HBSC/OMS	1996	74,6 %	67,8 %	71 %
HBSC/OMS	1998	76,8 %	73,5 %	75 %

Também os Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em 1996, 1999 referidos no Plano Nacional da Saúde – 2003, mostram uma redução do número total de consumidores, contrariamente, ocorre um aumento de consumidores jovens entre os 15 e 17 anos, mas também nas mulheres. Estes dados são preocupantes uma vez que afectam dois grupos vulneráveis, e que até então estavam mais resguardados deste tipo de consumos.

As evidências são claras relativamente à mudança nos padrões de consumo, onde o primeiro contacto com as bebidas alcoólicas dos jovens ocorre cerca dos 11 anos (8-15), predominando entre os 15 e os 24 anos, verificando-se um aumento significativo do consumo de cerveja, bebidas destiladas e *shots* e, no número de bebidas ingeridas fora das refeições, 2 a 3 vezes por semana e em grande quantidade por ocasião, o que reforça a expressão de problemas ligados ao consumo de álcool agudo em detrimento do crónico. O mesmo estudo também revela uma forte associação entre o consumo de álcool e o consumo de drogas ilícitas.

Quadro 4 – Estudos com amostras regionais sobre consumo de álcool nos jovens

Autor	Ano	População	Grupo etário	Consumo
Mello *et al.*	1979	Crianças	6 - 13 anos	60 %
Navarro	1981	Crianças	6 - 13 anos	54 %
Alves	1981	Crianças	< 15 anos	92 %
Fonte	1987	Crianças	6 - 11 anos	22,3 % consumo regular
Breda	1996	Jovens estudantes secundário	15 - 20 anos	76 % raparigas 87,5 % rapazes
Calvário *et al.*	1996	Jovens universitários	18 - 30 anos	56,4 % raparigas 75,7 % rapazes
Morais	1997	Jovens estudantes e jovens que deixaram a escola	18 - 30 anos	82,6% deixaram a escola 63 % estudantes
Breda	1998	Jovens universitários	17 - 35 anos	20 % estudantes com P.L.A.

Pela análise do quadro 4 pode constatar-se o aumento nítido do consumo de álcool com a idade, dado que 60% dos jovens com idades entre os 12 e 16 anos e 70% dos jovens com mais de 16 anos consomem regularmente bebidas alcoólicas (Mello *et al.*, 2001).

Importa referir o estudo realizado em 1996 por Breda (1997, 2000a) com alunos do Ensino Secundário, cuja média de idades é de 16 anos, em que verificou um aumento da frequência relativa do consumo excessivo de álcool, sendo que 18% dos rapazes e 10% das raparigas, dizem ter-se embriagado mais de 20 vezes no ano anterior.

Num estudo conduzido pelo mesmo autor com amostras de alunos do Ensino Superior de Coimbra e Porto, revelou que cerca de 20% destes jovens apresentam um CAGE positivo o que significa tratarem-se de consumidores-problema (Breda, 2000b).

Já em finais da década de 80, Palha defende que de todas as drogas (incluindo o tabaco), a mais utilizada pelos jovens é sem dúvida o álcool. Ainda que, para muitos o seu consumo fosse moderado, outros há, que apresentam padrões de consumo de bebida excessivos, "conduzindo a estados de dependência alcoólica isolada ou em associação com outras substâncias num contexto de politoxicodependência" (Palha, 1989, p. 485).

No mesmo sentido, Adès e Lejoyeux (1997), salientam também a forte associação do consumo de produtos lícitos (álcool e tabaco) com o consumo de drogas ilícitas e as alterações de comportamento (absentismo escolar, fugas, violência, etc.). O que significa que a intoxicação precoce pode constituir um dado anunciador de uma experiência com uma droga ilícita ou da passagem à dependência alcoólica.

Por outro lado, devido à desinibição e euforia provocada pelo álcool, aumenta igualmente a frequência dos comportamentos impulsivos de grande risco, tal como: beber e conduzir, ser passageiro num carro onde o condutor está intoxicado, risco de contaminação pelo HIV, entre outros (Adès e Lejoyeux, 1997; Matos *et al.*, 2000b). Existe uma forte associação entre estes consumos abusivos de fim de semana e o número de acidentes de viação, nos jovens entre os 15 e os 24 anos, sendo a causa de morte em 73% dos rapazes e 58% das raparigas. Os mesmos autores opinam que os rapazes mais velhos estão em maior risco de apresentar estes comportamentos.

2 – Significados do consumo de álcool nos jovens

O consumo ocasional ou abusivo de álcool pelos jovens inscreve-se na problemática desenvolvimental experienciada pelo jovem nesta fase do ciclo vital, assim, os significados deste consumo são múltiplos e devem ser interpretados em

função do contexto psicológico e social, dos comportamentos de dependência associados e da presença ou ausência de sinais de angústia psicossocial.

Fontan (citado por Tridon, 1988) defende que o consumo de álcool nos jovens pode ser considerado como uma reacção em consequência de uma depressão, uma experiência ou um sintoma desta fase da vida.

Nesta linha de orientação Adès e Lejoyeux (1997) salientam que o diagnóstico do uso ocasional ou abusivo de álcool do jovem, raramente é o motivo de consulta e, habitualmente é feito através de: estados depressivos/tentativas de suicídio, problemas médicos e sociais, acidentes e comportamentos delinquentes.

Os mesmos autores distinguem três formas de uso ocasional ou abuso de álcool nos jovens, formas estas que importam destacar, dado que o seu prognóstico é diferente, o que implica a adaptação de uma atitude terapêutica adaptada e ajustada a cada tipo de comportamento:

a) Comportamento adaptativo de integração ao grupo de pares e ao mundo dos adultos – incontestavelmente o álcool está integrado na cultura do jovem, é consumido ocasionalmente mas em abundância e frequentemente até à embriaguez, é agente de fácil acesso à "pedrada" (à alteração ou perda da consciência), que acompanha uma festa ou a saída do fim-de-semana. Este tipo de consumo suscitado pela influência do grupo, pode cessar na idade adulta e transformar-se num consumo social sem risco, ou poderá manter-se e conduzir à dependência.

b) Comportamento de auto-medicação – o uso de álcool pelo adolescente, pode estar relacionado com as suas propriedades psicotrópicas, desinibidoras, euforizantes e ansiolíticas, associadas à vivência de crise da adolescência muito marcada. Nesta situação, o álcool vem atenuar transitoriamente a ansiedade, a melancolia, os sentimentos de inferioridade e o tédio, tão frequentes nesta fase do ciclo vital.

c) Comportamento toxicomaníaco – neste tipo de comportamento distinguem-se duas situações: o uso de álcool é a primeira experiência com substâncias tóxicas. O experienciar da embriaguez e da sua consequente perturbação do estado de consciência, suscitará a procura rápida de outros psicodislépticos e seus efeitos, ou pode estar enquadrado em situações de politoxicodependência: haxixe, derivados anfetaminícos

sintéticos (*ecstasy*) e heroína. O álcool é usado para potenciar o efeito destas substâncias ou colmatar rupturas do seu fornecimento, dado que o álcool é de fácil acesso e de baixo custo.

Assim, o consumo de álcool pelos jovens pode ir desde um processo de integração ao grupo de pares, a um verdadeiro comportamento toxicomaníaco associado à utilização de outras drogas e à delinquência. Deste modo, "é necessário ter em conta o carácter evolutivo deste comportamento e a sua função adaptativa para a maior parte dos jovens, bem como detectar a sua função reveladora de dificuldades psicossociais mais graves" (Adès e Lejoyeux, 1997, p. 80).

Nesta perspectiva, "aprender a viver com o álcool de modo mais saudável e reduzir o seu consumo para níveis compatíveis com a saúde" é uma preocupação constante dos técnicos que contactam directamente com esta problemática (Breda, 1996, p. 98). Para tal, é necessário o reconhecimento e envolvimento multidisciplinar dos técnicos das diferentes áreas: saúde, educação, jurídica, económica, social e porque não legislativa, afim de reverter o problema e consequentemente melhorar a saúde, o bem-estar individual, familiar e social, o emprego, a segurança e a produtividade (Mello, 2002).

Capítulo IV – Alexitimia

> *"Os signos compõem-se de um significado, que tem a ver com os estados de espírito que eles despertam, e de um significante, uma forma concreta por que eles são expressos, mas que se pode equivaler de modo a permitir traduções."*
>
> Pio-Abreu (2002, p. 41)

O conceito de alexitimia inicialmente desenvolvido a partir de observações clínicas em doenças psicossomáticas clássicas, foi posteriormente relacionado com outras patologias, incluindo o consumo de substâncias, os distúrbios alimentares, distúrbios de ansiedade, entre outros. Rapidamente atrai o interesse de clínicos, teóricos e investigadores, o que decisivamente contribuiu para a sua conceptualização e descrição das suas características clínicas com grande unanimidade. A alexitimia não faz parte das classificações psiquiátricas internacionais, porém o seu valor heurístico deu lugar a numerosas investigações.

Ao longo deste capítulo iremos descrever os aspectos mais significativos deste constructo: evolução histórica; características clínicas; modelos etiológicos: genéticos, neurofisiológicos, psicodinâmicos e socioculturais; a distinção alexitimia primária e secundária e finalmente a epidemiologia.

1 – Evolução histórica do constructo de alexitimia

O termo alexitimia foi apadrinhado e utilizado pela primeira vez por Peter Sifneos em 1967, a partir das raízes gregas: *a* = sem; *lexis* = palavra; *thimus* = emoção/afecto

(sem palavras para o afecto). No entanto, só com a publicação do seu artigo "*The prevalence of alexithymic characteristic in phychosomatic patients*", em 1973 é que o termo adquiriu maior protagonismo, sendo que Sifneos inclui o conjunto de factores cognitivo-afectivos que ocorrem nos doentes psicossomáticos.

O constructo de alexitimia foi desenvolvido inicialmente a partir da observação clínica de doentes psicossomáticos que, segundo os teóricos psicanalíticos Durvan (em 1935) e Alexander (em 1950), apresentavam grande incapacidade para expressar verbalmente os seus conflitos, recorrendo à sua expressão por via somática (citado por Otero, 1999).

Ruesch (1948) descreve um tipo de personalidade psicossomática, à qual chamou "personalidade infantil", como problema central das perturbações psicossomáticas. Considerou então, que estes indivíduos apresentam dificuldades nas relações interpessoais, na expressão verbal e simbólica dos conflitos e na integração de experiências, pelo que, se expõem repetidamente a situações de frustração com as quais não sabem lidar. Como consequência desta insuficiência surgem: a restrição da fantasia, a dependência objectal, uma conduta social hiperadaptada e tendência para canalizar as tensões por via somáticos.

Na sinopse histórica do conceito de alexitimia, é também um marco importante o trabalho realizado por McLean em 1949. Este propõe um modelo neuroanatómico explicativo que considera a existência de uma desconexão interhemisférica nestes doentes, que impede a conexão entre o sistema límbico e o neocortex, que consequentemente, impede a tradução das emoções em palavras (citado por Jaffé, 1987).

Ora o autor argumenta, que na maioria dos dextros a emoção se localiza no hemisfério direito e a expressão verbal no hemisfério esquerdo. O suposto défice de comunicação entre hemisférios nos indivíduos alexitímicos, produziria uma menor capacidade para verbalizar as emoções. McLean observou que os doentes psicossomáticos respondiam a situações emocionais com respostas predominantemente físicas.

Também Horney (citado por Otero, 1999) nos anos 50, ao realizar experiências com doentes propensos ao desenvolvimento de sintomas psicossomáticos, considera

difícil a sua abordagem psicoterapêutica, especialmente psicanalítica, devido à sua falta de consciência emocional, escassez de experiências internas, incapacidade para sonhar, pensamento concreto e estilo de vida voltado para o exterior.

Na década de 60, Marty e M'Uzan, psicanalistas franceses, observam as características cognitivas e a qualidade da relação em doentes psicossomáticos e introduzem o termo "pensamento operatório" para designar o funcionamento mental específico e comum a este tipo de doentes, em que destacam duas características essenciais: ilustração e duplicação da acção e ausência de relação com a actividade fantasmática. Assim, a palavra e o pensamento perderam o seu valor simbólico e, à semelhança do sintoma psicossomático ou da passagem ao acto, cumpre apenas uma função de descarga de tensões e não de elaboração psíquica entre eles (citado por Prazeres, 2000).

Kristal (1960) desconhecendo os trabalhos de Nemiah e Sifneos e de Marty e M'Uzan, descreve as características alexitímicas em doentes vítimas do Holocausto, ex-combatentes do Vietnam com estados de stress pós traumático grave e em dependentes de drogas. Postula que a alexitimia se origina em situações traumáticas ocorridas desde a idade adulta, produzindo uma alteração (regressão) no desenvolvimento afectivo (citado por Prazeres, 2000).

Até então, as observações descritas partem principalmente de um esquema psicanalítico, mas é com Nemiah e Sifneos (1970) que a investigação adquire um modo sistémico. Estes realizam 21 entrevistas com doentes psicossomáticos, nas quais os estimula para a associação livre e o relato de sonhos. Confirmam a diferença dos doentes psiconeuróticos, ou seja, muitos indivíduos somaticamente doentes têm grandes dificuldades na expressão verbal de sentimentos, uma notável diminuição de fantasias, um estilo cognitivo lateral, sem matrizes e orientado para o exterior.

De acordo com os mesmos autores os doentes psicossomáticos podem utilizar expressões simples, como "triste" ou "feliz", mas não descritivas para caracterizar os estados afectivos de uma forma mais detalhada.

Tendo por base esta evolução, é então em 1973 quando Sifneos utiliza o termo alexitimia, que este se consolida ao incluir o conjunto de factores cognitivo-afectivos

que ocorrem nos pacientes psicossomáticos. Embora o conceito não fosse inovador, pois estas características já haviam sido descritas, é ele que organiza as observações clínicas e fenomenológicas em pacientes psicossomáticos numa entidade conceptual.

Por sua vez, Kaplan *et al.* (1997) propõem a definição da alexitimia como a incapacidade ou dificuldade para descrever ou consciencializar-se das próprias emoções e estados de ânimo.

2 – Características clínicas

As características clínicas do constructo da alexitimia vão-se formulando desde o momento em que covergem os primeiros dados empíricos e observáveis. As particularidades constituintes do síndrome, são confirmadas em diversas ocasiões, por diferentes investigadores, épocas e lugares, com grande unanimidade de critérios.

Na opinião de Taylor *et al.* (1991) as características alexitímicas mais notáveis são: 1) dificuldade em identificar e descrever sentimentos; 2) dificuldade para distinguir entre sentimentos e sensações corporais próprias da actividade emocional; 3) escassa capacidade de simbolização: pouca ou nula fantasia e actividade imaginativa; 4) maior preocupação com acontecimentos externos do que com experiências internas.

Prazeres (2000), para além das características das áreas afectiva (1, 2) e cognitiva (3, 4), anteriormente referidas, acrescenta a área relacional, onde considera que estes indivíduos habitualmente apresentam um elevado grau de conformismo social que se pode confundir com normalidade, porém este comportamento é rígido e formal, sujeito às regras convencionais.

McDougall, a esse respeito, propõe a designação de "normopata", uma vez que estes indivíduos embora perturbados não exibem características neuróticas, nem psicóticas. Numa tentativa desesperada sobrevivem psiquicamente no mundo dos outros, sem contudo terem suficiente compreensão dos laços emocionais, sinais e símbolos que tornam as relações humanas significativas (citado por Prazeres, 2000).

A impulsividade é outra característica descrita por Fernandez (1999), segundo o qual, os conflitos se manifestam em acções irrreflexivas (violentas explosões do comportamento afectivo), sem que o próprio indivíduo as relacione com as emoções subjacentes.

Espina *et al.* (2001), relativamente ao aspecto relacional considera que o indivíduo alexitímico estabelece relações interpessoais pobres e estereotipadas, com tendência à dependência ou ao isolamento. Sendo característicos os tipos de personalidade psicopático, narcísico, passivo-agressivo e passivo-dependente.

Na mesma linha de pensamento Kristal, em 1979, reconhece no alexitímico pouca capacidade de empatia, o que se reflecte na relação terapeuta-doente, dificultando a realização de psicoterapia (psicanálise) uma vez que a contra transferência é extremamente difícil. Esta característica é também realçada por Davies *e col.*, uma vez que estes indivíduos "apresentam uma reduzida capacidade para empatizar com os estados emocionais dos outros" (citado por Veríssimo, 2000, p. 28).

Ora, perante estas características, a alexitimia enquadra-se no conceito de desregulação emocional, aceitando-se que em pessoas marcadas por tal regulação deficitária, possa favorecer a tendência para estados de tensão física e de activação fisiológica mais ou menos prolongados, susceptibilizando o indivíduo ao desenvolvimento de perturbações de índole médica e psiquiátrica (Veríssimo, 2000).

3 – Alexitimia primária e secundária

Uma das questões algo controversa neste constructo é a de definir alexitimia como um traço de personalidade (alexitimia primária) ou como uma forma de estado do indivíduo, um mecanismo de defesa em reacção a uma situação vivida como ameaçadora – *life event* – (alexitimia secundária). Na pesquisa bibliográfica realizada, a maioria dos autores considera a alexitimia como um traço de personalidade e, por isso, como uma dimensão estável.

Para Nemiah e Sifneos (citado por Fonte, 1993, p. 55) a "alexitimia depende de prováveis alterações estruturais e funcionais a nível cerebral, uma vez que é uma característica permanente e peculiar do funcionamento mental".

Também para Taylor *et al.* (1988), em estudos realizados com a TAS (Escala de Alexitimia de Toronto), defendem que a alexitimia é uma dimensão estável da personalidade, originada por um défice na capacidade de diferenciação e representação das emoções e distinta da psicopatologia neurótica, incluindo a depressão.

Nesta sequência, para os autores fundamentados nas teorias neurofisiológicas, a alexitimia constitui um traço permanente da personalidade.

Outra leitura faz Von Rad desta problemática, segundo este autor a alexitimia é atribuída a profundas perturbações da relação de objecto, assim as características alexitímicas seriam claramente reactivas e secundárias (estado), embora em algumas situações possam ser inatas ou primárias (citado por Kooiman *et al.*, 1998).

Na mesma linha de orientação, McDougall considera a alexitimia como secundária a uma perturbação profunda e precoce ou a uma qualquer situação traumática do adulto. Ou seja, qualquer pessoa em determinado momento pode agir de um modo operatório ou alexitímico, perante acontecimentos que a envolvam, sendo incapaz de conter as suas vivências que a assediam a reflectir sobre elas (citado por Fonte, 1993).

Por sua vez, Freyberger tenta mostrar que existem dois tipos de alexitimia: primária e secundária. Para o autor a alexitimia primária representa uma característica estável da personalidade, de origem genética ou neurofisiológica; a alexitimia secundária tem origem em situações traumáticas vivenciadas em períodos críticos do desenvolvimento infantil, ou em traumas massivos ocorridos na idade adulta. A alexitimia secundária ocorre em indivíduos com doença médica grave, podendo ser explicada como factor de protecção ou defesa contra a emoção intensa que surge nessas circunstâncias. Corresponde, por isso, a um estado transitório que atenua as suas características após o tratamento da doença – alexitimia secundária aguda, ou pode ser um estado permanente em doentes cuja patologia/traumatismo tenha um

desenvolvimento crónico – alexitimia secundária crónica (citado por Jacob e HauteKeete, 1999).

Importa ainda salientar, alguns estudos realizados por diversos autores no sentido de comprovar a homogeneidade do constructo (Shipko e outros), admitindo-se a possibilidade da alexitimia ser constituída por diversos componentes clínicos, variáveis de acordo com a doença, que podem corresponder a um "*cluster*" de traços, ou então, existirem vários subtipos de alexitimia (citado por Fernandes e Tomé, 2001).

4 – Etiologia

Vários modelos etiológicos têm sido propostos no intuito de esclarecer a origem desta alteração. Dado que os estudos realizados apresentam algumas dificuldades metodológicas, admitindo-se que múltiplos factores: genéticos, neurofisiológicos, psicológicos, de aprendizagem social e socioculturais, possam contribuir para o seu aparecimento.

Hipótese genética

Num estudo conduzido por Heiberg (1978) com gémeos monozigóticos e dizigóticos, utilizando o BIQ (Beth Israel Hospital Questionnaire), observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Estas diferenças poderiam pressupor um componente hereditário, contudo, o estudo não foi conclusivo, dado o número diminuto de pares de gémeos estudados e o facto do seu desenvolvimento ser mantido com as suas próprias famílias, estando deste modo expostos a condições e influências ambientais semelhantes.

Hipótese neurofisiológia

O fundamento desta teoria está no facto de habitualmente nos indivíduos dextros normais, a emoção se localiza no hemisfério direito e a expressão verbal no hemisfério esquerdo, sendo que nos indivíduos alexitímicos produzir-se-ia um défice na capacidade de verbalização das emoções.

McLean em 1949, propõe uma explicação neurofisiológica para os fenómenos psicossomáticos, afirmando que nestes doentes existiriam alterações na conexão entre o sistema límbico (emoção) e o neocortex (linguagem). Em consequência, o doente psicossomático unicamente poderia expressar o seu estado emocional através da linguagem dos órgãos (citado por Jaffé, 1987).

Mas, é Nemiah que em 1975, relança esta hipótese propondo uma explicação para a alexitimia tendo como base o conceito de interrupção ou bloqueio no fluxo ascendente de informação entre hipotálamo e neocortex, em que o indivíduo alexitímico experimenta a parte autonómica do afecto, mas não a parte psíquica (citado por Otero, 2000).

Hoppe e Bogen em 1977, demonstram num estudo com doze doentes epilépticos, resistentes a tratamento farmacológico e comissurectomizados cirurgicamente, que após a intervenção estes doentes apresentavam um défice de fantasia, pobreza de sonhos, e fraca capacidade para simbolizar. Estes doentes foram avaliados com questões determinantes no diagnóstico da alexitimia, tendo-se verificado uma elevada presença desta (citado por Sánchez e Pacheco, 2000). A semelhança entre o conceito de pensamento operatório e estes resultados, leva os autores a introduzirem o conceito de "comissurectomia funcional" nos doentes psicossomáticos. Deste modo, a alexitimia representaria uma perturbação funcional defensiva pela qual as percepções (emoções viscerais) do hemisfério direito vêem a sua expressão negada por parte do hemisfério esquerdo (palavra), resultando numa hipercatexia das sensações corporais.

Esta hipótese vem a ser confirmada num estudo desenvolvido pelos mesmos autores, concluindo que a comissurectomia completa é uma condição suficiente mas não necessária, para a existência de elevadas características alexitímicas. Este foi um importante passo para a determinação da possível existência de uma comissurectomia

funcional em indivíduos alexitímicos neurologicamente intactos (citado por Otero, 2000).

Na mesma linha de orientação, Geffen *et al.* (1984) estudam os efeitos das lesões do corpo caloso na área neuropsicológica de localização táctil, detectando 7% de défice na conexão interhemisférica de indivíduos normais, 28% de défice em indivíduos com comissurectomia parcial e 82% de défice em indivíduos com comissurectomia completa.

Outros autores, como Bogen e Bogen, salientam o papel do corpo caloso e defendem que a "inibição do hemisfério direito, devido ao bloqueio nas trocas interhemisféricas transcalosal, as representações simbólicas e fantasias não estão disponíveis para o processo de transformação e articulação verbal (hemisfério esquerdo)". Spipko e Buchanan referem a existência de uma desconexão funcional entre os dois hemisférios como causa das doenças psicossomáticas (citado por Fernandes e Tomé, 2001, p. 99).

Outro dado surge nos estudos realizados por Blanchard e col., em que se detectou maior prevalência de características alexitímicas nos homens, o que pode estar relacionado com uma menor especialização hemisférica e uma maior plasticidade neuronal nas mulheres (citado por Fernandes e Tomé, 2001).

Actualmente com as novas técnicas de imagem, como: a Tomografia Axial Computadorizada, a Ressonância Magnética Cerebral, a Tomografia por Emissão de Positrões, o Estudo de Sono, etc., novas descobertas poderão ser observadas e com isso, aumentar o conhecimento da etiologia da alexitimia.

Hipótese psicodinâmica

O estudo da patologia psicossomática, numa perspectiva psicanalítica, parte do pressuposto que esta é uma consequência de conflitos internos, estes ao não encontrarem a sua expressão (tradução) e resolução verbal, manifestam-se através dos canais somáticos.

Marty e M'Uzan em 1963 e Nemiah e Sifneos em 1970 propõem inicialmente um modelo de défice estrutural. A inabilidade dos alexitímicos para contactar com os seus sentimentos internos não seria resultado de resistências, mas de um défice da capacidade simbólica. Esta ideia foi desenvolvida pela Escola de Psicossomática de Paris. Segundo Marty quando se instituem faltas importantes na construção das representações da palavra, ligadas a valores afectivos, a criança unicamente pode adquirir uma formação de simbolização rudimentar. Esta capacidade seria a base para o desenvolvimento da fantasia, que está deficitária no alexitímico, assim, mesmo na neurose os sonhos, as fantasias e as interacções simbólicas integram as pulsões fantasmáticas. O doente alexitímico apresenta uma vida pobre e "desafectivada" ligada a uma realidade factual, concreta e simplificada (citado por Otero, 2000).

Também McDougall em 1982 aborda o fenómeno da alexitimia, assinalando a sua génese durante o desenvolvimento da criança no período da infância, mais concretamente nas vicissitudes da relação mãe-bebé. Nesta perspectiva, o bebé incapaz de organizar as suas experiências emocionais é, por definição, pela sua própria imaturidade, alexitímico. Depende de outra pessoa, por suposto a mãe, para lidar com os seus estados emocionais, nomear os afectos e proporcionar o potencial de pensar (ou de não pensar) sobre os seus sentimentos (citado por Otero, 2000).

Deste modo, haverá uma necessidade de procura permanente de um objecto externo capaz de desempenhar as funções que o indivíduo não pode desempenhar para si próprio. Prazeres (2000, p. 115) considera que estaríamos no âmbito dos

> *"comportamentos de dependência compulsiva, que podem ser pensados independentemente do objecto alvo específico – substância psicoactiva, actividade sexual, objecto humano, trabalho, jogo – como forma de reparar um vazio interno e criar a experiência, mesmo que breve e ilusória, de cuidado e apaziguamento pessoal".*

McDougall concebe a alexitimia como uma poderosa defesa contra a vitalidade interna afectiva, onde predominam os mecanismos de defesa: clivagem e identificação projectiva. Os afectos, primitivos, pouco matizados e integrados, teriam um carácter avassalador e o seu aparecimento assinala a possibilidade de ser submerso por afectos incontroláveis que fazem vacilar a adaptação e a capacidade de controlo, podendo despertar o medo da morte psíquica, da desorganização e da loucura. Deste modo, todas

as percepções capazes de evocar reacções afectivas poderosas são rapidamente evitadas ou repudiadas da consciência. Sem outros mecanismos para lidar com os conflitos e o *stress*, o indivíduo não tem outro recurso, senão atacar qualquer percepção que se arrisque a despertar a emoção. Para este autor, a modalidade comunicativa e relacional alexitímica pode, em alguns casos, ser comparada à retirada esquizóide já que "ambas procuram manter um estado de morte interna como forma de prevenir a invasão por experiências afectivas tempestuosas" (Prazeres, 2000).

Nesta sequência, McDougall defende que nos indivíduos alexitímicos (semelhantes a crianças não verbais) a ocorrência de graves perturbações de relação nos primeiros anos de vida, vai estar na origem do fracasso na introjecção de um objecto materno bom, bem como na utilização de poderosos e arcaicos mecanismos de defesa cujo funcionamento vai conduzir à clivagem da representação-palavra e da representação-afecto, com expulsão da psique tanto do afecto como da sua representação mental (Fonte, 1993).

Na mesma linha de orientação, Von Rad considera a relação primária como um importante factor da etiologia no desenvolvimento de características alexitímicas. O autor afirma que as mães doentes (psicossomáticas com características alexitímicas) "tendem a usar os seus filhos como forma de resolução dos seus problemas narcísicos e como uma extensão de si própria, numa relação primária em que a autonomia e independência não são possíveis". Deste modo, a criança torna-se uma parte do corpo da mãe, sobre a qual exerce uma intensa vigilância, procurando evitar o aparecimento de tensões ou de sentimentos de desprazer. Estas mães, calmantes e hiperprotectoras, funcionam como uma verdadeira barreira de protecção que impede na acção, o desenvolvimento progressivo de estratégias pessoais para lidar efectivamente com o aumento de tensão (citado por Prazeres, 2000, p. 115).

Conceptualmente, Lane e Schwartz (1987), propõem uma sequência de cinco níveis de organização estrutural da consciência emocional, realizado ao longo do desenvolvimento cognitivo: 1) sensório-motor reflexivo – reconhecimento das sensações corporais; 2) sensório-motor disposicional – conhecimento do corpo em acção; 3) pré-operatório – conhecimento dos próprios sentimentos; 4) operatório concreto – conhecimento de sentimentos combinados (agrupamento); 5) operatório formal – conhecimento de complexas matrizes de agrupamentos de sentimentos. De

acordo com este modelo, a emoção é experimentada em diferentes níveis de qualidade e intensidade, desde um estado somático a um estado somato-psíquico ou a um estado psíquico, passando por vários graus de diferenciação e integração crescentes.

Os autores, de acordo com esta teoria, concluem que "a indiferenciação da experiência emocional auto-perpetua-se na medida em que o indivíduo alexitímico evita reflectir sobre ela e gerar representações simbólicas da experiência", sugerem uma importante razão para este evitamento "a excitação emocional desagradável experimentada como um distúrbio somático opressivo, dominante" (Lane e Schwartz, 1987, p. 140).

Investigações psicanalíticas mais recentes destacam também a forte associação entre mecanismos de defesa primitivos e características alexitímicas. Os investigadores consideram que o estilo defensivo destes doentes é inadaptado e imaturo e que a sua origem estaria em falhas ocorridas na relação mãe-bebé, que impedem o desenvolvimento da capacidade emocional da criança (Kristal, 1979; Kooiman *et al.*, 1998).

Hipótese sociocultural

Além dos factores neurobiológicos e intrapsíquicos, os estilos comunicacionais são mediados por factores socioculturais e modelos de comunicação familiar e aprendizagem social. O ambiente familiar e social pode ser uma influência negativa na capacidade de verbalizar emoções fantasias e sentimentos, originando o aparecimento de características alexitímicas. Os autores que defendem esta hipótese estudaram as diferenças transculturais e demográficas, destacando a repercussão da aprendizagem social do comportamento alexitímico.

Nesta sequência, Otero (2000) refere os estudos de Dismore e Mallinckrodt que encontram uma diminuição da comunicação emocional nas mulheres afro-americanas e os estudos de Lin e Dion na cultura oriental. A nossa cultura valoriza a possibilidade de expressão verbal, as emoções são sinónimo de saúde e maturidade. Nas culturas orientais isto não é uso comum, o mal estar psíquico é expresso por via da somatização ou mediante uma intelectualização excessiva. Segundo Lin, os chineses esforçam-se por

evitar o excesso de emoções e ajustam-se na medida do possível às convenções sociais, o aspecto mais relevante da sua medicina tradicional é a indiferenciação entre as funções fisiológicas e psicológicas. Em geral tanto a somatização como a expressão verbal de emoções são determinados por atitudes culturais e por uma constrição emocional imposta pelas culturas. Dion num estudo recente, realizado na década de 90, com 950 estudantes mostra que as pontuações em alexitimia dos chineses são significativamente mais elevadas que as dos ocidentais.

Relativamente ao estudo das variáveis sociodemográficas, Borens *et al.* (1977) observaram que os doentes psicossomáticos de classe socioeconómica baixa e com pouca instrução têm menos fantasias, menos resposta afectiva e mais dificuldades na expressão verbal, comparativamente com ndivíduos de classe socioeconómica elevada e mais instruídos. Os autores concluem que a alexitimia poderá ser devida a expectativas culturais ou a exigências de sobrevivência que desencorajam o processo afectivo em favor do processo racional.

Outros estudos realizados apresentam conclusões contrárias, estas vão no sentido de que os indivíduos alexitímicos seriam menos instruídos, o que os levaria a pertencer a classe socioeconómica mais baixas, deste modo seria a alexitimia a causa do baixo nível socioeconómico e cultural e não a consequência (Fernandes e Tomé, 2001)

Lumley *et al.* (1996) encontrou uma relação entre famílias emocionalmente disfuncionais e alexitimia. Os indivíduos pertencentes a estas famílias teriam dificuldades em identificar sentimentos com défices nas funções imaginárias e simbólicas.

Diversos estudos revelam que os homens pontuam significativamente mais alto na alexitimia do que as mulheres no grupo de psicossomáticos, porém outros estudos apontam em sentido contrário, afirmando que não existe diferença estatisticamente significativa entre sexos (Otero, 2000).

Quanto à variável idade também os dados são contraditórios, alguns estudos revelam uma relação positivamente alta com o nível de alexitimia, outros indicam o contrário (Otero, 2000).

Pelo exposto, verificamos que as conclusões não são unanimes, uma vez que as varáveis socio-demográficas (classe social, nível educacional, sexo, idade) quando relacionadas com a alexitimia apresentam uma epidemiologia descritiva com resultados contraditórios.

Tal como em todas as questões da psicopatologia também na alexitimia os factores etiológicos são diversos e difíceis de compatibilizar. Se no conceito de alexitimia e nas suas características clínicas existe unanimidade entre os autores das diferentes Escolas, apesar de pressupostos teóricos dispares, já em relação à etiologia o mesmo não acontece.

Relembrado Freyberger e a sua diferenciação entre alexitimia primária e secundária, sendo a primeira resultado do défice psicoafectivo com significado de predisposição, a segunda obedeceria a operações defensivas temporárias. Embora esta distinção tenha sido criticada por alguns autores, outros consideraram-na uma tentativa de conciliar e compatibilizar posições etiológicas divergentes. Assim, Nemiah e Sifneos, autores que desenvolveram o conceito de alexitimia e defensores da hipótese neurofisiológica, consideram-na a possibilidade de várias teorias explicativas intervirem neste fenómeno da alexitimia e defendem a necessidade de um modelo etiológico integrador das diversas componentes: neurofisiológica, genética, psicodinâmica e sociocultural.

5 – Dados epidemiológicos

A alexitimia foi inicialmente descrita em indivíduos psicossomáticos, conduzindo à concepção prematura e errónea de uma relação etiológica específica entre alexitimia e doença psicossomática.

A presença de características alexitímicas foi encontrada numa frequência superior a 50% em doentes psicossomáticos: doenças cardiovasculares (Buffa *et al.*, 1997; Lumley *et al.*, 1997), doenças respiratória (Feiguine *et al.*, 1984), doenças gastrintestinais (Fonte, 1993; Fukuniski *et al.*, 1997; Veríssimo, 2001a), doenças

reumatológicas (Dìaz, 1994), síndrome pré –menstrual (Kuczmierczyk *et al.*, 1995), entre outras.

Cedo se clarifica que a alexitimia não é especifica nem se verifica de forma universal nas doenças psicossomáticas, sendo a sua presença comprovada em outras doenças somáticas e psiquiátricas.

Igualmente em indivíduos com doença física crónica (doença pulmonar crónica obstrutiva, asma, cancro, insuficiência renal crónica) e em distúrbios dolorosos agudos e crónicos foram encontrados elevada prevalência de características alexitímicas (Otero, 1999).

Mas na bibliografia consultada, as investigações revelam características alexitímicas num amplo espectro de psicopatologia, como é o caso de: ansiedade (Zeitlin *et al.*, 1993a), distúrbio de *stress* pós-traumático (Spipko *et al.*, 1983; Kristal *et al.*, 1986; Zeitlin *et al.*, 1989, 1993b), distúrbio de pânico (Zeitlin *et al.*, 1993a), depressão (Loas *et al.*, 1998), somatização (Bach *et al.*, 1996), distúrbios alimentares (Taylor *et al.*, 1996; Corcos *et al.*, 1998; Guilbaud *et al.*, 2000; Espina *et al.*, 2001), alcoolismo (Finn *et al.*, 1987; Loas *et al.*, 1996; Otmani *et al.*, 1999; Guilbaud *et al.*, 2002) e toxicodependência (Pinard *et al.*, 1996; O'Neil e Bornstein, 1996).

Relativamente à área das dependências, Khantzian e Lane (1985) sugerem como hipótese que os indivíduos com problemas de adição, recorreriam ao álcool e outras drogas como automedicação para os estados emocionais desagradáveis e em relação aos quais se sentiriam incapazes de lidar e ultrapassar (citado por Gago e Neto, 2001).

Haviland *et al.* (1988) numa amostra de 204 dependentes (álcool e outras drogas) encontraram cerca de 42% de indivíduos com pontuações elevadas na alexitimia. Campbell *et al.* (1990) realizam um estudo com 44 dependentes de substâncias psicoactivas, incluindo o álcool e verificam que 74% são alexitímicos. De acordo com a concepção teórica de que a alexitimia reflecte uma reduzida capacidade para regular e modular estados emocionais desagradáveis, os indivíduos alexitímicos são significativamente mais ansiosos e deprimidos que o grupo controle, o que sugere que a alexitimia é um factor de relevo para o abuso de substâncias (Fabião, 2002).

Também Ziolowski *et al.* (1995) elaboraram um estudo onde avaliam a prevalência de alexitimia em doentes alcoólicos e a manutenção da abstinência alcoólica. Neste grupo de 60 homens, 48% apresentava características alexitímicas e, nos mais alexitímicos a abstinência era menor, enquanto que nos menos alexitímicos a abstinência era mais prolongada (citado por Fabião, 2002).

Deste modo, Cooper e Holmstrom consideram a alexitimia uma variável relevante na intratabilidade de algumas doenças. Sabendo que, relativamente à adesão ao tratamento é condição determinante uma percepção adequada da gravidade da doença, o que quando o indivíduo tem características alexitímicas, haverá dificuldade em percepcionar as situações indutoras de *stress*, neste caso a gravidade da doença. Assim, a alexitimia pode ser um factor decisivo no prognóstico do tratamento, uma vez que parece estar relacionado com baixos níveis de adesão a comportamentos de saúde (citado por Lobo *et al.*, 1997).

Também Veríssimo (2001a, p. 92) afirma que a alexitimia, por oposição a um *locus* de controlo interno, é não só "uma condicionante do estilo de vida e comunicação, mas também a base para a perturbação da regulação afectiva, bem como a ampliação de sintomas somáticos".

Lobo *et al.* (1997), referem que os efeitos psicofisiológicos do *stress* parecem ser mais negativos em indivíduos com características alexitímicas, dado que as suas estratégias de confronto com o stress (evitamento, negação e racionalização) aumentam a sua exposição a esses efeitos, originando também aumento do risco de adopção de comportamentos lesivos para a saúde do indivíduo (consumo de álcool, tabaco, drogas, comportamentos sexuais de risco, entre outras) e, consequentemente, o aparecimento de doenças físicas. A identificação das características alexitímicas poderá constituir (pelo menos a nível teórico) um importante preditor em relação ao estado de saúde do indivíduo.

Capítulo V – Auto-conceito

> *"O auto-conceito é uma variável significativa em todo o comportamento humano (...). Influência a forma como o indivíduo interage e percebe o mundo que o rodeia (...) é um valioso indicador do estado de saúde mental do ser humano."*
>
> Fitts citado por Vaz-Serra (1988a, p. 317)

O constructo do auto-conceito devido à sua importância, tem sido amplamente investigado nas mais diversas áreas. Inicialmente estudado por filósofos, teólogos, historiadores e outros, é nos finais do século XIX (1890), com William James, que o termo é investigado de modo mais sistemático, demarcando-se das posições filosóficas iniciais e ligando-se à Psicologia do Eu.

De facto, William James é referido como sendo o primeiro autor a analisar o auto-conceito numa perspectiva psicológica. O autor considerou que o *self* do indivíduo estaria dividido em "*The I*" e "*The Me*", sendo o "*The I*" o Eu conhecedor, ou seja, o aspecto do Eu que, de modo subjectivo, organizaria e interpretaria a experiência do indivíduo (Eu como sujeito). Neste sentido, é através do "*The I*" que o sujeito seria capaz de perceber, pensar e reflectir quer sobre a realidade envolvente, quer sobre ele próprio. Assim, quando se tornasse ele próprio alvo do conhecimento, o sujeito seria o objecto, "*The Me*", e representaria o Eu enquanto conhecido (Eu como objecto). Deste modo, o *I* é responsável pela construção do *Me*, sendo este último a imagem que o sujeito tem de si – o auto-conceito (Green, 2002).

O "*The Me*" teria como constituintes: o *self* material – que se refere a tudo o que o indivíduo possuísse e pudesse apelidar de "meu" (corpo, família, bens); o *self* social – que corresponderia aos aspectos relativos à sua relação com os outros (papéis, estatuto

social, relações, personalidade); o *self* espiritual seria, na perspectiva de James, o mais oculto e interior, mas simultaneamente o mais estável (estados de consciência, pensamentos, emoções, desejos). Estes constituintes estão ordenados hierarquicamente e conferem ao sujeito a sua individualidade (*The pure Ego*) (Simões, 1997).

Na época, James postulou ser necessário para o verdadeiro conhecimento do Eu, além de ter em conta os seus constituintes, considerar os sentimentos e emoções por eles evocados, bem como as acções que os preparam (citado por Vaz-Serra, 1986a).

Outro autor de referência neste constructo é Coley que em 1902 desenvolveu a Teoria *Looking Glass Self*, na qual defende que o *self* se desenvolve a partir das interacções do sujeito com a sociedade (*feedback*), nomeadamente com as pessoas significativas para o indivíduo, que funcionariam como um espelho. Deste modo a imagem construída acerca de si, depende da informação que os outros lhe fornecem e da leitura que o sujeito faz da mesma (citado por Azevedo, 1999).

Também Mead (citado por Azevedo, 1999) enfatiza a importância das interacções estabelecidas pelo sujeito com os outros na criação da imagem acerca de si. Para este autor, o auto-conceito surge da observação e interacção do indivíduo com os outros, através das quais o sujeito aprenderia as regras sociais e modelaria o seu comportamento de modo agir adequadamente (do modo como os outros esperam).

Tal como James, Mead distingue a faceta "*The Me*", sublinhando a importância das reacções dos outros na percepção que o indivíduo tem de si próprio (Burns, 1982), contudo para Mead o "*The I*" estaria relacionado com o sentido da liberdade, a iniciativa e a impulsividade do sujeito. Assim, o comportamento humano evoluiria do "*The I*" para o "*The Me*", sob a influência da sociedade, dos seus princípios e regras, sendo através da interacção com os outros que o indivíduo adoptaria determinadas perspectivas e papéis, agindo da mesma forma como os outros relativamente a si (citado por Azevedo, 1999).

Apesar da singularidade presente em cada uma das perspectivas apresentadas anteriormente e, defendidas pelos diferentes autores, estas evidenciam algumas semelhanças entre si.

Assim, foram expostos alguns aspectos de interesse histórico na origem do auto-conceito mas, ao longo deste capítulo é nosso propósito conceptualizar o constructo do

auto-conceito, clarificar o seu conteúdo, estrutura e determinantes, bem como a sua influência nos comportamentos de saúde do indivíduo.

1 – Conceptualização do constructo do auto-conceito

Gecas (1982), define o auto-conceito como o conceito que o indivíduo faz de si próprio como um ser físico, social e espiritual ou moral.

Também Vaz-Serra (1988a, p. 127) considera o auto-conceito como a "percepção que o indivíduo tem de si próprio". Para este autor, a constituição do auto-conceito não decorre da simples enumeração de comportamentos observáveis. Este é um processo simbólico em que determinada estrutura pessoal se forma, auxiliada pela linguagem, atribuindo designações a classes de comportamentos, que deste modo são definidos, englobados e hierarquizados numa ordem relativa de importância.

O autor sublinha, que apesar de hipotético, inferido ou construído a partir de acontecimentos pessoais, este constructo, como elemento integrador, tem a utilidade prática de levar a reconhecer que o indivíduo, apesar de algumas variações, tem uma unidade e uma coerência de comportamento, que não podem unicamente ser atribuídas às influências do meio. O constructo do auto-conceito fornece-nos ainda a noção de continuidade do comportamento e da identidade pessoal, bem como de consistência e de coerência tornando-se útil para descrever, explicar e/ou predizer o comportamento humano.

Na mesma linha de orientação Faria e Fontaine (1990, p. 98) definem o "auto-conceito como sendo em termos gerais, a percepção que o sujeito tem de si próprio e, em termos específicos, o conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimento acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social próprias."

Os mesmos autores citando Shavelson *et al.* (1982), definem o auto-conceito em termos gerais como a percepção que o sujeito tem de si próprio e que deriva das interacções com os outros significativos, das auto-atribuições e das experiências do sujeito no seu ambiente social.

Gecas (1982) argumenta que o desenvolvimento do auto-conceito, constructo fundamental da personalidade, é influenciado por diversos factores: aspecto físico, nível de inteligência, emoções, padrão cultural, família e *status* social.

A este respeito Vaz-Serra (1988b) defende a existência de quatro tipos de influência na construção do auto-conceito: o modo como os outros observam o indivíduo (origina fenómenos em espelho, levando o indivíduo a observar-se da maneira como os outros o consideram); a noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas; o confronto da conduta do indivíduo com a dos pares sociais (com quem se identifica); e a avaliação dum comportamento específico em função dos valores veiculados por grupos normativos. Todos estes factores contribuem para a formação do auto-conceito com características positivas ou negativas.

Relativamente às avaliações dos outros, estas não têm todas o mesmo valor. Nesta sequência, Simões (1997, p. 204) salienta que "os outros significativos, (...) são as pessoas que têm significado para o sujeito, significado que é essencialmente afectivo; são as pessoas a cujas ideia, valores, formas de estar na vida, nós, enquanto sujeitos, atribuímos um significado muito especial, chegando mesmo a identificarmo-nos com elas, total ou parcialmente". Assim, a intervenção dos pais no desenvolvimento do auto-conceito é indiscutível, mas importante também, é o papel dos professores e colegas, já que muito tempo da vida do indivíduo é passado na escola.

Também as avaliações pessoais podem não ser avaliações reflectidas, pois algumas são fruto de comparações sociais. Nestas, "o grupo é fonte de normas e valores (grupo normativo) e de padrões de auto-avaliação (grupo comparativo)" (Vaz-Serra, 1986, p. 65).

O conceito que o indivíduo tem de si próprio atravessa, condensa ou captura a essência de muitas outras variáveis (motivos, necessidades, atitudes, valores, personalidade) e, deste modo constitui uma variável mais simples e mais central com que podemos lidar (Fitt citado por Vaz-Serra, 1986).

O mesmo autor argumenta, que quanto melhor o auto-conceito, melhor é o desempenho do indivíduo desde que em situação de igualdade relativamente a aptidões com os que lhe servem de comparação. Deste modo, o fracasso escolar, o êxito e progresso na carreira, as dificuldades de relacionamento interpessoal podem nada ter a

ver com qualidades intelectuais, mas serem simplesmente o reflexo de um auto-conceito pobre.

Faria e Fontaine (1992, p. 42) sublinham que o interesse pelo estudo do auto-conceito se deve ao "caracter preditivo da realização e ajustamento escolar do sujeito, da sua integração social, bem-estar psicológico e equilíbrio geral", considerando-o como uma variável integradora que abrange várias dimensões da existência e não apenas a escolar.

2 – Conteúdo e estrutura

Shavelson e Bolus (1982) consideram que o constructo do auto-conceito contém algumas características fundamentais para a sua definição mais precisa:

a) é organizado ou estruturado – as pessoas ao receberem informação acerca de si próprios, vão estabelecer categorias dessa mesma informação e relacionar as categorias umas com as outras;

b) é multifacetado – as facetas que se constituem reflectem um sistema de categorias adoptado pelo próprio indivíduo (auto-referência) e/ou partilhado por um grupo de referência. Neste sentido, os autores consideram que toda a estrutura culmina num auto-conceito geral e, subordinado a este existe um auto-conceito académico e um auto-conceito não académico. Por seu lado o auto-conceito académico tem subordinado a si áreas específicas, nomeadamente matemática, inglês história ou ciências; o auto-conceito não académico está dividido em auto-conceito físico, emocional e social. Sendo que o auto-conceito físico se refere às aptidões e aparência física, o auto-conceito emocional, a estados emocionais particulares que o indivíduo desenvolve e, o auto-conceito social, a pares sociais e pessoas significativas (Marsh, 1994);

c) é hierarquizado – na base da pirâmide encontram-se as percepções e as avaliações do comportamento do indivíduo nas situações específicas; na posição intermédia situam-se os vários domínios (académico, não académico) que contêm inferências sobre o *self* em cada um deles e, no topo da pirâmide situa-se o auto-

conceito geral que contêm inferências sobre o *self* em geral. Deste modo, as inferências vão ascendendo progressivamente até atingir os níveis superiores;

d) é estável – no topo da hierarquia (auto-conceito geral), mas à medida que se desce na organização hierárquica e se alcança o nível das situações específicas (domínios e comportamentos) essa estabilidade tende a diminuir;

e) tem um caracter desenvolvimental – à medida que o indivíduo evolui desde a infância à idade adulta, o auto-conceito torna-se mais específico e diferenciado;

f) é descritivo e avaliativo – os indivíduos podem descrever-se a si mesmos (ex: estou feliz) e simultaneamente avaliar os seus comportamentos e/ou desempenhos (ex: sou bom a matemática);

g) é diferenciável de outros constructos com os quais pode estar relacionado teoricamente (ex: desempenho académico).

Relativamente às componentes do auto-conceito estas são diversas. Contudo algumas, pela sua importância, como a auto-estima, auto-eficácia e a auto-imagem são mais frequentemente referenciados pelos diversos autores.

Hamachek (citado por Peixoto, 1999) considera que a auto-estima se refere à extensão na qual admiramos ou valorizamos o "*self*". De acordo com o autor, o auto-conceito e auto-estima representariam respectivamente, o que pensamos e o que sentimos acerca de nós próprios.

Na mesma linha de orientação Searcy, considerando que o auto-conceito se refere ás percepções que o indivíduo constrói acerca de si próprio, a partir da avaliação das suas competências e desempenhos, estando presentes os aspectos cognitivos, afectivos e comportamentais, refere-se à auto-estima como a forma como nos sentimos face ás nossas competências e desempenhos. Assim, a auto-estima é a valoração que o sujeito faz das diversas percepções que construiu sobre si próprio (citado por Azevedo, 1999).

A este respeito Vaz-Serra (1986a), citando Wells e Marwell, acrescenta que a auto-estima para além de ser baseada no sentido da competência, poder ou eficácia, intimamente ligada à execução eficaz e aos processos de auto-atribuição e de comparação social, é também baseada no sentido de virtude ou de valor moral,

considerada representativa do valor pessoal, está ligada a normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e inter-pessoal, em termos de justiça, de reciprocidade e de honra.

Pode então ser definida como "a avaliação que o indivíduo faz das suas qualidades ou dos seus desempenhos, virtudes ou valor moral", sendo provavelmente a componente do auto-conceito de maior realce do ponto de vista clínico (Vaz-Serra, 1988b, p. 102).

No que concerne à auto-eficácia, este conceito foi elaborado por Bandura, teórico da Aprendizagem Social, que a define como "os julgamentos do sujeito acerca das suas capacidades para organizar e executar os cursos de acção necessários para atingir determinados tipos de desempenhos. Não se refere às competências que o sujeito possui, mas ao julgamento acerca do que o indivíduo pode fazer, quaisquer que sejam as competências que ele possua" (citado por Azevedo 1999, p. 23). Assim, a auto-eficácia é um processo cognitivo, uma vez que lida com julgamentos percebidos ou avaliações feitas pelos indivíduos acerca da sua competência para desempenhar adequadamente uma determinada tarefa específica (Bandura citado por Marlatt e Gordon, 1993).

Bandura diferencia a auto-eficácia de conceitos relacionados, como a auto-estima (lida com a competência percebida no desempenho de situações específicas) ou o auto-conceito (refere-se a uma auto-imagem global entre uma ampla variedade de situações). Estas expectativas globais e específicas podem ser inconsistentes umas das outras, por exemplo um indivíduo com auto-imagem geral muito positiva, pode sentir-se incapaz de executar actos específicos, como: tocar piano, pintar, entre outros (citado por Marlatt e Gordon, 1993).

Por sua vez, Palenzuela (1997) considera a auto-eficácia como as auto-percepções em que o indivíduo acredita e confia na sua capacidade e eficácia para enfrentar o meio ambiente com efectividade e êxito, levando assim a consequências desejadas.

Para uma melhor clarificação dos termos auto-conceito e auto-eficácia, Pajares e Miller (1994) propõe a seguinte comparação: a auto-eficácia refere-se à avaliação, num determinado contexto, das competências do indivíduo necessárias à realização de uma determinada tarefa com sucesso. A auto-eficácia pode definir-se como a avaliação das capacidades do indivíduo para realizar determinados comportamentos, numa sítuação

específica. Relativamente ao auto-conceito, os autores consideram que este não se reporta a um nível de tão grande especificidade, ou seja, mesmo em situações de auto-avaliação em áreas específicas do auto-conceito (matemática, história, entre outras), essa avaliação não se refere a tarefas específicas que permitam a representação de competências (citado por Azevedo, 1999).

Em suma a auto-eficácia é definida como "a capacidade para se adaptar à vida normal do dia a dia e a situações ameaçadoras" (Kaplan *et al.*, 1997, p. 169). Sendo possível eliminar padrões de comportamento negativos, através de modificações do comportamento, fazendo com que a pessoa aprenda técnicas alternativas a partir de outros modelos e papéis (positivos).

Relativamente à auto-imagem Rosenberg (citado por Vaz-Serra, 1986) define-a como o conjunto de percepções formadas quando a pessoa se constitui o objecto da sua própria observação, ou seja, são as percepções que o sujeito constrói, em que ele próprio é o objecto. Cada indivíduo constrói várias auto-imagens, contudo mais importante que a sua diversidade, é o valor que cada indivíduo atribui a essas auto-imagens e a hierarquia que estabelece entre elas. Para o indivíduo têm maior significado as auto-imagens a que atribui maior importância (ex: auto-imagem como profissional), são mais estáveis e consistentes, localizam-se, por isso, num plano hierárquico superior.

São estes aspectos (valoração e hierarquia) que têm maior impacto a nível do auto-conceito.

3 – Algumas implicações clínicas do auto-conceito

O constructo do auto-conceito tem sido implicado em inúmeras situações clínicas. Neste sentido, Wilie *et al.* (1979) desenvolveram alguns estudos, onde concluíram que são diversas as variáveis que podem interferir na génese do auto-conceito.

Os autores sublinham a importância da família na formação do auto-conceito, que para além de funcionar como modelo e fonte de reforço, nomeadamente os pais, influenciando as ideias, sentimentos que o filho tem sobre si próprio, o tipo de pessoa

que deveria ser, é também um mediador parcial relativamente às variáveis raça, sexo e estatuto sócio-económico.

No seguimento destas investigações os mesmos autores concluem que: a auto-aceitação da criança está relacionada com o modo como percebem que os pais a aceitam, mas também associada à semelhança que pressupõe existir entre si e os progenitores. As famílias desfeitas propiciam um mau desenvolvimento do auto-conceito, podendo no caso de perda de laços familiares ser mais lesiva do que a morte de um dos progenitores (Wilie *et al.*, 1979).

Embora a ordem de nascimento e o tamanho da família não tenha revelado influência significativa na formação do auto-conceito, contudo os filhos únicos, nomeadamente rapazes, apresentam uma melhor auto-estima.

Na mesma linha de orientação Vaz-Serra *et al.* (1987a), utilizando o Inventário Clínico do Auto-conceito, realizaram um estudo a fim de detectar a importância das relações pais/filhos na génese do auto-conceito e concluem que quanto melhor a atmosfera familiar melhor é o auto-conceito, ou seja, uma má relação com os progenitores origina um mau auto-conceito e consequentemente um mau ajustamento do indivíduo.

Outros estudos revelaram que o auto-conceito tem uma capacidade preditiva importante em relação às expectativas, deste modo um bom auto-conceito está ligado a expectativas positivas do indivíduo acerca de si próprio (Vaz-Serra *et al.*, 1986a). Como também se relaciona com a atribuição do reforço obtido em determinada situação ao seu próprio esforço (*locus* de controlo interno) e não devido à influência de outros poderosos (*locus* de controlo externo) (Vaz-Serra *et al.*, 1987b).

Já em relação ao auto-conceito e perturbações emocionais Vaz-Serra e Firmino (1986) concluem que existe uma tendência geral para que os indivíduos com perturbações emocionais apresentem um auto-conceito mais pobre relativamente à população geral.

Mota-Cardoso *et al.* (1986a) demonstram que o auto-conceito pode ser uma entidade vulnerabilizante nas perturbações psicopatológicas de nível neurótico.

Também Vaz-Serra *et al.* (1986b) comprovam a existência de correlações negativas significativas entre o auto-conceito e sintomas depressivos, sendo que quanto

melhor o auto-conceito do indivíduo menos a tendência para apresentar sintomas depressivos. Os autores defendem que o auto-conceito apresenta uma boa capacidade preditiva relativamente à depressão.

O auto-conceito também apresenta uma correlação negativa com a ansiedade social (Vaz-Serra *et al.*, 1986c).

As relações entre auto-conceito, solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão, foi estudada por Vaz-Serra *et al.* (1989) e comprovaram que os indivíduos com bom auto-conceito, têm mecanismos mais adequados para lidar com estados de tensão, e o inverso em indivíduos com maior tendência para a solidão.

Também entre as estratégias de *coping* e auto-conceito foi demonstrada uma correlação positiva altamente significativa (Vaz-Serra *et al.*, 1988).

Almeida *et al.* (1999) avaliaram o auto-conceito em doentes alcoólicos internados, concluindo que o auto-conceito apresenta valores mais baixos que na população geral, e que os doentes com valores mais baixos são mais severamente dependentes, com escolaridade mais baixa, desempregados e reformados e com diagnóstico psiquiátrico associado.

Todas estas investigações referenciadas são de inegável valor, dado que traduzem a importância clínica deste constructo.

Capítulo VI – *Locus* de controlo

> *"O valor heurístico do conceito locus de controlo deve-se à sua definição teórica e operacional relativamente clara e precisa, mas também à sua integração em uma teoria global e molar do comportamento."*
>
> Lourenço e Barros (1997, p. 53)

Nos últimos anos tem-se assistido a um crescente interesse pelo estudo de variáveis da personalidade e sua influência na adesão a comportamentos de risco e consequentemente na saúde do indivíduo. O *locus* de controlo é uma dessas variáveis que em diversas investigações provou ser um importante preditor dos resultados da saúde (Lowery, citado por Ribeiro, 1994).

O controlo interno tem sido associado a variáveis consideradas importantes quer para o sistema da saúde em geral, quer para os cuidados de saúde dos quais se destacam: adopção de comportamentos de saúde (redução do consumo de tabaco, álcool, redução do peso excessivo), adesão às prescrições médicas, adaptação à dor, adaptação à doença cancerosa, vacinação, entre outros (Lau, 1982). É, por isso, uma variável significativa para o desenvolvimento de programas de intervenção na promoção da saúde e prevenção da doença.

Neste capítulo será apresentado uma breve introdução histórica do aparecimento do constructo do *locus* de controlo, sua ligação à Teoria da Aprendizagem Social, sua definição e determinantes e, por último, analisaremos a sua influência na saúde e comportamentos do indivíduo.

1 – Teoria da aprendizagem social e *locus* de controlo

Julian Rotter descreve e desenvolve a "Teoria da Aprendizagem Social" nos anos 60 (publica o livro "Social Learning and Clinical Psychology" em 1964), nela introduz o termo expectativas generalizadas de controlo interno *versus* externo dos reforços ("Generalized Expectancies for Internal versus External Control of Reinforcement", 1966) que mais tarde tomaria o nome de *Locus* de Controlo. Este é apresentado como elemento fundamental da Teoria que posteriormente viria a ser utilizado em inúmeras investigações (Rotter, 1990).

Rotter ao desenvolver a sua teoria, sugere que o indivíduo perante determinada situação tem expectativas/crenças respeitantes aos resultados prováveis do seu comportamento. Essas expectativas que a pessoa tem de poder ou não controlar o que lhe acontece foram designadas por *locus* de controlo. Rotter considerou que quando um reforço é percebido pelo sujeito como sequência de alguma acção, mas não sendo inteiramente dependente dessa acção, ou seja, o resultado é dependente de factores externos como a sorte, o acaso, o destino ou do controlo ou poder dos outros – seria o *locus* de controlo externo. Mas, se o indivíduo percebe que o acontecimento é dependente do seu próprio comportamento ou de características permanentes que ele possui – seria o *locus* de controlo interno (citado por Barros *et al.*, 1988; Neto *et al.*, 1990).

Estes factos têm uma importante tradução prática. Firmino *et al.* (1987) consideram que um indivíduo com *locus* de controlo interno tende a aumentar o seu desempenho quando obtém êxitos e a diminuir quando obtém fracassos. No entanto, um indivíduo com *locus* de controlo externo pode aumentar as suas expectativas mesmo em situação de fracassos e diminuir mesmo que obtenha êxitos em determinada tarefa.

A Teoria da Aprendizagem Social foi elaborada a partir da pesquisa do comportamento humano em situações sociais na tentativa de o predizer. Assim, o estudo da personalidade é encarado como o estudo do comportamento adquirido. Contudo, este comportamento é modificável e transforma-se com a experiência adquirida, obrigando a uma abordagem histórica e biográfica para a sua compreensão (Rotter, 1966).

Entre as modificações constantes trazidas pelas novas experiências e a estabilidade trazida pela influência das experiências anteriores (que interferem nas

novas experiências) pressupõe-se a existência de uma unidade integradora (Relvas, 1983).

De acordo com este autor a personalidade é vista como um conjunto de potenciais para responder a tipos particulares de situações sociais. "A unidade de investigação no estudo da personalidade é a interacção do indivíduo com o seu meio significativo" (Rotter, 1990, p. 491).

Na época em que Rotter desenvolve a Teoria da Aprendizagem Social a perspectiva dominante na psicologia clínica era a psicanálise, considerando-se que a motivação instintiva era determinante do comportamento do indivíduo. Deste modo, o indivíduo era motivado por impulsos com base fisiológica que o pressionavam à sua satisfação. O tratamento requeria um longo tempo de análise das experiências da infância e dos impulsos inconscientes.

Rotter acredita que a teoria psicológica devia ter um principio psicológico motivacional e elabora a lei empírica do efeito como factor motivador. A lei do efeito determina que as pessoas sejam motivadas a encontrar motivação positiva ou reforços positivos, libertando-se de estimulações desagradáveis. Rotter combinou o *behaviorismo* e o estudo da personalidade sem confiar muito nos instintos fisiológicos ou condutas como força motivadora (Haggbloom *et al.*, 2002).

A teoria explica o modo como os indivíduos escolhem de entre todos os comportamentos potenciais de que são capazes, um dado comportamento. É um modelo preditivo, que tendo em conta o controlo interno/externo dos reforços deve permitir determinar o comportamento mais provável (Vaz-Serra, 1984).

Na sua teoria, Rotter (1966) considerou quatro componentes essenciais: o potencial do comportamento, a expectativa de reforço, o valor do reforço e a especificidade da situação.

O potencial do comportamento (BP) refere-se ao potencial de ocorrência de determinado comportamento, situação ou conjunto de situações, relativamente à obtenção de um dado reforço ou conjunto de reforços. É função da expectativa do reforço em seguida ao comportamento (E) e do valor atribuído ao reforço nessa situação (RV), que se traduz pela fórmula: $BP = f(E + RV)$. Isto é, a função potencial do comportamento é a expectativa e o valor do reforço. A exibição de um comportamento particular num indivíduo é função da probabilidade de manifestação desse

comportamento e da desejabilidade dessa mesma manifestação. Se a expectativa e o valor do reforço for elevada o comportamento potencial também será elevado, por outro lado a baixa expectativa e o baixo valor de reforço levam a que o comportamento potencial seja baixo (Haggbloom *et al.*, 2002).

A expectativa de reforço é a probabilidade subjectiva, imaginada pelo indivíduo de que um determinado reforço ocorrerá em função ou em consequência, de um comportamento específico da sua parte, em determinada situação ou conjunto de situações. A expectativa de reforço varia de indivíduo para indivíduo e, depende em larga medida das experiências prévias do sujeito e da forma como elas foram vivenciadas, deste modo pode ser idêntica, superior ou inferior à probabilidade "real" (citado por Relvas, 1983).

O mesmo autor salienta que mais importante que a própria situação, é o modo como esta é percebida e avaliada, uma vez que alguns indivíduos podem apresentar fracas expectativas de sucesso em determinada situação, cuja probabilidade real de sucesso é elevada. Mas, também é verdade que alguns indivíduos antecipam o sucesso em determinada situação, cuja probabilidade de obtenção de resultados positivos é baixa.

Rotter (1966) sublinha a existência de três expectativas generalizadas fundamentais: o controlo interno *versus* externo do reforço (expectativa do reforço, considerada a mais importante), a confiança interpessoal (expectativa sustentada na possibilidade de confiar na palavra, promessa ou afirmação verbal ou escrita de um indivíduo ou grupo) e a procura de soluções alternativas (expectativa de poder desbloquear as situações no sentido de conduzir a um máximo de satisfação ou à solução do problema).

O valor do reforço refere-se ao grau de preferência pela ocorrência de determinado reforço, considerando que as probabilidades de ocorrência dos reforços existentes fossem semelhantes, isto é, os indivíduos diferem grandemente no valor que aprendem a atribuir aos diferentes reforços, originando expectativas de acordo com os interesses, uma vez que os reforços sociais não ocorrem independentes uns dos outros, originando consequências previsíveis na obtenção dos reforços subsequentes.

A especificidade da situação refere-se a qualquer componente da situação ou à sua totalidade, à qual o indivíduo está a reagir, devendo ter em conta as variáveis

situacionais, mas também as diferenças individuais (atributos pessoais, traços, pulsões, entre outros) no modo como as situações são percebidas e avaliadas (Rotter, 1966)

Neste sentido, Mischel (citado por Albuquerque, 1999) sublinha que algumas situações do quotidiano podem constituir-se fonte de ameaça às expectativas do indivíduo.

A Teoria da Aprendizagem Social é baseada no reforço, nas expectativas e situação psicológica, de onde, segundo Dubois (citado por Barros *et al.*, 1993), derivam seis postulados: a interacção do indivíduo com o meio (as variáveis da personalidade ou as características do meio não podem por si só explicar o comportamento); os comportamentos sociais são objecto de aprendizagem e não determinadas bio-geneticamente; a unidade da personalidade é constituída através de experiências variadas do indivíduo; a importância das variáveis situacionais ou específicas e das variáveis disposicionais ou gerais (indivíduo); os comportamentos humanos dirigem-se por objectivos, visam o controlo da situação e devem ser interpretados em função do fim ou do que os motiva (comportamentos funcionalmente equivalentes) e, a importância das expectativas em interacção com o valor do reforço.

Relvas (1983) salienta que muitos dos comportamentos mal-adaptativos observados na prática clínica são consequência da baixa expectativa de obtenção de reforços numa determinada área e de uma grande valorização dos reforços nessa mesma área. O autor considera que as consequências mais usuais são a presença de sintomas psicopatológicos que poderão dar início a um círculo vicioso de dificuldades psicopatológicas que conduzem à obtenção de reforços negativos adicionais.

2 – Definição do constructo

O *locus* de controlo é uma característica psicológica que tipifica o grau em que o indivíduo percebe que o que lhe acontece na vida dia-a-dia é consequência das suas acções (Ribeiro, 1994).

De acordo com Rotter (1966, p. 1), considera-se controlo externo:

> *"Quando um reforço é percebido pelo sujeito como seguindo-se a alguma acção própria, mas não sendo completamente contingente à sua acção,*

> *então, na nossa cultura, é tipicamente percebido como resultado de sorte, acaso, destino, sob o controlo de outros poderosos, ou como imprevisível, dada a grande complexidade de forças que o rodeiam. Quando um acontecimento é interpretado deste modo por um indivíduo, designa-se isto como uma crença de controlo externo. Se a pessoa percebe que o acontecimento é contingente ao seu próprio comportamento ou a características suas relativamente permanentes, nós designamos isto como uma crença de controlo interno."*

Em síntese, o *locus* de controlo define-se como "uma crença, percepção ou expectativa de controlo de reforço, dizendo-se interno o indivíduo que julga controlar os acontecimentos, e externo o que pensa que eles dependem fundamentalmente dos outros ou da sorte" (Barros *et al.*, 1992, p. 86).

De acordo com este conceito "o que se valoriza é a percepção e consequente expectativa que cada um apresenta sobre o papel que as suas acções têm no curso das próprias vidas e a percepção da relação que essas acções têm com os reforços obtidos" (Relvas, 1983, p. 149).

Atendendo ao exposto o constructo do *locus* de controlo refere-se a uma expectativa generalizada, que avalia a percepção individual de reforço e se divide em duas componentes: internalidade e externalidade.

De acordo com alguns autores, entre os quais Rotter, o *locus* de controlo tem uma característica unidimensional, que se representa como um contínuo entre os componentes, posicionados em extremos opostos (Ribeiro, 1994).

Contudo, esta ideia de continuidade tem sido contestada por outros autores, que consideram este constructo como multidimensional, dos quais salientamos Levenson. Estes defendem que a componente internalidade da dimensão internalidade/ externalidade é relativamente fixa e estável, já a componente externalidade é multidimensional (Relvas, 1983). Assim, poder-se-á dividir a externalidade em dois factores: *locus* de controlo externo defensivo e *locus* de controlo externo congruente (externos passivos). O primeiro (valores elevados de P na Escala IPC de Levenson) caracteriza-se por baixas expectativas de êxito na obtenção de objectivos valorizados, assumindo a externalidade como defesa contra sentimentos de fracasso pessoal. O *locus* de controlo externo congruente (valores elevados de C na Escala IPC de Levenson)

caracteriza-se pela crença genuína de que os reforços não são contingentes ao comportamento do próprio. Estes indivíduos têm um menor desempenho nas tarefas, pois não tentam atingir metas e objectivos (Relvas, 1983; Coelho e Azevedo, 1986).

Após a conceptualização da internalidade/externalidade, importa enfatizar que não existe uma fronteira bem delimitada entre ambas ou entre um indivíduo com crença de controlo interno e outro com crença de controlo externo, tratando-se simplesmente de uma tendência, dentro de um *continuum* (Barros *et al.*, 1993).

Por essa razão alguns autores, incluindo Rotter (1966), consideram que alguns indivíduos internos, em situações específicas possam tornar-se externos defensivos (ex.: indivíduo face ao insucesso escolar, como defesa, sente que esse insucesso é devido ao professor).

O mesmo autor considera que o indivíduo interno, possuidor de forte crença de que pode controlar o seu próprio destino, é provável que:

> *"esteja mais atento aos aspectos do meio ambiente que fornecem informações úteis para o seu futuro comportamento; procure melhorar as condições ambientais; atribua maior valor às competências ou reforços de realização e se sinta geralmente mais interessado com as próprias capacidades, particularmente com os insucessos; e se mostre mais resistente às tentativas subtis para o influenciar."* (Rotter, 1966, p. 25)

Contudo, Phares sublinha que não é correcto afirmar que quanto mais interno o indivíduo for, melhor será, pois uma elevada internalidade pode originar sentimentos de culpa acentuados, quando alguma coisa corre mal. Na mesma linha de orientação, Palenzuela (1988) acrescenta que em determinadas circunstâncias, o indivíduo externo pode ter comportamentos mais adaptados à realidade (citado por Barros *et al.*, 1993).

Todavia, Barron e Harrington referem que os internos são favorecidos com alguns atributos relacionados com a criatividade, como a autonomia, procura de informação necessária à mudança, independência de juízo, vontade de arriscar, autoconfiança, auto-imagem criativa e, parecem ser mais eficazes na aquisição, retenção e utilização da informação (citado por Barros *et al.*, 1993).

3 – Determinantes do *locus* de controlo

Acerca das variáveis determinantes para a génese do *locus* de controlo, as mais referenciadas pelos autores são as causas pessoais, familiares e socioculturais, podendo existir interacção e convergência entre elas. Assim, como factores pessoais consideram-se a idade (normalmente a internalidade aumenta com a idade), o sexo (normalmente não há diferenças entre sexos, mas os homens tendem a ser mais internos), a inteligência (não há confirmação de maior inteligência nos internos), a saúde (maior externalidade em situações de doença grave e duradoura), os medos, as apreensões, as experiências passadas, entre outros (citado por Barros *et al.*, 1993).

Também o ambiente familiar tem sido fortemente implicado na génese do *locus* de controlo, nomeadamente as práticas educativas (Firmino *et al.*, 1987), donde se depreende que as inter-relações pais/filhos se revestem de um cariz fundamental neste contexto. Neste contexto, os pais com comportamento inconsistente apresentam maior tendência para desenvolver nos seus filhos um *locus* de controlo externo, dado que a criança não é capaz de prever ou antecipar os princípios da disciplina, deste modo as normas imprevisíveis (por parte dos pais) ligar-se-ão à sorte ou ao acaso. Por sua vez pais controladores e punitivos, originam nos seus filhos a criação de um *locus* de controlo externo ligado a outros poderosos (Relvas, 1985).

Contrariamente, pais mais carinhosos, mais permissivos, encorajadores, não ameaçadores e mais flexíveis são importantes para a formação do *locus* de controlo interno, dado que a criança internaliza a responsabilidade pelas punições que possa receber (Relvas, 1985).

O mesmo autor defende ainda que a estimulação da independência, afirmação e autonomia, ausência de preocupação em controlar o comportamento do filho, uma atitude de protecção, apoio e tolerância, podem ajudar na formação de um *locus* de controlo interno da criança (Relvas, 1985).

Quanto às determinantes socioculturais, as classes mais baixas tendem a maior externalidade, bem como os pertencentes a religiões mais tradicionalistas e fanáticas (seitas) e, nas etnias negras. Wolfle e Robertshaw em 1982, concluem que a instrução para além da escola secundária não aumenta praticamente as expectativas de controlo interno (citado por Barros *et al.*, 1993).

4 – Algumas implicação clínicas e comportamentais do *locus* de controlo

O constructo de *locus* de controlo muito utilizado na literatura psicológica, foi estudado e aplicado a inúmeras situações nas áreas da: personalidade, educação, clínica, social, psicologia e criatividade (Strickland, 1989). Esta autora têm defendido nos seus inúmeros estudos que esta variável deve ser considerada no domínio específico da saúde. A comprovar este facto estão alguns estudos internacionais e também nacionais, que apresentaremos de seguida.

O *locus* de controlo parece ser, na opinião de Oliveira e Paixão (1998) uma variável amortecedora ou protectora dos efeitos emocionais provocados por incapacidade físicas.

Investigações realizadas com diversas populações de indivíduos com doenças crónicas, mostram que o *locus* de controlo tem influência no grau de incapacidade residual e no grau de emoção sentida e determina a própria adesão do paciente ao processo de tratamento prescrito, uma vez que uma maior internalização se relaciona com melhor estado de saúde (Partridge citado por Oliveira e Paixão, 1998).

Mas, Lefcourt (1983) considera que o *locus* de controlo só por si não desempenha um papel tão preponderante e defende que esta influência se deve à associação com questões de ordem emocional e relacional (depressão, suporte social, entre outros).

Os indivíduos com *locus* de controlo interno apresentam maior ansiedade-traço em situações percebidas como sendo orientadas no sentido da externalidade. Contrariamente, os indivíduos externos apresentam maior ansiedade-estado em situações percebidas como orientadas no sentido da internalidade. Quando existe congruência entre a situação e o *locus* de controlo do indivíduo, parece haver menor ansiedade e um melhor desempenho. A maioria dos estudos mostra uma correlação alta entre *locus* de controlo externo e níveis elevados de ansiedade, sendo o contrário também verdade (Archer citado por Relvas, 1983).

Pereira *et al.* (1985) afirma que a externalidade parece associada à tendência para manifestar comportamentos não-assertivos, desde que exista predisposição geral para comportamentos ansiosos ou quando as situações sociais actuam como ansiógeno.

Segundo a investigação de Neto *et al.* (1990) quanto mais elevado for o *locus* de controlo interno, maior a tendência para o indivíduo sentir responsabilidade pelos resultados positivos, o que evidencia uma correlação entre atribuição de responsabilidade pelos resultados positivos e a internalidade.

Vaz-Serra *et al.* (1987) estudaram o auto-conceito e o *locus* de controlo na população geral e verificaram que os indivíduos com um bom auto-conceito tendem a atribuir o reforço obtido em determinadas situações ao seu esforço e não a aceitar que o mesmo seja devido à influência de outras pessoas mais poderosas ou factores do acaso.

Num estudo sobre influência das relações pais/filhos e *locus* de controlo, Firmino *et al.* (1987) concluem que: as relações aversivas com os pais estão significativamente ligadas com factores de externalidade; a relação com a mãe é mais significativa para o *locus* de controlo do que a relação com o pai; uma atmosfera de dominância tende a estar significativamente ligada com um *locus* de controlo do tipo outros mais poderosos; não há uma relação evidente entre uma boa atmosfera familiar e relações positivas com os progenitores e internalidade.

Waller e Bates (citado por Albuquerque, 1999) realizaram uma investigação com o intuito de identificar variáveis associadas a uma vida saudável e verificaram que a maioria dos indivíduos saudáveis possuía um *locus* de controlo interno e uma auto-eficácia elevada.

De entre os vários estudos consultados destacam-se os de Steffy em 1970 e de James em 1965, realizados com indivíduos com hábitos tabágicos, que mostram que os indivíduos com um *locus* de controlo interno mais facilmente conseguem alterar o seu comportamento tóxico do que os que apresentam uma elevada externalidade e mais frequentemente são encontrados como não fumadores. Também Clarke em 1973, num estudo com adolescentes detecta uma maior incidência de hábitos tabágicos em indivíduos com *locus* de controlo externo, considerando-o como um importante factor de risco, dado que para além da iniciação mais precoce, estes indivíduos seriam mais frequentemente fumadores e teriam maior probabilidade de manter esse comportamento durante mais anos. Nesta sequência, alerta as entidades competentes para a necessidade de ter em conta este facto na elaboração dos programas preventivos (citado por Albuquerque, 1999).

Contudo existem estudos que apontam em sentido contrário, é exemplo disso o estudo com estudantes universitários levado a cabo por Coelho e Azevedo (1986), onde concluem que nem o comportamento de fumar nem a dependência tabágica estão associados com o *locus* de controlo, embora no sexo masculino a internalidade esteja relacionada com uma menor duração do consumo de tabaco e a externalidade atribuída ao acaso com uma maior duração do consumo.

Também algumas investigações que relacionam *locus* de controlo com alcoolismo crónico ou com toxicodependentes apresentam resultados contraditórios. Nas amostras com alcoólicos uns apresentam-se mais externos e outros mais internos (Naditch, 1975; Oziel *et al.*, 1972). Nas amostras com toxicodependentes, estes apresentam um *locus* de controlo interno mais elevado do que a população geral, não sendo fácil explicar estes resultados (citado por Barros *et al.*, 1993).

No entanto, Rotter (1975, p. 8), a propósito desta aparente contradição, opina que os alcoólicos e toxicodependentes "tantas vezes ouviram dizer que a cura estava nas suas mãos que acabaram por perceber que esta era a atitude que deveriam assumir". Phares (1976) salienta também, o facto de frequentemente os alcoólicos e toxicodependentes participarem em programas de tratamento que reforçam a internalidade (citado por Barros *et al.*, 1993, p. 78).

Todavia, Pereira (1999) num estudo realizado com toxicodependentes concluem que estes indivíduos manifestam maior tendência para a externalidade do que os indivíduos que nunca consumiram heroína.

Contudo, um estudo realizado por Tanck e Robbins, em meio académico, revelou que os indivíduos com *locus* de controlo externo recorriam mais a processos "disfuncionais", como o uso de álcool (citado por Relvas, 1983).

Todas estas investigações, contraditórias ou não, traduzem não só a importância deste constructo, mas também a necessidade de melhorar o conhecimento da sua influenciam na adopção de comportamentos de risco para a saúde e nas próprias situações clínicas.

Parte II – Investigação

Capítulo I – Conceptualização da investigação

"'O facto científico é conquistado, construído e verificado':
conquistado sobre os preconceito;
construído pela razão;
verificado pelos factos."

Gaston Bachelard citado por Quivy e Campenhoudt (1998, p. 25)

1 – Problemática e objectivos

A vivência de profundas mudanças nos hábitos de consumo de álcool dos portugueses, particularmente nos jovens, bem como os mais recentes resultados de estudos (ESPAD, 1999; Breda, 2000a; Matos *et al.*, 2000a; Matos *et al.*, 2000b), que dão conta do aumento do consumo de álcool nesta faixa etária, validam a importância do nosso estudo, que tem como objectivo central – determinar a influência exercida por algumas características psicológicas (alexitimia, auto-conceito e *locus* de controlo de saúde) no consumo de álcool nos jovens, contribuindo de algum modo para um melhor conhecimento dos motivos que originam o referido consumo, e quem sabe, para uma melhor adequação das estratégias de prevenção primária.

Considerámos então, que o problema da nossa investigação se poderia concretizar deste modo: será que a alexitimia, o auto-conceito, e o *locus* de controlo de saúde influenciam o consumo de álcool nos jovens, particularmente estudantes do ensino superior. Investigámos também se alguma destas variáveis (ou seus factores) pode ser tido como preditora do envolvimento dos jovens com o álcool. Para tal, o tipo de estudo

utilizado nesta investigação é descritivo-correlacional (explora e determina a existência de relação entre variáveis, com vista a descrever essas relações) e transversal (avaliação realizada num determinado momento) (Fortin, 1999).

A pertinência desta investigação revela-se também, pela escolha de uma população apenas com uso/abuso de álcool, pelo que os resultados encontrados não são originados pela existência de doença alcoólica, como acontece na maioria dos estudos que utilizam amostras de doentes, permitindo deste modo um conhecimento mais real dos motivos favorecedores da iniciação e manutenção do consumo de álcool, diminuindo assim a existência de alguns vieses.

2 – Amostra

A amostra deste estudo é constituída pelos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) do ano lectivo 2003/2004 de uma Escola Superior de Enfermagem (Coimbra), dos quais 155 são do 1º ano; 160 do 2º ano; 161 do 3º ano e 76 do 4º ano, perfazendo um total de 552 estudantes. É uma amostra não probabilística do tipo acidental (conveniência), em que os estudantes que a compõem são oriundos de todo o país (incluindo Madeira e Açores), podendo haver alguma tendência na predominância da Região Centro. Foram considerados critérios de exclusão da amostra: o preenchimento incompleto do instrumento de colheita de dados (n = 14) e idade superior a 30 anos (n = 2).

3 – Variáveis em estudo

As variáveis foram seleccionadas tendo em conta os objectivos deste estudo, as características das amostra e o instrumento de colheita de dados. Nesta sequência consideraram-se as seguintes variáveis:

⇨ variável dependente: envolvimento dos estudantes de enfermagem com o álcool;

⇨ variáveis psicológicas: alexitimia (operacionalizada pelos factores F1, F2 e F3), auto-conceito (operacionalizado pelos factores F1, F2, F3 e F4) e *locus* de controlo de saúde (operacionalizado pelos factores LC e OP);

⇨ variáveis atributo: idade, sexo, ano de curso, meio de residência e classe social (operacionalizada através da Classificação Social de Graffar: profissão, instrução, rendimentos e habitação do agregado familiar).

4 – Hipóteses

As hipóteses formuladas para este estudo são as seguintes:

- Há relação entre sexo, idade, nível socio-económico (profissão, instrução, rendimentos e habitação do agregado familiar), ano de formação, meio de residência e envolvimento com o álcool.
- Quanto maior o grau de envolvimento dos jovens com o álcool maior pontuação das características alexitímicas.
- A relação estabelecida entre alexitimia e envolvimento com o álcool é igual para todos os aspectos da alexitimia (factores F1, F2, F3).
- Os jovens com maior envolvimento com o álcool têm um auto-conceito mais pobre (sendo o inverso também verdadeiro).
- A relação estabelecida entre auto-conceito e envolvimento com o álcool é igual para todos os aspectos do auto-conceito (factores F1, F2, F3, F4).
- Quanto menor o *locus* de controlo (internalidade) maior o grau de envolvimento com o álcool nos jovens (sendo o inverso também verdadeiro).
- Em que medida as variáveis (características) psicológicas podem ser preditoras do consumo de álcool.

5 – Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados utilizado neste estudo (Anexo I) foi composto por:

- nota introdutória – explicativa do âmbito e objectivos do estudo, instruções de preenchimento, garantia de confidencialidade;
- colheita de dados sócio-demográficos – idade, sexo, ano de curso, estado civil, meio de residência e classe social através da Classificação Social de Graffar;
- escalas de avaliação das variáveis psicológicas – Escala de Alexitimia de Toronto, O Que Penso da Saúde e Inventário Clínico de Auto-Conceito;
- escala de avaliação da variável dependente – Escala de Envolvimento com o álcool para adolescentes.

a) Classificação Social de Graffar

A Classificação Social de Graffar destina-se a identificar a classe social de pertença do indivíduos. Constituída por quatro critérios: profissão, nível de instrução, rendimentos e habitação, subdivididos em cinco níveis, pontuados de 1 a 5, variando o valor total entre 4 e 20 pontos. Sendo que nos critérios relativos à profissão, nível de instrução e rendimentos se deve ter em conta o elemento do casal que apresenta maior nível de classificação (citado por Maia, 1995).

Deste modo a pontuação obtida pode ser agrupada do seguinte modo: classe social I (alta) – de 4 a 7 pontos; classe social II (média alta) – de 8 a 10 pontos; classe social III (média) – de 11 a 13 pontos; classe social IV (média baixa) – de 14 a 16 pontos e classe social V (baixa) – de 17 a 20 pontos.

b) Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Para avaliar a alexitimia foram desenvolvidos vários instrumentos de colheita de dados ao longo dos anos. O mais válido e fiável é a Escala de Alexitimia de Toronto, desenvolvida por Taylor *et al.* em 1985, constituída por 26 itens, que posteriormente é revista originando a TAS-20 composta apenas por 20 itens (Taylor *et al.*, 1994 citado por Veríssimo 2001b).

A TAS-20 é uma escala de auto-avaliação do tipo Lickert, composta por 20 questões, pontuadas de 1 a 5 e o valor total varia entre 20 e 100. Contudo as questões 4, 5, 10, 18 e 19 são pontuadas inversamente, de modo a que as pontuações mais elevadas correspondem a traços alexitímicos maiores e portanto, a um déficit mais acentuado.

Esta escala tem sido adaptada e validada a diversos contextos culturais, sendo hoje a mais largamente difundida e seguramente a medida mais utilizada para avaliar a alexitimia. O estudo da fiabilidade e validação da tradução portuguesa foi realizado por Veríssimo em 1995 (2001) e, posteriormente foi analisada pelos autores da original que a consideraram com uma "equivalência translinguística excelente".

A referida versão foi aplicada a 3 amostras distintas (468 estudantes universitários, 50 utentes da consulta de rotina do serviço de atendimento geral e 74 doentes com doença inflamatória do intestino) onde, na análise factorial com rotação varimax normalizada confirmam a existência de 3 factores:

- → F1 – traduz a dificuldade em identificar sentimentos;
- → F2 – revela a dificuldade em descrever sentimentos;
- → F3 – representa o pensamento orientado para o exterior.

Relativamente à consistência interna, apresenta alta fiabilidade da escala como um todo, bem como do factor 1, com valores do coeficiente alfa de Cronbach superiores a 0,70 apresentando resultados menos estáveis para os factores 2 e 3.

No que concerne à confiança e estabilidade temporal, estabelecida pela correlação teste-reteste, apresenta uma fiabilidade excelente (99,999%) quer para a pontuação global, quer para os factores integrantes.

c) Inventário Clínico de Auto Conceito (ICAC)

O ICAC é uma escala unidimensional, subjectiva, de auto-avaliação de aspectos emocionais e sociais do auto-conceito, construída por Vaz-Serra em 1985 (1986b). Esta é uma escala já validada na população portuguesa pelo autor e largamente utilizada em diversos estudos de investigação, com diversas amostras.

Trata-se de uma escala tipo Lickert constituída por 20 itens, cotados de 1 a 5, e elaborada de modo a que quanto mais alta a pontuação obtida melhor o auto-conceito do indivíduo. A pontuação total poderá variar entre 20 e 100.

Importa salientar que alguns itens (3, 12, 18) foram elaborados de forma negativo, pelo que a sua pontuação deverá ser invertida, mantendo o mesmo principio de que a maior pontuação exprima um auto-conceito mais elevado.

O autor, quando da validação do ICAC, obteve um coeficiente de Spearman-Brown de 0,791 para uma amostra de 920 elementos da população geral e, um coeficiente teste-reteste de 0,838 para 108 elementos, com intervalo de um mês, o que revela uma boa consistência interna e estabilidade temporal.

A correlação entre a classificação pessoal do auto-conceito e a nota global obtida na escala, foi de 0,466 para os 920 elementos da amostra, o que traduz uma boa validade do constructo.

A análise factorial, com rotação ortogonal mostra a existência de 6 factores com raízes superiores a 1 que explicam 53,42% da percentagem cumulativa da variância. Destes factores, 4 são perfeitamente bem definidos e 2 são factores mistos.

O factor 1 (F1) traduz a aceitação/rejeição social; o factor 2 (F2) exprime a auto-eficácia; o factor 3 (F3) caracteriza a maturidade psicológica e o factor 4 (F4) representa a impulsividade. Os factores 5 e 6 apresentam um caracter misto pelo que o autor não lhes atribuiu uma denominação específica.

d) O Que Penso da Saúde (OQPS)

O OQPS é uma escala de avaliação do *locus* de controlo de saúde, tipo Lickert, constituída por 14 itens, cotada de 1 a 7, variando o somatório total entre 14 e 98 (itens 1, 2, 3, 5, 7, 10, 11, 12, 13 e 14 são pontudos inversamente), de modo a que o valor mais baixo corresponde ao *locus* de controlo externo e o mais elevado a um *locus* de controlo interno.

O processo de reconstrução e validação da escala para a população portuguesa foi realizado por Ribeiro (1994) através de dois estudos distintos e complementares.

No primeiro estudo, utilizando a uma amostra de 135 estudantes universitários saudáveis, procedeu-se à escolha dos itens a incluir na escala, seleccionados a partir das escalas Health Locus of Control Scale (Wallston *et al.*, 1976), Multidimensional Health Locus of Control Scale (Wallston *et al.*, 1978), Health – Specific Locus of Control (Lau e Ware, 1981). Para além da escolha dos itens o autor procedeu também, à sua organização aplicação e análise (citado por Ribeiro, 1994).

No segundo estudo, com uma amostra intencional composta por 609 estudantes saudáveis (entre 11° ano e último ano da faculdade), procedeu-se à aplicação e análise da escala resultante do primeiro estudo.

No primeiro estudo, a análise factorial com rotação ortogonal (varimax), sugere a existência de 2 raízes latentes superiores a 1 que explicam 43% da variância total. Nesta sequência foram encontrados os 14 itens, dos 39 iniciais, que compõem a escala, distribuídos por 2 factores: LC – *locus* controlo (internalidade) composto por 8 itens (2, 3, 4, 6, 7, 8, 12 e 13) e OP – outros poderosos (externalidade) composto por 6 itens (1, 5, 9, 10, 11 e 14).

No segundo estudo Ribeiro (1994) repete a análise factorial, verificando a existência de estabilidade nos valores entre a primeira e a segunda passagem, porém o valor da variância total (41,8%) é modesto. Na revisão da literatura o autor também encontrou valores idênticos em estudos de análise com escalas deste tipo.

Relativamente à análise da consistência interna, apresenta para a escala total um coeficiente alfa de Cronbach de 0,69 e de 0,75 e 0,74 respectivamente para o *locus* de

controle e outros poderosos. Deste modo os valores encontrados para OQPS são superiores aos de instrumentos semelhantes de língua inglesa.

e) Escala de Envolvimento com o álcool para adolescentes (AAIS)

A AAIS é uma escala de auto-avaliação elaborada por Mayer e Filstead em 1979 e aferida para a população portuguesa por Fonte e Alves (1999), assenta na existência de relações funcionais entre as várias categorias do comportamento, com o objectivo de quantificar o que Mayer e Filstead denominaram de grau de envolvimento dos adolescentes com o álcool. Porém, não se destina ao diagnóstico de alcoolismo nos jovens, mas sim à identificação da situações de abuso de álcool, conceptualizada em função da interferência das bebidas alcoólicas numa ou mais áreas de funcionamento do indivíduo: estado psicológico, relações sociais e vida familiar. Relativamente ás perturbações fisiológicas causadas pelo uso excessivo de álcool, estas não são consideradas nesta escala, uma vez que frequentemente são negligenciadas pelos jovens.

Esta escala é composta por 14 questões de escolha múltipla, cuja pontuação varia de 0 a 78, sendo uma resposta a = 1 (excepto nas questões 1, 2, 6, 12, 13, e 14 onde a = 0), b = 2, c =3, até h = 8. Sempre que uma pergunta não for respondida pontua-se com 0 e quando existe mais do que uma resposta selecciona-se a de maior pontuação. Apresenta ainda, um conjunto de questões com capacidade para revelar respostas incongruentes, aumentando a grau de precisão e sinceridade.

Os autores propõem a categorização dos inquiridos em 5 grupos: 0 pontos – abstinentes; 1 a 19 pontos – bebedores irregulares; 20 a 41 pontos – bebedores habituais sem problemas; 42 a 57 pontos – bebedores habituais com problemas e 58 a 74 pontos – *alcoholic like.*

No estudo de validação da versão portuguesa da AAIS realizado por Fonte e Alves (1999), utilizando uma amostra de 227 estudantes, a análise factorial com rotação varimax (normalizada) e a determinação do número de factores segundo o critério Kaiser (mesmo procedimento adoptado pelos autores da versão original), revelou uma estrutura constituída por 3 factores responsáveis por 58% da variância total, verificando-se que todos os itens

apresentam um factor *loading* significativo em pelo menos um dos três factores. Os autores consideram este facto demonstrativo da avaliação das diferentes dimensões do comportamento de beber.

No que concerne ao estudo de fiabilidade da AAIS, esta apresentou valores de fiabilidade muito elevados: coeficiente alfa de Cronbach de 0,887; coeficiente de Spearman-Brown de 0,873 e na fórmula de Guttman 0,839. Para além de que os itens que a compõem têm um elevado índice de discriminação, superior a 0,71 (excepto o item 14 que apresenta uma correlação $< r = 0,43$).

6 – Colheita de dados

Procedeu-se à colheita de dados na semana de 27 a 31 de Outubro de 2003, após a prévia autorização da Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem seleccionada e o posterior contacto com os docentes responsáveis pelos tempos lectivos onde pretendíamos aplicar o instrumento de colheita de dados, afim de disponibilizarem 30 minutos desse tempo para o seu preenchimento. Deste modo, a colheita de dados ocorreu em sala de aula, nos tempos lectivos teórico/práticos cuja presença é obrigatória, com o intuito de uniformizar os critérios de inclusão na amostra e obter uma percentagem mais elevada de participantes.

No entanto foram salvaguardados alguns aspectos éticos importantes dos quais salientamos: colaboração voluntária; esclarecimento dos objectivos e âmbito da investigação; garantias de confidencialidade e anonimato; leitura de instruções e esclarecimento do modo de preenchimento do questionário (sempre que necessário) e agradecimento pela colaboração prestada.

7 – Tratamento estatístico

Recolhidos os dados, procedeu-se ao seu tratamento estatístico através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) na versão 11,5. Assim, para a descrição

das características gerais da amostra em função da natureza das variáveis em estudo e da sistematização dos dados, foram utilizados os seguintes testes estatísticos: Kolmogorov-Smirnov, Correlação de Spearman, Teste de Mann-Whitney e Regressão múltipla.

Capítulo II – Apresentação e análise dos resultados

> *"Na análise organizam-se e sumariam-se os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação."*
>
> Gil (1989, p. 160)

Os estudantes do CLE que compõem a nossa amostra, frequentavam o 1º ano 28,1% (n = 155), o 2º ano 29% (n = 160), o 3º ano 29,2% (n = 161) e o 4º ano 13,8% (n= 76), perfazendo um n total de 552 elementos (Tabela 1).

Quanto ao estado civil, a quase totalidade dos elementos da amostra são solteiros (99,5%), ficando o estado civil de casado com uma representação de apenas 0,5% dos estudantes.

Continuando a análise da mesma tabela, verificámos que os elementos da amostra são maioritariamente do sexo feminino (78,8%) e apenas 21,2% do sexo masculino.

No que concerne à idade dos inquiridos e analisando a mesma tabela, verifica-se que ela varia entre os 17 e os 27 anos, sendo a média de idades de 19,86 anos e o desvio padrão de 1,62.

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo o ano de formação, o sexo, o estado civil e a idade

	N Total = 552	
	n	%
Ano de formação		
1º ano	155	28,1
2º ano	160	29,0
3º ano	161	29,2
4º ano	76	13,8
Sexo		
Masculino	117	21,2
Feminino	435	78,8
Estado civil		
Solteiro	549	99,5
Casado	3	0,5
Idade		
17	14	2,5
18	102	18,5
19	138	25,0
20	130	23,6
21	90	16,3
22	47	8,5
23	16	2,9
24	6	1,1
25	6	1,1
26	2	0,4
27	1	0,2
	M = 19,86	**Dp** = 1,62

Na tabela 2 são descritos os elementos relativos à classe social dos jovens que frequentam o CLE, onde se constatou que a moda se situa na classe social III (45,3%), seguidos de 33,5% da classe social II, os restantes 21,2% repartem-se pela classe social IV (15,6%), classe social I (4,9%) e classe social IV (0,7%).

Para esta distribuição contribuíram as pontuações relativas à profissão e nível de instrução dos pais, rendimentos e habitação, onde apurámos que a moda destas variáveis se situa respectivamente nos funcionários públicos, na instrução primária completa ou

ensino preparatório, no vencimento mensal fixo e na habitação em vivenda ou apartamento médio.

Assim, dos pais dos estudantes que compõem esta amostra cerca de 2/3 (66,1%) são funcionários públicos, empregados de escritório ou operários qualificados (34,2%) e comerciantes, industriais ou profissionais com cursos superiores (31,9%). Relativamente ao nível de instrução dos pais, 38,6% têm instrução primária completa ou ensino preparatório e, 25,4% têm o ensino secundário incompleto. Na sua grande maioria (72,8%) o modo de subsistência da família provém de vencimento mensal fixo, habitando em vivenda ou apartamento médio 54,5% dos jovens e em casa ou apartamento modesto 41,7%.

Relativamente ao meio de residência (tabela 2), 58,2% dos estudantes provêem de meio rural e 41,8% de meio urbano, o que evidencia a predominância do meio rural.

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a classe social e o meio de residência

	N Total = 552	
	n	**%**
Classe Social (Graffar)		
I	27	4,9
II	185	33,5
III	250	45,3
IV	86	15,6
V	4	0,7
Meio de residência		
Rural	321	58,2
Urbano	231	41,8

Após a caracterização sócio-demográfica da amostra em estudo e, de acordo com os objectivos e hipóteses formuladas, iremos apresentar, recorrendo a alguns testes estatísticos (Correlação de Spearman, Regressão múltipla, Mann-Whitney) quais as hipóteses confirmadas e quais as que são rejeitadas. Previamente recorreu-se à aplicação do teste Kolmogorov-Smirnov para avaliar a normalidade da distribuição, tendo-se

verificado que as variáveis consideradas não seguem uma distribuição normal, pelo que se recorreu a testes não paramétricos.

Relativamente à hipótese: "há relação entre sexo, idade, classe social (profissão, instrução, rendimentos e habitação do agregado familiar), meio de residência, ano de formação e envolvimento com o álcool" e utilizando a Correlação de Spearman (Quadro 5), verifica-se que o nível de envolvimento com o álcool nos jovens está relacionado de modo inverso e muito significativo com o sexo, sendo por isso superior no sexo masculino (rho = - 0,276; sig < 0,001). De salientar que o sinal negativo apenas se deve ao modo de codificação da variável, onde o número mais elevado foi atribuído ao sexo feminino (2).

Contudo, a hipótese não é confirmada relativamente à idade (rho = 0,16; p = 0,712), ano do curso de enfermagem (rho = 0,033; p = 0,445), classe social (rho = - 0,009; p = 0,832) e meio de residência (rho = - 0,017; p = 0,686), dado que os valores da Correlação de Spearman e do p apresentados não são significativos.

Deste modo, constatámos que apesar da frequência de anos lectivos diferentes, estes elementos se comportam como um todo, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre o ano de curso e o envolvimento com o álcool.

Quadro 5 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre idade, sexo, ano de curso de enfermagem, classe social e meio de residência e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE

Correlação de Spearman		Idade (anos)	Sexo	Ano curso	Classe social	Meio residência
AIIS Total	Rho	,016	-,276(**)	,033	-,009	-,017
	Sig.	,712	,000	,445	,832	,686
	N	552	552	552	552	552

(*) p < 0,05 (**) p< 0,01

Também pelo facto de não haver relação entre o nível de envolvimento com o álcool e a classe social dos alunos, avaliado pelo Índice de Graffar, analisaram-se as

características sócio-económicas individualmente, constatando-se também não existir relação entre o grau de envolvimento com o álcool e profissão (rho = 0,006; p = 0,881) e nível de instrução dos pais (rho = 0,001; p = 0,988), rendimentos (rho = -0,006; p = 0,889) e tipo de habitação (rho = -0,034; p = 0,422) do agregado familiar.

De facto, confirma-se pelo teste de Mann-Whitney (Quadro 6), que os alunos têm um grau de envolvimento com o álcool significativamente muito superior ao das alunas (sig = 0,000).

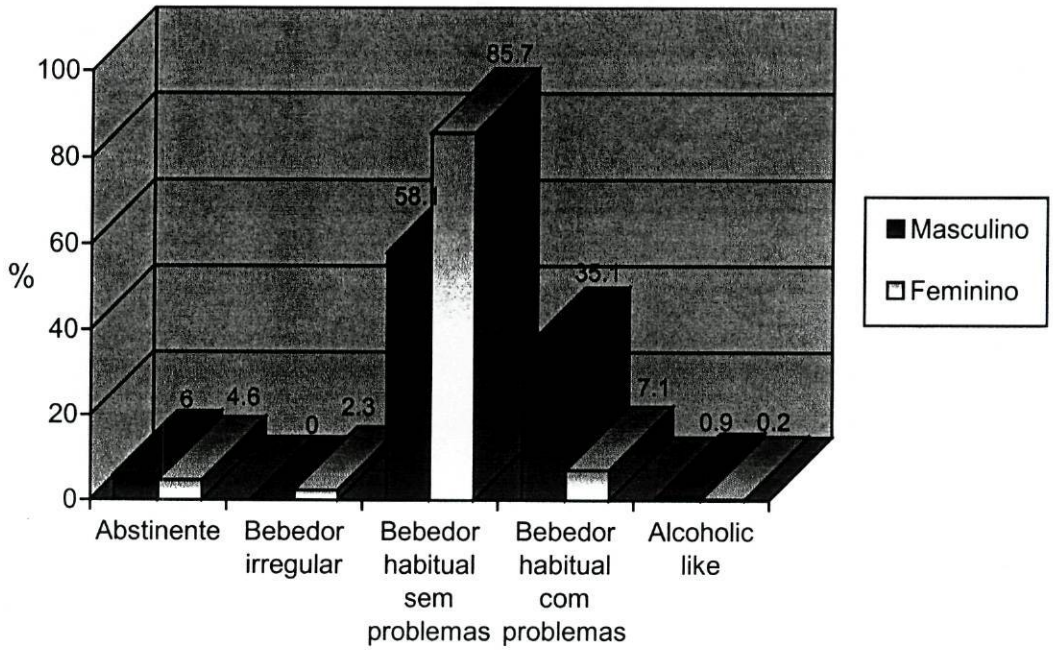
Quadro 6 – Dados relativos à determinação do teste de Mann-Whitney na comparação entre sexo (grupo masculino e grupo feminino) e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE

	AIIS Total
Mann-Whitney U	18510,000
Z	-6,486
Sig.	,000

Variável agrupada: sexo

Nesta sequência pela análise do gráfico 2, tem-se que no sexo feminino 4,6% são abstinentes, 2,3% são bebedoras irregulares e 85,7% são bebedoras habituais sem problemas (totalizando 92,6%), enquanto que no sexo masculino estas percentagens são de 6% de abstinentes e 58,1% de bebedores habituais sem problemas, perfazendo um total de apenas 64,1%. Ainda que a percentagem de indivíduos abstinentes neste sexo (6%) seja idêntica à percentagem de abstinentes e bebedores irregulares do sexo feminino (6,9%) e, que exista apenas 1 *alcoholic like* em cada sexo, não deixa de ser significativo que a percentagem de bebedores habituais com problemas corresponda respectivamente a 35% nos rapazes e 7,1% das raparigas (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da amostra de acordo com o sexo e o envolvimento com o álcool dos estudantes do CLE



No que concerne à hipótese: "quanto maior o grau de envolvimento com o álcool nos jovens maior pontuação das características alexitímicas", ao analisarmos os valores do Quadro 7 verificamos, utilizando a Correlação de Spearman, que não existe relação entre o grau de envolvimento com o álcool e a alexitimia dos sujeitos. Contudo, verifica-se que o envolvimento com o álcool aumenta, quando aumenta a pontuação relativa ao factor 3 (rho = 0,084; sig = 0,048), ou seja existe uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o pensamento orientado externamente e o grau de envolvimento com o álcool.

Apesar de nos encaminharmos para a rejeição da hipótese: "a relação estabelecida entre alexitimia e envolvimento com o álcool é igual para todos os aspectos da alexitimia (factores F1, F2, F3)", dado que não se verifica a existência de relação entre os factores F1 (dificuldade em identificar sentimentos) e F2 (dificuldade em descrever sentimentos) da alexitimia e o envolvimento com o álcool dos jovens. Porém,

salientamos a existência de relação entre o pensamento orientado externamente (F3) e o envolvimento com o álcool (referido anteriormente).

Quadro 7 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre alexitimia e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE

Correlação de Spearman		TAS 20 F1	TAS 20 F2	TAS 20 F3	TAS 20 Total
AIIS Total	rho	,012	-,020	,084(*)	,027
	Sig.	,775	,637	,048	,534
	N	552	552	552	552

(*) $p < 0,05$ (**) $p < 0,01$

Relativamente à hipótese "os jovens com maior envolvimento com o álcool têm um auto-conceito mais pobre (sendo o inverso também verdade)", após a aplicação do coeficiente de Correlação de Spearman (Quadro 8) verificamos que não existe relação estatisticamente significativa entre o nível de auto-conceito (ICAC total) e o grau de envolvimento com o álcool nos jovens (rho = 0,018; sig = 0,005).

Porém, pela observação do Quadro 8, verifica-se que os jovens com maior envolvimento com o álcool têm mais impulsividade (F4) do que aqueles que apresentam menor envolvimento com o álcool (F4: rho = 0,119) evidenciando uma correlação positiva muito significativa entre ambas as variáveis (sig = 0,005), já que o valor de p é inferior a 0,01. Apesar de não se verificar que têm um auto-conceito global (ICAC total) diferente dos outros elementos da amostra.

Esta facto leva-nos a admitir que a hipótese "a relação estabelecida entre auto-conceito e envolvimento com o álcool é igual para todos os aspectos do auto-conceito (factores F1, F2, F3, F4)" não é confirmada na sua totalidade, dado que apenas se verifica existir relação entre o grau de envolvimento com o álcool e a impulsividade (F4), mas não com os restantes factores: F1 – aceitação social; F2 – auto-eficácia e, F3 – maturidade psicológica.

Quadro 8 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre auto-conceito e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE

Correlação de Spearman		ICAC F1	ICAC F2	ICAC F3	ICAC F4	ICAC Total
AIIS Total	Rho	,047	-,067	-,025	,119(**)	,018
	Sig.	,266	,115	,558	,005	,666
	N	552	552	552	552	552

(*) p< 0,05 (**) p< 0,01

Pela determinação da correlação de Spearman e análise do Quadro 9, pode verificar-se que a hipótese "quanto menor o *locus* de controlo maior o grau de envolvimento com o álcool nos jovens (sendo o inverso também verdade)" não é confirmada, dado que não há relação estatisticamente significativa entre *locus* de controlo de saúde, ou qualquer um dos factores da escala (OQPS) e o grau de envolvimento com o álcool nos jovens.

Quadro 9 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre *locus* de controlo e envolvimento com álcool nos estudantes do CLE

Correlação de Spearman		OQPS – OP	OQPS – LC	OQPS Total
AIIS Total	Rho	,066	-,080	-,038
	Sig.	,121	,060	,369
	N	522	522	522

Da análise de pormenor, resultante da aplicação da correlação de Spearman entre as diversas questões da Escala AAIS e as variáveis psicológicas (quadros 10, 11 e 12), dos quais apresentaremos apenas os resultados com significância estatística, resultam alguns dados interessantes para a compreensão desta problemática e clarificação das hipóteses estabelecidas neste estudo e, que expomos seguidamente.

Pela determinação da correlação de Spearman e pela análise do Quadro 10, pode verificar-se que os itens 3 ("habitualmente começo a beber") e 14 ("como o acham os outros") se relacionam positiva e significativamente com a alexitimia (TAS-20 total);o item 4 ("o que é que bebe?") com a dificuldade em descrever sentimentos (F2) e, que o item 5 ("como se sente em relação ao que bebe") se relaciona, também significativamente, quer com a dificuldade em identificar sentimentos (F1), quer com a pontuação total em alexitimia.

Quadro 10 – Dados relativos à determinação da correlação de Spearman entre as questões da escala AAIS e alexitimia nos estudantes do CLE

Correlação de Spearman			TAS 20 F1 - identificar sentimentos	TAS 20 F2 - descrever sentimentos	TAS 20 Total
Spearman's rho	habitualmente começo a beber	Rho	,083	,075	,096(*)
		Sig	,052	,079	,024
		N	552	552	552
	o que é que bebe?	Rho	,001	,105(*)	,043
		Sig	,975	,014	,316
		N	552	552	552
	como se sente em relação ao que bebe	Rho	,097(*)	,041	,092(*)
		Sig	,022	,339	,031
		N	552	552	552
	como o acham os outros	Rho	,071	,080	,095(*)
		Sig	,096	,060	,025
		N	552	552	552

(*) p< 0,05 (**) p< 0,01

De acordo com a leitura do Quadro 11, uma maior aceitação social (F1) relaciona-se positivamente com um consumo mais frequente de bebidas alcoólicas (ex: todos os dias), com um consumo mais recente (ex: ontem), na companhia de amigos ou sozinho e com efeitos mais graves desses consumos (desmaiar, beber até não se lembrar de nada).

A auto-eficácia (F2) correlaciona-se inversa, mas significativamente com o item 5 ("como começou a beber"), traduzindo que uma maior auto-eficácia se relaciona com a iniciação do consumo de álcool junto dos pais, bem como uma menor auto-eficácia relacionar-se-à com a iniciação junto do grupo de pares.

Por seu lado a impulsividade (F4) apresenta correlações positivas e muito significativas com a maioria dos itens da escala AAIS (1, 2, 5, 7, 9, 10, 11 e 12), ou seja, uma maior impulsividade relaciona-se com uma maior frequência do consumo de álcool, com consumos mais recentes, com iniciação no seio do grupo de pares, com consumos durante a noite, até ficar alegre ou embriagado, na companhia de amigos ou sozinho e com consequências mais graves.

Quadro 11 – Dados relativos à determinação da correlação de Spearman entre as questões da escala AAIS e auto-conceito nos estudantes do CLE

Correlação de Spearman			ICAC F1 - aceitação	ICAC F2 - auto-eficácia	ICAC F4 – impulsividade
Spearman's rho	frequência que toma bebidas alcoólicas	Rho	,121(**)	-,005	,164(**)
		Sig	,004	,913	,000
		N	552	552	552
	quando tomou o último copo	Rho	,106(*)	,029	,168(**)
		Sig	,012	,498	,000
		N	552	552	552
	como começou a beber	Rho	,029	-,096(*)	,169(**)
		Sig	,492	,024	,000
		N	552	552	552
	a que horas do dia costuma beber	Rho	,033	-,035	,116(**)
		Sig	,435	,414	,007
		N	552	552	552
	quando bebe, quanto bebe	Rho	,068	-,012	,185(**)
		Sig	,111	,782	,000
		N	552	552	552
	com quem costuma beber	Rho	,110(*)	,042	,120(**)
		Sig	,010	,326	,005
		N	552	552	552
	qual o efeito mais importante que já teve com a bebida	Rho	,086(*)	-,009	,142(**)
		Sig	,044	,833	,001
		N	552	552	552
	qual a maior consequência da bebida que já sentiu na sua vida	Rho	,047	-,023	,142(**)
		Sig	,274	,597	,001
		N	552	552	552

(*) p< 0,05 (**) p< 0,01

Ao analisarmos os valores do quadro 12, verificamos que a dimensão *Locus* de controlo (internalidade) e o total da escala OQPS estão inversamente relacionados com

o item 6 ("quando bebeu pela primeira vez") da escala AIIS, isto é, os indivíduos com um *locus* de controlo de saúde mais elevado (mais internos) são abstinentes ou iniciaram o consumo de álcool recentemente, ou seja, em termos etários esse consumo é iniciado mais tardiamente. Porém, os indivíduos que iniciaram o consumo há mais tempo apresentam um *locus* de controlo menor (maior externalidade).

Contrariamente, o item 12 ("qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida") revela uma relação positiva estatisticamente muito significativa com a dimensão outros poderosos. Este facto traduz que as mais graves consequências provocadas pelo álcool (perder amigos; provocar problemas em casa ou acidentes; destruir coisas; entre outros) possam ser percepcionadas pelo jovem como associadas à sorte, ao acaso ou a outros factores que não estão sob o seu controlo.

Quadro 12 – Dados relativos à determinação da Correlação de Spearman entre as questões da escala AAIS e *locus* de controlo de saúde nos estudantes do CLE

Correlação de Spearman			**OQPS- Outros poderosos**	**OQPS- *Locus* Controlo**	**OQPS- Total**
Spearman's rho	**quando bebeu pela primeira vez**	**Rho**	,012	**-,090(*)**	**-,087(*)**
		Sig	,776	**,034**	**,041**
		N	552	**552**	**552**
	qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida	**Rho**	**,118(**)**	-,039	,016
		Sig	**,005**	,360	,702
		N	**552**	552	552

(*) p< 0,05 (**) p< 0,01

Importa ainda salientar que através da regressão múltipla hierárquica, por blocos (bloco 1 – variáveis sócio-demográficas; bloco 2 – alexitimia e factores da escala TAS-20; bloco 3 – auto-conceito e factores da escala ICAC e bloco 4 – *locus* de controlo de saúde e factores da escala OQPS), os factores que aparecem como preditores de um maior envolvimento com o álcool nos jovens, considerando as características sócio-demográficas e emocionais dos sujeitos, são o sexo, a impulsividade e auto-eficácia, ou

seja, este teste escolhe as variáveis que para além de relacionadas, provocam uma alteração no grau de envolvimento com o álcool.

Deste modo, é observável pelo Quadro 13 que a primeira variável a ser considerada como preditora é o sexo, que explica a maior percentagem de variância (3,8%; p = 0,000) do envolvimento com o álcool nos jovens, sendo que esta contribuição é de sentido inverso, uma vez que na codificação da variável, o 1 é atribuído ao sexo masculino e o 2 ao sexo feminino.

Em segundo lugar surge o impulsividade (F4 do ICAC) que explica 1,4% da variância (p = 0,005) e por último, surge a auto-eficácia (F2 do ICAC) a explicar 1,0% da variância (p = 0,015), cuja contribuição é também de sentido inverso, ou seja quanto menor a auto-eficácia maior o envolvimento com o álcool.

Estas variáveis no seu conjunto explicam um total de 6,2% da variância da variável dependente deste estudo – o envolvimento com o álcool, prevendo-se que os alunos do sexo masculino, com maiores níveis de impulsividade e menores níveis de auto-eficácia venham a ter um maior grau de envolvimento com o álcool.

O modelo sugere-nos uma previsão fiável e significativa dos preditores, quer pelo valor de Durbin-Watson (oscila entre 1,5 e 2,5), quer pelo valor da significância do Anova, considerando, quer os três preditores em conjunto, quer individualmente, uma vez que as variáveis independentes não estão correlacionadas entre si (VIF<10 e tolerância da colinearidade >0,9)

Quadro 13 – Dados relativos à determinação, através da regressão múltipla (método *stepwise*) entre as variáveis independentes, das preditoras do grau de envolvimento com o álcool nos jovens, estudantes do CLE

SUMÁRIO DO MODELO						ANOVA	
Modelo	**Preditores**	**R^2**	**Alt. R^2**	**Sig. Alt. F**	**Durbin-Watson**	**F**	**Sig.**
1	Sexo	,038	,038	,000		21,958	,000
2	Sexo + ICAC F4	,052	,014	,005		15,056	,000
3	Sexo + ICAC F4 + ICAC F2	,062	,010	,015	1,892	12,098	,000

COEFICIENTES DO MODELO FINAL					
	Modelo	**B**	**Sig.**	**Multicolinearidade**	
				Tolerância	**VIF**
3	Sexo	-,282	,000	,999	1,001
	ICAC F4 - impulsividade	,053	,001	,902	1,108
	ICAC F2 - auto-eficácia	-,021	,015	,903	1,108

Capítulo III – Discussão

"Na interpretação procura-se o sentido amplo das respostas, o que é feito mediante a sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos."

Gil, (1989, p.166)

1 – Da metodologia

A metodologia utilizada na realização desta investigação parece-nos bastante aceitável, considerando os seguintes aspectos:

- **A amostra**

Para além de incluir elementos de todos os anos do CLE é, também pelo seu tamanho, uma amostra bastante significativa, composta por elementos considerados saudáveis, apenas com comportamentos de uso/abuso de álcool (comportamentos-problema) e não por doentes alcoólicos, reduzindo significativamente o risco de interferência de viéses originados pela própria doença.

Porém, uma vez que a amostra utilizada é não probabilística de conveniência, valeria a pena em próximos estudos conseguir um maior equilíbrio na distribuição dos elementos por sexo e, a sua ampliação de modo a obter uma amostra representativa da realidade nacional.

- **O instrumento de colheita de dados**

Para além de respeitados os princípios éticos na aplicação do instrumento de colheita de dados, este foi composto por várias escalas, que sendo de auto-avaliação

permitem uma maior sinceridade nas respostas. Essas escalas além de devidamente aferidas e validadas para a população portuguesa, apresentam elevados níveis de consistência interna e boa fiabilidade, estando amplamente divulgadas e utilizadas nos mais diversos estudos.

- **O tipo de estudo**

O estudo descritivo-correlacional utilizado nesta investigação, possibilita a determinação de presença ou ausência de relação entre as variáveis em estudo e da clarificação das variáveis preditoras nesta amostra. Contudo, não permite a generalização ou extrapolação dos resultados encontrados, uma vez que o conhecimento obtido apenas se refere a determinada amostra e momento (transversal).

2 – Dos resultados

Deste estudo emergem alguns resultados muito interessantes e importantes, não obstante a presença ou ausência de relação entre as variáveis, que serão apresentados e discutidos, sempre que possível, à luz de outros trabalhos realizados neste âmbito.

- **Sexo**

Na nossa amostra, composta por 552 estudantes que frequentavam o CLE, o sexo feminino adquire maior representatividade, o que provavelmente se deve a condicionalismos de ordem cultural e social ligados à profissão de enfermagem, que é tradicionalmente exercida por mulheres.

A média de idades dos elementos é de 19,8 anos, maioritariamente provêm de meio rural, pertencentes a classe social média e média alta.

Constatou-se, então neste estudo, que os jovens dos sexo masculino apresentam uma pontuação global de envolvimento alcoólico significativamente muito superior à do sexo feminino.

Dados que são corroborados por diversos estudos, entre eles destacamos os de:

Barbosa e Sousa (1993), realizado com uma amostra nacional de 6059 estudantes do ensino preparatório e secundário; Matos *et al.* (2000a; 2000b), elaborados com amostras também de âmbito nacional, com 4230 e 6903 estudantes do ensino preparatório e secundário, respectivamente; e de Calvário *et al.* (1997) que elaboraram um estudo com 581 estudantes da Universidade da Beira Interior, com idades compreendidas entre 18 e 30 anos, concluindo também haver predomínio do hábito de beber no sexo masculino.

Relativamente à categorização do envolvimento com o álcool dos jovens, de acordo com a AAIS, constatámos que a maioria dos elementos da nossa amostra são bebedores habituais sem problemas (58,1% dos rapazes e 85,7% das raparigas), contudo uma percentagem importante e preocupante, 35,1% dos rapazes e 7,1% das raparigas, é considerada bebedora habitual com problemas e, apenas um elemento de cada sexo é *alcoholic like* (0,9% dos rapazes e 0,2% das raparigas).

Dados que apontam no mesmo sentido, embora com percentagens de consumidores-problema inferiores, são encontrados por Fonte e Alves (1999), numa amostra de 227 estudantes maioritariamente do sexo feminino, com idade entre os 16 e os 22 anos. Onde 20,7% dos jovens do sexo masculino e 2,1% do sexo feminino apresentam um envolvimento alcoólico com problemas.

Outros estudos revelam resultados consonantes com os do nosso estudo.

Leite *et al.* (1998) realizando um estudo sobre consumo de bebidas alcoólicas em estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, com idades compreendidas entre os 19 e 30 anos, com predominância do sexo feminino, verificaram, pela análise dos possíveis comportamentos de risco e do CAGE, que cerca de 20% dos jovens pode já ter problemas com as bebidas alcoólicas.

Resultados semelhantes são encontrados por Breda (2000b), com uma amostra de 232 estudantes do Ensino Superior das Universidade de Coimbra e Porto, cuja média de idades se situa nos 20,9 anos (variação entre 17 e 35 anos), maioritariamente do sexo masculino, onde 20,6% apresentam um CAGE positivo, podendo traduzir consumidores-problema.

Também Morais (1998) num estudo com 503 jovens estudantes e não estudantes, com idades compreendidas entre 15 e 19 anos, verifica que 26% dos elementos não estudantes e 22% dos estudantes consomem bebidas alcoólicas de forma excessiva.

Borges *et al.* (1993) encontraram 12% de bebedores excessivos numa amostra de adolescentes estudantes do 9º ao 12º ano.

De algum modo comprova-se a necessidade de mais esforços preventivos, mais adequados e mais atempados, dirigidos a idades mais jovens (antes da adolescência), afim de diminuir esta significativa e preocupante percentagem de consumidores-problema.

- **Alexitimia**

No que se refere à alexitimia, verificou-se não haver relação significativa entre esta e o grau de envolvimento com a álcool dos jovens desta amostra, nem mesmo com a dificuldade em identificar ou descrever sentimentos (factores 1 e 2 da TAS-20). Porém, encontrámos uma correlação estatisticamente significativa entre esse envolvimento e o pensamento orientado externamente (factor 3), revelando que os indivíduos mais envolvidos com o álcool, são também mais preocupados com acontecimentos externos do que com experiências internas.

São indivíduos que se relacionam de forma pragmática com a sua realidade externa e que apresentam escassez ou até ausência de representação simbólica e fantasiosa, que provavelmente encontram no álcool uma via facilitadora do aumento dessa representação simbólica e fantasiosa.

Na pesquisa bibliográfica realizada não foram identificados estudos, realizados em Portugal que relacionem o consumo de álcool e a alexitimia. Os estudos internacionais apresentam alguns resultados contrários ao do nosso estudo, contudo importa ressalvar que as amostras utilizadas nos mesmos, se referem a população com doença, facto que incita dúvidas aos próprios investigadores, acerca das características alexitímicas serem fundamento ou consequência de longos anos de consumo de álcool.

Relembrado que os dois primeiros factores da TAS-20 são referentes à componente emocional da alexitimia e que, o factor 3 corresponde mais à sua componente cognitiva. Os resultados do nosso estudo mostram uma relativa independência da componente cognitiva, indo de encontro aos resultados de Loas *et al.* (2000), que a consideraram como sendo uma característica do estilo cognitivo dos doentes dependentes de álcool.

No mesmo sentido aponta o estudo desenvolvido por Otmani *et al.*(1999), com 60 doentes alcoólicos e 57 controlos, que defendem que a particularidade do grupo de alcoólicos, em relação ao grupo dos sujeitos saudáveis, seria um modo de funcionamento psicológico centrado sobre o exterior, que poderá ser secundário à falta de confiança em si no plano social. Segundo estes autores, os aspectos cognitivos da alexitimia, estariam ligados por um lado à dependência afectiva e por outro, à dependência do contexto exterior. Sendo que, a dependência afectiva não constituiria um factor de risco para o alcoolismo, mas uma consequência do início do mesmo.

Outros trabalhos demostram que a prevalência de alexitimia em doentes alcoólicos é superior a 50% (Loas *et al.*, 1996), ou que a existência de alexitimia, especialmente da componente emocional, é um factor de mau prognóstico quando associado à privação. Mas outros há, defensores de que os aspectos afectivos são favorecedores de recaídas.

Desta forma, arriscamo-nos a inferir, que na nossa amostra não foram encontradas correlações entre a componente afectiva da alexitimia e o grau de envolvimento com o álcool nos jovens, uma vez que essas alterações têm sido associadas à privação de álcool e a nossa amostra apenas inclui indivíduos com comportamentos-problema. Podendo os aspectos cognitivos estarem relacionados com a origem da doença alcoólica, facto que pela sua importância e magnitude, carece de maior aprofundamento em outros estudos.

- **Auto-conceito**

Na presente investigação, relativamente ao estudo da relação entre auto-conceito e o grau de envolvimento com o álcool, constatámos que apesar de globalmente os elementos da amostra não apresentarem um auto-conceito significativamente diferente, no entanto, em termos específicos, o factor referente à impulsividade (factor 4 do ICAC) apresenta uma correlação, positiva e muito significativa, com o envolvimento alcoólico dos jovens, denunciando que uma maior impulsividade é facilitadora de um maior envolvimento com o álcool.

Neste contexto, a classificação integrada de alcoolismo, proposta por Adès e Lejoyeux (1997), onde os autores distinguem alcoolismo primário de alcoolismo secundário. Consideram relativamente ao alcoolismo primário, como características

principais, não só o inicio precoce (antes dos 20 anos) e a componente genética e biológica, mas também, salientam como principais factores psicopatológicos, uma personalidade marcada pela impulsividade.

Aspecto que também Palha (1989), citando Dykeman, considera como um dos sinais e sintomas indicadores do excesso de consumo de álcool nos jovens a conduta impulsiva.

Estes resultados parecem ir ao encontro de outros relatados em diversos estudos, que embora não estudando especificamente a vertente do consumo de álcool, investigam áreas onde ele pode ser incluído, como é o caso do estilo de vida, dos comportamentos de risco e do estado da saúde.

Assim, Albuquerque (2002) num estudo com 948 estudantes do Ensino Superior, o qual inclui um grupo de 621 estudantes do Curso de Enfermagem, concluindo que quanto maior a impulsividade menor o valor da variável saúde (Estilo de Vida) estudada por este autor. Nesta sequência, quanto maior a impulsividade, maior o envolvimento em estilos de vida não saudáveis e comportamentos que põem em risco a saúde do indivíduo.

Ainda a este propósito, a investigação de Sands *et al.* (citado por Santos, 2001) acerca das variáveis protectoras de comportamentos de risco em estudantes universitários, leva os autores a concluir que os níveis de consumo de álcool estava directamente dependentes da sua percepção da relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a percepção dos níveis de socialização académica conseguidos dessa forma. De algum modo, estes hábitos eram afectados pelos seus níveis de auto-confiança e pelo seu estado de desenvolvimento da identidade e pela influência dos hábitos desenvolvidos pelos seus pares.

Também os resultados apresentados por Neves e Ribeiro (2000) mostram a existência de uma correlação positiva entre o auto-conceito e o estado de saúde dos estudantes universitários saudáveis.

No estudo longitudinal levado a cabo por Almeida *et al.* (1999), com uma amostra de 170 doentes alcoólicos, cuja avaliação do auto-conceito foi realizada em três momentos (admissão para tratamento em internamento, alta e um mês após a alta), encontram uma ligeira diminuição do auto-conceito nos homens relativamente às mulheres e, que as diferenças encontradas entre os sexos, nos vários momentos de

avaliação, se verificam à custa da maturidade psicológica e da auto-eficácia. O auto-conceito é mais baixo nos doente alcoólicos do que na população geral.

Mais ainda, nos homens é a percepção da auto-eficácia e a impulsividade que parecem favorecer a abstinência. Estes resultados divergem dos encontrados neste estudo, mas mais uma vez a resposta a esta divergência pode residir na amostra, dado que esses valores podem ter origem na doença.

Os resultados encontrados no nosso estudo permitem-nos salientar, que uma menor capacidade no controlo dos impulsos será facilitadora de um maior envolvimento com o álcool nos jovens da nossa amostra.

- ***Locus* de controlo de saúde**

Nesta investigação não foi encontrada correlação entre o *locus* de controlo de saúde, nem nos seus factores, com o grau de envolvimento com o álcool nos jovens. Resultados, que de resto, vão de encontro aos de Albuquerque (1999), onde o autor constatou que, no grupo de estudantes do Curso de Enfermagem, nenhum dos dois factores do *locus* de controlo de saúde se mostrou preditor, nem do estilo de vida, nem do estado da saúde, nem da percepção geral da saúde.

Também Ribeiro (1993), comprovou que o *locus* de controlo parece não ter influência na predição da percepção geral da saúde. Contudo, o mesmo autor em 1994, defende que esta variável é um importante preditor dos resultados em saúde, nomeadamente na adopção de comportamentos de saúde e de risco.

Importa, no entanto, referir que numa análise mais detalhada do cruzamento do *locus* de controlo de saúde com a AAIS, que uma maior internalidade se relaciona inversa e significativamente com a iniciação do consumo de álcool, traduzindo que os jovens que iniciaram o consumo de álcool mais recentemente ou são abstinentes são indivíduos mais internos.

Por outro lado, uma maior externalidade correlaciona-se com consequências maiores e mais graves, provocadas pelo consumo de álcool. Assim, os jovens que assumem já ter perdido amigos, ter problemas em casa, ter acidentes ou comportamentos de violência são indivíduos mais externos, logo não atribuem, como

causa destes acontecimentos o consumo de álcool, mas sim a outros factores que não estão sob o seu controlo (sorte, acaso, outros poderosos, entre outros).

Relativamente a estes resultados específicos, não foram encontrados na bibliografia pesquisada dados que os confirmem ou refutem.

- **Preditores de envolvimento com o álcool**

Merece ainda referência, que no nosso estudo foram detectadas algumas variáveis consideradas preditoras relativamente ao envolvimento com o álcool nos jovens. Assim, das variáveis sócio-demográficas, o sexo emerge como o melhor preditor desse envolvimento com o álcool. Apesar da tendência actual apontar para um aumento do consumo de álcool no sexo feminino, constata-se nos mais diversos estudos que apesar de tudo os rapazes continuam a consumir bebidas alcoólicas, nitidamente em maior quantidade e com maior frequência que as raparigas, evidenciando uma forte componente social e cultural destes comportamentos (Barbosa e Sousa, 1993; Trindade e Correia, 1999; Matos *et al.*, 2000a, 2000b; Alva citado por Santos 2001; entre outros).

Para além destes dados, verificámos que o auto-conceito assume um papel de apreciável importância, especificamente a impulsividade e auto-eficácia (este último com uma contribuição de sentido inverso), pelos seus valores preditivos no que se refere ao grau de envolvimento alcoólico dos jovens. Prevendo-se deste modo, que os estudantes do sexo masculino, mais impulsivos e com menores níveis de auto-eficácia apresentem maior envolvimento com o álcool.

Estes resultados estão de acordo com os encontrados por Albuquerque (1999), que embora não estudando especificamente o consumo de álcool, mas em termos genéricos, o estilo de vida dos jovens, mostra que o auto-conceito mais elevado é um importante preditor de um estilo de vida mais saudável.

Esta constatação vem ao encontro dos estudos de Faria e Fontaine (1992) que salientam o caracter preditivo do auto-conceito, quer na realização e ajustamento do indivíduo, quer na sua integração social, bem-estar psicológico e equilíbrio geral.

Em suma, constata-se através dos resultados expostos que, para além do sexo, algumas características psicológicas da personalidade parecem estar na base dos

consumos de álcool, concretamente: o pensamento orientado para aspectos externos ao indivíduo, uma maior impulsividade e uma menor auto-eficácia.

Na continuidade deste trabalho, que teve em conta algumas variáveis psicológicas, seria importante estender esta análise, não só a outras variáveis psicológicas, mas também a variáveis que possam estar relacionadas com o meio familiar e grupo de pares. Justificando-se deste modo, o aprofundamento do estudo, no sentido de complementar estas informações, obtendo dividendos na sua subsequente utilização em programas de prevenção, na tentativa de evitar os riscos e minorar as consequências que estes consumos acarretam.

Capítulo IV – Conclusão

"O saber constrói-se e reconstrói-se."

Gaston Bachelard

Nas últimas décadas muito se tem escrito, estudado e investigado sobre o alcoolismo, no entanto só mais recentemente se tem constatado um aumento do interesse pelo estudo sobre o consumo de álcool nos jovens e, das razões que o originam. Sabendo que este consumo é responsável por diversos problemas ligados ao rendimento académico, aos acidentes de viação, aos comportamentos-problema de delinquência e uso/abuso de drogas ilícitas e, não raras vezes, à origem de álcool-dependentes.

O presente trabalho teve como propósito identificar algumas das variáveis psicológicas modeladoras/influenciadoras, ou mesmo preditoras dos comportamentos de uso/abuso de álcool nos jovens, concretamente a alexitimia, o auto-conceito e o *locus* de controlo de saúde, contribuindo para uma melhor compreensão dos factores que possam estar na origem de tais comportamentos.

Decorrente dos resultados expostos neste trabalho conclui-se o seguinte:

- Os jovens do sexo masculino têm um envolvimento com o álcool significativamente mais elevado do que os jovens do sexo feminino.
- Dos elementos da nossa amostra, cerca de 35% do sexo masculino e 7% do sexo feminino são categorizados como bebedores habituais com problemas.
- O pensamento orientado para aspectos externos ao indivíduo, ou seja, a componente cognitiva da alexitimia, está correlacionada de modo estatisticamente significativo com o grau de envolvimento com o álcool nos estudantes do CLE.

- A impulsividade apresenta uma correlação estatisticamente muito significativa com o grau de envolvimento com o álcool.
- A externalidade, nos indivíduos do CLE, apresenta uma correlação estatisticamente muito significativa com a vivência de maiores consequências provocadas pelo álcool. Contrariamente, a internalidade apresenta uma correlação inversa e significativa, com a iniciação do consumo de álcool (indivíduos mais internos iniciaram o consumo de álcool mais recentemente). Ainda que, em termos globais, a amostra não se comporte de modo diferente relativamente ao grau de envolvimento com o álcool e *locus* de controlo de saúde.
- As variáveis preditoras do grau de envolvimento com o álcool, neste estudo, são: o sexo, a impulsividade e a auto-eficácia (relação inversa). Prevendo-se que os estudantes do sexo masculino, com maior impulsividade e menor auto-eficácia tenham um maior envolvimento com o álcool.

Estes comportamentos de consumo de álcool nos jovens, apesar de associados a aspectos individuais (características psicológicas), conforme acabamos de explicitar, não podem ser desarraigados da componente cultural, familiar e social em que se enquadram, razão pela qual, toda a intervenção preventiva deve englobar além do indivíduo, a família, os pares e a comunidade.

Os resultados apresentados ao longo desta investigação, ainda que permitindo tecer as anteriores conclusões, são contudo insuficientes para que deles se tirem conclusões de carácter definitivo. Ressalvando-se a necessidade de novos estudos acerca desta problemática, considerando estas e/ou outras variáveis psicológicas, biológicas e sociais, utilizando uma amostra mais equilibrada na distribuição dos elementos por sexo e com representatividade dos jovens portugueses.

Importa ainda salientar, a pertinência da realização de estudos longitudinais, quer para a avaliação da efectiva eficácia e adequação das estratégias preventivas, quer para clarificação das características psicológicas implicadas no desenvolvimento da dependência de álcool, sabendo que estes comportamentos de ingestão aguda, mas abusiva de álcool podem a curto prazo, estar na base do desenvolvimento de dependências.

Na finalização deste trabalho, decorrente do nosso estudo e com base no exposto em diversos estudos analisados, consideramos que:

As estratégias preventivas apenas informativas, não traduzem, só por si, alterações nos comportamentos, tendo inclusivamente revelado alguma ineficácia na prevenção dos comportamentos de risco. Torna-se necessário mudar primeiro as crenças e atitudes, afim de obter mudança efectiva nos comportamentos.

A escolha das estratégias preventivas deve centrar-se, não só em acções educativas, mas também em acções facilitadoras do desenvolvimento pessoal e social, que promovam competências de vida (pessoais e sociais), capacitando para a identificação e resolução de problemas, gestão de conflitos interpessoais, optimização da comunicação interpessoal, resistência à pressão dos pares, entre outros, culminando numa liberdade de opção por comportamentos e estilos de vida saudáveis, e sua manutenção, diminuindo o risco dos PLA.

Contudo, não podemos deixar de pensar estas estratégias, enquadradas numa fase do ciclo vital com características tão particulares (adolescência/juventude), onde frequentemente a adopção de estilos de vida saudáveis é encarada pelo grupo de pares como algo de aborrecido ou desprestigiante e, onde a transgressão e o risco (incluindo o consumo de álcool) são assumidos como estimulantes, fontes de prestígio ou símbolos de maturidade.

Deste modo, só é possível passar a mensagem, se neste processo, o jovem for incluído como participante activo, envolvendo-o nas actividades preventivas do uso de álcool, tabaco e outras drogas, redimensionando o problema como uma questão pessoal, tornando-o consciente na tomada de decisão e responsabilização pela sua saúde, transformando-o num objectivo do próprio jovem.

Na implementação de programas preventivos, a escola é, por excelência, um agente privilegiado e insubstituível, quer no processo de desenvolvimento individual e social, quer na promoção da saúde. Devendo, para tal, utilizar uma intervenção activa e compreensiva na prevenção dos PLA, desenvolvendo valores, atitudes e competências necessárias a um comportamento responsável, relativamente ao consumo de álcool, que é edificado pela escola no desenvolvimento do "saber ser" de cada um.

Tal só é possível se os currículos e programas escolares contemplarem a abordagem dos conteúdos ligados ao álcool, de modo compreensivo, simples, concreto

e bem adaptado às reais necessidades dos jovens, afim de obter a construção de conceitos, atitudes e comportamentos saudáveis.

Assim, a escola deverá ter como preocupações: a organização de programas com conteúdos ligados ao álcool; a utilização de metodologias activas e interactivas nessas abordagens (espaços de reflexão, debate, seminários e outros); o desenvolvimento de competências pessoais e sociais; o desenvolvimento da auto-estima; a formação dos professores acerca desta problemática; a implementação dessas estratégias o mais precocemente possível.

Na obtenção de resultados positivos, estas estratégias educacionais, deverão ser integradas em acções comunitárias globais, pois a escola, a família e a comunidade são parceiros com funções complementares na prevenção dos comportamentos de consumo de álcool nos jovens.

Também a implementação de medidas legislativas e regulamentares do acesso, venda e publicidade das bebidas alcoólicas são importantes e urgentes, no sentido de restringir a sua acessibilidade e permissividade. Sendo fundamental o seu fundamento científico, combinado com o compromisso político, de modo a obter a aceitação e apoio popular, pois só deste modo poderão ter sucesso.

Ao terminar gostaríamos de usar uma citação de Edwards *et al.* (1997, p. 24), colaborador da OMS, demonstrando a necessidade da interligação de diferentes estratégias preventivas integradas num programa coordenado de prevenção, cujo objectivo maior será a mudança de atitudes, valores e comportamentos face ao álcool.

> *"Como os problemas do álcool surgem em muitas situações diferentes e afectam diversas populações, não existe nenhuma política panaceia: inevitavelmente, as políticas necessárias são mais uma mistura do que um golpe de mestre. Algumas medidas políticas têm efeitos bastante imediatos sobre os níveis de consumo e prejuízos. Outras têm efeitos mais indirectos e de mais longo prazo ao ajudarem a modificar o clima social geral".*

Bibliografia

Adès, J.; Lejoyeux, M., (1997), **Comportamentos alcoólicos e seu tratamento**, Lisboa, Climepsi Editores.

Albuquerque, C. M. S., (1999), **Características psicológicas associadas à saúde em estudantes do ensino superior**, Coimbra, Escola Superior de Altos Estudos Instituto Superior Miguel Torga.

Albuquerque, C., (2002), "Características psicológicas associadas à saúde", in **Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 3-12.

Almeida, A. Gomes, A., Breda, J., Lameiras, R., (1999), "Avaliação do auto-conceito nos doentes alcoólicos", **Psiquiatria clínica**, 20 (2), pp. 307-316.

Almeida, L. S.; Freire, T. (1997), **Metodologia da investigação em psicologia e educação**, Coimbra, APPORT- Associação dos Psicólogos Portugueses.

Alonso-Fernández; F., (1992), **Alcoholdependencia: personalidad del alcoholico**, Barcelona, Masson.

Azevedo, S. I. M. B., (1999), **Auto-conceito e adaptação à universidade em alunos do 1º ano**, Dissertação de Mestrado em Psicologia, especialidade de Psicologia Escolar, apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Bach, M., Bach, D., Zwaan, M., (1996), "Independency of alexithymia and somatization", **Psychosomatics**, 37 (5), pp. 451-458.

Barbosa, A.; Sousa, B. A., (1993), "População juvenil e as bebidas alcoólicas: consumo e atitudes", **Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia,** 2 (3), pp. 9-60.

Bacelar-Nicolau, H., Figueira, M. L., (1989), "Análise exploratória do auto-conceito nos adolescentes através de modelos probabilísticos de classificação hierárquica", **Psiquiatria clínica**, 10 (1), pp. 43-48.

Barros, A. M., (1997), "*Atribuições causais e expectativas* de controlo: estudo com alunos do 7º e 9º ano de matemática", **Revista portuguesa da educação**, 10 (1), pp. 25-47.

Barros, A., Barros, J., Neto, F., (1988), "*Locus* de controlo e motivação para a realização", **Psychologica**, 1, pp. 57-69.

Barros, J., Neto, F., Barros, A., (1992), "Inteligência, *locus* de controlo e realização escolar", **Psychologica**, 7, pp. 85-94.

Barros, J., Barros, A., Neto, F., (1993), **Psicologia do controlo pessoal; aplicações educacionais, clínicas e sociais**, Braga, Instituto de Educação – Universidade do Minho.

Barrucand, D., (1988), **Alcoologie**, Paris, Riom Laboratoires.

Bastos, A., (2000), "O desenvolvimento psicológico de estudantes do ensino superior. O fim da adolescência ou uma transição desenvolvimental ?", In M. T., Medeiros, (Ed.), **Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento**, Lisboa, Direcção Regional da Educação, pp. 274-300.

Borens, R., Grosse-Schulte, E., Jaensch, W, Kortemmie, K., (1977), "Is alexithymia but a social phenomenon?", **Psychotherapy and Psychosomatics**, 28, pp. 193-198.

Borges, L. *et al.*, (1993), "Os adolescentes e o álcool", **Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia,** 2 (1), pp. 99-114.

Breda, J. J. R. S., (1994), "Breve história do álcool, do alcoolismo e da abordagem dos problemas ligados ao álcool numa perspectiva da saúde pública em Portugal", **Revista Portuguesa de Nutrição,** 6 (1), pp. 33-40.

Breda, J. J. R. S., (1996), "Bebidas alcoólicas e jovens: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes", **Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia,** 6 (3), pp. 37-119.

Breda, J., (1997), "Bebidas alcoólicas e jovens escolares", **Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra**, 0 (0), pp. 6-8.

Breda, J., (2000a), "Bebidas alcoólicas e jovens escolares: um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes", **Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia,** 8 (5), pp. 7-103.

Breda, J., (2000b), "Álcool, jovens e publicidade – implicações para a prevenção", **Boletim do Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello**, 4 (10), pp. 13-16.

Buffa, E. *et al.*, (1997), "Infarto miocardio e alexitimia: una ricerca clinico-statística", **Medicina Psicossomática**, 42 (2), pp. 79-89.

Calvário, M. E., Lizardo, M., Loureiro, M., Santos, V., (1997), "Estudo dos hábitos de consumo de bebidas alcoólicas nos estudantes da Universidade da Beira Interior", **Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra**, 1 (1), pp. 7-10.

Carvalho, J. N. (1990), "Avaliação de um programa sócio-afectivo de prevenção do abuso de álcool e drogas na adolescência", **Psiquiatria Clinica**, 11 (3), pp.125-133.

Claes, M., (1990), **Os problemas da adolescência**, Lisboa, Verbo.

Coelho, I. M. O. C., Azevedo, M. H. P., (1986), "*Locus* de controlo e tabaquismo", **Psiquiatria clínica**, 7 (4), pp. 301-305.

Coleman, J. C., (1985), **Psícologia de la adolescencia,** Madrid, Morata.

Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Stephan, Ph., Jeammet, Ph., (1998), "Place et fonction du concept d'alexithymie dans le troubles des conduites alimentaires", **Annales Médico Psychogiques**, 156 (10), pp. 668-680.

Despacho n.º 1916/2004, **Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida**, DR 2ª Série, n.º 23 (28/01/2004), pp. 1492-1496.

Dias-Cordeiro, J. C., (1976), **O adolescente e a família**, Lisboa, Moraes editores.

Dias-Cordeiro, J. C., (2002), "O desenvolvimento psicológico do adolescente", In J. C., Dias-Cordeiro (Ed.) **Manual de psiquiatria clínica**, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 209-242.

Dìaz, J., (1994), "Evaluación de la alexitimia a través del Rorschach: estudio en pacientes con artritis reumatoide juvenil", **Revista Clínica y Salud**, 5 (2), pp. 195-208.

Edwards, G., Anderson, P., Babor, T., Caswell, S., Frrence, R. *et al.*, (1997), **A política do álcool e o bem comum: um guia de acção**, Londres, Eurocare.

Erikson, E. H., (1982), **The life cycle completed**, London, W. W. Norton & Company, Inc.

Espina, E., Gomez, C., Aresti, A., (1997), "Alexitimia y características clínicas en abuso de opiáceos", **Revista Toxicodependências**, 3 (2), pp. 77-85.

Espina, E., Cabezon, M., Apellaniz, I., Méndez, A., (2001), "Alexitimia, familia y transtornos alimentarios", **Anales de Psicología**, 17 (1), pp. 139-149.

Fabião, C., (2002), "Toxicodependência: duplo diagnóstico, alexitimia e comportamento. Uma revisão", **Revista Toxicodependências**, 8 (2), pp. 37-51.

Faria, L. , Fontaine, A. M., (1990), "Avaliação do conceito de si próprio de adolescentes: adaptação do SDQ I de Marsh à população portuguesa", **Cadernos de consulta psicológica**, 6, pp. 97-105.

Faria, L. , Fontaine, A. M., (1992), "Estudo de adaptação do Self Description Questionnaire III (SDQ III) a estudantes universitários", **Psychologica**, 8, pp. 41-49.

Feiguine, R. J., Muliman, D., Kinsman, R., (1982), "Alexithymic asthmatics: age and alexithymia across the life span", **Psychotherapy and Psychosomatics**, 37, pp. 185-188.

Fernandes, N.; Tomé, R., (2001), "Alexitimia", **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 3 (2), pp. 97-115.

Fernandez, V. M., (1999), "Alexitimia", **Revista Elementos**, (35), Pp. 25-27.

Ferreira, A. G., Ferreira, J. A., (2000a), "Ideias para uma perspectiva histórica da adolescência", In M. T., Medeiros, (Ed.), **Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento**, Lisboa, Direcção Regional da Educação, pp. 28-39.

Ferreira, A. G., Ferreira, J. A., (2000b), "A adolescência e o grupo de pares", In M. T., Medeiros, (Ed.), **Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento**, Lisboa, Direcção Regional da Educação, pp. 198-209.

Finn, P. R., Martin, J., Phil, R., (1987), "Alexithymia in males at high genetic risk for alcoholism", **Psychotherapy and Psychosomatics**, 47, pp. 18-21.

Firmino, H., Matos, A., Vaz-Serra, A., (1987), "Relações pais/filhos e *locus* de controlo", **Psiquiatria clínica**, 8 (3), pp. 147-151.

Fleming, M., (1993), **Adolescência e autonomia: o desenvolvimento psicológico e a relação com os pais**, Porto, Edições Afrontamento.

Fonte, J. A. R. , (1993), **Alexitimia: estudo em doentes com perturbações digestivas**, Viana do Castelo, Lilly Farma.

Fonte, A., Alves, A., (1999), "Uso da escala de envolvimento com álcool para adolescentes (AAIS) avaliação das características psicométricas", **Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia,** 7 (4), pp. 17-24.

Fortin, M. F., (1999), **O processo de investigação – da concepção à realização**, Loures, Lusociência.

Freyberger, H., (1977), "Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia", **Psychotherapy and Psychosomatics**, 30, pp. 337-342.

Fukuniski, I., Kaji, N., Hosaka, T., Berger, D., Rahe, R., (1997), "Relationship of alexithymia and poor social support to ulcerative changes on gastrofiberscopy", **Psychosomatics**, 38 (1), pp. 20-26.

Gago, J.; Neto, D., (2001), "Alexitimia e toxicodependência", **Revista Toxicodependências**, 7 (3), pp. 19-22.

Gecas, V., (1982), "The self-concept", **Annual Review of Sociology**, 8, pp. 1-33.

Geffen, G. *et al.*, (1984), "The effects of lesions of the corpus callosum on finger localisation", **Neuropsychologia**, 23, pp. 497-514.

Green, C. D., (2002), **Classics in the History of Psychology – William James (1890): Chapter 10**. Retirado em 11 de Dezembro de 2003 da World Wide Web: http://psychclassics.yorku.ca/James/Principles/prin10.htm

Gil, A. C., (1984), **Métodos e técnicas de pesquisa social,** São Paulo, Editora Atlas.

Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Loas, G. *et al.*, (2000), "Alexithymie et dépression dans les troubles des conduites alimentaires", **L'Encephale**, XXVI, pp.1-6.

Guilbaud, O., Loas, G., Corcos, M., Speranza, M., Stephan, Ph. *et al.*, (2002), "L'alexithymie dans les conduites de dépendence et chez le sujet sain: valeur en population française et francophone", **Annales Médico Psychogiques**, 160 (1), pp. 77-85.

Haggblom, S. J. *et al.*, (2002), **The Social Learning Theory or Julian B. Rotter**. Retirado em 19 de Dezembro de 2003 da World Wide Web: http://psych.fullerton,edu/jmearns/rotter.htm

Heiberg, A., (1978), "A possible benetic contribution to the alexithymia trait", **Psychotherapy and Psychosomatics**, 43, pp. 205-210.

Hernández, M. A. T.; Llàcer, J. J. L., (1996), "Técnicas de prevención del alcoholismo", In J. A., Dìaz,; J. F. M., Frìas, (Ed.), **Actualización del tratamiento del alcoholismo**, Barcelona, Masson, pp. 143-167.

Hill, M. H., Hill, A., (2002), **Investigação por questionário**, Lisboa, Edições Sílabo.

Jacob, S.; Hantekeete, M., (1999), "L'alexithymie, présentation générale", **Annales Médico Psychogiques**, 157 (3), pp. 154-158.

Jaffé, P. D., (1987), "L'alexithymie: un nouveau concept clinique", **Psychologie Française**, 32 (3), pp. 189-193.

Kaplan, H. I., Sadock, B., Grebb, J., (1997), **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**, Porto Alegre, Artes Médicas.

Kooiman, C. G., Spinhoven, P., Trijsburg, R. *et al.*, (1998), "Perceived parental attitude, alexithymia and defence style in psychiatric outpatients", **Psychotherapy and Psychosomatics**, 67 (2), pp. 81-87.

Kristal, H., (1979), "Alexithymia and psychotherapy", **American Journal of Psychiatry**, 33 (1), pp. 17-31.

Kristal, H., Giller, E., Ciachetti, D., (1986), "Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure", **Psychosomatic Medicine**, 48 (1-2), pp. 84-93.

Kuczmierczyk, A. R., Labrum, A., Johnson, C., (1995), "The relationship between mood, somatization, and alexithymia in premenstrual syndrome", **Psychosomatics**, 36 (1), pp. 26-32.

Lane, R. D., Schwartz, G. E., (1987), "Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology", **American Journal of Psychiatry**, 144, pp. 133-143.

Lau, R. R., (1982), "Origins of health locus of control beliefs", **Journal of personality and social psychology**, 42 (2), 322-334.

Lefcourt, H. M., (1983), **Research with the locus of control construct**, New York, Academic Press.

Leite, R., Silva, P., Breda, J., Frazão, H., Pinto, A., (1998), "Consumo de bebidas alcoólicas em estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra", **Boletim do Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello**, 2 (6), pp. 14-16.

Loas, G., Otmani, O., Fremaux, D., Lecercle, C., Duflot, M. *et al.*, (1996), "Étude de la validité externe, de la fidélité et détermination des notes seuils des échelles d'alexithymie de Toronto (TAS et TAS-20) chez un groupe de malades alcooloques", **L'Encephale**, XXII, pp. 35-40.

Loas, G., Dhee-Perot, P., Chaperot, C., *et al.*, (1998), "Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar depressive disorders", **Psychopathology**, 31 (4), pp. 206-212.

Loas, G., Fremaux, D., Otmani, O., Lecercle, C., Jouvent, R., (2000), "Relationships between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics", **Psychiatry Research**, 96, pp. 63-74.

Lobo, S., Trindade, I., Teixeira, J., (1997), "Alexitimia: aplicabilidade em psicologia da saúde", (Ed.), **2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 61-73.

Loomis, T., (1989), "Farmacología del alcohol", In N. J., Estes, (Ed.), **Alcoholismo – desarrolos, consecuencias y tratamientos**, Madrid, McGraw-Hill.

Lourenço, O., Barros, A. M., (1997), "*Locus* de controlo e seus descontentes", **Revista portuguesa da educação**, 10 (1), pp. 49-74.

Lume, J., (1999), "O homem e o espaço urbano", **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 2 (1), pp. 59-69.

Lumley, M. A., Mader, C., Gramzow, J. *et al.*, (1996), "Family factors related do alexithymia characteristics", **Psychosomatic Medicine**, 58 (6), pp. 211-216.

Lumley, M. A., Tomakowsky, J., Torosian, T., (1997), "The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease", **Psychosomatics**, 38 (5), pp. 497-502.

Maia, M., (1995), **Acontecimentos de vida e prematuridade**, Badajoz, Dissertação de mestrado, apresentada à Universidade da Estremadura.

Marlatt, G. A., Gordon, J. R., (1993), Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos, Porto Alegre, Artes Médicas.

Marsh, H. W., (1994), "Using the national longitudinal study of 1988 to evaluate theoretical models of sef-concept: The Self Description Questionnaire", **Journal educational psychology**, 86 (3), pp.439-456.

Matos, M. G., Simões, C., Canha, L., Fonseca, S., (2000a), **Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses – Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1996)**, Lisboa, Edições Faculdade da Motricidade Humana.

Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S., Reis, C., Canha, L., (2000b), **A saúde dos adolescentes portugueses – Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1998)**, Lisboa, Edições Faculdade da Motricidade Humana.

Mclean, P. D., (1949), "Psychosomatic disease and the "visceral brain", **Psychosomatic Medicine**, 11 (6), pp. 338-353.

Medeiros, M. T., (2000), "Conceito de adolescência", In M. T., Medeiros, (Ed.), **Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento**, Lisboa, Direcção Regional da Educação, pp. 12-27.

Mello, M. L. M., Pinto, A. P., Frazão, M. H., Rocha, J. P., (1988), **Manual de alcoologia para o clínico geral**, Coimbra, Delagrange.

Mello, M. L. M., (1994), "Prevenir passa pela redução do consumo global" **Tempo Medicina**, 566, pp. 2-5.

Mello, M. L. M., Barrias, J., Breda, J., (2001), **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**, Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Mello, M. L. M., Barrias, J., Breda, J., (2002), "Alcoolismo", In, J. C., Dias-Cordeiro, (Ed.), **Manual de psiquiatria clínica**, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 287-360.

Ministério da Saúde, (2003), **Plano nacional da saúde – Orientações estratégicas**, M. S., Lisboa.

Ministério da Saúde, (2004), **Plano nacional da saúde – Orientações estratégicas para 2004-2010**, M. S., Lisboa.

Morais, M. C. S., (1998), "Consumo de bebidas alcoólicas nos jovens – Contributo para o estudo do padrão de consumo e determinantes numa população do norte de Portugal", **Boletim do Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello**, 2 (5), pp. 3-7.

Mota-Cardoso, R., Moura, L., Pais, A., Veríssimo, R., (1986a), "Auto-conceito e as perturbações psicopatológicas de nível neurótico", **Psiquiatria clínica**, 7 (3), pp. 188-193.

Mota-Cardoso, R., Veríssimo, R., Pais, A., Moura, L., (1986b), "O Inventário Clínico de Auto-conceito de Vaz Serra e o Diferenciador Semântico de Osgood", **Psiquiatria clínica**, 7 (4), pp. 273-284.

Nemiah, J. C.; Sifneos, P. E., (1970), "Psychosomatic illness. A problem in communication", **Psychotherapy and Psychosomatics**, 18, pp. 154-160.

Neto, F., Barros, A., Barros, J., (1990), "Atribuição de responsabilidade e *locus* de controlo", **Psiquiatria clínica**, 11 (1), pp. 47-54.

Neves, A. C., Ribeiro, J. L. P. , (2000), "A influência do auto-conceito e da ansiedade na saúde de estudantes universitários", In **Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 67-88.

Oliveira, A. R., Paixão, R., (1998), "O conceito de *locus* de controlo no processo de reabilitação de pacientes com Deficiência Física – estudo das qualidades psicométricas da versão portuguesa da RLOC (C. Partridge & M. Johnston, 1989)", **Psiquiatria clínica**, 19 (2), pp. 139-146.

O'Neil, R. M.; Bornstein, R. F., (1996), "Dependency and alexithymia in psychiatric inpatients", **The Journal of Nervous and Mental Disease**, 184 (5), pp. 302-306.

Organização Mundial de Saúde, (1985), **As metas da saúde para todos**, M. S., Lisboa.

Otero, J. R., (1999), "Alexitimia, una revisión", **Revista de la Asociación Espanhola de Neuropsiquiatria**, 19 (72), pp. 587-596.

Otero, J. R., (2000), "Hipótesis etiológicas sobre la alexitimia", **Revista de Psicoanálisis**, (4), pp. 52- 65.

Otmani, O., Loas, G., Lecercle, C., Jouvent, R., (1999), "Relations entre alexithymie et dépendance affective: etude comparative de 60 patients alcooliques et de 57 sujets contrôles", **L'Encephale**, XXV, pp. 244-251.

Palenzuela, D. L., Prieto, G., Barros, J., Almeida, L., (1997), "Una versión española de una bateria de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC)", **Revista Portuguesa da Educação**, 10 (1), pp. 75-96.

Palha, A. P., (1989), "Alcoolismo na juventude", In, **Colóquio sobre a problemática do alcoolismo em Portugal**, Lisboa, Publicações do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa.

Peixoto, L. M., (1999), **Auto-estima, inteligência e sucesso escolar (auto-conceito académico, aspiração-expectação académica, atitude face ao estudo e à ocupação)**, Braga, APPACDM Distrital de Braga.

Pereira, A. C., Caetano, A., Simões, J., (1985), "*Locus* de controlo, ansiedade e comportamento assertivo – estudo de situação grupal com população normal", **Psiquiatria clínica**, 6 (3), pp. 137-141.

Pereira, J. C. S., (1999), "*Locus* de controlo e toxicodependência", **Referência**, 3, pp. 63-68.

Pestana, H. P., Gageiro, J. N., (2000), **Análise de dados para ciências sociais – A complementaridade do SPSS**, Lisboa, Edições Sílabo.

Piaget, J.; Inhelder, B., (1979), **A psicologia da criança: do nascimento à adolescência**, Lisboa, Moraes Editores.

Pinard, L. *et al.*, (1996), "Alexithymia in substance abusers: persistence and correlates of variance", **American Journal of Psychiatry**, 5 (1), pp. 32-39.

Pinto, A. F. P., (1999), "Os jovens", **Boletim do Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello**, 3 (8), pp. 1.

Pio-Abreu, J. L., (2002), **Introdução à Psicopatologia compreensiva**, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Pires-Barreira, D. *et al.*, (2000), "Género e estado civil no auto-conceito: um estudo comparativo e correlacional", In **Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, pp. 253-258.

Prazeres, N., (2000), "Alexitimia: uma forma de sobrevivência", **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 2 (1), pp. 83-94.

Quivy, R.; Campennhoudt, L. V., (1998), **Manual de investigação em ciências sociais**, Lisboa, Gradiva.

Ramón, G. L., (1995), **Cadernos de psiquiatria: alcoholismo**, Madrid, Jarpios Editores.

Relvas, A. P., (1996), **O ciclo vital da família: perspectiva sistémica**, Porto, Edições Afrontamento.

Relvas, A. P., (2000), "Adolescente(s), família(s) e escola(s)", In M. T., Medeiros, (Ed.), **Adolescência: Abordagens, investigações e contextos de desenvolvimento**, Lisboa, Direcção Regional da Educação, pp. 48-77.

Relvas, J. S., (1983), "O *locus* de controlo na teoria da aprendizagem social e ansiedade", **Psiquiatria clínica**, 4 (3), pp. 145-154.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000, **Plano de acção contra o alcoolismo**, DR 1ª Série - B, n.º 276 (29/11/2000), pp. 6837-6841.

Ribeiro, J. L. P., (1993), **Características psicológicas associadas à saúde em estudantes, jovens, da cidade do Porto**, Dissertação de Doutoramento, apresentada à Universidade do Porto.

Ribeiro, J. L. P., (1994), "Reconstrução de uma escala de *locus*-de-controlo de saúde", **Psiquiatria clínica**, 15 (4), pp. 207-214.

Rotter, J. B., (1966), "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement", **Psychological Monographs**, 80 (1), pp. 1-20.

Rotter, J. B., (1990), "Internal versus external control of reinforcement: a case history of a variable", **American Psychologist**, 45 (4), pp. 489-493.

Ruesch, J., (1948), "The infantile personality: the core problem of psychosomatic medicine", **Psychosomatic Medicine**, 10, pp. 134-144.

Sánchez, I.; Pacheco, P. C., (2000), **Aspectos teóricos y clínicos de la alexitimia**. Retirado em 16 de Maio de 2003 da World Wide Web: http://www.aperturas.org/sanchezpacheco.html

Santos, L. T. M, (2001), **Adaptação académica e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano**, Braga, Universidade do Minho.

Santos, M. C. T., (2002), "Adolescência: transição, crise ou mudança?", **Psychologica**, 30, pp. 407-429.

Santos, N., (1993), "Adolescência: aspectos gerais", **Psiquiatria Clinica**, 14 (2), pp. 133-137.

Schuckit, M. A., (1989), "Teorías sobre la etiología del alcoholismo", In, N. J., Estes, (Ed.), **Alcoholismo: desarrolos, consecuencias y tratamientos**, Madrid, McGraw-Hill.

Schuckit, M. A., (1991), **Abuso de álcool e drogas**, Porto Alegre, Artes Médicas.

Shavelson, R. J., Bolus, R., (1982), "The self-concept: interplay of theory and methods", **Journal of Educational Psychology**, 74 (1), pp. 3-17.

Shavelson, R. J., Bolus, R., (2000), **The multidimensional, struture of self-concept and its relationship to other construts**. Retirado em 19 de Dezembro de 2003 da World Wide Web: http://self.uws.edu.au/theses/craven/chapter2.pdf

Shipko, D., Alvarez, W., Noviello, N., (1983), "Alexithymia and posttraumatic stress disorders", **Psychotherapy and Psychosomatics**, 39, pp. 122-126.

Simões, M. F. J., (1997), "Auto-conceito e desenvolvimento pessoal em contexto escolar", **Revista Portuguesa de Pedagogia**, 1, 2, 3, pp. 195-210.

Skinner, E. A., (1995), **Perceived control, motivation and coping**, Thousand Oaks, Sage Publications Inc.

Sprinthall, N. A., Collins, W. A., (1999), **Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista**, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

Stewart, D. E., (2000), "Questões políticas associadas à promoção de comunidades escolares saudáveis", In, M. G. *et al.*, Matos, (Ed.), **Saúde e estilos de vida nos jovens portugueses – Estudo nacional da rede europeia HBSC/OMS (1996)**, Lisboa, Edições Faculdade da Motricidade Humana.

Strickland, B. R., (1989), "Internal-external control expectancies", **American psychologist**, 44 (1), pp. 1-12.

Taylor, G. J. Parker, J., Ryan, D., Bagby, M., Doody, K. *et al.*, (1988), "Criterion validity of Toronto Alexithymia Scale", **Psychosomatic Medicine**, 50, pp. 500-509.

Taylor, G. J., Bagby, M., Parker, J., (1991), "The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine", **Psychosomatics**, 32 (2), pp. 153-164.

Taylor, G. J., Parker, J., Bagby, M., Bourke, M., (1996), "Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders", **Journal of Psychosomatic Research**, 41 (6), pp. 561-568.

Tridon, P., (1988), "L'enfant, l'adolescent et l'alcool", In D., Barrucand, (Ed.), **Alcoologie**, Paris, Riom Laboratoires.

Trindade, I., Correia, R., (1999), "Adolescentes e álcool: estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência", **Análise Psicológica**, 17 (3), pp. 591-597.

Valente, M. I. P., (2002), "Auto-conceito nos estudantes de enfermagem, sua relação com a vinculação e algumas variáveis sócio-académicas", **Pensar Enfermagem**, 6 (1), pp. 56-65.

Valente, M. I. P., (2002), **Auto-conceito nos estudantes de enfermagem: Estudo da interacção entre a vinculação e variáveis sócio-demográficas no auto-conceito**, Coimbra, Quarteto Editora.

Vaz-Serra, A., (1984), "O sentido clínico da expectativa", **Psiquiatria clínica**, 5 (3), pp. 107-117.

Vaz-Serra, A., (1986a), "A importância do auto-conceito", **Psiquiatria clínica**, 7 (2), pp. 57-66.

Vaz-Serra, A., (1986b), "O inventário clínico de auto-conceito", **Psiquiatria clínica**, 7 (2), pp. 67-84.

Vaz-Serra, A., (1988a), "Atribuição e auto-conceito", **Psychologica**, 1, pp. 127-141.

Vaz-Serra, A., (1988b), "O auto-conceito", **Análise Psicológica**, 2 (VI), pp. 101-110.

Vaz-Serra, A., Antunes, R., Firmino, H., (1986), "O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais", **Psiquiatria clínica**, 7 (2), pp. 91-96.

Vaz-Serra, A. Firmino, H., (1986a), "Relação entre auto-conceito e expectativas", **Psiquiatria clínica**, 7 (2), pp. 85-90.

Vaz-Serra, A., Matos, A., Gonçalves, S., (1986b), "O auto-conceito e sintomas depressivos na população em geral", **Psiquiatria clínica**, 7 (2), pp. 96-101.

Vaz-Serra, A., Gonçalves, S., Firmino, H., (1986c), "O auto-conceito e ansiedade social", **Psiquiatria clínica**, 7 (2), pp. 103-108.

Vaz-Serra, A., Firmino, H., Matos, A., (1987a), "O auto-conceito e *locus* de controlo", **Psiquiatria clínica**, 8 (3), pp. 143-146.

Vaz-Serra, A., Firmino, H., Matos, A., (1987b), "Influência das relações pais/filhos no auto-conceito", **Psiquiatria clínica**, 8 (3), pp. 137-141.

Vaz-Serra, A. Firmino, H., Ramalheira, C., (1988), "Estratégias de *coping* e auto-conceito", **Psiquiatria clínica**, 9 (4), pp. 317-322.

Vaz-Serra, A., Firmino, H., Barreiro, M., Fael, I., (1989), "O auto-conceito e solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão", **Psiquiatria clínica**, 10 (3), pp. 157-164.

Veríssimo, R., (2000), **Emoção. Da (não)expressão na saúde e na doença**, Porto, Edição do autor.

Veríssimo, R., (2001a), "To be aware of or else holding back emotions among inflammatory bowel disease patients: quality of life repercussions of some related aspects", **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 3 (1), pp. 83-94.

Veríssimo, R., (2001b), "Versão portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20-itens- I, Adaptação linguística, validação semântica e estudo de fiabilidade", **Acta Médica Portuguesa**, 14, pp. 529-539.

World Drink Trends, (2002), NTC Publications Ltd.

World Health Organization, (1998), **Health 21 – The health for all policy for the WHO European Region**, Copenhagen.

World Health Organization, (2002), **Relatório Mundial da Saúde, saúde mental: nova concepção, nova esperança,** Lisboa, Direcção Geral da Saúde/OMS.

Wylie, R. C., Miller, P., Cowles, S., Wilson, A., (1979), **The self-concept: theory and research on selected topics**, Lincoln/London, University of Nebraska Press.

Zeitlin, S. B., Lane, R., O'Leary, D., Schrift, M., (1989), "Interhemispheric transfer deficit and alexithymia", **American Journal of Psychiatry**, 146 (11), pp. 1434-1439.

Zeitlin, S. B., McNally, R., (1993a), "Alexithymia and anxiety sensitivity in panic disorder and obsessive compulsive disorder", **American Journal of Psychiatry**, 150 (4), pp. 658-660.

Zeitlin, S. B., McNally, R., Cassiday, K., (1993b), "Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization ?", **American Journal of Psychiatry**, 150 (4), pp. 661-663.

Anexos

Anexo I – Instrumento de colheita de dados

Ao aluno:

Rosa Cristina Correia Lopes, enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiátrica, Assistente do 1º Triénio na Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, realiza no âmbito do Curso Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, a tese de mestrado cujo tema é "Alexitima e consumo de álcool nos estudantes do Ensino Superior em Enfermagem".

A sua colaboração no preenchimento do questionário é valiosa, sem a qual não será possível concluir este trabalho. O questionário é absolutamente anónimo e confidencial.

É importante que responda de forma atenta e sincera, pois não se trata de um teste e não conta para nota, não existindo por isso respostas correctas ou incorrectas. Por favor responda a todas as perguntas, colocando uma cruz na opção escolhida.

Muito obrigado pela sua colaboração

Coimbra, Outubro de 2003

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1 – Idade: ____ anos

2 – Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

3 – Reside em meio: Rural ☐ Urbano ☐

4 – Estudante de enfermagem: 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ 4º ano ☐

5 – Estado civil: Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Outro ☐

CLASSIFICAÇÃO SOCIAL DE GRAFFAR

Preencha de acordo com o elemento do seu agregado familiar com maior nível de classificação.

Profissão

☐ 1 – Directores de bancos, professores universitários, médicos, etc.
☐ 2 – Comerciantes; industriais, profissionais com cursos superiores.
☐ 3 – Funcionários públicos, empregados de escritório e operários com cursos referentes ao seu trabalho.
☐ 4 – Operários semi-qualificação, modistas telefonistas, etc.
☐ 5 –Domésticas, trabalhadores rurais, desempregadas, etc.

Nível de instrução

☐ 1 – Instrução superior completa ou equivalente.
☐ 2 – Instrução secundária completa ou técnica superior. Universitária incompleta .
☐ 3 – Instrução secundária incompleta ou equivalente incompleta.
☐ 4 – Instrução primária completa ou ensino preparatório.
☐ 5 – Instrução primária incompleta, analfabeta.

Rendimentos

☐ 1 – Fortuna adquirida ou herdada.
☐ 2 – Rendimento baseado em honorários (profissão liberal) podendo ter salário mensal.
☐ 3 – Rendimento baseado num vencimento mensal fixo, tipo funcionário.
☐ 4 – Salário quinzenal, semanal, diário ou rendimentos reduzidos ou irregulares.
☐ 5 – Ajuda de origem pública ou privada.

Habitação

☐ 1 – Vivenda ou apartamento de luxo e muito confortável.
☐ 2 – Vivenda ou apartamento de categoria média tanto em espaço como em conforto.
☐ 3 – Casa ou apartamento modesto, em bom estado, com distribuição de água, luz e saneamento.
☐ 4 – Casa a que falta um ou mais dos seguintes elementos: água, luz e saneamento.
☐ 5 – Casa insalubre.

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO

(Taylor, Bagby & Parker, 1994; adaptação de Ramiro Veríssimo, 1995)

Instruções

Usando a escala como um guia, indique qual o grau de acordo ou de desacordo para cada uma das afirmações seguintes, marcando com uma cruz no local apropriado. Assinale apenas uma resposta para 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 sintomas.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Tenho sensações físicas que nem os médicos entender.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Mais do que limitar-me a descrever os problemas, prefiro analisa-los.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Quando estou aborrecido(a), não sei se me sinto triste, se assustado(a), se 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 é que se passaram assim.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Tenho sentimentos que não sei identificar lá muito bem.	☐	☐	☐	☐	☐
10	É essencial manter 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.	☐	☐	☐	☐	☐
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 meus sentimentos.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Prefiro ver programas "leves" que distraiam do que dramas psicológicos.	☐	☐	☐	☐	☐
17	É-me expressar difícil os meus sentimentos íntimos, mesmo 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.	☐	☐	☐	☐	☐

ESCALA DE ENVOLVIMENTO COM O ÁLCOOL PARA ADOLESCENTES (AAIS) (Aníbal Fonte, 1993)

1- Com que frequência costuma tomar bebidas alcoólicas?

a) Nunca.
b) 1 ou 2 vezes por ano.
c) 1 ou 2 vezes por mês.
d) Todos os fins-de-semana.
e) Várias vezes por semana.
f) Todos os dias.

2- Quando tomou o seu último "copo"?

a) Nunca bebi.
b) Há mais de um ano.
c) Entre 6 meses a um ano.
d) Há várias semanas atrás.
e) A semana passada.
f) Ontem.
g) Hoje.

3- Habitualmente começo a beber:

a) Porque gosto do paladar.
b) Para acompanhar os amigos.
c) Para sentir-me como os adultos.
d)Porque me sinto nervoso, tenso, cheio de aborrecimentos ou com problemas.
e) Porque me sinto triste, só, com pena de mim próprio.

4- O que é que bebe?

a) Vinho.
b) Cerveja.
c) *Cocktails* de bebidas alcoólicas.
d) Bagaço, *brandy, whisky* ou licores.

5- Como começou a beber?

a) Na presença dos pais.
b) Com os irmãos ou irmãs.
c) Em casa sem os pais saberem.
d) Com os amigos.
e) Compradas por mim.

6- Quando bebeu pela primeira vez?

a) Nunca
b) Recentemente
c) Depois dos 15 anos.
d) Entre os 14 e os 15 anos.
e) Entre os 10 e os 14 anos.
f) Antes dos 10 anos.

7- A que horas do dia costuma beber?

a) Com as refeições.
b) À noite.
c) De tarde.
d) Normalmente de manhã ou com o pequeno almoço.
e) Muitas vezes levanto-me durante a noite e bebo um copo.

8- Da primeira vez que bebeu porque razão o fez?

a) Por curiosidade.
b) Porque me foi oferecido pelos pais ou família.
c) Entusiasmado pelos amigos.
d) Para me sentir mais "maduro".
e) Para me embebedar ou para entrar "numa boa".

9- Quando bebe, quanto bebe:

a) 1 copo ou menos.
b) 2 copos.
c) 3 a 6 copos.
d) 6 ou mais copos.
e) Até ficar alegre ou bêbedo.

10- Com quem costumas beber?

a) Só com os meus pais ou a família.
b) Só com os meus irmãos ou irmãs.
c) Com os amigos da mesma idade.
d) Com amigos ou companhias mais velhas.
e) Bebo sozinho.

11- Qual o efeito mais importante que já teve com a bebida?

a) Descontrai-me.

b) Fico moderadamente alegre.

c) Ficar bêbedo.

d) Ficar doente.

e) Desmaiar, perder os sentidos.

f) Beber muito e não me lembrar de nada no dia seguinte.

12- Qual a maior consequência da bebida que já sentiu em toda a sua vida?

a) Nenhum – não senti qualquer efeito.

b) Interferiu com o que dizia.

c) Não me deixou passar um bom bocado.

d) Interferiu com o meu trabalho escolar.

e)Perdi alguns amigos por beber bebidas alcoólicas.

f) Provocou-me problemas em casa.

g) Meti-me à pancada ou destruí coisas.

h)Provocou-me um acidente, ferimentos, problemas com a polícia ou fui castigado na escola.

13- Como se sente em relação ao que bebe?

a) Sem problemas.

b) Posso controlar-me e impor limites a mim próprio.

c)Acho que posso controlar-me, mas os amigos influenciam-me com facilidade.

d) Tenho-me sentido mal comigo por beber.

e) Preciso que me ajudem para poder controlar-me.

f) Já tive de pedir ajuda ou que me tratassem por causa do que bebo.

14- Como o acham os outros?

a) Não sei, ou acham-me um bebedor normal para a minha idade.

b)Acham que quando bebo tenho tendência a negligenciar a minha família ou os amigos.

c) A família e/ou amigos já me disseram para me controlar melhor, ou para cortara com o álcool.

d) A família e/ou amigos já me aconselharam a procurar ajuda por causa do que bebo.

e) A família e/ou amigos já alguma(s) vez(es) pediram ajuda para mim por causa da bebida.

INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

(A. Vaz Serra, 1985)

Instruções

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual, e não o seu estado de espírito de momento. Coloque uma cruz (x) no quadrado que pensa que se lhe aplica de forma mais característica.

		Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1	Sei que sou uma pessoa simpática.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	☐	☐	☐	☐	☐
4	No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Considero-me tolerante para com as pessoas.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	☐	☐	☐	☐	☐
8	De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Considero-me competente naquilo que faço.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece.	☐	☐	☐	☐	☐
16	A minha maneira de ser leva a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	☐	☐	☐	☐	☐
20	Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	☐	☐	☐	☐	☐

O QUE PENSO DA SAÚDE
(Pais Ribeiro, 1993)

Vai encontrar, a seguir, um conjunto de afirmações acerca da maneira como as pessoas pensam acerca da saúde. À frente de cada afirmação encontra 7 opções. Se assinalar, discordo totalmente, significa que você nunca o faria; se assinalar, concordo totalmente, significa que corresponde totalmente á sua maneira de pensar. Entre estes dois extremos tem ainda 5 possibilidades de escolha, consoante estiver em desacordo ou de acordo com a sua maneira de pensar. Assinale apenas uma das opções. Não há respostas certas ou erradas. Todas as respostas que der são igualmente correctas. Peço-lhe que reflicta bem na resposta que der, de modo que ela expresse a maneira como pensa.

		Discordo totalmente	Discordo bastante	Discordo um pouco	Não nem concordo Discordo	Concordo um pouco	Concordo bastante	Concordo totalmente
1	Procurar o médico para fazer *check-ups* regulares é um factor chave para se manter saudável.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	O facto de as pessoas se sentirem bem ou não, depende muitas vezes, do acaso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	As pessoas que nunca adoecem é porque têm muita sorte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	Em saúde não se pode invocar quase nunca "má sorte".	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	Para se recuperar de uma doença são necessários, especialmente, bons cuidados médicos.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	Recuperar de uma doença não tem nada a ver com sorte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	Ter ou não ter saúde é, apenas, uma questão de sorte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	Se uma pessoa tiver cuidado com o que faz consegue evitar muitas doenças.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	Manter contacto regular com o médico é a única maneira de evitar ficar doente.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	No que diz respeito à saúde, as pessoas têm, apenas, de seguir as instruções do médico.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	Quando alguém recupera de uma doença é, normalmente, porque algumas pessoas (por ex: o médico, ou enfermeira, família, amigos)tomarem bem conta dela.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	Muitas das coisas que afectam a saúde das pessoas são fruto do acaso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	A sorte desempenha um papel importante na quantidade de tempo que uma pessoa leva a recuperar de uma doença.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	Consultarem regularmente um bom médico é a única coisa que se pode fazer para não ter problemas de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐