

**UNIVERSIDADE DO PORTO**

FACULDADE DE MEDICINA

ALCOOLISMO PATERNO E COMPORTAMENTO/  
RENDIMENTO ESCOLAR DOS FILHOS –  
CONTRIBUIÇÃO PARA O SEU ESTUDO

*Ana Paula Teixeira Alves*

2003

**UNIVERSIDADE DO PORTO**  
**FACULDADE DE MEDICINA**

**ALCOOLISMO PATERNO E COMPORTAMENTO/ RENDIMENTO  
ESCOLAR DOS FILHOS – CONTRIBUIÇÃO PARA O SEU ESTUDO**

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental  
Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
Sob a orientação do Professor Doutor António Pacheco Palha

Esta dissertação foi realizada com o apoio do  
Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira



Ana Paula Teixeira Alves  
2003

---

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>4</b>
<b>1. ALCOOLISMO</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1. DEFINIÇÃO DE ALCOOLISMO</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3. MODELOS DE COMPREENSÃO DO ALCOOLISMO</b> .....	<b>17</b>
<b>1.4. ALCOOLISMO E COMORBILIDADE</b> .....	<b>25</b>
<b>1.5. PERSONALIDADE ALCOÓLICA</b> .....	<b>26</b>
<b>1.6. ALCOOLISMO E HEREDITARIEDADE</b> .....	<b>27</b>
<b>1.7. ESTUDOS COM FILHOS DE ALCOOLICOS</b> .....	<b>28</b>
<b>2. FAMÍLIA</b> .....	<b>34</b>
<b>2.1. DEFINIÇÃO DE FAMÍLIA</b> .....	<b>34</b>
<b>2.2. FUNÇÕES DA FAMÍLIA</b> .....	<b>38</b>
<b>2.3. TIPOLOGIAS FAMILIARES</b> .....	<b>40</b>
<b>2.4. MODELO CIRCUMPLEXO</b> .....	<b>43</b>
<b>2.5. FAMÍLIAS ALCOÓLICAS</b> .....	<b>46</b>
<b>3. RENDIMENTO ESCOLAR</b> .....	<b>53</b>
<b>4. COMPORTAMENTO NA SALA DE AULA</b> .....	<b>56</b>
<b>PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA</b> .....	<b>58</b>
<b>1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....	<b>59</b>
<b>2. MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>61</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>69</b>
<b>4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>98</b>
<b>SUMÁRIO E CONCLUSÃO</b> .....	<b>103</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>105</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>117</b>

## ÍNDICE DOS QUADROS

<i>Quadro 1.</i>	<i>Relação entre o valor de Connors e o número de reprovações.....</i>	<i>74</i>
<i>Quadro 2.</i>	<i>Relação entre o Connors e as classes das M.P.R.....</i>	<i>74</i>
<i>Quadro 3.</i>	<i>Teste estatístico dos valores de Connors segundo o sexo.....</i>	<i>76</i>
<i>Quadro 4.</i>	<i>Teste estatístico dos valores de connors_2 segundo o sexo.....</i>	<i>76</i>
<i>Quadro 5.</i>	<i>Distribuição dos bebedores (classes) segundo os valores do Graffar ..</i>	<i>84</i>
<i>Quadro 6.</i>	<i>Distribuição dos bebedores (classes) segundo o n.º de reprovações ....</i>	<i>85</i>
<i>Quadro 7.</i>	<i>Teste estatístico do Connors segundo o consumo dos pais.....</i>	<i>88</i>
<i>Quadro 8.</i>	<i>Teste estatístico de Connors segundo o sexo .....</i>	<i>89</i>
<i>Quadro 9.</i>	<i>Comparação estatística entre os dois grupos.....</i>	<i>91</i>
<i>Quadro 10.</i>	<i>Teste de efeitos .....</i>	<i>93</i>
<i>Quadro 11.</i>	<i>Análise de variância multivariada.....</i>	<i>93</i>
<i>Quadro 12.</i>	<i>Variância explicada pelas componentes.....</i>	<i>94</i>
<i>Quadro 13.</i>	<i>Teste de esfericidade e adequação da amostra.....</i>	<i>95</i>

## ÍNDICE DAS TABELAS

<i>Tabela 1.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo a escola.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabela 2.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo a idade.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabela 3.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo as M.P.R.....</i>	<i>70</i>
<i>Tabela 4.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo o n.º de reprovações.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabela 5.</i>	<i>Estatística da Escala de Connors.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabela 6.</i>	<i>Relação entre o valor de Connors e as escolas.....</i>	<i>75</i>
<i>Tabela 7.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo o número de irmãos.....</i>	<i>76</i>
<i>Tabela 8.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo o grupo ocupacional da mãe.....</i>	<i>77</i>
<i>Tabela 9.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo o grupo ocupacional do pai.....</i>	<i>77</i>
<i>Tabela 10.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo os anos de casamento.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabela 11.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo a classe sócio-económica.....</i>	<i>79</i>
<i>Tabela 12.</i>	<i>Estatísticas da coesão percebida e idealizada do casal.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabela 13.</i>	<i>Estatísticas da adaptabilidade percebida e idealizada do casal.....</i>	<i>81</i>
<i>Tabela 14.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo o MAST do pai.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabela 15.</i>	<i>Distribuição da amostra, por categorias, segundo o MAST do pai.....</i>	<i>83</i>
<i>Tabela 16.</i>	<i>Comparação estatística entre os dois grupos.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabela 17.</i>	<i>Matriz dos pesos factoriais depois da rotação.....</i>	<i>95</i>
<i>Tabela 18.</i>	<i>Valores próprios da análise de correspondência tendo em conta o Connors.....</i>	<i>95</i>
<i>Tabela 19.</i>	<i>Medidas de discriminação.....</i>	<i>96</i>
<i>Tabela 20.</i>	<i>Valores próprios da análise de correspondência tendo em conta o n.º de reprovações.....</i>	<i>97</i>
<i>Tabela 21.</i>	<i>Medidas de discriminação.....</i>	<i>97</i>

---

## ÍNDICE DOS GRÁFICOS

<i>Gráfico 1.</i>	<i>Distribuição dos valores de Conners por escolas .....</i>	<i>72</i>
<i>Gráfico 2.</i>	<i>Distribuição dos valores de Conners segundo as MPR.....</i>	<i>73</i>
<i>Gráfico 3.</i>	<i>Distribuição dos pais segundo as habilitações .....</i>	<i>78</i>
<i>Gráfico 4.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo a escala Graffar.....</i>	<i>80</i>
<i>Gráfico 5.</i>	<i>Distribuição da amostra segundo o modelo circumplexo.....</i>	<i>80</i>
<i>Gráfico 6.</i>	<i>Correlação entre a adaptabilidade e a coesão percebidas do casal .....</i>	<i>81</i>
<i>Gráfico 7.</i>	<i>Distribuição dos valores das MPR segundo o consumo dos pais .....</i>	<i>86</i>
<i>Gráfico 8.</i>	<i>Distribuição do n.º de reprovações segundo as MPR e o consumo dos pais .....</i>	<i>86</i>
<i>Gráfico 9.</i>	<i>Distribuição dos valores de Conners segundo o consumo dos pais.....</i>	<i>88</i>
<i>Gráfico 10.</i>	<i>Distribuição de Conners segundo o SADQ dos pais e o sexo das crianças .....</i>	<i>90</i>
<i>Gráfico 11.</i>	<i>Distribuição dos bebedores (classes) segundo o modelo circumplexo.</i>	<i>90</i>
<i>Gráfico 12.</i>	<i>Distribuição dos bebedores (em classes) segundo a distribuição da coesão familiar.....</i>	<i>92</i>
<i>Gráfico 13.</i>	<i>Distribuição dos bebedores (em classes) segundo a distribuição da adaptabilidade familiar .....</i>	<i>92</i>
<i>Gráfico 14.</i>	<i>Representação gráfica das componentes.....</i>	<i>94</i>
<i>Gráfico 15.</i>	<i>Representação gráfica das quantificações tendo em conta o Conners</i>	<i>96</i>
<i>Gráfico 16.</i>	<i>Representação gráfica das quantificações tendo em conta o n.º de reprovações .....</i>	<i>97</i>

## INTRODUÇÃO

A alimentação humana inclui as bebidas alcoólicas desde tempos remotos, com a utilização de líquidos fermentados na Pré-História. O consumo excessivo de álcool é um fenómeno universal em expansão, apesar das várias medidas tomadas que visam o seu controlo.

Portugal é, em todo o mundo, um dos países mais afectados por problemas ligados ao álcool. Incorporado na Europa, tem o primeiro lugar em morte por cirrose hepática e é o segundo consumidor per capita. Segundo as estatísticas dos Centros Regionais de Alcoologia, o álcool em Portugal, afecta directamente um milhão de pessoas e, indirectamente, mais de dois milhões, sendo que, 60% dos portugueses são consumidores, dos quais 30% já estão em nível igual ou superior a bebedor excessivo.

A economia da RAM (Região Autónoma da Madeira) tem estado muito ligada à produção de açúcar e de bebidas alcoólicas desde a sua descoberta, sendo o alcoolismo na RAM um problema de saúde pública.

Na medida em que implica graves consequências para o equilíbrio bio-psico-social dos indivíduos, o alcoolismo constitui-se como um comportamento aditivo cujas dimensões perturbadoras surgem frequentemente na prática clínica em saúde mental, assumindo notáveis proporções epidemiológicas que levam a classificá-lo em Portugal, como noutros países, como um verdadeiro “flagelo social” (Kaplan e col., 1994).

São múltiplas as definições de tipos de alcoolismo e de problemas ligados ao álcool, o que gera uma certa dificuldade em defini-lo de forma simples e prática. As causas do alcoolismo são multideterminadas e os alcoólicos e as suas famílias formam uma população heterogénea.

Uma família é uma unidade de trabalho conjunto, em que as maiores tarefas são providenciar apoio vital e socialização dos seus membros. Numa família cada um dos seus membros influencia e é influenciado pelos outros. Nas últimas décadas tem sido dada muita relevância às relações familiares e à importância que assumem na educação e desenvolvimento da criança (Power e Parke, 1986; Marinha, 1989; Portugal, 1990).

As relações pais – filhos durante a infância e a adolescência são imprescindíveis ao desenvolvimento psicológico normal dos filhos. Estas relações, influenciam o auto-conceito e afectam o comportamento, o desempenho e o ajustamento do indivíduo.

O alcoolismo é uma doença que afecta, não só o próprio indivíduo, mas também, aqueles com quem vive e a sociedade no seu todo. A família é a primeira vítima, sofrendo as consequências directas na dinâmica relacional, tornando-se o lar simultaneamente patológico e patogénico, sobretudo, para os filhos. Frequentemente, filhos de pais alcoólicos apresentam atrasos no desenvolvimento físico e intelectual, dificuldades de aprendizagem, insucesso escolar, perturbações comportamentais e por consequência, rejeição dos pares (Mendonça, 1975, 1984).

Nas famílias alcoólicas, verificam-se algumas alterações em relação à autoridade paternal, ao poder de decisão, à vida afectiva, aos limites e às funções dos papéis na família. Os filhos de pais alcoólicos são vítimas do comportamento e atitudes dos pais, podendo desenvolver perturbações do comportamento, que geralmente antecedem o alcoolismo, a toxicodependência e o comportamento anti-social. Um factor constante nos estados de embriaguez é a sua imprevisibilidade para a família nos primeiros anos. Os membros familiares trocam códigos não verbais entre eles, em transacções bilaterais, que põem em causa o poder disciplinador da figura paterna, e por conseguinte, a dependência em relação a ele.

Está provado que os pais influenciam os filhos, pela forma como se comportam perante eles e pela forma como interage o casal (Labey e Benjamin, 1985). A criança partilha grande parte da sua vida entre a casa e a escola. Apesar do reduzido número de estudos, Forehand (1986), sugere que “a interacção pais-filhos em casa pode influenciar o comportamento da criança noutros sítios, nomeadamente na escola”. Nos EUA, estima-se que cerca de 6,6 milhões de crianças com menos de 18 anos têm um pai alcoólico (Russel et al., 1985) e que um em cada oito americanos é filho de pai alcoólico.

Filhos de pais alcoólicos podem apresentar dificuldades de aprendizagem, dificuldades na linguagem e problemas emocionais. Na revisão da literatura, desde os anos 90, podem-se encontrar referências sobre crianças filhas de pais alcoólicos, como em Galanter (1991), Sher (1991) e Windle e Searles (1990). Famílias afectadas pelo alcoolismo parental sofrem maior stress marital, com instabilidade económica e disfunção (West e Prinz, 1987). As crianças sofrem de falta de consistência nos cuidados de saúde e na estabilidade ambiental (O'Connor et al., 1993; Sher, 1991), muitas são física e emocionalmente negligenciadas, podendo estar expostas a elevados níveis de violência e abuso familiar (Kumpfer et Bays, 1995).

Parece-nos pois, pertinente avaliar a influência do alcoolismo paterno no rendimento escolar e no comportamento na sala de aula dos filhos de alcoólicos.

Numa primeira parte, iremos definir as variáveis do estudo: alcoolismo, família, rendimento escolar e comportamento na sala de aula. Na abordagem do alcoolismo, serão focados os aspectos de diagnóstico e será feita uma breve perspectiva histórica do conceito. Serão também abordados alguns modelos de avaliação, assim como, alguns aspectos relacionados com a comorbilidade e com a personalidade do alcoólico e no final serão revistos alguns estudos realizados com filhos de alcoólicos. Depois serão referidas definições de família, as suas funções, algumas das tipologias existentes, de forma a enquadrarmos o modelo circunplexo e descrevermos ainda, características das famílias alcoólicas. Finalmente, serão descritas as possíveis variáveis que afectam o rendimento escolar e o comportamento na sala de aula.

Na segunda parte, proceder-se-á ao estudo empírico (comparativo/explicativo), no início com a definição dos objectivos e a metodologia utilizada. De seguida, será realizada a descrição da amostra, a apresentação dos resultados e por fim, a sua discussão.

# **PARTE I**

# **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

# 1. ALCOOLISMO

## 1.1. DEFINIÇÃO DE ALCOOLISMO

Portugal ocupa um importante lugar na produção, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas, em especial o vinho, sendo um país com elevados consumos de álcool per capita e conseqüentemente com uma grande proporção de problemas ligados ao álcool.

Na nossa sociedade, o consumo de álcool é considerado normal em diversas circunstâncias como refeições, convívio social e celebrações. As bebidas, os padrões, as situações e consumos diferem entre nações e regiões, relacionados com os usos e costumes dos diversos grupos populacionais.

A Madeira tem um consumo de álcool que poderá ser enquadrado no consumo que se verifica no Norte de Portugal, dadas as suas características de região produtora de vinhos.

O alcoolismo e os problemas ligados ao álcool são um fenómeno praticamente universal, constituindo um dos mais importantes problemas médicos de saúde e de Saúde Pública na maioria dos Países do Mundo Ocidental.

Os hábitos alcoólicos são, desde tenra idade, inculcados na população por razões de natureza cultural e sócio-económica. Além de atingir o próprio indivíduo, o álcool tem também repercussões a nível social, desde os acidentes de viação, de trabalho, à criminalidade, perturbações familiares, efeitos nas crianças e no seu rendimento escolar, entre outros.

Definir o alcoolismo não é fácil. Ao longo dos tempos são várias as definições propostas para o termo, todas elas sujeitas a críticas. Não há consenso na definição porque o termo alcoolismo, abrange um conjunto de atitudes perante o álcool e de comportamentos diversos e heterogéneos. Na literatura, podemos distinguir dois grandes grupos de definições: por um lado, as que de uma maneira ou de outra, traduzem a perda de controlo do indivíduo perante a bebida e por outro lado, as que se baseiam nas alterações psíquicas, físicas e sociais provocadas pelo consumo regular ou irregular de álcool.

A classificação do alcoolismo pela comunidade científica tem assumido diferentes modalidades. Desde o século XVIII que as teorias psicológicas têm sugerido que o facto de beber de maneira excessiva pode ser consequência de um hábito patológico e não “uma doença da vontade”. Uma pessoa adicta é, por definição, aquela que tem

dificuldade em parar definitivamente o uso de uma substância (Beck, Wrigth, Newman, Liese, 1993), devido à existência de alguns factores de manutenção como as crenças disfuncionais associadas ao álcool.

O termo alcoolismo foi introduzido em 1849, pelo sueco Magnus Huss, que o definia como sendo “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”.

Posteriormente, várias definições foram surgindo para uma melhor compreensão do alcoolismo:

- Kraepelin, em 1883, definiu o alcoolismo como “uma alteração do carácter com deterioração generalizada, até no sentido moral, pelo encorajamento aos estimulantes da acção”.
- Simonin, em 1945, utiliza uma definição quantitativa: “Alcoólico é aquele que absorve em cada dia uma quantidade de álcool superior à que pode oxidar”.
- Em 1951, com Fouquet, surge uma definição comportamental: “Alcoólico é o indivíduo que perdeu de facto a capacidade de se abster do álcool”.
- A Organização Mundial de Saúde adoptava, em 1951, a fórmula seguinte: “Os alcoólicos são bebedores excessivos cuja dependência do álcool é tal que apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afectam a sua saúde física, as suas relações com os outros e o seu comportamento social, económico e laboral”.
- Keller e Efron, em 1955, referem que: “Alcoolismo é uma doença crónica, psíquica, somática ou psicossomática, que se manifesta por uma alteração do comportamento e caracteriza-se pela absorção repetida de bebidas alcoólicas em quantidade que excede o uso habitual alimentar ou estão em desacordo com os costumes sociais da comunidade, interferindo com a saúde do bebedor e o seu bom funcionamento social e económico”.
- Em 1959, McCord afirma que: “São considerados alcoólicos os bebedores que atraíram sobre eles a atenção das autoridades: trata-se de indivíduos que foram detidos duas ou mais vezes por embriaguez na via pública, ou que foram enviados para um hospital psiquiátrico por causa do alcoolismo ou que tenham solicitado um tratamento junto dos Alcoólicos Anónimos, consultas de saúde mental ou associações de luta contra o alcoolismo”.

- Segundo Jellinek (1960), o alcoolismo era principalmente constituído por manifestações psicológicas e biológicas que conduziam a uma perda de controlo. Definiu o alcoolismo em vários tipos: alfa, beta, delta, gama e épsilon. A definição de Jellinek privilegiava a noção de repercussão negativa pessoal e social: “É alcoólico todo o indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas possa prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos”.
- Para Keller & McCornick (1968) o “Alcoolismo é uma doença crónica e habitualmente progressiva ou sintoma de uma perturbação psicológica ou física subjacente que caracteriza a dependência perante o álcool – o qual é consumido como forma de escapar ao sofrimento mental ou físico na busca do prazer da embriaguez do indivíduo – e um consumo regular de bebidas alcoólicas suficientemente importante para produzir uma incapacidade no plano físico, mental, social ou económico”.
- Em 1974, Davies define alcoolismo como “a ingestão intermitente ou permanente de álcool conduzindo à dependência ou produzindo efeitos nefastos”.
- Alonso Fernández (1981) divide os bebedores em bebedor enfermo psíquico, bebedor alcoolizado, bebedor alcoómano, bebedor excessivo regular e bebedor episódico, segundo a quantidade e frequência dos consumos.
- Em 1982, a OMS num documento de trabalho para as “Discussões técnicas sobre o alcoolismo”, que teve lugar na 35ª Assembleia Mundial de Saúde, refere que: “Problemas ligados ao álcool ou simplesmente problemas de álcool é uma expressão imprecisa cada vez mais usada nestes últimos anos 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 resultarem de episódios agudos de um consumo excessivo ou de um consumo prolongado” (Citado por Mercês de Mello e col., 1988, pág. 12). A OMS define o alcoolismo como “a totalidade dos problemas motivados pelo álcool, no indivíduo e estendendo-se em vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social com suas repercussões económicas, legais e morais”.

- Também Cloninger (1987) propõe a divisão do alcoolismo em dois tipos (tipo I e tipo II), mas não existem métodos fidedignos para a sua identificação. Há então uma heterogeneidade clínica e genética entre os alcoólicos.
- Nos novos sistemas psiquiátricos de classificação (DSM- IV e CID –10) é feita a distinção entre a dependência de álcool e abuso de álcool (não dependência). A DSM – IV (APA, 1994, pp. 175 – 272) dedica um capítulo às Perturbações pela Utilização de Substâncias, conceito que integra para além do uso de álcool e drogas tradicionais, medicamentos, produtos tóxicos e outros. Estas substâncias estão distribuídas em onze classes distintas e agrupadas segundo critérios de acordo com as semelhanças das suas características e o álcool encontra-se na categoria dos sedativos, ansiolíticos e hipnóticos. O diagnóstico da DSM – IV diz respeito aos sintomas e efeitos de inadaptação comportamental associados à utilização mais ou menos regular de substâncias que afectam o sistema nervoso central.

Dentro das perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, a DSM – IV faz a distinção entre:

- Perturbações pela utilização de substâncias – referindo-se aos efeitos inadequados de comportamentos associados à utilização mais ou menos regular da substância e,
- Perturbações induzidas por substâncias – dizendo respeito aos efeitos agudos ou crónicos destas substâncias no sistema nervoso central.

Para que o consumo seja considerado patológico tem que ter efeitos de disfuncionalidade comportamental, normalmente considerados indesejáveis por todas as culturas.

### ***1. Perturbações pelo uso de álcool***

#### **a) Dependência de álcool (303.90)**

A dependência é definida por um conjunto de sintomas cognitivo-comportamentais e fisiológicos indicadores de que o indivíduo tem um défice no controlo da utilização da substância, continuando o consumo apesar das consequências

adversas. A dependência física do álcool torna-se evidente pela presença de tolerância ou sintomas de abstinência, manifestando-se estes, por norma, 12 horas após a redução da ingestão nos indivíduos com hábitos de consumo excessivo e prolongado.

***Crítérios de diagnóstico de dependência do álcool (integrada na categoria de Dependência de Substâncias - APA, 1994, pp. 181)***

A – Um padrão inadequado do uso de uma substância, com a presença de problemas clínicos significativos, apresentando três ou mais das seguintes características, ocorrendo pelo menos durante 12 meses:

1 – Tolerância, caracterizada por:

- a) Necessidade de quantidade cada vez maior da substância para obter os mesmos efeitos.
- b) Diminuição significativa dos efeitos obtidos, com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

2 – Sintomas de abstinência, manifestando-se por:

- a) Sintomas de abstinência característicos (critérios A e B dos critérios de sintomas de abstinência de cada droga específica).
- b) Utilização frequente da substância para evitar os sintomas de abstinência.

3 – A substância é frequentemente ingerida em quantidades crescentes ou durante um período de tempo maior do que o indivíduo tencionava.

4 – Desejo persistente ou tentativas persistentes, sem êxito, de parar ou controlar a utilização da substância.

5 – Ocupação de muito tempo em actividades necessárias para obter a substância (por exemplo: deslocar-se a grandes distâncias), ao consumo ou à recuperação dos seus efeitos.

6 – Afastamento ou redução de importantes actividades sociais, profissionais ou recreativas, devido ao uso da substância.

7 – Utilização continuada da substância apesar de saber que o seu uso causa ou exacerba problemas recorrentes sociais, psicológicos ou físicos (ex.: continua a beber sabendo que a ingestão de álcool provoca o seu agravamento, etc.).

B – A dependência pode ainda especificar-se:

1 – Com a dependência fisiológica: evidência de tolerância ou sintomas de abstinência (quando presente o item 1 ou 2).

2 – Sem dependência fisiológica: não evidência de tolerância ou sintomas de abstinência (ausência do item 1 quer do 2).

**b) Abuso de álcool (305.00)**

Relativamente ao abuso do consumo de álcool, a característica essencial é o padrão inadaptativo do seu uso, manifestado por consequências que a sua utilização promove. Os critérios de diagnóstico de abuso não incluem a tolerância, os sintomas de abstinência ou um padrão compulsivo de utilização. Este diagnóstico é comum em indivíduos que iniciaram o consumo recentemente mas que, mais tarde, com frequência se tornam dependentes.

***Critérios de diagnóstico de abuso do álcool (Integrado na categoria de Dependência de substâncias – APA, 1994, pp. 182-183)***

A – Caracteriza-se por um padrão inadequado do uso de substâncias pondo em risco a saúde do indivíduo e indicado por uma ou mais das seguintes características:

1 – Utilização continuada de uma substância, da qual resulta a diminuição do cumprimento de obrigações ao nível do emprego, escola ou casa (absentismo no emprego, expulsão da escola, negligência na educação dos filhos ou tarefas domésticas, etc.).

2 – Recorrente uso da substância em situações fisicamente perigosas (ex.: conduzir ou trabalhar com máquinas ou em situações de risco, sob intoxicação).

3 – Ocorrência repetida de problemas legais (prisão por distúrbios de conduta resultantes do uso da substância).

4 – Utilização continuada da substância, apesar dos constantes e recorrentes problemas sociais ou interpessoais causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (discussões em família, agressões físicas...).

B – Ausência de critério de inclusão na dependência de substância para a classe de substância em causa.

**2. *Perturbações induzidas pelo uso de álcool***

**a) Intoxicação alcoólica (303.00)**

Caracterizada, em geral, por perturbação da percepção, atenção, pensamento, avaliação, comportamento psicomotor e comportamento interpessoal. O quadro clínico

varia em função do indivíduo, dose ingerida, tolerância à substância, intervalo de tempo entre intoxicações, expectativas pessoais, contexto da ingestão, etc.

***Critérios de diagnóstico de intoxicação alcoólica (APA, 1994, p. 197)***

A – Ingestão recente de álcool.

B – Manifestações clínicas de comportamento disfuncional e modificações psicológicas (ex.: agressividade, labilidade de humor, diminuição das capacidades cognitivas, disfuncionalidade social ou profissional) que surgem durante ou pouco tempo após a ingestão de álcool.

C – Um (ou mais) dos seguintes sinais desenvolvidos durante ou pouco tempo após a ingestão de álcool:

1 – Linguagem insultuosa.

2 – Incoordenação.

3 – Andar vacilante.

4 – Nistagmo.

5 – Diminuição da atenção e da memória.

6 – Estupor ou coma.

D – O quadro clínico não corresponde a nenhuma perturbação de etiologia médica geral ou qualquer outra perturbação mental.

**b) Síndrome de Abstinência alcoólica (291.8)**

Os sintomas surgem após a diminuição ou interrupção do consumo excessivo prolongado ou seja, quando começa a surgir uma diminuição da concentração habitual de álcool na corrente sanguínea (num intervalo de 4 a 12 horas) e aliviam após a ingestão de álcool ou um depressor do SNC. Os sintomas agravam-se no segundo dia de abstinência e normalmente melhoram a partir do quarto e quinto dia. Ao período agudo segue-se geralmente uma fase com sintomas de ansiedade, insônia e disfunção autonômica que persiste por alguns meses.

***Critérios de diagnóstico de síndrome de abstinência alcoólica***

***(APA, 1994, pp. 198-1999)***

A – Interrupção (ou redução) do uso excessivo e prolongado de álcool.

B – Dois (ou mais) dos sintomas que se seguem, e que surgem após várias horas ou dias da interrupção (ou redução) do consumo referido no critério A:

- 1 – Hiperactividade autonômica (ex.: suores e taquicardia superior a 100).
- 2 – Aumento de tremor das mãos.
- 3 – Insónia.
- 4 – Náuseas ou vômitos.
- 5 – Alucinações e ilusões transitórias visuais, auditivas ou tácteis.
- 6 – Agitação psicomotora.
- 7 – Ansiedade.
- 8 – Convulsões.

C – Os sintomas do critério B são causa de problemas clínicos e/ou agravamento da situação social, profissional ou outras áreas de funcionamento.

D – Os sintomas não são devidos a etiologia médica geral ou outra desordem mental.

Específico se:

Com distúrbio perceptual.

Outras perturbações induzidas pelo álcool:

- Delirium por intoxicação
- Delirium de abstinência
- Demência persistente
- Perturbações amnésicas persistentes
- Perturbações psicóticas
- Perturbações do humor
- Perturbações ansiosas
- Disfunções sexuais
- Perturbações do sono

Diagnóstico diferencial

No diagnóstico diferencial das perturbações relacionadas com o consumo de álcool deve ter-se em atenção os seguintes aspectos:

- O consumo não patológico de que é exemplo o consumo social de álcool.
- Intoxicação alcoólica – um ou mais episódios de intoxicação isolados não são suficientes para diagnosticar perturbações relacionadas com o consumo de álcool.

- Diferenciar intoxicação e abstinência das perturbações delas derivadas, como o delirium por intoxicação ou perturbações psicóticas iniciadas no período de abstinência.
- Ter em consideração que muitos dos sintomas de perturbações mentais primárias se exacerbam com o consumo de álcool (ex.: perturbações do humor, ansiedade, psicóticas, etc.).
- Ter ainda em consideração a distinção deste diagnóstico das perturbações mentais devidas a condições médicas (ex.: neurológicas, metabólicas, etc.).
- Diferenciar intoxicação pelo álcool de intoxicações por outras substâncias (ex.: sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, etc.).

**c) Outras perturbações não específicas relacionadas com o álcool  
(291.9)**

Categoria de outras perturbações devidas ao consumo de álcool e que não são possíveis de incluir em nenhuma das referidas anteriormente.

É de salientar que o abuso e a dependência do álcool se associam com frequência ao abuso e dependência de outras substâncias, sendo este muitas vezes utilizado para aliviar os sintomas de abstinência daquelas ou mesmo como substituto na sua ausência. Outro dos aspectos a salientar é que as perturbações relacionadas com o consumo de álcool aumentam de forma significativa o risco de acidentes, violência e suicídio.

## **1.2. PERSPECTIVA HISTÓRICA**

Portugal tem uma herança cultural relacionada com o álcool, que vai desde rituais religiosos e sagrados, até festivais onde a presença do álcool é mesmo histórica. A história do consumo de álcool, desde sempre acompanhou a história do homem, dado que as bebidas alcoólicas são conhecidas há milhares de anos e existem indícios da sua utilização na Pré-História.

O álcool terá sido descoberto, por mero acaso, pelo Homem do Paleolítico, que bebeu o sumo do fruto ou do mel que guardava em recipientes de argila e que entretanto fermentou, sob a influência de leveduras existentes no ar. Nesta altura, os efeitos do álcool tinham um carácter divino e sagrado.

Ao longo da história, o álcool esteve ligado a celebrações festivas e a ocasiões especiais, criando com o homem uma forte relação, evidente nos vários ditados populares: “O vinho e o medo descobrem o segredo”; “Dar de beber à dor”; “Quem tem bom vinho tem bom amigo”; “Onde o vinho falta não há lugar para o amor”; “A penicilina cura os homens, mas é o vinho que os torna felizes”.

Através de referências históricas verifica-se que no terceiro milénio a.C., a civilização Suméria fabricava cerveja, enquanto que no Egipto e na Mesopotâmia, a cerveja era considerada a bebida nacional. Nas civilizações Maia, Azteca e Inca, o consumo de álcool tinha um carácter mágico e sobrenatural, sendo utilizado para fins medicinais.

Na história das bebidas alcoólicas, o vinho tem um papel primordial, sendo muito utilizado pelas civilizações greco-romanas. É nos Impérios Grego e Romano que surge um Deus do vinho – Dioniso e Baco, respectivamente. A própria religião judaico-cristã utiliza o vinho nas suas celebrações, contribuindo para a difusão do seu uso.

No século XIII, surgem as bebidas destiladas, com um maior teor alcoólico e efeitos mais acentuados, tais como o aguardente, o whisky e o rum, entre outras.

No decorrer do século XIX, com o desenvolvimento industrial surgem novos hábitos e locais de consumo, com ritos próprios e hábitos diferentes consoante os locais de consumo. Mudam-se também os motivos para o consumo. Em meados deste século, surge a consciência dos graves problemas e consequências do consumo excessivo de álcool. Em 1849, Magnus Huss, médico suíço, utiliza pela primeira vez o termo alcoolismo e considera-o como uma doença crónica pertencente ao campo da Medicina.

Com a sua obra, “Alcoholismus Chronicus” (Magnus Huss), dá-se início a uma nova vaga de estudos no sentido de compreender melhor este fenómeno.

Desde a descoberta da ilha, em 1419, que a economia da Região Autónoma da Madeira (RAM) está ligada à produção de açúcar e de bebidas alcoólicas. Segundo o historiador Alberto Vieira: “A Madeira foi desde o início da ocupação europeia um espaço de produção de vinho capaz de suprir as suas necessidades e de exportar um elevado excedente, primeiro para a Europa e depois para o novo mundo. Todavia, neste primeiro momento e nos séculos seguintes, não temos notícias sobre o consumo exagerado de álcool”. Tendo em conta que o vinho da ilha, até princípios do século XIX era exportado, não restava para o Madeirense o suficiente para manter o consumo em excesso. Assim, segundo o historiador, até ao século XIX, o alcoolismo era muito escasso na região, ao contrário do que se pensaria, a julgar pela produção de vinho que se inicia logo no século XV.

Só no século XIX, há uma alteração do vinho da Madeira e dos hábitos de consumo dos Madeirenses, devido a diminuição da exportação e a crises vinícolas provocadas por doenças que atacaram a vinha. Assim, como grande quantidade de vinho não saía da região, era consumido pelos habitantes da mesma, estando mais acessível aos madeirenses. É também nesta data que surge o vinho americano, de má qualidade para a exportação mas facilmente escoado na região. Nos finais século XIX surgem os primeiros indícios do elevado grau de alcoolismo existente na ilha. É também neste século, introduzida a cerveja e o seu consumo pelos ingleses, com implementação de fábricas de cerveja na ilha.

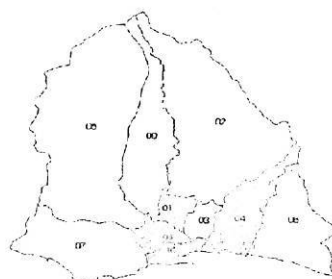
Nos princípios do século XX surge o consumo excessivo de aguardente, a introdução da cidra e os estrangeiros vão também introduzir o whisky, gin, vodka e outras bebidas.

Alberto Vieira realça que a moderação do consumo de álcool, na Madeira, foi quase sempre ditada pela disponibilidade do mesmo e pela capacidade financeira dos bebedores. Actualmente, um grande e vasto número de bebidas alcoólicas encontra-se disponível para qualquer um, mesmo os mais pobres e os mais jovens.

O concelho do Funchal tem uma área de 77,1 Km<sup>2</sup> e está dividido em 10 freguesias como se observa no mapa:

ILHA DA MADEIRA

CONCELHO DO FUNCHAL



Segundo os resultados preliminares dos censos 2001, o Concelho do Funchal tem uma população de 102521 habitantes residentes, sendo 54656 do sexo feminino e 47865 do sexo masculino.

O consumo de bebidas alcoólicas está profundamente enraizado nas tradições culturais da Madeira, mas são escassos os estudos sobre o consumo de álcool na região. Saturnino Silva (1995), verificou que em 1992, o consumo de álcool puro por ano e per capita era de 10,16 litros. Segundo o referido estudo, o consumo de vinho na região oscilava entre os 39,3 e os 50 litros por ano e per capita, enquanto a cerveja atingia um consumo de 59,7 litros por ano e per capita e o whisky, champanhe e conhaques os 4,6 litros por ano e per capita.

Num estudo de 2000, sobre o diagnóstico da situação alimentar e nutricional da RAM, verificou-se que o vinho era a bebida alcoólica que registava maior frequência de consumo, seguido da cerveja e das bebidas espirituosas. As quantidades ingeridas foram minimizadas nas respostas, devido à conotação negativa que esse consumo acarreta, embora se tenha verificado que o consumo era maior nos homens e menor nos habitantes do concelho do Funchal (RAM, 2000).

Actualmente, em Portugal, os problemas ligados ao álcool, são considerados um problema de Saúde Pública. O consumo de álcool é, em Portugal, um fenómeno sociocultural generalizado e precocemente determinado. Segundo estatísticas dos Centros Regionais de Alcoologia, em Portugal o álcool afecta directamente um milhão de pessoas e, indirectamente, mais de dois milhões. Os problemas relacionados com o álcool representam um dos problemas mais graves da saúde pública regional e nacional.

### **1.3. MODELOS DE COMPREENSÃO DO ALCOOLISMO**

O alcoolismo é um comportamento patológico de origem multifactorial e nenhuma hipótese de origem biológica ou psicológica isoladamente conseguem explicá-lo.

Ao longo dos tempo surgiram diferentes modelos de abordagem ao alcoolismo, baseados em diferentes orientações teóricas e/ou em momentos históricos. Desde formulações psicodinâmicas de teor psicanalítico (S. Freud, K. Abraham, E. Glover, S. Rado, R. Knight, O. Fenichel, K. Menninger), passando pelas abordagens bioneurofisiológicas (genéticas, marcadores biológicos), bem como pelos modelos integráveis nas teorias interaccionistas (Jessor et Jessor, 1975) até à teoria da aprendizagem social (Bandura, 1977; Abramset Niaura, 1987; Marlatt et Gordon, 1980), para além das abordagens sociológicas, foram várias as tentativas de explicação da etiologia, desenvolvimento e tratamento do problema do alcoolismo.

Surgem assim vários tipos de abordagens/modelos:

#### **A) Modelo moral**

O modelo moral deriva dos conceitos da moral cristã e atribui ao indivíduo toda a responsabilidade, pela sua falta de carácter e de força, pelo aparecimento do alcoolismo.

Tal como refere Marlatt, “o adicto era então visto como alguém a quem faltava a fibra moral para resistir à tentação” (Marlatt, 1985, p.6). Como consequência desta visão o alcoólico era considerado como uma pessoa com falta de carácter moral, fraco e incapaz de resistir. Acentua a culpa e vergonha do indivíduo, responsabilizando-o pelo desenvolvimento do seu problema. Nesta perspectiva, só a pessoa se poderia ajudar a si própria, estando tudo dependente da sua força de vontade.

#### **B) Modelo espiritual**

O modelo espiritual também centra no indivíduo toda a responsabilidade pelo desenvolvimento do alcoolismo, mas vincula a falta de poder do indivíduo, no controlo do consumo de álcool (“vítima do álcool”).

#### **C) Modelo médico**

O modelo médico/doença postula o alcoolismo como uma doença progressiva, de bases biofisiológicas e genéticas que impossibilitam qualquer controlo voluntário face à bebida. O indivíduo, perante este modelo, “perde o controlo” sobre o seu comportamento, como activação de mecanismos fisiológicos aditivos (como a

tolerância, a dependência e a privação) que se traduzem num desejo intenso de beber continuado (Jellinek, 1960).

Em 1956, a Associação Médica Americana declarou oficialmente o alcoolismo como uma doença. Este modelo enfatiza a importância dos factores biológicos da adicção, focando os efeitos bioquímicos do álcool e os seus efeitos farmacológicos. Nesta abordagem, o indivíduo adicto é considerado um “doente”, não tendo qualquer responsabilidade no início, desenvolvimento e tratamento do problema. O alcoólico passa a ser visto como portador de uma doença orgânica, como qualquer outra. É assumido que “o processo de doença estava latente mesmo antes do alcoólico ter tomado a primeira bebida (devido à predisposição genética) e permanece activo (ainda que temporariamente “em remissão”), mesmo que o alcoólico recuperado não beba, durante anos” (Marlatt, 1985, p.7). A única forma de tratamento, neste modelo, é a abstenção total e absoluta.

#### **D) Modelo de aprendizagem sócio-cognitiva**

Bandura, em 1969, afirma que “os alcoólicos são pessoas que adquiriram, através de reforço diferencial e de modelamento, experiências de consumo de álcool como resposta a uma estimulação aversiva”. Assim, Bandura sugere que as normas culturais e a sua maior ou menor permissividade no consumo de álcool, a família, os amigos e os padrões de bebida socialmente aceites e ligados a situações específicas, influenciam o consumo de álcool em excesso.

Estas teorias focam a atenção em quatro aspectos principais do comportamento alcoólico: frequência e duração do consumo; quantidade de álcool ingerido; acontecimentos que ocorrem antes e depois do consumo; e a natureza e severidade dos problemas associados com uso excessivo de álcool.

A abordagem do alcoolismo no âmbito da teoria da aprendizagem social (Bandura, 1969), rejeita o carácter inexorável da progressão do consumo e refuta a prepotência do papel atribuído a factores intrapessoais (como os traços da personalidade e os mecanismos fisiológicos) no desenvolvimento do alcoolismo.

#### **E) Modelo motivacional**

Para Cox e Klinger, em 1988, uma pessoa decide, consciente ou inconscientemente, consumir ou não álcool, se espera ou não consequências positivas desse consumo.

Este modelo reconhece diferentes estilos de bebida, que colocam os bebedores num contínuo que vai do não adicto ao adicto. Pressupõe que a decisão de beber é uma combinação de processos emocionais e racionais, que é feita também com base na mudança afectiva esperada como consequência do beber e que, regra geral, as consequências imediatas assumem um papel preponderante na decisão.

A tomada de decisão e os factores nela envolvidos nem sempre são conscientes, contudo, as decisões são voluntárias, daí os indivíduos poderem ter controlo sobre elas.

#### **F) Modelo biopsicossocial**

O modelo bio-psico-social, encara o alcoolismo como um fenómeno determinado por múltiplos factores: de ordem biológica, farmacológica, psicológica, situacional, interpessoal e social. Segundo este modelo, o indivíduo não é considerado como responsável pelo início e desenvolvimento do problema mas tem capacidade de controlar o consumo e é responsável pelo processo de mudança.

O alcoolismo é visto como um produto interactivo de uma aprendizagem em situações que envolvem factores fisiológicos tal como estes são interpretados e rotulados pelo indivíduo. Os componentes fisiológicos e cognitivos são assim aspectos indissociáveis da experiência total do processo de alcoolismo.

#### **G) Abordagens cognitivo – comportamentais**

As abordagens comportamentais e cognitivas consideram o alcoolismo como um fenómeno multideterminado pela interacção entre factores biológicos, sociais, de aprendizagem (condicionamento clássico, operante e aprendizagem observacional) e processos cognitivos, bem como pela forma como os sujeitos interpretam, codificam e representam a experiência.

#### **H) Perspectiva sistémica**

Numa perspectiva sistémica o sintoma alcoolismo teria um triplo significado no funcionamento familiar: ele seria um ressurgimento de um alcoolismo presente nos pais e/ou avós (hipótese transgeracional); por outro lado, ele teria uma função actual para manter a coesão familiar; ou ainda o papel de mascarar um outro sintoma.

A família do alcoólico perde o seu equilíbrio entre a tendência homeostática e a transformação. A homeostasia é perdida, no sentido em que a unidade familiar está em

conflito e quantas vezes à beira da ruptura, recuperando-a à custa da adicção do álcool e não por via de um espaço comunicacional que permita a renegociação dos conflitos.

Estes modelos pretendem fornecer uma melhor compreensão do problema do alcoolismo, mas os comportamentos alcoólicos constituem um grupo heterogéneo cujo único traço comum incontestável é um consumo abusivo de álcool nocivo para a saúde física, mental e para a integração social do indivíduo.

Numa tentativa de compreender melhor o problema de alcoolismo, foram propostas algumas tipologias com o objectivo de se tentar definir subgrupos mais homogéneos de bebedores:

#### a) Tipologia de Jellinek (1960)

Jellinek (1960) definiu vários tipos de alcoolismo, consoante a capacidade de controlo dos sujeitos, dando-lhes as primeiras letras do alfabeto grego:

Tipologia de Jellinek (1960)	
Tipos de alcoolismo	Descrição do comportamento alcoólico
Alpha	Bebedor “indisciplinado”, na medida em que não cumpre as regras socialmente aceites do beber, tais como lugar, tempo e ocasião. Representa a dependência psicológica dos efeitos do álcool.
Beta	Bebedor excessivo, sem dependência física e/ou psicológica, mas com problemas ligados ao álcool.
Gamma	Perda de controlo, embora possa passar por períodos de abstinência e aumento da tolerância.
Delta	Incapacidade de se abster, mesmo por curtos períodos.
Épsilon	Alcoolismo crónico.

**b) Tipologia multiaxial de Alonso Fernández**

Alonso Fernández divide os alcoólicos em quatro grupos, através de uma tipologia multiaxial:

<b>Tipologia multiaxial de Alonso Fernández</b>	
Bebedor excessivo regular	Surge devido ao ambiente sociocultural em que o indivíduo se insere. O indivíduo bebe de forma regular e ordenada, havendo uma dependência contínua.
Bebedor alcoolomalo	Tem a sua etiologia na personalidade do indivíduo, que consome de forma regular, como forma de evasão, com muitas embriagueses. É uma forma de alcoolismo recorrente e agudo.
Bebedor enfermo psíquico	Consumo como forma de reduzir os sintomas psicopatológicos da dependência.
Bebedor alcoolizado	Há uma degradação da personalidade, com uma dependência física e psíquica constante.

**c) Classificação de Cloninger**

Cloninger (1988) definiu o alcoolismo em dois tipos, com diferentes tipos de hereditariedade, relacionados com o sexo, idade de início, padrões alcoólicos e traços de personalidade característicos.

A classificação de Cloninger (Tipos I e II), parte de dados da epidemiologia genética relativos ao comportamento face ao álcool dos pais dos sujeitos alcoólicos. Os seus pressupostos teóricos são essencialmente de ordem biológico – comportamental e postulam a existência de três dimensões da personalidade (procura de novidade, evitamento do perigo e dependência da recompensa), cujas respectivas variações num indivíduo determinariam a sua forma clínica de alcoolismo (Cloninger e col., 1988).

Classificação de Cloninger	
Tipo I	Tipo II
Alcoolismo do meio (forma mais frequente)	Forma exclusivamente (ou quase) masculina. Menor influência do meio
Frequência equivalente em ambos os sexos	Personalidade marcada pela impulsividade
Início após os 20 anos	Início precoce (antes dos 20 anos)
Progressão lenta	Progressão rápida para a dependência. Alterações do comportamento durante as fases de alcoolização
Factores de risco ligados ao meio e à genética	Factores de risco sobretudo genéticos (alcoolismo paterno frequente)

O tipo I (alcoolismo “do meio”) caracteriza-se por um início depois dos vinte anos e uma evolução lenta. Os factores de risco, além de ligados à genética, implicam, também, perturbações do meio na infância (carências afectivas, separação precoce, desorganização familiar). A personalidade de base seria marcada pela “fraqueza do eu”, por um baixo nível de procura da novidade e por um nível elevado de evitamento do perigo e da dependência da recompensa .

O tipo II (ou “exclusivamente masculino”) caracteriza-se por um início precoce, antes dos 20 anos, e pela evolução até à dependência. Estaria associada a comportamentos antisociais e toxicomania. Os factores de risco são de ordem genética (dependência alcoólica no pai) e neuropsicológica (síndrome de hiperactividade e perturbação de défice de atenção na infância).

#### **d) Classificação de Babor.**

A tipologia proposta por Babor (1992) assenta na análise factorial de 17 características dos pacientes alcoólicos, compreendendo nomeadamente: o risco pré-mórbido e a vulnerabilidade; a gravidade da dependência e dos problemas ligados ao álcool; a psicopatologia associada. Classifica assim o alcoolismo em A e B. O alcoolismo de tipo B tem um prognóstico mais severo do que o do tipo A, visto ter um início precoce, a dependência ser mais grave e estar mais associada a outras patologias e/ou consumo de outras drogas.

<b>Classificação de Babor dos comportamentos alcoólicos</b>	
Tipo A	Tipo B
Início tardio (depois dos 20 anos)	Início precoce
Evolução lenta	Maior frequência do alcoolismo familiar
Menor frequência de psicopatologia associada	Dependência mais grave
Melhor prognóstico	Maior frequência das toxicomanias associadas
Menor frequência das complicações	Maior comorbilidade psicopatológica
Menor frequência dos factores de risco na infância	Mais factores de risco na infância (comportamentos agressivos e impulsividade)

#### e) Classificação integrada

**Adés e Lejoyeux** (1997) propuseram uma classificação integrando as principais tipologias. Permite a distinção de dois tipos clínicos de alcoolismo:

<b>Classificação integrada de Adés e Lejoyeux</b>	
Alcoolismo Primário	Alcoolismo Secundário
70% das formas de alcoolismo	30% das formas de alcoolismo
Predominância masculina	Predominância masculina menos marcada
Início precoce (antes dos 20 anos)	Início mais tardio (após os 20 anos)
Alterações do comportamento e procura de sensações fortes	Automedicação pelo álcool de uma perturbação ansiosa, depressiva ou esquizofrénica
Personalidade marcada pela impulsividade	Perturbações da personalidade (sociopatia ou outra)
Evolução rápida para a dependência	Evolução mais lenta para a dependência e para as complicações físicas
Factores de risco biológicos e genéticos	Factores biológicos e genéticos menos marcados
Dependência alcoólica instantânea ou após um período de abuso de álcool	Modos de consumo de álcool variáveis: consumo permanente ou intermitente, abuso ou dependência alcoólica

O alcoolismo primário (cerca de 70% das formas de alcoolismo) corresponde, na maioria dos casos, ao tipo II de Cloninger. Representa um comportamento alcoólico de início precoce, com forte carga genética e biológica. Os principais factores psicopatológicos que favorecem o aparecimento da dependência alcoólica, são a impulsividade, as alterações do comportamento e a procura de “sensações fortes”. As perturbações psiquiátricas apresentadas pelos pacientes (depressão, ansiedade, psicose, comportamentos agressivos) são aqui secundárias à alcoolização e estão relacionadas com os efeitos farmacológicos do álcool.

O alcoolismo secundário (cerca de 30% das formas) é um comportamento muito diferente, talvez geneticamente influenciado nalguns casos, mas representa na maior parte das vezes um comportamento de automedicação pelo álcool, causado pela ansiedade, as fobias, a depressão, a esquizofrenia, a sociopatia e as perturbações graves da personalidade. O seu início é mais tardio e a evolução mais lenta.

No nosso estudo iremos considerar o alcoolismo segundo a avaliação do MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), sem ter em conta o tipo de bebedor e a quantidade ingerida.

#### **1.4. ALCOOLISMO E COMORBILIDADE**

A grande acessibilidade do álcool e a sua procura para alívio de todos os mal-estares, são por vezes os motivos que levam a complicações de uma patologia subjacente. Para Mercês e Mello (1981) na população tratada no Centro Regional de Alcoologia de Coimbra, só 10 a 15% dos indivíduos se tornam alcoólicos por razões de ordem psicológica e a grande maioria são fruto da sociedade em que estão inseridos.

A maioria das pessoas com um distúrbio relacionado com o álcool tem pelo menos uma doença psiquiátrica associada, sendo mais evidente essa associação com a dependência alcoólica do que com o abuso de álcool. Esta co-ocorrência é mais frequente entre as mulheres do que entre os homens, sendo os distúrbios afectivos e ansiosos as patologias mais associadas.

Num estudo de Robin e col., em 1984, 47% dos diagnosticados como dependentes de álcool tinham outra perturbação mental, sendo os distúrbios mais frequentes a perturbação anti-social da personalidade, outras dependências, depressão major, esquizofrenia, perturbação da ansiedade, de somatização e mania. Verificaram também que as mulheres alcoólicas têm maior probabilidade de ter uma perturbação psiquiátrica adicional do que os homens.

No nosso estudo, a comorbilidade e o consumo de outras substâncias não foram tidas em conta, o que será uma limitação na análise dos dados.

## **1.5. PERSONALIDADE ALCOÓLICA**

Muitos estudos têm sido feitos para avaliar a personalidade do alcoólico. Até ao momento não se conseguiu determinar um perfil característico do alcoólico. Uma revisão da literatura sobre uma eventual personalidade alcoólica, sugere o aparecimento de uma constelação de traços característicos como a dependência, a negação, a depressão, a sociabilidade superficial, a instabilidade emocional, a dúvida, a baixa tolerância à frustração, a impulsividade e a auto-desvalorização, mas não uma personalidade devidamente individualizada. A questão sobre se será o abuso de álcool a levar a estes traços de personalidade ou, se serão eles que conduzem ao consumo excessivo mantém-se inconclusiva.

Alonso Fernández (1977), num trabalho com MacCord e MacCord, conclui que os alcoólicos têm uma elevada necessidade de dependência mas, simultaneamente, rejeitam o contacto humano e têm dificuldade em se inserir em grupos organizados, apresentando uma conduta aparentemente autónoma. Para Alonso Fernández (1990), a génese do alcoolismo é a personalidade. Considera que os alcoólicos têm características comuns como a vivência da solidão e a falta de esperança no futuro, contudo, considera que é errado falar de uma personalidade pré-alcoólica (apenas existem crianças vulneráveis).

Vários estudos longitudinais têm sido realizados com o intuito de identificar características da personalidade que diferenciam os alcoólicos dos não alcoólicos, e identificaram-se factores como a baixa tolerância à tensão, impulsividade, hiperactividade, depressão e baixa auto-estima. Os resultados mais consistentes são os que correlacionam o alcoolismo com comportamentos anti-sociais.

O uso e abuso de álcool é pois um fenómeno complexo, causado pela interacção de diversos factores como a predisposição, a disponibilidade, a publicidade, a pressão social, diferentes estados psicológicos, a modelagem, os efeitos do álcool e as expectativas sobre os seus efeitos.

## **1.6. ALCOLISMO E HEREDITARIEDADE**

Várias investigações têm sido realizadas com animais e humanos, utilizando diversas metodologias de investigação, no sentido de procurar uma eventual hereditariedade do alcoolismo.

Schuchit e col. (1985), referem a existência de mecanismos de transmissão genética envolvidos nos comportamentos de consumo dos animais.

Várias investigações têm sido realizadas no sentido de identificar marcadores biológicos que dêem evidência da hereditariedade do alcoolismo, como o estudo de alguns enzimas nas plaquetas sanguíneas e as variações no metabolismo do etanol, entre outros. Défices de ordem neuropsicológica e cognitiva expressos em erros categoriais e baixo Q.I. têm sido apontados como característicos dos filhos de alcoólicos (Alterman e col., 1985; Gabrielli e Mednik, 1983). Mas estes resultados não se revelaram concludentes, visto que, factores como a idade e os hábitos alcoólicos dos sujeitos, não foram devidamente controlados (Searles, 1988). Hesselbrock e col. (1985), tomaram em conta estes factores e as diferenças de ordem neurocognitiva não se revelaram significativas.

Têm também sido referidas diferenças nos EEG (electroencefalogramas) dos filhos pré-adolescentes de alcoólicos, a nível da onda P300 (Begleiter e col., 1984).

A nível dos marcadores psicológicos, os resultados têm encontrado poucas diferenças entre os filhos de alcoólicos e os grupos de controlo, na pesquisa de indicadores de personalidade pré-sintomática referente ao abuso de álcool.

Segundo alguns estudos (Cotton, 1979; Schuckit, 1986), os filhos de alcoólicos terão um risco três a quatro vezes acrescido de virem a desenvolver problemas de alcoolismo. Os filhos de alcoólicos, especialmente os rapazes, são mais susceptíveis de se tornarem alcoólicos ou dependentes de outras drogas do que os filhos de não alcoólicos (Cloninger, 1987, citado por Stondemire, Alan, 1998).

## **1.7. ESTUDOS COM FILHOS DE ALCOOLICOS**

A família é a primeira vítima do consumo excessivo de álcool, sofrendo as consequências directas na dinâmica relacional, tornando-se o lar simultaneamente patológico e patogénico, sobretudo para os filhos, desde as dificuldades e carências materiais, até às perturbações relacionais e à desagregação familiar, passando por maus tratos físicos e ausência de afecto, entre outros. Nos membros de uma família, os filhos dos alcoólicos são aqueles em que são observadas perturbações mais nítidas. Com efeito, as crianças apresentam frequentemente problemas psíquicos e somáticos, mais ou menos directamente induzidos pela dependência de um dos pais ou de ambos.

As crianças filhas de pais alcoólicos são afectadas de diferentes formas:

- Um dos pais está cada vez menos disponível, como guia, como fonte de amor, encorajamento, companheirismo e alguém em quem confiar.
- Se os pais tiverem um mau relacionamento entre si, as crianças sentem as suas lealdades divididas.
- As crianças aprendem com os exemplos e correm o risco de desenvolver um problema semelhante mais tarde.
- Uma das crianças poderá ficar com responsabilidades acrescidas em casos de alcoolismo mais grave, quando não há cooperação de um dos membros do casal.

Antes do nascimento a criança pode ser afectada devido ao uso do álcool pela mãe. A placenta é permeável ao álcool, podendo ter uma acção tóxica sobre o feto. Estudos em animais e em humanos estabeleceram que a exposição pré-natal ao álcool pode afectar negativamente muitos aspectos do desenvolvimento cerebral do feto.

O síndrome fetal alcoólico (termo desenvolvido em 1973 por Jones e Smith) descreve os filhos de mães consumidoras de álcool em excesso durante a gravidez. O álcool é um importante agente teratogénico, responsável por atrasos intelectuais e alterações comportamentais das crianças.

O risco de uma mãe alcoólica ter um filho com mal formações é da ordem dos 30 a 50%. O filho de mãe alcoólica associa: atraso de crescimento intra-uterino e pós-natal, hiperactividade, défices de atenção/concentração, dismorfia craniofacial e síndrome polimalformativo, o Q.I. é baixo nas forma graves e é borderline nas formas mais leves. Várias hipóteses têm sido colocadas, desde factores genéticos, particularidades fisiológicas herdadas e limitações cognitivas derivadas do síndrome fetal alcoólico

(Sher, 1991) até postulações que focam os afectos negativos derivados dos elevados níveis de “stress” vivenciados por essas crianças/adolescentes que facilitariam o consumo futuro numa tentativa de lidar com estados ansiosos frequentes (Wills, 1986; Rosa e col., 1988; Leveson, Oyama e Meek, 1987). Daí que no nosso estudo tenham sido excluídos os filhos de mães alcoólicas, de forma a podermos averiguar a influência do alcoolismo paterno.

O alcoolismo parental perturba fortemente a qualidade do meio na infância e das suas relações afectivas com os pais, situação esta agravada ainda mais, pela frequência das separações precoces ou da violência, mais grave entre os seus membros. Verifica-se, pois, ocorrerem com mais frequência nos filhos de alcoólicos atrasos do crescimento ou psicomotores, dificuldades escolares, alterações da personalidade e imaturidade afectiva. O clima familiar caracteriza-se pela insegurança, por vezes pela violência, resultando com frequência a inversão de papéis parentais (desvalorização da imagem paterna ou desautorização da mãe). Para além disso, estas crianças de alto risco estão mais expostas aos maus tratos e ao incesto. As perturbações psiquiátricas mais frequentes nos filhos de alcoólicos são os desequilíbrios da personalidade e sintomas neuróticos de toda a ordem (ansiedade, fobias e perturbações psicosexuais).

Crianças de famílias alcoólicas podem estar expostas a elevados níveis de violência e abuso familiar (Kumpfer et Bays, 1995) e parecem sofrer de níveis mais elevados de injúrias e hospitalizações (Children of Alcoholics Foundation, 1990; Bijur et al., 1992). As crianças filhas de alcoólicos vivem com instabilidade afectiva e em condições marcadamente aversivas. Uma investigação de Tarter e col. (1984) concluiu que estas crianças se encontram em risco seis vezes maior de sofrerem maus tratos físicos e com probabilidade sete vezes superior de ocorrência de episódios de perda de consciência devido a traumatismo craniano, comparativamente aos filhos de não alcoólicos.

Manuela Mendonça (1978), num estudo sobre os filhos de alcoólicos, chega à conclusão de que a dinâmica familiar na família do alcoólico encontra-se alterada na maioria dos casos, verificando-se uma taxa mais elevada de dificuldades de aprendizagem, uma elevada percentagem de imaturações neuromotoras, níveis intelectuais inferiores à idade e alguns atrasos no desenvolvimento, nos filhos de alcoólicos. No grupo dos filhos de alcoólicos, o dito estudo, refere que o número de repetições é o dobro quando comparados com os filhos de não alcoólicos.

Os filhos de alcoólicos apresentam um estado geral de saúde mais deficitário, maior frequência de sintomas comportamentais reactivos e perturbações acentuadas da afectividade. Conclui que “o alcoolismo paterno é factor importante de perturbação do desenvolvimento infantil, bastando para tal as circunstâncias ambientais que determina no seu lar” (Mendonça, 1978). Resume vários aspectos do lar do homem alcoólico, segundo diferentes pontos de vista:

- Biológico: carências nutritivas, vitamínicas e acção tóxica do álcool consumido pela criança.
- Psicológico: patologia intrafamiliar.
- Social: despromoção da família, diminuição do nível de expectativas do professor em relação aos filhos do alcoólico, transmissão cultural de hábitos de alcoolização.

Assim, conclui que as dificuldades de aprendizagem, as dificuldades intelectuais e instrumentais não diferem significativamente do grupo de controlo. Mas, revelam elevada percentagem de síndromes de perturbação afectiva (como ansiedade e depressão). Então, “o alcoolismo paterno é susceptível de impedir o normal desenvolvimento mental infantil devido a factores puramente ambientais, que perturbam a criança a nível biológico, psicológico e social (Mendonça, 1978).

O ambiente do doente alcoólico é perturbador para o equilíbrio mental da criança podendo reflectir-se na diminuição da motivação para o trabalho escolar. Manuela Mendonça (1975, 1978), refere como factores de má adaptação à escolaridade destas crianças, a falta de disponibilidade afectiva para esforço intelectual, o aumento da ansiedade quando afastadas da mãe e a despromoção social devido ao alcoolismo dos pais. Assim, nos estudos atrás citados, encontrou que 85% dos casais tinham relações conflituosas; o pai tinha uma atitude de abandono/ambivalência; a mãe assumia uma atitude de superproteção com uma ansiedade acentuada e com o acumular de papéis maternal e paternal.

A nível da literatura, o nível cognitivo dos filhos de pais alcoólicos, é caracterizado por Tarter et al. (1990) como confuso e conflituoso, reflectindo todas as dificuldades de pesquisa nesta área. Testes neuropsicológicos mostram dificuldades na memória espacial e de integração e na memória verbal, redução da flexibilidade da resolução de problemas e atenção pobre. Os professores descrevem estas crianças como menos cooperativas, mais impulsivas e com gramática pobre, com dificuldades na retenção da informação e compreensão. Impulsividade, hiperactividade,

hipersensibilidade a estímulos, dificuldades de atenção/concentração, pobre performance nos testes de habilidade linguística, pobre autocontrole, dificuldades na regulação do comportamento social e modulação emocional pobre são também verificadas (Phil et al., 1990).

Tarter e col.(1988), constataram que os filhos de alcoólicos mostravam maior ataxia, piores resultados nos testes de medida visual e atenção, habilidade de planeamento e controlo de impulso, assim como mostravam atrasos na habilidade verbal e abstracção, mesmo com um Q.I normal (Tarter e col., 1990).

Nos filhos de pais alcoólicos, o rendimento escolar é normalmente inferior ao grupo onde estão inseridos. A instabilidade emocional que vivem na família é transportada para o exterior através da dispersão da atenção, da agressividade e da hostilidade. São descritas como crianças anti-sociais e na adolescência o comportamento anti-social tende a agravar-se, podendo surgir o início do consumo de álcool ou outras drogas e/ou problemas de ordem legal (delinquência).

Mas num estudo de Tarter et al. (1993) chegou-se à conclusão de que os filhos dos alcoólicos não eram diferentes dos filhos dos não alcoólicos, no que respeita aos testes de aprendizagem e de memória. Temperamento e perturbações da personalidade, por exemplo, podem interferir na aprendizagem escolar. Os filhos de pais alcoólicos apresentam maior impulsividade, hiperactividade, assim como uma variedade de sintomas afectivos quando comparados com filhos de pais não alcoólicos, que interferem na aprendizagem.

Schaeffer e col., 1988, concluem que os filhos de alcoólicos apresentam maiores alterações em testes de habilidade, de abstracção, mais sintomas de dificuldades comportamentais na infância, mais sintomas depressivos, contudo as diferenças não são estatisticamente significativas.

Diferenças significativas têm sido encontradas no temperamento de descendentes de alcoólicos, apresentando estes, níveis mais elevados de actividade, impulsividade, busca de sensações, sociabilidade, hiperactividade, comportamentos antisociais, rebeldia, agressividade e maior resistência ao efeitos do álcool, quando comparados com descendentes de não alcoólicos (Saunders e Schuckit, 1981; Tarter, 1988; Sher, Walitzer, Wood e Brent, 1991; Ohannessian e Hesselbrock, 1994). Outros estudos têm mostrado que os filhos de alcoólicos revelam níveis de auto-estima mais baixos e níveis de ansiedade, stress e depressão mais altos do que os descendentes de não alcoólicos (Reardon e Markwell, 1989). Para além disso, evidenciam, com maior frequência,

dificuldades em se adaptarem às leis e às normas da escola e da comunidade (Tarter, 1988). Mas, noutros estudos realizados em populações escolares mais adiantadas, não se notaram diferenças significativas sobre a personalidade ou o desempenho dos filhos dos alcoólicos com relação aos seus companheiros nascidos em famílias sem história de alcoolismo.

Existem vários estudos que demonstram a relação entre problemas de álcool no adulto e perturbações de exteriorização nas crianças: défice de hiperactividade, comportamento desviante/oposicional e distúrbio de conduta. Estas crianças têm um risco acrescido de vir a ter problemas relacionados com o álcool.

Chassin e col. (1988), encontraram que a história familiar de abuso de álcool está associada com mais altos níveis em quantidade e frequência de consumo de álcool, mais consequências negativas relacionadas com o álcool e pobre rendimento escolar.

Apesar de alguns estudos não terem encontrado relação significativa (Johnson, Leonard e Jacob, 1989; Pandina e Johnson, 1989), a maioria das investigações concluem que os filhos de alcoólicos estão em risco acrescido de uso imoderado de álcool na adolescência e de desenvolverem quadros de alcoolismo quando adultos (Sher e col., 1991; West e Prinz, 1987; Merikangas e col., 1985; Chassin, Rogosch e Barrera, 1991; Chassin e col., 1993).

A criança após o nascimento necessita de contacto físico e quando isso lhe é impedido, tende a comportar-se de forma a obter atenção dos outros. Mais tarde tem fortes probabilidades de apresentar comportamento irrequieto e anti-social. Também se os pais apresentarem padrões de comportamento inadequados ou ausentes há uma dificuldade na identificação de papéis por parte dos filhos. Uma criança com um pai alcoólico como modelo de referência, ao fazer a identificação de papéis, é provável que venha a adoptar um comportamento semelhante.

Comportamento disruptivo foi a perturbação psiquiátrica mais comumente verificada em crianças filhas de pais com abusos de substâncias, assim como, depressão e perturbações ansiosas. Reich et al. (1993) encontraram uma relação muito forte entre alcoolismo parental e distúrbio de conduta nas crianças. Num estudo de Rolf Loeber e col. (1995), chegaram à conclusão de que o abuso de substâncias por parte dos pais, o baixo nível sócio-económico e o comportamento oposicional são factores chave na progressão do distúrbio de conduta nos rapazes. Steinhausen e col. (1984) verificaram que o comportamento disruptivo estava associado ao alcoolismo paterno, enquanto as

perturbações interiorizadas estariam associadas ao alcoolismo materno (citado por Clark, Ducan et al., 1997).

A capacidade de manter e desenvolver as relações interpessoais é incrementada pela família, tal como a aprendizagem para ultrapassar as situações conflituosas. Quando o sistema familiar está perturbado, os elementos mais afectados são os mais jovens que ainda não foram capazes de adoptar mecanismos de superação da disfunção. Este ambiente é favorável ao aparecimento ou reforço de outros factores que dificultam o desenvolvimento da criança.

Num estudo de Moss, Howard et col. (1997), não foram encontradas diferenças entre os filhos dos consumidores de substâncias e os filhos do grupo de controlo, cuja exposição ocorreu antes dos 6 anos da criança. Assim, concluíram que quando o abuso de substâncias ocorre após o sexto aniversário das crianças, aumentam as perturbações interiorizadas (depressão) e os problemas de comportamentos exteriorizados (perturbações de conduta, hiperactividade).

Há uma forte associação, embora não directa, entre alcoolismo paterno e perturbações de conduta, especialmente nos rapazes, provavelmente devido aos problemas conjugais e ao ambiente patológico causado pelo alcoólico. Alguns estudos também relacionam com a hiperactividade mas os resultados são contraditórios. Muitos estudos relacionam o alcoolismo parental com distúrbios emocionais como a ansiedade e a depressão, assim como problemas no comportamento alimentar e problemas no sono.

Num estudo, Gabel e Stewart (1993) mostraram que o abuso de outras substâncias, que não o álcool, são mais importantes na predição de comportamentos agressivos e anti-sociais, embora também nos filhos de pais alcoólicos esteja relacionado com comportamentos agressivos, destrutivos e/ou com comportamento disruptivo. Essas diferenças são também significativas, quando os consumos por parte do pai, do que quando os consumos são por parte da mãe.

Crianças filhas de alcoólicos têm Q.I. mais baixo, pobre habilidade verbal, abstracção e pensamento conceptual. Estes poderão contribuir para o insucesso escolar, diminuição da auto-estima e problemas de comportamento e de adaptação.

O estigma social “ser filho de alcoólico” gera um conjunto de expectativas negativas da parte da sociedade, dos professores e das próprias crianças que se irão reflectir na sua motivação para a escola e conseqüente insucesso escolar.

## 2. FAMÍLIA

### 2.1. DEFINIÇÃO DE FAMÍLIA

É no contexto familiar que o indivíduo se desenvolve, onde deve ser valorizado o aspecto relacional, de forma a permitir que os filhos sejam capazes de se adaptar a papéis que lhe são exigidos, na sociedade.

A família desempenha um papel significativo na socialização da criança. À medida que os indivíduos se desenvolvem, a sua percepção do eu e dos outros e as relações interpessoais vão-se tornando cada vez mais diferenciadas e complexas.

É importante que a família funcione como um sistema flexível para que a resposta às necessidades individuais dos membros da família seja eficaz e para que todos possam desenvolver um nível óptimo. Na família, as mensagens devem ser congruentes, cada elemento deve preservar a sua individualidade mas, simultaneamente, reconhecer que o outro também é uma pessoa com necessidades de confiança, segurança e afecto. A comunicação deve ser estimulada de forma a permitir um desenvolvimento dos membros da família para resolver os conflitos e não como um obstáculo ao crescimento.

A família, ao longo da história, sempre foi vista como uma instituição com limites viáveis e regida por normas e valores. O conceito mais frequente é o “grupo de indivíduos unidos por uma relação de casamento, pela filiação ou ainda por pessoas aparentadas que vivem sob o mesmo tecto”.

A definição de família mais aceite é a de um sistema sociocultural aberto, ou seja, que mantém trocas com o exterior, num equilíbrio dinâmico entre a sua tendência homeostática (coesão familiar) e a sua tendência para a mudança (individualização dos seus membros). Selvini conceptualiza a família como um grupo natural, com história, que se forma mediante uma série de ensaios e inter-relações e retroalimentação correctivas, experimentando sobre o que é, e o que não é permitido na relação, até se converter numa unidade sistémica original que se sustenta por meio de regras que lhe são peculiares. Já Daniel Sampaio e José Gameiro, designam família como um conjunto de elementos emocionalmente ligados, não apenas por traços biológicos, mas incluem outros elementos significativos no contexto relacional do indivíduo ou indivíduos.

A família é uma instituição social onde se insere o quadro do desenvolvimento do homem. Para Durkheim (1975), a família é um elemento activo da produção da moral, mas também um elemento condicionado pela organização social.

A família não é algo estático, mas uma instituição em mudança, reflexo dos diferentes estádios de evolução social. A evolução da família acompanha a par e passo o desenvolvimento social. Na sociedade ocidental, o grupo familiar está submetido à influência de um grande número de factores sócio-económicos que modificam progressivamente os comportamentos e as relações com os membros. Marido e mulher trabalham fora de casa, muitas vezes com horários incompatíveis; está também em perigo a sua função reprodutora, a função afectiva, de formação e socialização dos seus descendentes. As relações familiares são também afectadas por uma urbanização demasiado rápida e pelo clima de insegurança que se vive na nossa sociedade.

A concepção de família como um sistema social envolve assim, uma interdependência de papéis e funções entre todos os membros da família em diferentes áreas (afectiva, social, etc.) e cujas interacções podem ocorrer de forma mais directa ou indirecta.

A organização familiar ocidental tem características predominantemente patriarcais. A família é descrita, numa visão sistémica, como um conjunto de indivíduos em interacção, em que o comportamento de cada um dos membros afecta o comportamento da família no seu conjunto. A teoria familiar sistémica, extraída da teoria geral dos sistemas (Ludwig Bertalanffy, 1986) está baseada em princípios que regem os sistemas e define a família como um sistema aberto, composto por elementos em constante interacção. Sendo um sistema aberto, recebe influências do exterior e os elementos interagem reciprocamente. Neste sentido, um ambiente familiar instável resultante do alcoolismo paterno, interfere no comportamento dos restantes membros.

Em termos gerais, a abordagem sistémica aplicada à família, acenta nos seguintes aspectos:

- A família é mais do que a soma dos seus subsistemas (pai e/ou mãe e/ou criança).
- Apresenta fronteiras semi-permeáveis, bem como determinadas regras.
- Uma modificação num subsistema afecta todo o sistema familiar.

O feed-back e a comunicação são importantes para o funcionamento da família, que também apresenta causalidade circular e uma tendência, em termos gerais, para o equilíbrio familiar. A família apresenta objectivos e está inserida noutros sistemas (cidade, comunidade, etc.). Numa família, cada um dos elementos influencia e é influenciado pelos outros e as relações pais-filhos durante a infância e adolescência afiguram-se imprescindíveis ao desenvolvimento psicológico normal dos filhos.

Andolfi (1979), considera a família como um sistema de interação que supera e articula dentro dela os vários componentes individuais. Gameiro (1992) descreve a família como “uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados para o estudo dos indivíduos isolados” (Gameiro, 1992, pág.187).

A família é vista como um sistema social aberto e auto-organizado. Cada família é um todo (mais do que a soma dos elementos que a constituem), mas também é parte de outros sistemas mais vastos em que se integra (sociedade). Dentro da família, por outro lado, existem subsistemas, formando assim uma hierarquia sistémica que vê a família como um sistema entre sistemas, que coloca ênfase nas relações estabelecidas quer com o meio, quer com o indivíduo.

Estas relações são geridas pela comunicação que constitui e caracteriza a interação familiar, com a construção de normas e regras próprias de cada grupo familiar. Podemos assim diferenciar vários subsistemas familiares:

- Individual – Indivíduo membro da família
- Parental – com funções executivas, tem a seu cargo a protecção e educação das gerações mais novas, normalmente é constituído pelos pais.
- Conjugal – (marido e mulher) importante no processo de identificação das gerações mais novas.
- Fraternal – conjunto dos irmãos.

A família é um sistema com fronteiras ou limites que permite a sua diferenciação face aos contextos que o envolvem e nos quais os membros participam. Estes limites podem ser mais ou menos abertos conforme a organização da família. Cada membro ocupa diferentes papéis com novos estatutos, funções e tipos de interação, consoante o subsistema em que se insere.

A forma como estes subsistemas se organizam, constitui a estrutura familiar. Cada família possui uma organização, um dinamismo próprio que lhe confere individualidade e autonomia. E é capaz de modificar espontaneamente a sua estrutura quando condições internas e/ou externas mudam. Assim, uma família evolui, transforma-se, os membros que a constituem alteram-se, mas ela não deixa de ser “aquela” família.

A família é entendida na sua complexidade como “Um conjunto de indivíduos que desenvolvem entre si, de forma sistemática e organizada, interações particulares que lhe conferem individualidade grupal e autonomia” (Relvas, 1997). “A família é um

grupo natural com uma história que se vai construindo progressivamente (Relvas, Ana Paula, 2000). Cada família nuclear, percorre um ciclo vital, marcado por etapas desenvolvimentais caracterizadas pela prossecução de objectivos específicos que concorrem, em última análise, para a obtenção do seu objectivo último: a sobrevivência do sistema familiar e o cumprimento das suas funções globais” (Relvas, 2000, pág. 25).

Pela necessidade de limitarmos o nosso estudo, vamos considerar família o agregado formado pelo casal e pelos filhos, socialmente reconhecidos, a viver na mesma casa.

## **2.2. FUNÇÕES DA FAMÍLIA**

É a família que influencia as primeiras aprendizagens e comportamentos da criança, embora mais tarde, ela aprenda também com os seus pares e outros agentes de socialização.

Uma família é uma unidade de trabalho conjunto, com tarefas de socialização e de apoio vital aos seus membros. Assim, a família tem duas funções essenciais:

1ª Permitir o crescimento e individualização dos seus membros, com criação de um sentimento de pertença.

2ª Facilitar a integração dos seus elementos no contexto sociocultural que os acolhe.

Outras funções da família referidas são:

- Resposta às necessidades básicas (pelo menos) de vida dos seus elementos.
- Reprodução e continuação da espécie.
- Criação e socialização dos filhos.
- Espaço para a expressão legítima da sexualidade do casal.
- Possibilidade de amparo e apoio mútuos dos seus elementos.

A família, é um sistema de relações organizado em função de determinados objectivos comuns que não poderão ser atingidos pelos seus membros separadamente. Está inserida numa comunidade e numa cultura onde se exercem influências recíprocas. Como um sistema aberto, está sujeita à adaptação dos seus membros, o que implica uma transformação e remodelação contínua sem, no entanto, perder a sua identidade.

As mudanças de valores sociais, familiares e das práticas educativas, assim como da estrutura familiar, verificadas nos últimos anos, implicam, por parte da família, uma capacidade de adaptação e reorganização que permitam o desenvolvimento dos seus membros.

A criança socializa-se em primeiro lugar na família. É no sucesso das primeiras relações com a mãe que a criança é capaz de estabelecer relações satisfatórias com os outros que a rodeiam (socialização passa também para a escola, onde as crianças passam grande parte do dia). As crianças têm necessidade de um sentimento de pertença importante para o seu desenvolvimento psicossocial equilibrado. As crianças necessitam de afecto, quando crescem é importante a socialização e desenvolvimento de uma personalidade flexível que permita adaptar-se aos acontecimentos de vida. Na vida

adulta é necessária autonomia. Isto tudo é possível num grupo familiar relativamente estável.

Família “saudável” é algo difícil de definir. Talvez a coisa mais importante a ter em mente seja se a família responde às necessidades materiais, emocionais e espirituais dos seus membros.

O conceito de “funcionamento familiar ideal” tem interesse. Diz respeito não apenas à ausência de problemas, mas também, a saber se as necessidades do casal e dos filhos estão a ser satisfeitas quanto possível. Uma família deveria preencher as necessidades emocionais e psicológicas de todos os seus elementos bem como, preparar os filhos para uma existência autónoma no vasto mundo para onde, em devido tempo, os lançará.

O papel da família é importante no desenvolvimento humano, as pessoas trazem para a vida adulta um esquema sócio-afectivo que irá influenciar na vida adulta todas as relações de subordinação, de complementaridade ou de reciprocidade. É na base da relação com os pais e entre eles que se elabora o esquema fundamental do casal, da família, da criação dos filhos...

### 2.3. TIPOLOGIAS FAMILIARES

Para explicar o funcionamento e desenvolvimento da família, existem várias teorias:

- A **Teoria Psicodinâmica** (Bowen) explica o funcionamento da família em função do desenvolvimento psicológico dos membros da família – o self individual é fortemente influenciado pela qualidade de dependência emocional e das relações familiares.
- Na **Teoria Desenvolvimentista** o funcionamento da família é avaliado através da sua passagem pelos diferentes estádios de desenvolvimento, e o desenvolvimento saudável da família é governado pelo sucesso com que a família passa de estágio em estágio.
- A **Teoria Sistêmica**, extraída da Teoria Geral dos Sistemas (Von Bertalanffy, 1986), define a família como um sistema social aberto composto por elementos em constante interação. É aberto porque estabelece trocas com o exterior e com o meio que a rodeia, levando de volta para o sistema algumas características do exterior. A família é formada por diversos subsistemas:
  - Subsistema conjugal (marido e mulher) – é o espaço privado de suporte afetivo e emocional do casal.
  - Subsistema parental (pais e filhos) – cuja principal função é facilitar o adequado desenrolar do processo evolutivo e promover a sua educação e socialização. É necessária uma grande flexibilidade e uma constante evolução e adaptação às diferentes fases do desenvolvimento infantil.
  - Subsistema frateria (conjunto de irmãos) – primeiro grupo onde a criança aprende a funcionar interpares, onde aprende a negociar, crescer, competir e fazer aliados, etc.

Nas tipologias familiares, Salvador Minuchin, coloca as famílias num continuum em cujos pólos opostos disfuncionais se encontram as famílias emaranhadas e desmembradas. Nas famílias emaranhadas, as fronteiras entre gerações e indivíduos são difusas, mal definidas, enquanto a fronteira com o exterior é rígida, havendo um mito de unidade que tolera poucas diferenças na individualização; são sistemas relativamente fechados e isolados em relação ao meio. As famílias desmembradas tendem a ser excessivamente abertas, os papéis

parentais são instáveis, apesar de uma aparente rigidez. A entrada das crianças na vida social é precoce e conflituosa sem estarem dotados de modelos de adaptação bem definidos.

- **Steinglass** (1977) desenvolveu um modelo de funcionamento familiar que representa relações de co-dependência. Numa perspectiva sistémica, este modelo pressupõe que os membros da família interagem uns com os outros, interacções essas regidas por leis de equilíbrio comparáveis às da Física. Devido aos tipos de relações que instaura, o consumo de álcool está na origem de comunicações negativas entre os membros da família (Jacob, 1981). De acordo com este modelo sistémico, as relações entre o álcool e família não se resumem aos efeitos negativos da dependência exercidos sobre o equilíbrio familiar. O álcool reduz também transitoriamente as tensões familiares e, paradoxalmente, aumenta a curto, e às vezes mesmo a longo prazo, a estabilidade familiar.
- **The McMaster Model of Family Functioning** (Epstein e col., 1978), baseia-se na abordagem sistémica e considera seis aspectos do funcionamento da família:
  - a) Resolução de problemas
  - b) Comunicação
  - c) Papéis
  - d) Responsabilidade afectiva
  - e) Envolvimento afectivo
  - f) Controlo do comportamento

Este modelo diz respeito ao funcionamento familiar do momento e não ao seu desenvolvimento passado ou à sua actual fase de evolução.

- **Tseng e McDermott** (1979) propuseram uma classificação “triaxial” que identificava três classes de famílias com problemas;
  - a) Disfunções do desenvolvimento das famílias
  - b) Disfunções do sistema familiar
  - c) Disfunções do grupo familiar
- O **modelo circunflexo de Olson** e col. (1979) integra os aspectos evolutivos e estruturais da família. Utiliza duas dimensões base: coesão (que se refere às ligações emocionais de cada membro da família face aos outros) e a adaptabilidade (ou mudança, que consiste na capacidade do sistema para

adaptar a sua estrutura, regras e relações face a determinadas situações ou perante as próprias necessidades evolutivas). Uma terceira dimensão facilitadora que é a comunicação. Os valores médios apontam para a funcionalidade e os valores extremos para a disfuncionalidade.

- **Guy Auloos** (1981) define uma tipologia baseada no dinamismo familiar em termos de equilíbrio dos movimentos para a estabilidade e para a mudança. Assim, parte do princípio (baseado em Cannon) que a estabilidade homeostática do sistema é constituída por duas tendências: 1) para a mudança – morfogénese e 2) para a manutenção – morfoestase. O equilíbrio homeostático resultaria da tensão entre estas duas tendências antagonistas.
- O **modelo de Beavers** (Beavers e Voeller, 1983) é linear e integra os aspectos evolutivos e estruturais da família, que vai da patologia à saúde. Possui dois eixos, um referente à “qualidade estilística da interacção familiar”, que é classificada como “centrípeta”, “mista” ou “centrifuga”; o outro refere-se à “estrutura, informação disponível e flexibilidade adaptativa do sistema”.
- **The Process Model of Family Functioning** (Steinhauer e col., 1984), tem fundamentalmente origem no Family Categories Schema. Considera o funcionamento familiar em seis dimensões e todas, à excepção de uma, são semelhantes às categorias do Modelo de McMaster:
  - a) Realização de tarefas
  - b) Desempenho de papéis
  - c) Comunicação
  - d) Envolvimento afectivo
  - e) Controlo
  - f) Valores e normas

## **2.4. MODELO CIRCUMPLEXO**

O modelo circumplexo desenvolvido por Olson e colaboradores (1979) para a análise do comportamento das famílias, integra dois conceitos: a coesão e a adaptabilidade. De acordo com este modelo (Olson et al., 1983), a coesão familiar define-se pelas ligações afectivas que existem entre os vários elementos da família e o grau de autonomia que individualmente apresentam no sistema familiar. Para isso é importante ter em consideração as obrigações emocionais, os limites e alianças, o espaço e tempo destinados a cada um, os amigos comuns e individuais, interesses e actividades de lazer. São hipotetizados vários níveis de coesão, desde extremos, que são vistos normalmente como problemáticos, a níveis equilibrados, onde os indivíduos são capazes de experiências independentes e simultaneamente, ligados à sua família. A adaptabilidade familiar define-se pela capacidade do sistema para mudar a sua estrutura, relações de poder, os papéis e regras, em resposta a situações de stress quer sejam devidas a crises situacionais ou de desenvolvimento. Níveis extremos sugerem dificuldades no funcionamento familiar; níveis centrais são mais adequados ao funcionamento familiar porque têm mais capacidade de mudar quando é necessário.

Estudos empíricos iniciais colocam estas dimensões numa relação curvilínea com o funcionamento saudável da família. Assim, os valores extremos são mais esperados em famílias disfuncionais, enquanto os valores médios serão indicadores de famílias saudáveis. Alguns estudos feitos com famílias extremas, mas que no entanto tinham um bom funcionamento familiar, permitiram concluir que só existirá um mau funcionamento se algum dos membros não estiver de acordo com o grau de coesão e de adaptabilidade característicos destas famílias.

Para a avaliação destas dimensões funcionais da família, Olson e al. (1985) desenvolveram uma escala de autopreenchimento: FACES (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale).

A Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale – FACES – é uma escala de auto-preenchimento, com 20 perguntas, num formato tipo likert, os itens dizem respeito à coesão e à adaptabilidade percebidos e idealizados (10 itens são relativos à coesão e 10 relativos à adaptabilidade). A escala é aplicada a partir dos 12 anos e ao longo do ciclo de vida familiar. Apesar de Olson (1994) admitir que o FACES III não é um instrumento adequado para operacionalizar correctamente o Modelo Circumplexo do funcionamento familiar, o FACES III permite quantificar a coesão e a adaptabilidade

e caracterizar as famílias em equilibradas, intermédias e extremas. Também é possível calcular o grau de satisfação, calculando a diferença entre os scores de coesão e adaptabilidade idealizadas e percebidas.

Na dimensão coesão foram definidos quatro tipos num contínuo de um valor mais baixo para um mais alto: desligada (pouca ligação afectiva, falta de lealdade, grande independência); separada (baixa a moderada ligação afectiva, pouca lealdade, interdependente); ligada (moderada a alta ligação afectiva, alguma lealdade, independente); e emaranhada (ligação afectiva muito elevada, muita lealdade, muita dependência). A coesão é uma característica implícita na cultura ocidental, ao ponto de constituir um ideal para algumas famílias.

Também na dimensão adaptabilidade foram definidos quatro grupos: rígido (em que o líder é autoritário, os papéis poucas vezes mudam, a disciplina é rigorosa e existe pouca mudança); estruturada (por vezes a liderança é compartilhada, os papéis são estáveis, por vezes alguma democracia na disciplina e existe mudança quando exigida); flexível (a liderança é compartilhada, os papéis são partilhados, a disciplina é democrática, existe mudança quando necessário); e caótica (ausência de liderança, há troca dramática de papéis, a disciplina é irregular e acontece demasiada mudança).

Após a avaliação as famílias são situadas em relação a dois eixos, para cada um dos quais há uma escala de quatro pontos, como se segue:

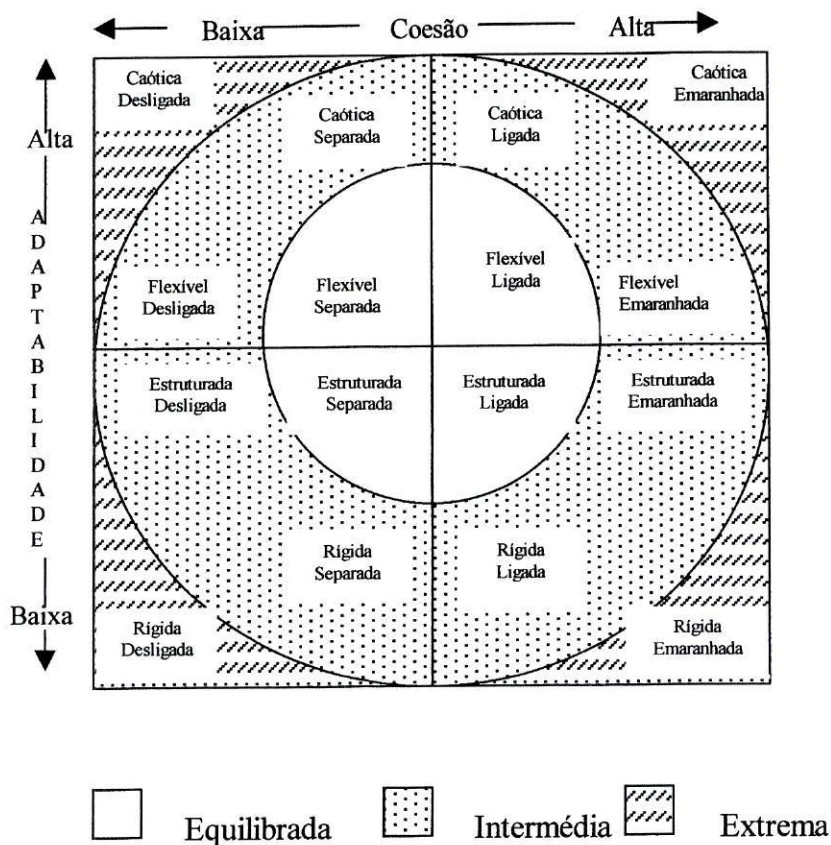
	Coesão	Adaptabilidade
Alta	Emaranhada	Caótica
	Ligada	Estruturada
	Separada	Flexível
Baixa	Desligada	Rígida

Da combinação dos quatro níveis de coesão com os quatro níveis de adaptabilidade surgem 16 tipos distintos de sistemas familiares. Quatro desses 16 tipos são moderados na coesão e na adaptabilidade (tipo equilibrado); oito tipos são extremos numa dimensão e moderados na outra (intermédias) e quatro tipos são extremos nas duas dimensões (extremas).

Desta forma, as famílias equilibradas são mais funcionais do que as extremas e também possuem mais competências positivas de comunicação.

A figura ilustra como através da utilização deste esquema as famílias se podem agrupar em 16 tipos possíveis:

Modelo circunflexo (Olson e col., 1979)



## **2.5. FAMÍLIAS ALCOÓLICAS**

A função cultural do álcool está profundamente enraizada na sociedade humana.

O alcoolismo é um problema que afecta todos os aspectos relacionais do indivíduo, nomeadamente a nível familiar, podendo causar graves prejuízos na dinâmica da família e no bem estar dos seus membros. A imprevisibilidade do comportamento do alcoólico, torna o ambiente familiar inseguro, com limites pouco precisos e alianças e coligações patogénicas.

O constante viver na incerteza do dia-a-dia, a imprevisibilidade do comportamento alcoólico, a violência, a falta de meios de subsistência, a delegação de competências, a insuficiente comparticipação económica, a estigmatização social, a agressividade física e ou verbal, a falta de comunicação e de afecto, conduzem frequentemente a alterações do comportamento e a disfunções emocionais nos membros da família do alcoólico.

Ser familiar de alguém que padece de uma dependência alcoólica implica, por isso, compromissos/prejuízos muito pesados, como ser vítima de maus tratos, não poder contar com a participação do alcoólico nas decisões da casa e na educação dos filhos e ter problemas financeiros devido à instabilidade laboral e gastos excessivos.

A dependência alcoólica de um dos seus membros, modifica e perturba profundamente a dinâmica relacional da família. Esta irá sofrer consequências nefastas como dificuldades e carências económicas e materiais, relacionamento familiar perturbado, muitas vezes com deterioração lenta mas progressiva do lar, podendo mesmo terminar em separação e/ou divórcio. Nos filhos, os efeitos são tão graves que podem ter repercussões para toda a vida.

Ter um membro alcoólico na família aumenta a frequência dos divórcios e das situações de desentendimento familiar e propicia todas as formas de violência (maus tratos, incesto). A família do alcoólico, bem como o próprio doente, sofrem de uma doença relacionada com ao álcool, designada co-dependência.

São frequentes as perturbações relacionais nas famílias dos alcoólicos. Segundo alguns autores sistémicos, o comportamento de beber tem um valor comunicacional.

Miller e col. (1993, citado por Alexandra Almeida, 1995) referem que há uma probabilidade de 50% de um doente alcoólico ter um membro na família com a mesma doença. A probabilidade dos filhos serem doentes alcoólicos quando os pais o são é quatro a cinco vezes maior do que quando os pais não o são.

Segundo Almeida, Alexandra (1995), “embora a família possa ser afectada de maneiras muito diversas, na prática clínica é frequente encontrarmos uma família “estabilizada” numa relação insatisfatória mas de sobrevivência”. Segundo a autora, a família, perante um doente alcoólico, passa por várias fases. Numa primeira fase há “um aumento da tolerância para o álcool, ao não assumir da situação por parte do cônjuge”. Numa segunda fase, a dependência instala-se e o doente “perde ou demite-se do seu papel parental acabando a família por encontrar uma nova reorganização e equilíbrio”, com a mulher assumindo as funções parentais e formação de coligações e alianças, entre os diferentes membros da família. Na fase terminal, há um isolamento social definitivo do doente em relação ao seu meio.

A família do doente alcoólico é uma família doente pois apresenta muitas vezes perturbações ao nível da comunicação, o que dificulta o seu funcionamento e a impossibilidade de cumprir as funções familiares (Almeida, Alexandra – 1995).

O estudo da família do doente alcoólico iniciou-se há poucas décadas, dado que, anteriormente, a abordagem nesta patologia era individual (baseadas nos modelos moral e médico). Na década de 50 (com o modelo biopsicossocial) é dada mais atenção ao cônjuge do alcoólico e na década de 70 a todo o sistema familiar.

Ewing e Fox (1968) descrevem o alcoolismo de um membro da família como um mecanismo homeostático que permite a família manter um certo equilíbrio e resistir à mudança. Steinglass (1971) refere que o alcoolismo ajuda a manter a coesão familiar, assim como Davis (1974) afirma que o abuso de álcool pode ter efeitos adaptativos. Gacic (1977) e Aleksic e Gacic (1981) consideram o alcoolismo como uma doença da comunicação, classificando as comunicações na família alcoólica como disfuncionais, superficiais e incongruentes.

Num estudo de Tarter et al., em 1993, foi observado que há grande insatisfação mútua entre mãe e filhos em famílias onde o pai é alcoólico e que o grau de insatisfação está correlacionado negativamente com a coesão familiar e organização.

Estudos específicos analisaram as relações entre o grau de satisfação conjugal do cônjuge do dependente alcoólico e o volume de álcool consumido. Verificou-se que os casais cujo consumo alcoólico era o maior eram aqueles em que o sujeito alcoólico e sua esposa tinham os valores mais altos de satisfação conjugal e os mais baixos de depressão. Estes resultados corroboram as explicações de ordem sistémica, segundo as quais o álcool desempenha um papel adaptador na vida familiar.

A literatura propõe hipóteses teóricas sobre as mulheres dos alcoólicos, e os reajustamentos comportamentais no casal e na família para se acomodarem ao excesso de bebida de um familiar. Sintomas comuns nas mulheres dos alcoólicos são as cefaleias, obesidade, depressão, doenças psicossomáticas e outras doenças relacionadas com o stress. Normalmente as mulheres dos alcoólicos são mulheres inseguras, já com história de alcoolismo dos pais. Muitas vezes a homeostase familiar foi conseguida à custa do álcool.

O alcoolismo, como doença multifacetada, afecta directamente a família enquanto unidade e cada membro individualmente. A família interage e adapta-se de forma diferente, se o elemento que abusa da bebida é homem, ou mulher, ou ambos.

Aspectos de ordem psicológica como a instabilidade e insegurança, o ambiente tenso e conflituoso, a friidez, o stress contínuo, a angústia e o estado emocional desequilibrado vão-se repercutir no desenvolvimento da criança que vivência todos esses sentimentos.

Nas famílias ocidentais, o relacionamento com as mães, os primeiros cuidadores, são provavelmente as mais significativas, mas a natureza da relação pai/criança poderá também ter influências independentes (Main e Weston, 1981, citado por Michael E. Lamb et al., 1985). Pederson, Anderson & Cain (1980, citado por Michael E. Lamb et al., 1985), referem que pais e mães são mais cuidadosos e responsáveis, para as suas crianças quando as interacções entre os dois pais são positivas e calorosas. Quando o pai é alcoólico está em causa a imagem paterna e de autoridade.

As famílias alcoólicas em que o pai é o P.I. (paciente identificado), podem seguir três alternativas:

1. Marginalização do pai alcoólico, como tentativa de reconstruir uma família funcional com outros elementos familiares.
2. Paragem do funcionamento como família (família desorganizada, multiproblemática, com funções e regras caóticas).
3. Fazer ajustamentos numa reorganização familiar.

Skuckit (1994), verificou maiores scores de ansiedade nos filhos de alcoólicos em relação a grupos de controlo.

A família do alcoólico passa por estádios evolutivos que podem ir desde o conflito até à agressividade ou mesmo até à separação e/ou divórcio. Nesta família será difícil manter-se um equilíbrio saudável embora possa acontecer um reequilíbrio relacional.

Os papéis que cada elemento da família desempenha, representam uma adaptação inconsciente da família a uma situação demasiado complexa.

Os papéis mais observados nas famílias com problemas ligados ao álcool são:

- O defensor – Aquele que está para justificar ou substituir a ausência do alcoólico. Estas atitudes protegem o alcoólico das consequências, reforçando a comportamento de beber.
- O protector – Aquele que assume tudo para que o alcoólico não seja responsabilizado, minimizando assim os problemas causados pelo álcool.
- O revoltado – Aquele que tenta, por uma conduta desadaptada, desviar a atenção da família para outros aspectos, que não o álcool, como maus resultados escolares, agressividade, etc.
- O herói – Aquele que desvia a atenção do problema adoptando um comportamento exemplar.
- O acusador – Aquele que atribui ao álcool todos os problemas familiares, reforçando a raiva e a impotência do alcoólico, dando-lhe razões para beber.
- O passivo – Fechado em si próprio, sente-se incomodado e contrariado, recusando confrontar-se com o problema.

Gomes, Maria Filomena (1995), tira algumas conclusões do seu estudo sobre a “Comunicação na família alcoólica”:

- Níveis extremos de coesão nos dependentes estatisticamente superiores dos não dependentes.
- Níveis extremos de adaptabilidade nos dependentes estatisticamente inferiores aos das famílias não dependentes.
- Percentagem de famílias equilibradas ligeiramente superior na amostra das famílias não dependentes.
- Percentagem de famílias intermédias também superior na amostra dos não dependentes.
- Percentagem de famílias tipo extremo superior na amostra de dependentes.

As famílias intermédias são capazes de manter um certo equilíbrio compensando com outra dimensão, adoptando mecanismos que permitem aos seus membros encontrar uma certa estabilidade e um ponto de referência.

Alguns estudos com famílias afectadas pelo álcool (Olson y Killorin, 1985; Killorin y Olson, 1984) mostram que a maioria das famílias dependentes têm pontuações do tipo extremo, enquanto famílias não alcoólicas pertencem ao tipo equilibrado.

Estudos realizados nos EUA referem que as crianças que crescem no seio de famílias alcoólicas têm sintomas comuns. Kritisberg, em 1986, descreve quatro tipos de famílias alcoólicas, distinguindo-as da família saudável:

1 – Tipo I – Existência de alcoolismo activo e vigorante ao longo de várias gerações. Nestas famílias é dada pouca atenção aos membros não alcoólicos e/ou aos seus problemas. Sugere a existência de uma personalidade predisposta para o alcoolismo, por um lado devido a factores genéticos, por outro devido a aprendizagem dos hábitos alcoólicos do pai.

2 – Tipo II – O alcoolismo activo terminou mas o sistema familiar continua a funcionar de forma considerada alcoólica, com dificuldades em lidar com comportamentos e emoções diferentes.

3 – Tipo III – O alcoolismo desapareceu da família por uma ou mais gerações, mas as pessoas sentem-se familiarizadas com os alcoólicos e envolvidos com as suas características.

4 – Tipo IV – Existência de uma história de alcoolismo na família. Um membro da actual geração é alcoólico e os filhos correm altos riscos de se tornarem alcoólicos.

Assim o autor distingue a família alcoólica da família saudável, em que a primeira será disfuncional e a segunda será funcional:

<b>Família alcoólica</b>	<b>Família saudável</b>
1 – Regras rígidas	1 – Não há regras rígidas
2 – Papéis rígidos	2 – Não há papéis rígidos
3 – Segredos familiares	3 – Não há segredos familiares
4 – Não permitem a entrada de estranhos no sistema	4 – permitem a entrada de estranhos no sistema
5 – É muito séria	5 – Têm o sentido de humor
6 – Não há privacidade	6 – Os membros têm direito à privacidade
7 – Falsa lealdade para com a família, os membros não são livres para abandonar o sistema	7 – Os membros conhecem o sentimento da família e é-lhes permitido abandonar o sistema
8 – O conflito entre os membros é negado e ignorado	8 – O conflito entre os membros é permitido e resolvido
9 – A família resiste à mudança	9 – A família muda constantemente
10 – Não há união, a família é fragmentada	10 – A família é um todo

Todas as famílias têm as suas regras de coexistência e convivência, consoante o meio físico e sociocultural em que se inserem.

A família alcoólica apresenta 4 regras de funcionamento (Kritsberg, 1986):

1. A regra da rigidez – A família alcoólica é inflexível, não adopta mudanças facilmente. Dado que o comportamento do alcoólico é imprevisível, para trazer mais estabilidade à família são impostas regras muito rígidas de comportamento. Crescendo com a regra da rigidez, a criança transporta para o adulto a necessidade de controlo. Os alcoólicos aprenderam que as regras rígidas de comportamento são a forma de controlar situações imprevisíveis.
2. Regra do silêncio – na família alcoólica, muitas vezes, não se pode falar do que está a acontecer na família, quer a nível do comportamento e acções da família, quer a nível dos sentimentos e das emoções. As crianças sabem que não é permitido falar sobre o que ouve ou vê, não podem falar com ninguém sobre o que sentem e vão construindo “muros” à sua volta, isolando-se. Estas crianças têm grandes dificuldades de se expressar para o resto da vida.

3. Regra da negação – A família alcoólica não aceita que há um problema com o álcool. As crianças são ensinadas a ignorar o comportamento do alcoólico e a “fazer de conta” que nada se passa. Há também uma negação dos sentimentos e as crianças não aprendem a expressar honestamente os seus sentimentos.
4. Regra do isolamento – A família alcoólica é um sistema fechado, uma vez que tenta ser auto-suficiente. Há um mito de que ninguém compreende o que se passa na família e de que não se deve confiar em ninguém fora do sistema familiar. À primeira vista, parece que o isolamento da família serve para a manter junta, mas o mito da família, “lá estaremos quando precisares de nós”, não é verdadeiro, porque a família alcoólica é incapaz de ser um suporte emocional e quando uma crise surge, não está presente. Os membros individuais da família alcoólica estão isolados uns dos outros e a criança quando cresce continua a isolar-se das outras pessoas.

O uso excessivo de álcool distorce a estrutura e a dinâmica familiares. Frequentemente a família funciona como um sistema doente, exprimindo sentimentos e comportamentos que favorecem a permanência ou agravamento do problema.

Numa perspectiva sistémica, o uso do álcool é adaptativo, homeostático e com um significado.

### 3. RENDIMENTO ESCOLAR

Diversos dados apontam para que relações marcadas por suporte, carinho, disponibilidade e segurança aumentam a auto-estima e proporcionam o desenvolvimento de capacidades de aprendizagem. Ao falarmos de insucesso escolar teremos de ter em conta a família, o aluno, a escola e a sociedade.

A etiologia do insucesso escolar é vasta e complexa. O insucesso escolar é resultante da interacção de diversos factores de ordem pessoal, interpessoal e institucional.

Ter sucesso ou insucesso escolar depende de múltiplos factores, quer a nível do aluno (idade, inteligência, interesses, motivação, etc.), quer do professor (personalidade, competência, método), quer dos pais (nível sócio-económico, apoio à criança, relação com a escola, etc.), quer do ambiente mais geral que envolve as instituições escolar e familiar e ainda da interacção de todas estas variáveis e subsistemas (Barros, José H. et al., 1992).

Diversos autores (Hes e Holloway, 1984; Bettelheim, 1989), defendem que a realização escolar e o funcionamento social parecem estar relacionados com as relações pais-filhos. Assim, Hess e Holloway (1984) a partir de alguns estudos sobre as relações entre ambiente familiar e impacto no desenvolvimento mental e realização escolar das crianças identificaram cinco aspectos que parecem ligar a família à realização escolar:

- 1 – Interacção verbal entre mãe e criança
- 2 – Expectativas dos pais sobre a realização
- 3 – Relações afectivas positivas entre os pais e a criança
- 4 – Crenças e atribuições dos pais acerca da crianças
- 5 – Disciplina e estratégias de controlo

Estudos realizados no domínio da família demonstram que os adolescentes provenientes de famílias dissociadas (por divórcio ou morte de um dos pais) quando comparados com filhos provenientes de famílias intactas, vivendo com os dois pais, apresentam maior incidência de problemas de realização e ajustamentos escolares.

Outros factores também referenciados como importantes no que respeita à família são também referidos por Cherkaoui (1979 – citado por Rosa Armando – 1993), são a residência, o nível de instrução dos pais, a presença dos pais no lar, o tamanho da família, a posse de certos bens de equipamento, as possibilidades de leitura em casa, o

interesse dos pais pelos estudos dos filhos e o nível de aspiração dos pais quanto aos estudos da criança.

Num estudo feito em Portugal, Vilas-Boas (1985), provou que o envolvimento dos pais nas actividades de aprendizagem em casa, pode ter efeitos positivos no aproveitamento escolar.

Lúisa Faria (1995), num estudo com adolescentes do ensino secundário, verificou a existência de diferenças significativas na realização escolar entre alunos de famílias dissociadas e alunos de famílias intactas, nomeadamente a nível das notas escolares e do número de reprovações com os alunos de famílias intactas a apresentarem melhores notas escolares médias e menor número de reprovações do que os alunos de famílias dissociadas.

A criança partilha grande parte da sua vida entre a casa e a escola. Marjoribanks (1974) e Williams (1974), na revisão de diversos estudos, demonstram que as interacções da família com a criança são importantes para o desenvolvimento das características básicas essenciais para as aprendizagens na escola.

A nível da sociedade, a condição sócio-económica influenciará no rendimento escolar, embora não seja factor determinante.

Os aspectos relacionados com o aluno no insucesso escolar envolvem a inteligência, a atenção/concentração, a criatividade.

A escola constitui um espaço privilegiado para o desenvolvimento pessoal, sendo influenciado pelo relacionamento estabelecido com a família. Vários são os estudos sobre a influência dos aspectos afectivos sobre o funcionamento cognitivo das crianças.

Variáveis associadas ao rendimento escolar (Borges, Graciete, 1997):

- Atribuições causais do rendimento escolar.
- As expectativas.
- O valor instrumental atribuído à escola.
- A preparação da entrada na escola pela primeira vez.
- A ajuda nos trabalhos escolares.
- As estratégias de apoio às actividades escolares.
- A frequência do contacto com a escola/professores.
- A manifestação de interesse pelas actividades escolares quotidianas.
- As atitudes face aos resultados escolares.
- A discussão de leituras.

A escola é uma instituição complexa que tem variáveis externas (sociais e políticas) e internas (alunos e professores) importantes para o sucesso escolar do aluno.

As dimensões do insucesso escolar são várias, daí a nossa limitação em medir o insucesso escolar através da “ausência de repetições”. O insucesso escolar é um problema de causas multifacetadas, em que o social joga com o individual. No nosso estudo não foram avaliadas algumas das possíveis causas do individual.

## 4. COMPORTAMENTO NA SALA DE AULA

A criança partilha grande parte da sua vida entre a casa e a escola. Apesar do número de estudos reduzido, Forehand (1986), sugere que a interacção pais-filhos em casa pode influenciar o comportamento da criança noutros sítios, como por exemplo na escola.

A natureza da relação pais-filhos, durante a infância e adolescência, é considerada um factor causal importante no desenvolvimento da personalidade e do comportamento da criança (Bowlby, 1982).

Nas últimas décadas tem sido dado muito relevo às relações familiares e a importância que assumem na educação da criança (Power e Perke, 1986; Marinha, 1989; Portugal, 1990).

Alguns estudos têm chamado a atenção para o facto de que os pais constituem modelos de comportamento e fonte de reforço para os filhos, e deste modo, têm tentado estabelecer relações entre determinado estilo de relações pais-filhos e os comportamentos da criança e adolescente. Por exemplo, Parke e Slaby (1983) defendem, num estudo, que pais agressivos (através de punições físicas, verbais, etc.) tendem a ter também filhos agressivos.

O auto-conceito afecta o comportamento, o desempenho e o ajustamento do indivíduo e resulta da avaliação que cada um faz a partir da experiência com o meio, interacção com outros significativos e de atribuições do seu comportamento (Simões e Vaz Serra, 1987). Vaz Serra, Firmino e Matos (1987), sintetizando a opinião de diversos autores, defendem que a influência do pai no desenvolvimento do filho é mediada, indirectamente, pelas interacções conjugais.

Reid and Crisafulli (1990), numa meta-análise do impacto da discórdia marital no ajustamento psicológico das crianças, encontraram que os conflitos parentais predizem significativamente uma variedade de problemas comportamentais nas crianças.

Joseph Biederman e col. (1995) descreveram a influência de conflitos crónicos, baixa coesão familiar e exposição a psicopatologia parental, sendo mais comuns em famílias com crianças com hiperactividade, ou seja, referem uma associação entre ambiente familiar e hiperactividade. Rutter e Giller (1983), verificaram que a “discórdia matrimonial” é predictora de comportamentos disruptivos nos rapazes.

Na avaliação comportamental das crianças, os professores são muito úteis, na medida em que as crianças passam uma parte considerável do seu tempo na escola e os

professores podem observar inúmeros comportamentos em variadas situações e podem comparar o funcionamento de uma dada criança com o de muitas outras da mesma idade cronológica e são, muitas vezes, os primeiros a assinalarem a existência de um eventual problema.

No nosso estudo a avaliação do comportamento na sala de aula será feita através da Escala de Connors para professores.

## **PARTE II**

# **INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

# 1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

## OBJECTIVOS DO ESTUDO:

- ◆ Avaliar a influência do alcoolismo paterno no rendimento escolar e no comportamento dos filhos na sala de aula, comparados com os filhos de pais não alcoólicos.
- ◆ Avaliar a coesão e a adaptabilidade das famílias alcoólicas, quando comparadas com as famílias não alcoólicas.

## HIPÓTESES:

- ◆ Existe uma relação positiva entre os problemas de comportamento na sala de aula e a família disfuncional (coesão e adaptabilidade extremas).
- ◆ Existe uma relação positiva entre o rendimento escolar (número de reprovações) e a família disfuncional.
- ◆ Os dois grupos de pais alcoólicos e não alcoólicos apresentam valores diferentes de coesão e adaptabilidade, na escala FACES III.

## MÉTODOS:

### Sujeitos:

- Crianças que frequentam o 4º ano de escolaridade, nas escolas do 1º ciclo, no Concelho do Funchal, durante o ano lectivo de 2000/2001.

### Instrumentos:

- ◆ MAST (Michigan Alcoholism Screening Test, Selzer, 1971, Serra, 1973)
- ◆ SADQ (Severity Alcoholic Dependence Questionnaire)
- ◆ Questões semi – estruturadas em entrevista com os pais
- ◆ Questionário para professores (Conners – 28)
- ◆ Matrizes progressivas coloridas de Raven
- ◆ N.º de reprovações
- ◆ Entrevista semi estruturada com as crianças
- ◆ Avaliação do sistema familiar (FACES III)
- ◆ Escala de Graffar

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:**

- Crianças em idade escolar, que frequentam o 4º ano do 1º ciclo nas escolas básicas do Concelho do Funchal
- Crianças sem alterações sensoriais e sem consumo regular de álcool.
- QI dentro da média (Classe III ou superior nas MPR)
- Mãe não alcoólica
- Crianças que residem com os dois pais
- Crianças que não apresentem absentismo escolar.

---

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

### SELECÇÃO DA AMOSTRA

O estudo foi realizado nas escolas do 1º ciclo do concelho do Funchal, durante o ano lectivo de 2000/2001, com os alunos do 4º ano. No referido ano lectivo, no concelho do Funchal, existiam 45 escolas que leccionavam o 4º ano, quer públicas, quer privadas, com um total de 1634 alunos. Foram excluídas as escolas privadas (15 turmas, com um total de 586 alunos), por apresentarem algumas características específicas e próprias de funcionamento, assim como as escolas que leccionavam a “tempo inteiro” (13 escolas com um total de 533 alunos). Estas últimas, são escolas em que os alunos têm actividades extracurriculares durante um período do dia e aulas curriculares no outro. Como são escolas que têm vindo a sofrer alterações, passando de tempo parcial para tempo inteiro, têm uma influência no comportamento das crianças, que não poderia ser quantificada, visto as alterações ocorrerem em tempo variável. Foi ainda excluída uma escola com 10 alunos, por estar incorporada numa associação de apoio a crianças que são retiradas dos pais por motivos vários.

Assim, o universo em que se inseriu a amostra ficou reduzido a 505 alunos que frequentavam o 4º ano de escolaridade nas escolas, em tempo parcial (de manhã ou de tarde), do concelho do Funchal, num total de 29 turmas de 16 escolas. Deste universo, 40 alunos não participaram: uma turma de 15 alunos por estar a ser apoiada por um professor substituto que não tinha informações sobre a turma em causa e 25 alunos de uma escola em que a professora recusou a colaboração na investigação. Foram ainda excluídas cinco crianças, pelo facto das mães serem alcoólicas. Assim, dos alunos em condições de participar no estudo, foram convocados 465 alunos, num total de 27 turmas em 15 escolas diferentes.

Os alunos foram convidados a participar no estudo, assim como os pais, e a estes foi solicitado o preenchimento de uma autorização para o efeito (Anexo). Deste modo, do total dos alunos convocados, 182 alunos recusaram a participação no estudo, 3 foram excluídos por apresentarem absentismo escolar, 5 por apresentarem alterações sensoriais e 107 por residirem em famílias monoparentais. Durante a recolha da amostra 11 alunos desistiram, devido à não resposta dos questionários por parte dos pais. Assim, a amostra consistiu em 152 alunos, que frequentavam o 4º ano de escolaridade, a tempo parcial, nas escolas públicas, do concelho do Funchal.

Dos 152 sujeitos que estavam em condições de participar no estudo 16 foram excluídos por apresentarem um resultado nas Matrizes Progressivas de Raven abaixo da média (pertenciam à classe IV – nitidamente abaixo da média). Assim, os resultados apresentados referem-se a 136 sujeitos, divididos por 14 escolas.

## **METODOLOGIA**

### INSTRUMENTOS

#### **a) *Conners 28***

Os questionários para professores ocupam, desde há várias décadas, uma posição muito especial no estudo da psicopatologia da crianças (Barkley, 1990; Boyle e Jone, 1985; Rutter, 1967).

A *Conners 28* – versão abreviada da escala de avaliação de *Conners* para professores (*Conners*, 1969) – consta de 28 itens, relativos a diversos problemas de comportamento e pode ser utilizada com indivíduos de uma larga faixa etária, dos 3 aos 17 anos, embora os dados normativos apresentados na aferição não sejam válidos para idades superiores a 12 anos. Os comportamentos a que eles se referem podem ser observados na escola primária, no ciclo ou na escola secundária.

A Escala Revista de *Conners* para Professores (*Conners – 28*) é uma simplificação da escala original do mesmo autor para professores. Os itens deste questionário agrupam-se em três factores principais: distúrbios do comportamento, hiperactividade e inatenção/passividade. Esta escala apresenta uma boa fidelidade teste-reteste e uma elevada consistência interna (Fonseca, António Castro, 1996). A tarefa do professor é indicar se a característica do comportamento descrita em cada item da escala se aplica à criança muito (3), bastante (2), um pouco (1) ou nada (0). O resultado global varia de 0 a 84. Serão utilizados os resultados brutos de cada sujeito. Esta escala será utilizada no estudo para a avaliação de problemas de comportamento. Foi aferida por António Castro Fonseca (1996), apresenta uma boa consistência interna e uma validade convergente satisfatória (Fonseca, António Castro, 1996).

A análise da estrutura factorial da versão portuguesa sugere que não é possível, com base neste instrumento, uma diferenciação clara entre distúrbios do comportamento e de hiperactividade.

Os resultados do referido estudo, sugerem que a Conners – 28 pode ser um instrumento útil para o rastreio e/ou detecção de problemas de comportamento no ensino básico “... mas, ao mesmo tempo, ... ele só não basta para fazer um diagnóstico”.

Resultados da escala demonstram que os alunos das classes sociais mais baixas apresentam mais problemas do comportamento e também que, os alunos com mais problemas na escola são aqueles cujos pais têm, em média, menos anos de escolaridade.

### ***b) Graffar***

A Escala de Graffar permite-nos avaliar a classe sócio-económica das famílias.

A Graffar considera 5 classes, em ordem decrescente na escala social, em que a última (classe V) corresponde aos estratos sociais mais desfavorecidos.

### ***c) Matrizes Progressivas Coloridas de Raven***

O teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR), é “um teste não verbal, com um conteúdo interessante, de aplicação rápida, individual ou colectiva, e relativamente independente dos efeitos de aprendizagens específicas ou de determinados aspectos de natureza cultural” (Simões, Mário Manuel, 2000, pp. 25).

O teste das MPCR é indicado para crianças dos três aos doze anos. Consiste num conjunto de tarefas não verbais, destinadas a avaliar a aptidão para apreender relações entre figuras ou desenhos geométricos. O sujeito deverá perceber a estrutura do desenho a fim de seleccionar, entre várias alternativas, a correspondente à ponte que falta e que completa correctamente cada padrão ou sistema de relações.

O teste das MPCR é constituído por 36 itens, distribuídos por três séries: A, Ab e B, cada uma das quais com 12 itens. Os itens são coloridos à excepção dos itens finais. Cada problema está impresso sob um fundo de cor viva.

Cada item é constituído por uma forma geométrica na qual falta um elemento (que foi removido) e seis hipóteses alternativas de resposta, uma das quais completa correctamente a forma. Cada item apresenta um conjunto de estímulos com variações ao nível das dimensões horizontal e vertical. O termo progressivas na designação do teste denota o grau de dificuldade sucessivamente crescente quer das próprias séries, quer dos itens que as constituem.

Para resolver o problema, o sujeito deverá descobrir regras ou operações, que se apliquem às duas dimensões (horizontal e vertical) dos padrões visuais que constituem

os itens: em linhas, em colunas ou na sua combinação. A criança após identificar a alternativa que considera correcta anota o número correspondente na folha de resposta.

Foi aplicado colectivamente, aos pares, auto-administrada, com a escolha da forma de caderno, numa sala da escola fora da sala de aula, sem tempo limite para realização da prova, dado que no manual é recomendado o uso do teste sem tempo limite de modo a assegurar “que o sucesso dependa apenas da capacidade actual da pessoa para a actividade intelectual” (Raven, Court & Raven, 1986, pág. 10).

Cada item é cotado com um ponto quando respondido correctamente e com um zero se respondido incorrectamente. O resultado máximo corresponde a 36 pontos. As Matrizes progressivas de Raven avaliam a inteligência geral, classificando os sujeitos segundo cinco classes de acordo com a classificação, baseada na aferição feita para Portugal por Mário Manuel Rodrigues Simões:

Classe I – Intelectualmente superior (se o resultado for igual ou superior ao percentil 95 para os sujeitos do mesmo grupo etário).

Classe II – Nitidamente acima da capacidade intelectual média (para um resultado igual ou superior ao percentil 75), ou II mais (se o resultado for igual ou superior ao percentil 90).

Classe III – Capacidade intelectual média (para resultados situados entre o percentil 25 e o percentil 75), ou III mais (no caso de o resultado ser superior ao percentil 50), ou ainda III menos (se o resultado for inferior ao percentil 50).

Classe IV – Nitidamente abaixo da capacidade intelectual média (para resultados situados no percentil 25 ou abaixo) ou IV menos (se o resultado for igual ou inferior ao percentil 10).

Classe V – Capacidade intelectual inferior (quando o resultado do sujeito é inferior ou igual ao percentual 5 para o respectivo grupo etário).

#### ***d) MAST***

O MAST (Michigan Alcoholism Screening Test – Selzer, 1971; Vaz Serra, 1973) é um questionário breve de auto-preenchimento que permite uma detecção do alcoolismo, bem como uma avaliação global da gravidade do mesmo em termos de dependência, lesão de órgãos e disfunções nas vertentes familiar, profissional e social.

Constituído por 25 perguntas, o MAST incide sobre uma diversidade de questões ligadas ao uso prejudicial do álcool, nomeadamente: a opinião do próprio sobre o seu consumo de álcool, a sua percepção sobre a opinião de familiares e amigos

relativamente ao seu consumo, a ocorrência de problemas devidos ao álcool e sintomas de dependência alcoólica. Cada pergunta é construída de forma a obter uma resposta de “Sim” ou “Não”, a que é atribuída uma nota ponderada (um, dois ou cinco pontos), de acordo com o seu maior ou menor poder discriminativo e/ou gravidade das consequências do consumo. O valor total da escala varia entre zero e cinquenta e três pontos, considerando-se uma pontuação igual ou superior a cinco (MAST positivo) como pontuação de corte para identificação dos casos de alcoolismo. Alguns autores propõem uma classificação mais repartida, embora o valor corte se mantenha o mesmo:

- **Valores entre 0 – 3** – Bebedor normal
- **Valores iguais a 4** – Suspeita de alcoolismo
- **Valores entre 5 – 9** – 80% associado ao alcoolismo
- **Valores superiores a 10** – 100% associado ao alcoolismo

O MAST foi criado por Selzer (1971) com a finalidade de “constituir um instrumento de entrevista, consistente, quantificável e estruturado, que possa ser rapidamente administrado por pessoal profissional e não profissional” na área do alcoolismo (citado por Palha, António Pacheco, 1981). Trabalhos de avaliação das características psicométricas da escala (Saltstone, R e col., 1994; Storgaard, H e col., 1994) mostraram uma consistência interna, determinada pelo coeficiente alfa, entre 0,83 e 0,95, uma fiabilidade teste-reteste entre 0,84 e 0,97 e um valor predictivo positivo entre 0,72 e 0,90. Em Portugal, o MAST foi traduzido e validado por Vaz Serra e Lima (1973). Estes autores referiam algumas limitações deste instrumento, nomeadamente a fraca capacidade de discriminação de alguns dos seus itens, a mesma conclusão a que chegou Aníbal Fontes (2001), embora este autor conclua também que o “MAST identifica, com elevada probabilidade, indivíduos com problemas relacionados com o álcool”. Segundo António Pacheco Palha e col. (1981), num estudo sobre o diagnóstico do alcoolismo oculto, “o MAST mostra-se sensível para o diagnóstico de alcoolismo (encarado no sentido da definição de Glatt e da OMS), o que leva a considerá-lo um instrumento de valor para os estudos epidemiológicos de alcoolismo”.

#### *e) SADQ*

O SADQ (Severity Alcoholic Dependence Questionnaire – Stockwell et al., 1979) é um questionário de auto-preenchimento, com 20 itens, para avaliação da gravidade da dependência alcoólica, que abrange cinco áreas:

1. Sintomas físicos de dependência,

2. Sintomas afectivos de abstinência,
3. Craving e o beber para lidar com sintomas de abstinência,
4. Consumo diário,
5. Reaparecimento dos sintomas após um período de abstinência.

É pedido ao sujeito que coloque uma cruz no quadrado correspondente à sua situação e as respostas têm um peso de zero, um, dois ou três, sendo a pontuação máxima de 60 pontos. Edwards (1986) refere uma fiabilidade teste-reteste de 0.85 ( $p < 0,001$ ).

### *e) FACES III*

O FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale - Olson et col. 1985) é a terceira versão das escalas FACES que permitem-nos avaliar a dinâmica familiar, baseado no Modelo Circumplexo dos Sistemas Familiar e Conjugal, focando três dimensões do comportamento familiar: a Coesão Familiar; a Adaptabilidade Familiar e a Comunicação Familiar, e pode ser administrado às famílias em qualquer fase do seu ciclo vital.

A coesão é definida como “ligação emocional que os membros familiares têm entre si” e a adaptabilidade como “capacidade do sistema familiar mudar a sua estrutura, os relacionamentos e as regras em resposta a situações e fases de stress”. A comunicação é a dimensão facilitadora entre estas duas dimensões.

Os itens são de resposta tipo Likert de um a cinco, os sujeitos são instruídos para descrever “a que melhor descreve a sua família agora”. Depois os scores do marido são combinados com os da esposa, através de uma média do casal nas duas dimensões. Na coesão, as famílias são classificadas como desligadas, separadas, ligadas e emaranhadas. Na adaptabilidade, as famílias são caracterizadas como rígidas, estruturadas, flexíveis e caóticas. Isto permite-nos classificar as famílias em 16 tipos específicos ou em três categorias como foi supracitado na descrição do modelo circumplexo.

R. Curral, F. Dourado e A. Roma Torres (1999), para efeitos de validação da escala à população portuguesa, aplicaram-na a uma amostra de três grupos diferenciados de sujeitos: um grupo de doentes com epilepsia ( $n=78$ ), um grupo com o diagnóstico de esclerose múltipla ( $n=80$ ) e um outro, formado por sujeitos de duas freguesias da cidade do Porto, que devolveram o inquérito enviado pelo correio ( $n=116$ ). Os resultados apresentaram um valor de consistência interna para a coesão de 0,80 e de 0,62 para a adaptabilidade.

Apesar dos autores do FACES III apontarem a independência entre as subescalas da coesão e da adaptabilidade ( $r=0,03$ ), no referido estudo as correlações encontradas são mais elevadas ( $r=0,39$ ), colocando em causa a pretensa independência de ambos os factores. Esta associação entre os valores de ambas as subescalas tem sido encontrada na literatura (Doharty & Horandy, 1990). A coesão apresenta, segundo os autores, uma média de 39,8 e um desvio padrão de 5,4. Na adaptabilidade observam uma média de 24,1 e um desvio padrão de 4,7.

Segundo os autores “a escala apresenta uma boa consistência interna, quer na subescala da coesão quer na subescala da adaptabilidade, muito embora o coeficiente alpha seja mais baixo, nesta última subescala” (Currel, Rosário et al. 1999).

A análise da estrutura factorial, desta versão traduzida do FACES III por Rosário Currel et al., sugere que, na amostra portuguesa, os itens da escala se organizam em torno de uma estrutura psicológica de seis factores, em vez dos dois factores propostos pelos autores do teste.

Os coeficientes alphas para as subescalas de coesão e de adaptabilidade idealizadas mantiveram-se também em níveis satisfatórios, segundo os autores, tendo a análise factorial, neste caso, isolado cinco factores: dois relacionados com os itens da coesão e três com os itens da adaptabilidade. No referido estudo, a subescala de adaptabilidade parece ser menos consistente e menos organizada em torno de um único factor.

A diferença entre a coesão e a adaptabilidade idealizadas e as percebidas dá-nos o grau de insatisfação do casal. Segundo os autores da escala, as diferenças entre os estádios do ciclo familiar não são estatisticamente significativas, pelo que, no nosso estudo, não teremos em conta o estágio em que a família se encontra e serão utilizados os valores inferidos para as famílias em qualquer estágio de desenvolvimento.

### PROCEDIMENTOS:

Os sujeitos foram avaliados em duas áreas: no desempenho escolar, através do número de reprovações e na inteligência, através das Matrizes Progressivas de Raven. Foi também aplicado um questionário para uma avaliação do desenvolvimento e história pessoal, de modo a ser possível excluir algumas situações passíveis de exclusão. Na avaliação comportamental foi utilizada a Escala de Connors para professores.

Após a autorização dos pais para a participação no estudo de investigação, as crianças foram submetidas à avaliação na escola, numa sala disponível, aos pares, sem

interferência de factores exteriores. Depois foi solicitado aos pais e professores o preenchimento dos questionários, sendo fornecido apoio para esclarecimento de dúvidas na escola, onde eram avaliados parâmetros ligados ao consumo de álcool por parte dos pais, o nível sócio – económico, o grau de escolaridade, a profissão...

Depois de recolhidos os questionários e da cotação dos testes, os dados foram introduzidos no computador e no tratamento estatístico foi utilizado o programa SPSS-11.0.

Na análise estatística utilizamos testes paramétricos e não paramétricos, privilegiando os primeiros e só recorrendo aos segundos quando não foi possível a utilização dos mesmos.

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A amostra composta por 136 sujeitos que frequentavam o 4<sup>o</sup> ano do 1<sup>o</sup> ciclo no Concelho do Funchal, estava assim dividida pelas 14 escolas incorporadas no estudo, como mostra a tabela 1:

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo a escola

Nome da Escola	Frequência	Percentagem
Ladeira	5	3,7
Carreira	14	10,3
S. Gonçalo	5	3,7
Três Paus	7	5,1
Ilheus	5	3,7
Chamorra	1	,7
Imac. C de Maria	2	1,5
Arieiro	5	3,7
Livramento	11	8,1
Galeão	24	17,6
Laranjal	16	11,8
Ajuda	9	6,6
Tanque	15	11,0
Pena	17	12,5
Total	136	100,0

Quanto ao sexo, a amostra encontrava-se dividida de forma semelhante com 71 rapazes (52,2%) para 65 raparigas (47,8%). Relativamente à etnia, existiam apenas duas crianças de cor negra e 134 eram de raça caucasiana, pelo que esta variável não será estatisticamente analisada.

As suas idades (idade correspondente ao início do referido ano lectivo) variavam entre os 9 e os 13 anos. Como havia apenas uma criança com 13 anos a variável idade foi agrupada em classes, para fins estatísticos, como se observa na tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo a idade

Idade (classes)	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
9	91	66,9	66,9
10	31	22,8	89,7
11	7	5,1	94,9
12 e mais	7	5,1	100,0
Total	136	100,0	

Das crianças que frequentaram o jardim de infância - 77,9 % - que corresponde a 106, 85 das crianças (84,6 %) não tiveram problemas de adaptação quando ingressaram na escola pela primeira vez, quer fosse no jardim de infância, quer fosse na escola primária. Esta informação foi complementada pela professora e/ou pelos pais, mas não será considerada na apresentação dos resultados visto ser um conceito subjectivo. Quanto ao acompanhamento dos pais no estudo, 113 crianças (83,1 %) tinham apoio familiar para a realização das tarefas escolares, contra 23 crianças (16,9 %) que não tinham ajuda na realização dos trabalhos de casa e uma grande percentagem, 75,7 % (103 crianças), estudavam entre uma a duas horas em casa. Esta informação também não será inferida estatisticamente por ser um critério que poderá ser influenciado pela deseabilidade social dos pais e não a ajuda dada nos trabalhos escolares nem o tempo real de estudo em casa.

Os resultados das Matrizes Progressiva de Raven apresentam, nesta amostra, uma distribuição simétrica, com achatamento em forma de sino, semelhante à distribuição normal. Segundo as MPR, 50% das crianças encontravam-se na classe III, ou seja, dentro da média, enquanto as outras 50% se distribuíam pelas classes I e II (acima da média), como se verifica na tabela 3, sem esquecermos que as crianças pertencentes à classe IV foram excluídas deste estudo.

Tabela 3. Distribuição da amostra segundo as M.P.R.

M.P.R.	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Classe I	18	13,2	13,2
Classe II	50	36,8	50,0
Classe III	68	50,0	100,0
Total	136	100,0	

Na avaliação da situação escolar foram abordados vários itens, os quais serão posteriormente descritos. Relativamente ao número de reprovações, 91 crianças (66,9%) nunca reprovaram e 45 crianças (33,1%) já reprovaram pelo menos uma vez, como se observa na tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo o n.º de reprovações

N.º de Reprovações	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
0	91	66,9	66,9
1	32	23,5	90,4
2	6	4,5	94,9
3	7	5,1	100,0
Total	136	100,0	

Quanto ao número de reprovações por escola, verificamos que as escolas do Galeão e do Laranjal são as que apresentam maior número de reprovações, estatisticamente significativas, segundo o teste de Kruskal – Wallis.

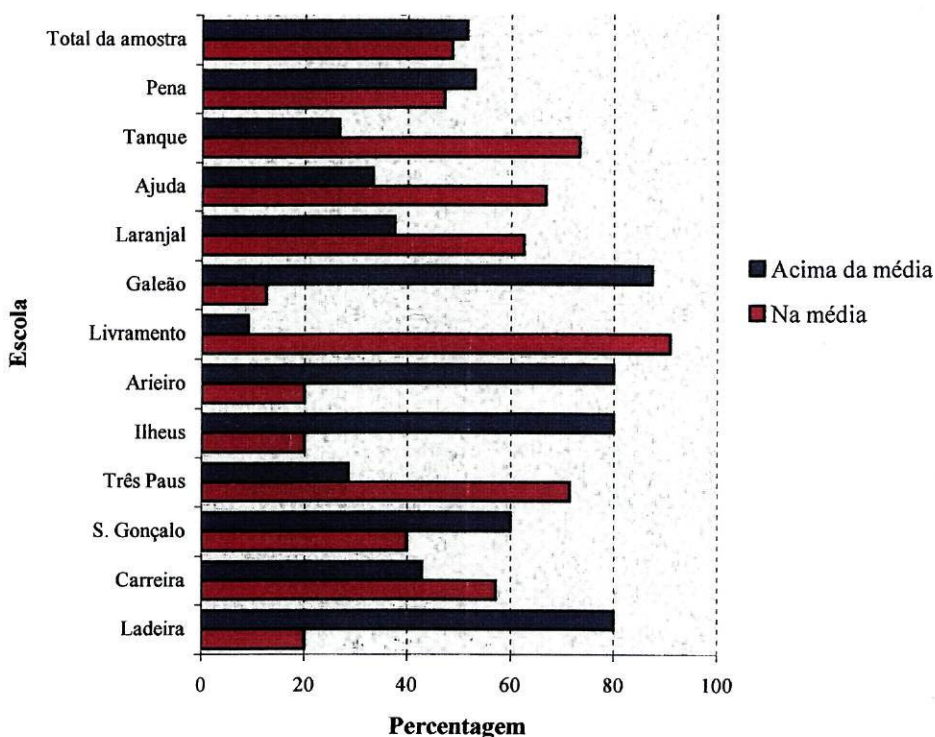
Na Escala de Conners, a amostra apresentou uma média de 17,35 com um desvio padrão de 14,54 (tabela 5).

Tabela 5. Estatística da Escala de Conners

Conners	
N	136
Mínimo	0
Máximo	66
Média	17,35
Desvio padrão	14,539

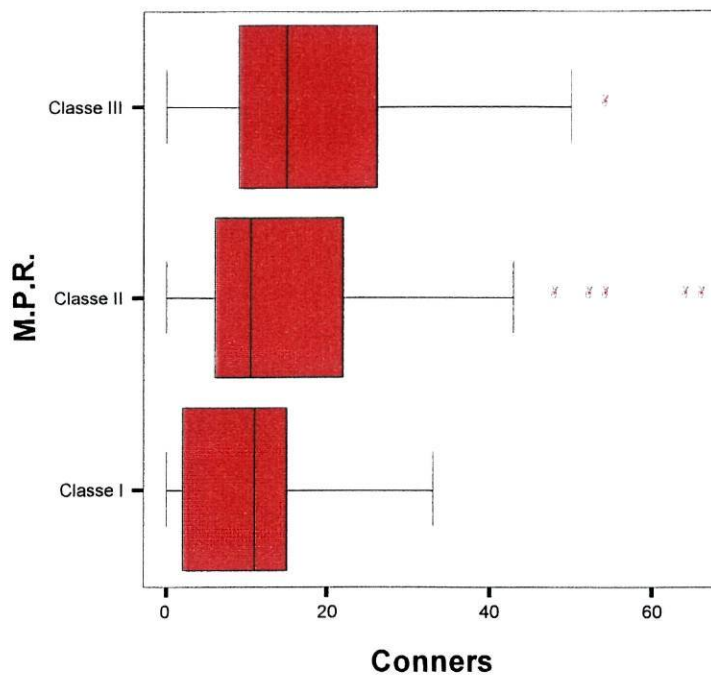
A variabilidade dos resultados desta escala era grande, pelo que esta variável foi agrupada em duas categorias: “Acima da média” e “Na média”, segundo a idade das crianças, baseando-nos na aferição portuguesa da escala realizada por Castro Fonseca (1996). Desta forma, surge uma nova variável denominada Conners<sub>2</sub>. Através da análise do gráfico 1 podemos ver a sua distribuição pelas escolas (duas escolas foram omitidas por apresentarem um número reduzido de alunos).

Gráfico 1. Distribuição dos valores de Connors por escolas



Ao avaliarmos a relação entre o Connors e as classes das MPR, o valor da estatística de teste não nos permitiu concluir a existência de diferenças entre as categorias, mas constatamos que a média do Connors sobe quando as classes das MPR diminuem, ou seja, os alunos com um QI dentro da média têm valores de Connors mais elevados do que os alunos com um QI acima da média, como se pode observar no gráfico 2. Não devemos esquecer que nas MPR foram excluídas as crianças das classes IV e V (QI abaixo da média).

Gráfico 2. Distribuição dos valores de Conners segundo as MPR



Ao relacionarmos os valores de Conners com o número de reprovações, verificamos que existem diferenças significativas, isto é, há um aumento do valor da escala de Conners quando as crianças reprovam pelo menos uma vez, mas esta associação parece estar relacionada não com as reprovações mas sim com as idades, dado que, quando agrupamos o Conners em valores “Na média” e “Acima da Média”, essas diferenças não podem ser comprovadas, ou seja, apesar dos valores de Conners, nesta amostra, tenderem a aumentar com o número de reprovações, estas diferenças não são estatisticamente significativas ( $p = 0,732$ ), como se poderá concluir pela análise do quadro 1.

Quadro 1. Relação entre o valor de Connors e o número de reprovações

			CONNERS_2		Total
			Na média	Acima da média	
N.º de Reprovações	Nenhuma	Valores Observados	42	49	91
		Valores Esperados	44,2	46,8	91,0
		Resíduos Estandarizados	-0,3	0,3	
	Uma	Valores Observados	17	15	32
		Valores Esperados	15,5	16,5	32,0
		Resíduos Estandarizados	0,4	-0,4	
	Duas ou três	Valores Observados	7	6	13
		Valores Esperados	6,3	6,7	13,0
		Resíduos Estandarizados	0,3	-0,3	
Total		Valores Observados	66	70	136

Será que o valor de Connors está associado ao número de reprovações em cada classe de MPR? Como na classe I das MPR não haviam reprovações, esta classe não foi analisada. Na classe II verificamos que a relação entre o Connors e as reprovações se mantinha, tal como acontecia sem controlarmos as MPR, o que não se verificava na classe III, como se pode observar no quadro 2, o que poderá indicar a existência de outros factores que influenciam o comportamento na sala de aula, sem ser o número de reprovações.

Quadro 2. Relação entre o Connors e as classes das M.P.R.

M.P.R.	Teste Estatístico	Connors
Classe II	Qui - Quadrado	6,771
	Graus de liberdade	2
	Valor p	0,034
Classe III	Qui - Quadrado	1,939
	Graus de liberdade	2
	Valor p	0,379

a Teste de Kruskal Wallis

b Comparando com a variável: N.º de Reprovações

Aplicámos outro teste não paramétrico, o teste de Kruskal – Wallis, para averiguar a relação entre o Connors e as escolas. Como havia uma escola que tinha apenas uma

observação, esta foi omitida da análise porque era o valor mais alto no total das escolas e referia-se a apenas uma observação, claramente pouco representativa da realidade dessa escola, o que enviesava os dados, ficando a distribuição pelas escolas como se observa na tabela 6.

Tabela 6. Relação entre o valor de Connors e as escolas

	Nome da Escola	N	Ordem média
Connors	Ladeira	5	86,10
	Carreira	14	61,86
	S. Gonçalo	5	72,50
	Três Paus	7	30,57
	Ilheus	5	73,70
	Imac. C de Maria	2	92,50
	Arieiro	5	107,00
	Livramento	11	33,86
	Galeão	24	98,10
	Laranjal	16	66,44
	Ajuda	9	58,56
	Tanque	15	56,40
	Pena	17	62,09
	Total	135	

Depois de nova avaliação, verificámos que a escolas do Galeão, do Arieiro, dos Ilhéus e da Ladeira eram as escolas que apresentavam maiores valores de Connors acima da média e que, apesar de haver tendência, nesta amostra, para escolas diferentes apresentam valores de Connors diferentes, não foi feito nenhum teste porque existiam valores esperados inferiores a 5. O facto de termos poucos casos em algumas escolas fez com que o número de valores esperados fosse superior a 20%, pelo que não fizemos o teste  $\chi^2$ .

Na amostra total, verificamos que existiam diferenças significativas entre os valores de Connors e o sexo (Teste de Mann – Whitney com  $p = 0,005$ ), o que nos permitiu concluir que os valores de Connors são mais elevados nos rapazes do que nas raparigas, como se verifica no quadro 3:

**Quadro 3. Teste estatístico dos valores de Conners segundo o sexo**

Conners	
Mann-Whitney U	1668,000
Wilcoxon W	3813,000
Z	-2,788
Valor p	0,005

a Comparando com a variável Sexo

Essas diferenças mantêm-se quando se tem em conta a idade (Conners classificado “Na média” e “Acima da média”), sendo que os valores de Conners nos rapazes estão sistematicamente acima da média (quadro 4).

**Quadro 4. Teste estatístico dos valores de conners\_2 segundo o sexo**

		CONNERS_2		Total	
		Na média	Acima da média		
Sexo	Masculino	Valores Observados	27	44	71
		Valores Esperados	34,5	36,5	71,0
		Resíduos Estandarizados	-1,3	1,2	
	Feminino	Valores Observados	39	26	65
		Valores Esperados	31,5	33,5	65,0
		Resíduos Estandarizados	1,3	-1,3	
Total		Valores Observados	66	70	136
		Valores Esperados	66,0	70,0	136,0

Das 136 crianças, 14 % eram filhos únicos e os restantes tinham mais de um irmão num máximo de 9 irmãos numa família, como se poderá verificar na tabela 7.

**Tabela 7. Distribuição da amostra segundo o número de irmãos**

Número de irmãos	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
0	19	14,0	14,0
1	56	41,2	55,1
2	30	22,1	77,2
3	14	10,3	87,5
4	8	5,9	93,4
5	4	2,9	96,3
7	4	2,9	99,3
9	1	0,7	100,0
Total	136	100,0	

Relativamente à ocupação profissional dos pais destas crianças e utilizando a classificação das profissões da Marktest, 50 % das mães eram domésticas e 51,5 % dos pais eram trabalhadores qualificados / especializados. Uma classificação mais detalhada da ocupação profissional das mães e dos pais encontra-se nas tabelas 8 e 9, respectivamente.

Tabela 8. Distribuição da amostra segundo o grupo ocupacional da mãe

Grupo Ocupacional da mãe	Frequência	Percentagem
Quadro médios e superiores	11	8,1
Técnicos especializados e pequenos proprietários	8	5,9
Empregados dos Serviços/Comércio/Administrativos	11	8,1
Trabalhadores qualificados/especializados	8	5,9
Trabalhadores não qualificados/não especializados	29	21,3
Estudantes	1	0,7
Doméstica	68	50,0
Total	136	100,0

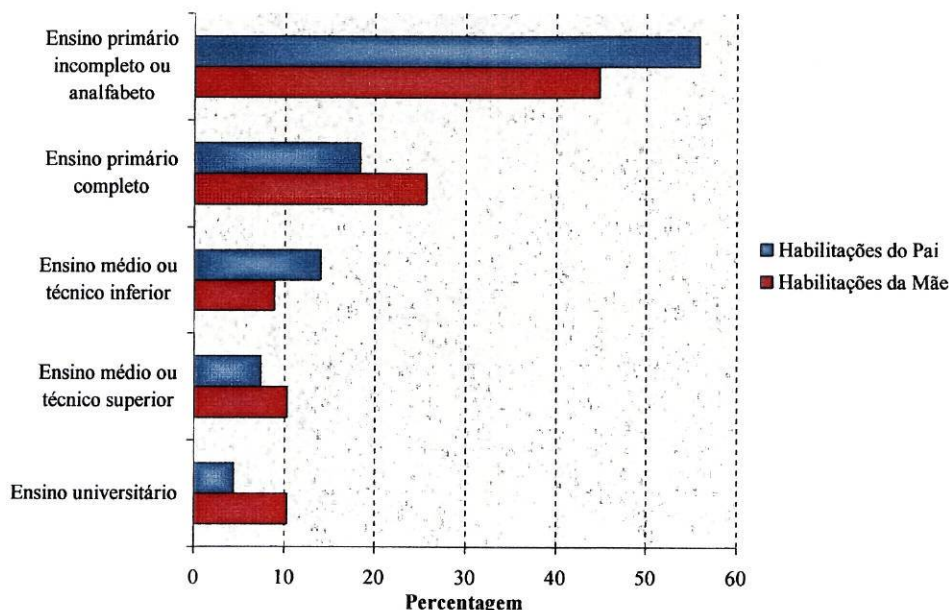
Tabela 9. Distribuição da amostra segundo o grupo ocupacional do pai

Grupo Ocupacional do pai	Frequência	Percentagem
Quadro médios e superiores	2	1,5
Técnicos especializados e pequenos proprietários	14	10,3
Empregados dos Serviços/Comércio/Administrativos	11	8,1
Trabalhadores qualificados/especializados	70	51,5
Trabalhadores não qualificados/não especializados	33	24,3
Não activos	6	4,4
Total	136	100,0

Quanto ao nível de instrução, segundo a Escala de Graffar, 55,9 % dos pais possuíam o ensino primário incompleto ou eram analfabetos (tinham menos de seis anos de escolaridade). A percentagem de pais com ensino primário incompleto era superior à das mães. Seguidamente surge uma maior percentagem de mães com ensino primário completo (seis anos de escolaridade) e a percentagem volta a inverter-se no ensino médio ou técnico inferior, com uma maior percentagem de pais neste nível. Nas classes

superiores (ensino médio ou técnico superior e ensino universitário) as mães distribuíram-se em igual percentagem pelas duas classes, enquanto nos pais houve uma diminuição da percentagem com o aumento do grau académico, o que poderá ser confirmado pela análise do gráfico 3.

Gráfico 3. Distribuição dos pais segundo as habilitações



Na situação conjugal, cerca de 95,6% eram casados e 4,45 % viviam em união de facto. De salientar que foram excluídos deste estudo 107 crianças oriundas de famílias monoparentais, na sua maioria filhos de pais separados. Nos casais estudados, a duração do casamento era variável e foi agrupada em classes para uma melhor compreensão. Assim, 69,1 % encontravam-se casados / em união de facto entre 10 e 15 anos, como se poderá verificar na tabela 10.

Tabela 10. Distribuição da amostra segundo os anos de casamento

Anos de casamento/União	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Entre 1 e 5 anos	1	0,7	0,7
Entre 5 e 10 anos	6	4,4	5,1
Entre 10 e 15 anos	94	69,1	74,3
Entre 15 e 20 anos	35	25,7	100,0
Total	136	100,0	

Entre um e cinco anos de união encontrou-se uma família que, embora já vivendo em união de facto há alguns anos, acabou por utilizar a data do casamento, posterior à união de facto. Para efeitos de inferência estatística, foram agrupadas as duas primeiras classes formando uma nova categoria denominada “Menos de 10 anos” de casamento.

Quanto à estrutura familiar, 101 crianças (74,3 %) viviam com a família nuclear, enquanto 35 crianças (25,7 %) viviam numa família alargada, com avós e/ou outros familiares. Foi considerada família nuclear quando as crianças viviam apenas com os pais e/ou irmãos e família alargada quando as crianças viviam com outros familiares tais como avós, tios e primos ou outros.

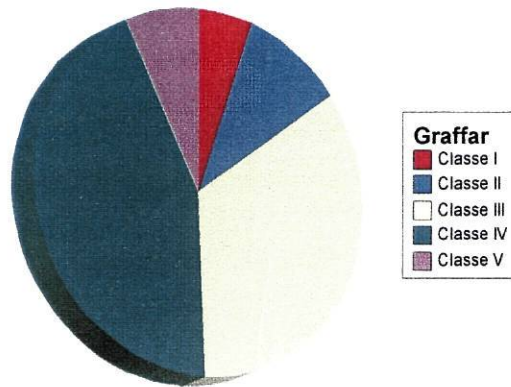
Quanto ao tipo de família com que as crianças viviam e a sua relação com o Conners, não existe associação entre o valor de Conners e o tipo de família.

Na classificação sócio – económica da amostra, segundo o Graffar, as classes III e IV foram as mais frequentes, como se poderá verificar pela observação da tabela 11 e do gráfico de sectores.

Tabela 11. Distribuição da mostra segundo a classe sócio-económica

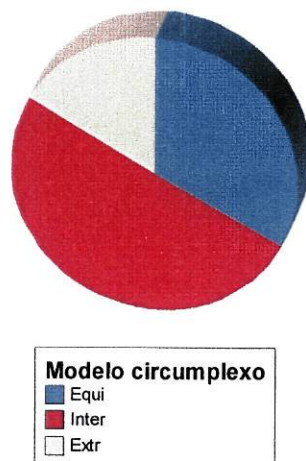
Graffar	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Classe I	7	5,1	5,1
Classe II	13	9,6	14,7
Classe III	47	34,6	49,3
Classe IV	59	43,4	92,6
Classe V	10	7,4	100,0
Total	136	100,0	

Gráfico 4. Distribuição da amostra segundo a Escala Graffar



Utilizamos o modelo circunplexo para classificar as famílias e verificamos que 50,7% das famílias pertenciam à categoria “Intermédias”, como se observa no gráfico 5.

Gráfico 5. Distribuição da amostra segundo o Modelo Circunplexo



Na amostra total, a coesão e a adaptabilidade apresentam uma distribuição normal. A coesão percebida do casal apresenta uma média de 36,3, com um desvio padrão de 6,2 e com um coeficiente de dispersão de 17%. A adaptabilidade percebida do casal apresenta uma média de 22,7 com um desvio padrão de 4,97 e um coeficiente de variação de 21,9%. As médias da coesão e da adaptabilidade idealizadas são mais elevadas do que as percebidas, como se verifica pela observação das tabelas 12 e 13.

Tabela 12. Estatísticas da coesão percebida e idealizada do casal

	Coesão percebida do casal	Coesão idealizada do casal
Média	36,298	39,963
Desvio Padrão	6,196	5,82
Mínimo	16,50	18,50
Máximo	48	50

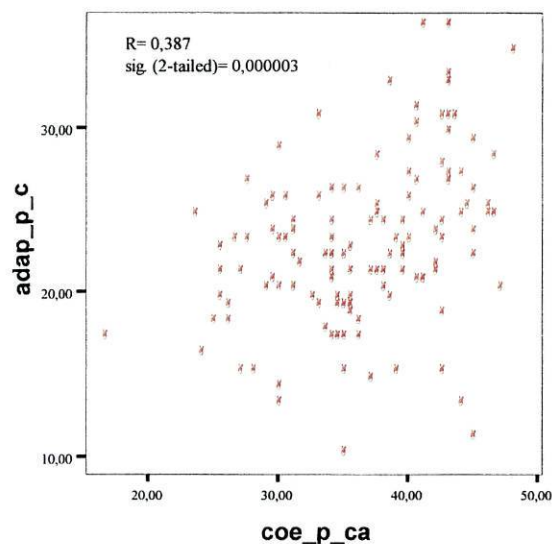
Tabela 13. Estatísticas da adaptabilidade percebida e idealizada do casal

	Adaptabilidade percebida do casal	Adaptabilidade idealizada do casal
Média	22,728	29,235
Desvio Padrão	4,973	5,449
Mínimo	10	17,5
Máximo	36	44,5

Ao avaliarmos a coesão e a adaptabilidade da amostra, verificamos que, a nível da coesão familiar, na categoria “Desligada” inseriu-se 44,9 % da amostra, e ao nível da adaptabilidade, 41,2 % da amostra estava inserida na categoria “Estruturada”.

Na amostra total, verificamos que a coesão e a adaptabilidade estão correlacionadas entre si com  $R = 0,387$

Gráfico 6. Correlação entre a adaptabilidade e a coesão percebidas do casal



Na avaliação dos consumos de álcool foram utilizados dois questionários: o MAST e o SADQ. Na amostra encontrámos 19 mães com um MAST igual a 4, indicador de suspeita de álcool, mas como o MAST é um teste muito sensível para a população portuguesa, estes indivíduos foram incluídos no estudo. Ao contrário das mães que apresentavam um MAST positivo (superior a 4) e que foram excluídas (5 casos de alcoolismo materno).

Na tabela 14 podemos observar os valores obtidos no MAST pelos pais, segundo a classificação anteriormente referida.

Tabela 14. Distribuição da amostra segundo o MAST do pai

Mast Pai (classes)	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
Bebedor normal	53	39,0	39,0
Suspeita de alcoolismo	17	12,5	51,5
80% associado ao consumo de álcool	32	23,5	75,0
100% associado ao consumo de álcool	34	25,0	100,0
Total	136	100,0	

Quanto ao Questionário da Severidade do Consumo (SADQ), só foi aplicado aos pais que apresentavam um MAST com um valor igual ou superior a quatro. Como já foi mencionado, pelo facto do MAST ser um questionário muito sensível para a população portuguesa, pela necessidade de reduzir as categorias em estudo e pelo tamanho da amostra, os pais foram agrupados, segundo o seu consumo, em bebedores ou bebedores excessivos e não bebedores ou bebedores ocasionais, para a realização da análise estatística, através da utilização conjugada do MAST com o SADQ. Assim, os pais que apresentaram um MAST igual a quatro (suspeita de alcoolismo) e que pontuaram no SADQ, assim como os que apresentaram um MAST superior a quatro, foram incluídos nos “Bebedores” e os pais que apresentaram um MAST inferior a quatro ou igual a quatro, mas que não pontuaram no SADQ foram incluídos nos “Não Bebedores”. Entenda-se que “Bebedores” e “Não Bebedores” se referem ao consumo de álcool em excesso, ou seja, ao facto de serem considerados alcoólicos ou não alcoólicos. Assim, dos 17 indivíduos com suspeita de alcoolismo, apenas um foi considerado alcoólico por apresentar um SADQ superior a zero. Após esta classificação, a amostra ficou dividida em duas categorias: 69 indivíduos foram considerados “Não Bebedores” e 67 indivíduos foram considerados “Bebedores”, como se observa na tabela 15.

Tabela 15. Distribuição da amostra, por categorias, segundo o MAST do pai

Bebedores (classes)	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Não bebedor	69	50,7	50,7
Bebedor	67	49,3	100,0
Total	136	100,0	

Dos pais que apresentaram um MAST positivo, 16 dos considerados alcoólicos já tinham feito tratamento, o que fez com que surgissem indivíduos com um MAST positivo e que não pontuaram no SADQ (8 indivíduos), embora 7 sujeitos nunca tenham feito tratamento e apresentem um SADQ igual a zero, o que poderá indicar manipulação das respostas por parte dos mesmos. Dos 83 sujeitos a quem foi aplicado o SADQ, 37,3% apresentaram um valor igual a zero, sendo que 53,1% apresentaram um valor entre um e dez.

Depois de agruparmos os indivíduos em Bebedores e Não Bebedores estávamos em condições de aplicar os testes de hipóteses, quer paramétricos, quer não paramétricos.

A fim de caracterizar o consumo de álcool fomos averiguar as diferenças entre os dois grupos quanto à classe sócio - económica. Nas classes I e II do Graffar observamos menos bebedores do que os que esperávamos, provavelmente este valor foi influenciado pela escolaridade dado que a maioria dos indivíduos pertencentes a estas classes tinham níveis de escolaridade mais altos, o que possibilita uma maior alteração das respostas. Já na classe IV observamos mais Bebedores do que o esperado, tal como aconteceu na classe V, sendo as diferenças mais significativas na classe IV. Como na classe I não existiam pessoas que se declarassem Bebedoras, esta classe (que representava 5,1 %) foi omitida para a análise estatística deste item no teste  $\chi^2$ , como podemos observar no quadro 5.

Quadro 5. Distribuição dos bebedores (classes) segundo os valores do Graffar

			Graffar				Total
			Classe II	Classe III	Classe IV	Classe V	
Bebedores (classes)	Não bebedor	Valores Observados	11	26	22	3	62
		Valores Esperados	6,2	22,6	28,4	4,8	62,0
		Resíduos Estandarizados	1,9	0,7	-1,2	-0,8	
	Bebedor	Valores Observados	2	21	37	7	67
		Valores Esperados	6,8	24,4	30,6	5,2	67,0
		Resíduos Estandarizados	-1,8	-0,7	1,1	0,8	
Total		Valores Observados	13	47	59	10	129

Concluimos que existe associação entre a Escala de Graffar e o consumo de álcool, sendo esta associação maior na classe IV, com um coeficiente de associação de V Cramer (que varia de 0 a 1 e que quanto maior o valor maior a força da associação) de 0,305, com  $p=0,007$  ( $p < 0,05$ ). Ou seja, os resíduos estandarizados indicam que a probabilidade de encontrar bebedores é superior nas classes sócio-culturais inferiores.

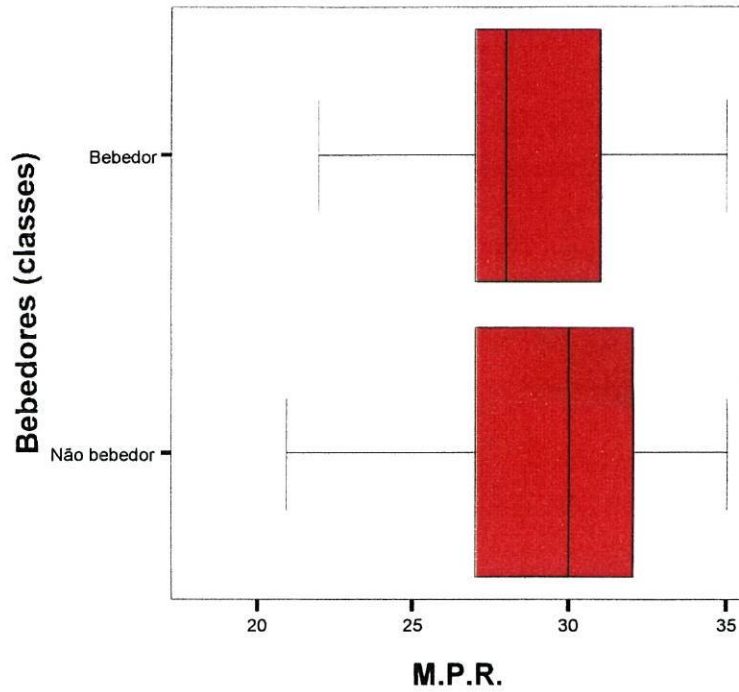
Fomos depois analisar se existiam diferenças significativas entre o número de reprovações e o consumo de álcool por parte dos pais. Para estarmos em condições de aplicar o teste  $\chi^2$  agrupamos os alunos que tinham duas ou três reprovações, pois existiam valores esperados inferiores a cinco. As reprovações agrupadas desta forma (em “Nenhuma”, “Uma” e “Duas ou três”) e aplicando o teste  $\chi^2$ , verificamos, como mostra o quadro 6, que existe uma associação entre o número de reprovações e o facto dos pais serem ou não bebedores, ou seja, existe uma diferença que é significativa com  $p = 0,017$  ( $p < 0,05$ ), isto é, os filhos de pais bebedores reprovam mais, pelo menos uma vez, quando comparados com os filhos de pais não bebedores. Quando fomos verificar o V de Cramer, este apresenta um valor de 0,245, com  $p = 0,017$ , o que significa que a associação não é muito forte, mas significativa.

Quadro 6. Distribuição dos bebedores (classes) segundo o n.º de reprovações

			Bebedores (classes)		Total
			Não bebedor	Bebedor	
N.º de Reprovações	Nenhuma	Valores Observados	54	37	91
		Valores Esperados	46,2	44,8	91,0
		Resíduos Estandardizados	1,2	-1,2	
	Uma	Valores Observados	11	21	32
		Valores Esperados	16,2	15,8	32,0
		Resíduos Estandardizados	-1,3	1,3	
	Duas ou três	Valores Observados	4	9	13
		Valores Esperados	6,6	6,4	13,0
		Resíduos Estandardizados	-1,0	1,0	
Total		Valores Observados	69	67	136

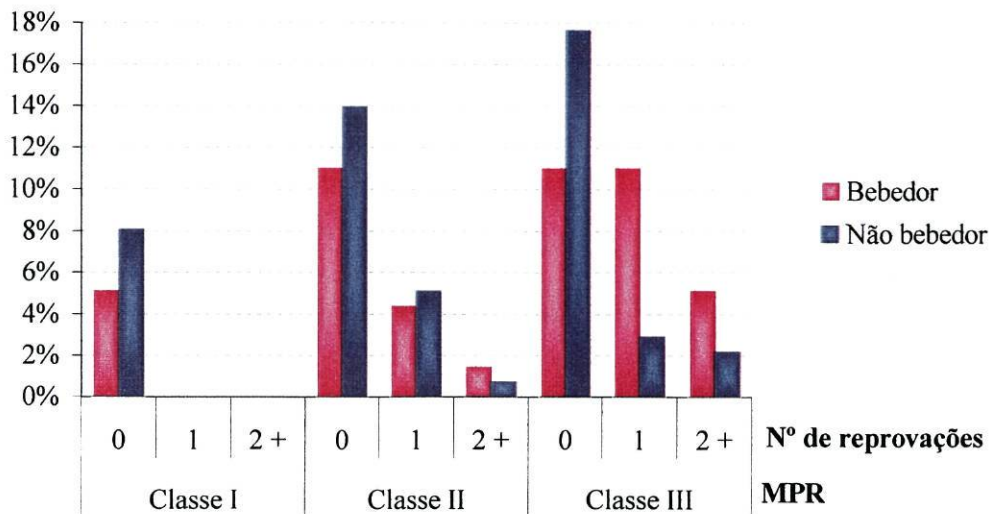
Na continuidade da análise estatística, fomos verificar se existia associação entre o alcoolismo e as MPR. Recorremos, novamente, ao teste  $\chi^2$  e obtivemos um valor  $p > 0,005$ , por isso não rejeitamos  $H_0$ , o que não nos permite concluir que tal associação existe. Tentamos ainda a aplicação do teste t, para as médias do MPR, nos grupos de “Bebedores” e de “Não Bebedores”, mas não se encontraram diferenças significativas entre os valores médios, conclusão idêntica com a do teste  $\chi^2$ . Assim, como podemos observar no gráfico 7, os valores médios das MPR não diferem nos grupos de “Bebedores” e de “Não Bebedores”, o que também vem confirmado pelo teste t. Mas este resultado era de esperar, dado que, foram retiradas da amostra as crianças que apresentavam as MPR abaixo da média, o que enviesa os dados, ou seja, em termos de MPR estamos perante crianças semelhantes nos dois grupo.

Gráfico 7. Distribuição dos valores das MPR segundo o consumo dos pais



Fomos depois averiguar o número de reprovações mas tendo em conta as classes das MPR. Na classe I não se verificaram reprovações. Na classe II 70,4 % dos filhos de “Não Bebedores” não tinham nenhuma reprovação, para 65,2 % dos filhos de “Bebedores”. Na classe III o número de reprovações aumentou nos filhos de pais bebedores. Como se poderá observar no gráfico 8.

Gráfico 8. Distribuição do n.º de reprovações segundo as MPR e o consumo dos pais



As crianças com MPR na classe I, não foram analisadas porque estavam concentradas numa categoria com nenhuma reprovação. Nas crianças da classe II do MPR, não estávamos em condições de aplicar o teste  $\chi^2$ , porque existiam células em que o valor esperado era inferior a cinco, logo as diferenças não eram estatisticamente significativas. Nas crianças de classe III, essas diferenças já foram estatisticamente significativas e verificamos que o número de reprovações aumentou, nos filhos de pais bebedores, associado aos hábitos de consumo de álcool do pai. Concluimos assim que, nas crianças de classe III, existe uma associação entre o número de reprovações e o consumo de álcool por parte do pai, sendo que, quando os pais bebem, a probabilidade do aluno reprovar pelo menos uma vez é maior, quando comparados com os filhos de pais não bebedores (teste  $\chi^2$  com  $p = 0,008$ ;  $p < 0,05$ ).

Como o questionário de Connors não apresenta uma distribuição normal, não estamos em condições de aplicar testes paramétricos e serão utilizadas alternativas não paramétricas na análise estatística desta variável. Ao tentar verificar a associação entre o Connors e as classes dos pais “Bebedores” e “Não Bebedores” utilizámos uma alternativa não paramétrica ao teste t, o teste de Mann – Whitney. Este teste trabalha com ordens (verifica se a soma das ordens em cada um dos grupos difere significativamente). Obtivemos então um valor  $p = 0,029$  ( $p < 0,05$ ), o que nos indica que existem diferenças significativas nos valores de Connors dos filhos de pais Bebedores, quando comparados com os filhos de pais Não Bebedores, como se observa no gráfico, na tabela e no quadro seguintes, no sentido em que os valores de Connors tendem a ser mais elevados quando os pais bebem.

Gráfico 9. Distribuição dos valores de Conners segundo o consumo dos pais

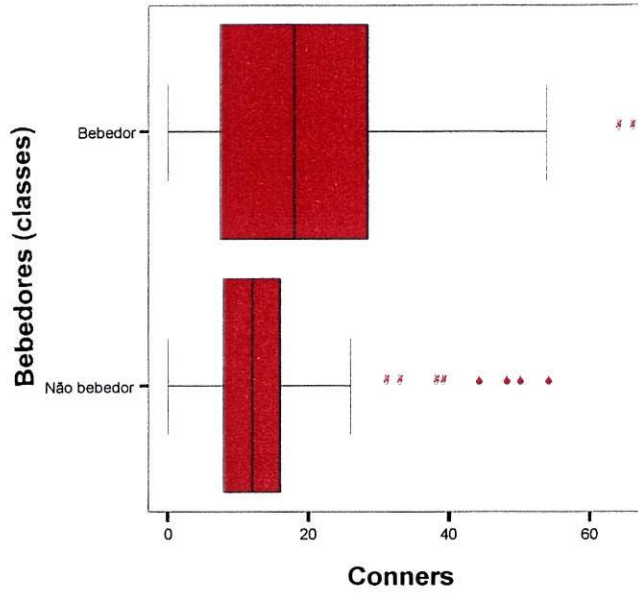


Tabela 16. Comparação estatística entre os dois grupos

	Bebedores (classes)	Conners
Média	Não Bebedor	14,30
	Bebedor	20,49
Desvio padrão	Não Bebedor	12,225
	Bebedor	16,083
Mínimo	Não Bebedor	0
	Bebedor	0
Máximo	Não Bebedor	54
	Bebedor	66
N	Não Bebedor	69
	Bebedor	67

Quadro 7. Teste estatístico do Conners segundo o consumo dos pais

Teste estatístico	Conners
Mann-Whitney U	1810,500
Wilcoxon W	4225,500
Z	-2,182
Valor p	0,029

a Comparando com a variável: Bebedores (classes)

Quando se tem em conta a idade, as diferenças verificadas entre os valores de Conners não são significativas, entre os filhos de pais alcoólicos e os filhos de pais não alcoólicos, como se poderá observar pela análise do quadro 8, embora os filhos de pais bebedores tenham valores de Conners mais elevados.

Quadro 8. Teste estatístico de Conners segundo o sexo

	Valores	g.l.	Valor p
Pearson Chi-Square	6,558	1	0,010
Continuity Correction	5,708	1	0,017
Likelihood Ratio	6,610	1	0,010
Linear-by-Linear Association	6,510	1	0,011
N of Valid Cases	136		

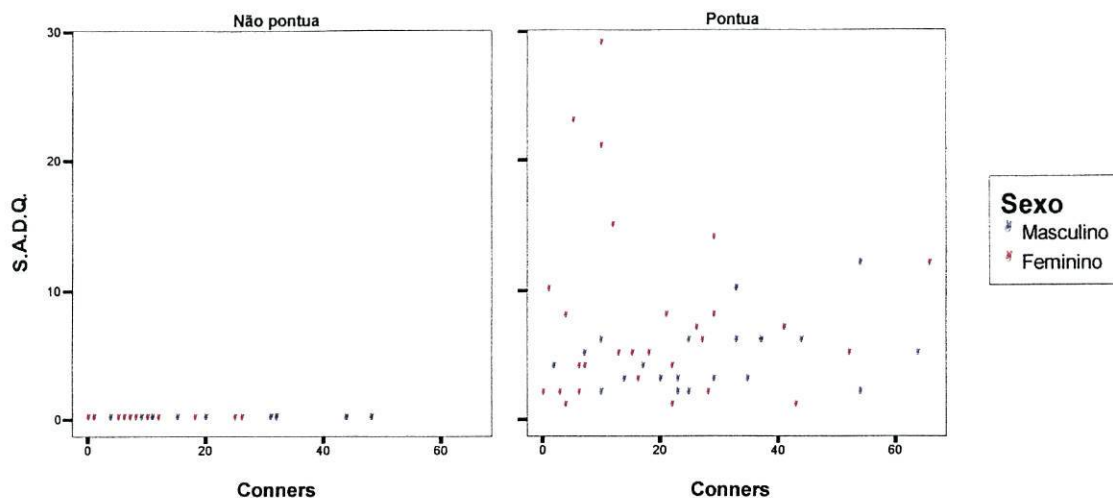
a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 31,54.

Ao verificarmos a relação entre o Conners\_2 e a escala de Graffar, verificamos que não existe associação entre o comportamento na sala de aula e a classe social. Mas temos de ter em conta que a amostra é maioritariamente da classe IV do graffar.

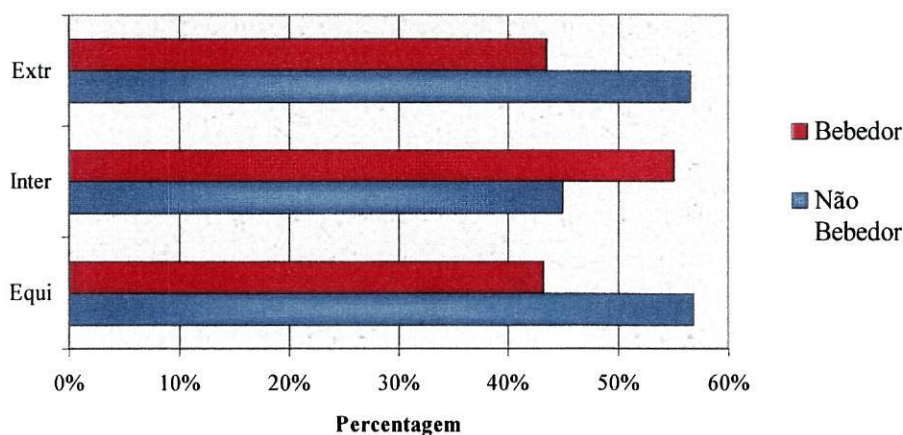
Ao avaliarmos a severidade do consumo de álcool e a sua influência no comportamento das crianças, verificamos que os resultados eram muito dispersos e haviam poucos sujeitos em cada célula. Então, para efeitos estatísticos agrupamos os valores do SADQ em duas classes: “Pontua” – quando o valor do SADQ é superior a zero e “Não pontua” – quando o valor do SADQ é igual a zero. As diferenças entre os valores de Conners não são significativas quando se tem em conta a severidade do consumo assim agrupado, mas ao compararmos as duas distribuições observamos uma maior amplitude na escala de Conners e rapazes com valores de Conners mais elevados quando o pai pontua, enquanto os valores da escala de Conners diminuem nas raparigas quando o SADQ aumenta (Gráfico 10).

Gráfico 10. Distribuição de Conners segundo o SADQ dos pais e o sexo das crianças



Na análise da relação entre o consumo de álcool e o tipo de família, segundo o modelo circunflexo, podemos verificar que, na amostra, existe uma tendência para os não bebedores pertencerem a famílias equilibradas e extremas, enquanto que os bebedores surgem com mais frequência nas famílias intermédias. Através de uma análise mais detalhada, verificámos que, nesta amostra, a percentagem de bebedores era semelhante nas famílias equilibradas e extremas, o que não se verificava nas intermédias, onde havia uma tendência para existirem mais pais bebedores, como se observa no gráfico 11.

Gráfico 11. Distribuição dos bebedores (classes) segundo o modelo circunflexo



Após a aplicação do teste verificamos que não existiam diferenças significativas entre o modelo circumplexo e os anos de casamento.

Desmembramos depois o modelo circumplexo a nível da coesão e da adaptabilidade percebidas do casal e verificamos que a média da coesão percebida é maior nos não bebedores, enquanto a média da adaptabilidade percebida é maior nos bebedores, como se observa no quadro 9:

Quadro 9. Comparação estatística entre os dois grupos

	Bebedores (classes)	COE_P_CA	ADAP_P_C
Média	Não Bebedor	37,283	22,181
	Bebedor	35,284	23,291
Desvio padrão	Não Bebedor	5,728	4,868
	Bebedor	6,531	5,053
Mínimo	Não Bebedor	24,00	11,00
	Bebedor	16,50	10,00
Máximo	Não Bebedor	47,00	36,00
	Bebedor	48,00	36,00
N	Não Bebedor	69	69
	Bebedor	67	67

Através da análise estatística concluímos que em relação à adaptabilidade e à coesão percebidas, as diferenças não são significativas entre os dois grupos. Como a satisfação média do casal era uma distribuição normal, estávamos em condições de aplicar o teste t Student e após a interpretação do mesmo, podemos concluir que as médias de satisfação do casal não diferem nas famílias em que o pai é alcoólico e nas famílias em que o pai não é alcoólico.

Tendo em conta o tipo de família e os seus valores de coesão e adaptabilidade percebidas, verificamos que é nas famílias intermédias onde se encontrava maior concentração da amostra. Como a coesão percebida do casal é normal e com variâncias iguais nos grupos dos bebedores e dos não bebedores, estamos em condições de avaliar se aquele valor difere significativamente nos dois grupos e, para tal, recorreremos ao teste t-Student. Ao averiguarmos se os valores médios da coesão percebida eram iguais nos casais com pais bebedores e nos casais com pais não bebedores, obtivemos um valor da estatística de teste igual a 2,684, que corresponde a um nível de significância de 0,009 ( $p < 0,05$ ). Isto permite-nos concluir que as médias são diferentes, ou seja, os não

bebedores têm uma média de coesão percebida do casal superior e estatisticamente diferente da média dos bebedores, nas famílias intermédias, enquanto que na adaptabilidade não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Através da análise dos gráficos podemos verificar que no grupo dos bebedores encontramos mais famílias desligadas e caóticas do que no grupo dos não bebedores.

Gráfico 12. Distribuição dos bebedores (em classes) segundo a distribuição da coesão familiar

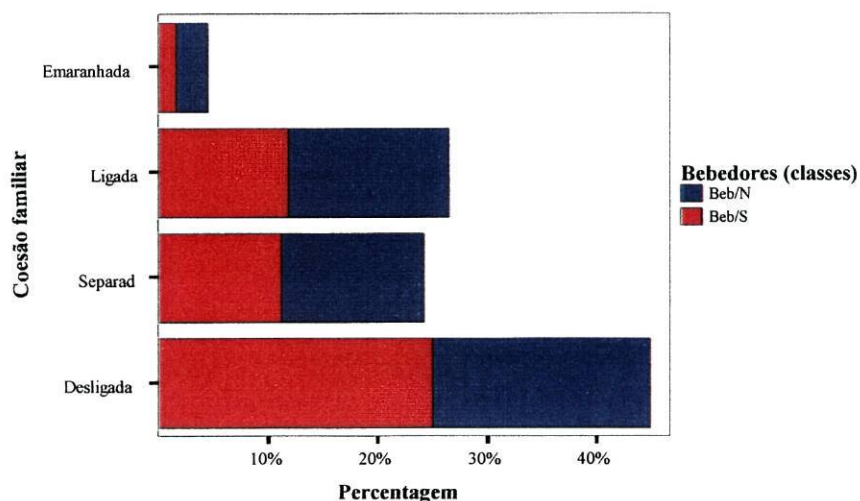
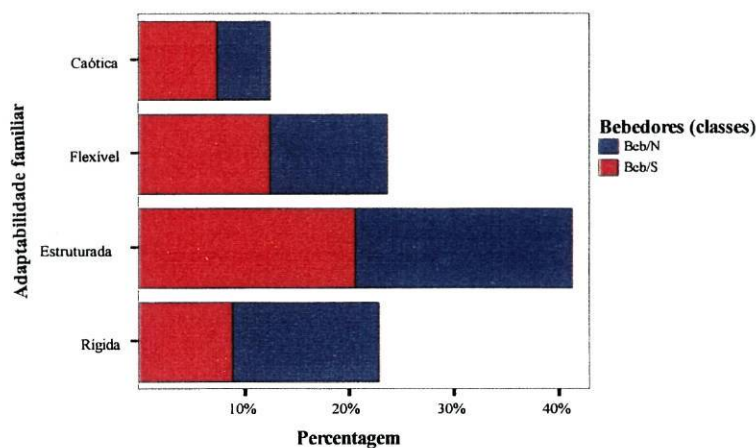


Gráfico 13. Distribuição dos bebedores (em classes) segundo a distribuição da adaptabilidade familiar



Para avaliar a influência do consumo de álcool sobre os valores da coesão, da adaptabilidade e do número de reprovações (Hipótese 2), procedemos a uma MANOVA para dois grupos. Depois de agruparmos as reprovações em duas categorias (“Reprova” e “Não reprova”), os testes permitiram-nos concluir que existem diferenças significativas no número de reprovações quando o pai é alcoólico e quando não o é. Este facto vai influenciar também os valores de coesão e adaptabilidade percebida do casal como se poderá observar pela análise dos quadros seguintes:

Quadro 10. Teste de efeitos

Origem	Variáveis dependentes	SS - Modelo III	gl	Quadrado da média	F	Valor p
Modelo corrigido	COE_P_CA	263,609	2	131,805	3,503	,036
	ADAP_P_C	132,242	2	66,121	2,562	,085
Intercepção	COE_P_CA	60824,824	1	60824,824	1616,412	,000
	ADAP_P_C	26515,199	1	26515,199	1027,412	,000
REPROVA2	COE_P_CA	263,609	2	131,805	3,503	,036
	ADAP_P_C	132,242	2	66,121	2,562	,085
Erro	COE_P_CA	2445,920	65	37,630		
	ADAP_P_C	1677,504	65	25,808		
Total	COE_P_CA	90119,000	68			
	ADAP_P_C	36212,250	68			
Total corrigido	COE_P_CA	2709,529	67			
	ADAP_P_C	1809,746	67			

a R Squared = ,097 (Adjusted R Squared = ,070)

b R Squared = ,073 (Adjusted R Squared = ,045)

Quadro 11. Análise de variância multivariada

Efeitos	Valores	F	Hipóteses g.l	Erro gl	Valor p	
Intercepção	Pillai's Trace	0,967	928,710	2,000	64,000	0,000
REPROVA2	Wilks' Lambda	0,033	928,710	2,000	64,000	0,000
	Hotelling's Trace	29,022	928,710	2,000	64,000	0,000
	Roy's Largest Root	29,022	928,710	2,000	64,000	0,000
	Pillai's Trace	0,234	4,306	4,000	130,000	0,003
	Wilks' Lambda	0,771	4,454	4,000	128,000	0,002
	Hotelling's Trace	0,292	4,597	4,000	126,000	0,002
	Roy's Largest Root	0,270	8,773	2,000	65,000	0,000

a Exact statistic

b The statistic is an upper bound on F that yields a lower bound on the significance level.

c Design: Intercept+REPROVA2

Posteriormente, foi feita uma análise factorial das componentes principais utilizando as variáveis de Conners, Graffar, Adaptabilidade, Coesão e Mast do pai, para reduzir a dimensionalidade, obtendo-se um menor número de novas variáveis que são uma combinação linear das variáveis originais.

Inicialmente utilizamos o critério de Kaiser que nos dá duas componentes explicando apenas 57,13% da variação dos dados. Pedimos três componentes, o que nos permitiu explicar 77,26% da variação dos dados, como se observa no quadro 12.

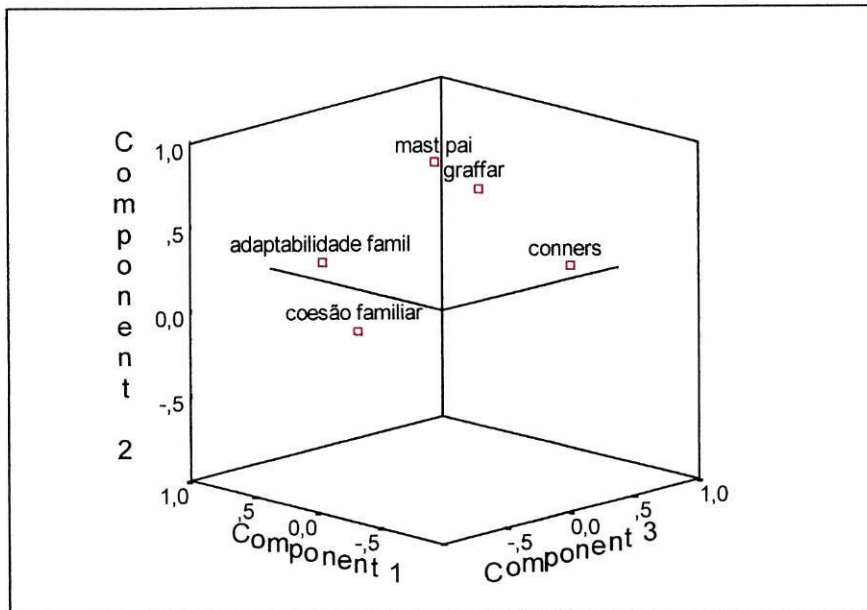
Quadro 12. Variância explicada pelas componentes

Componentes	Valores iniciais			SS Loadings extraídos			SS Loadings rodados		
	Total	% de Variância	% acumulada	Total	% de Variância	% acumulada	Total	% de Variância	% acumulada
1	1,613	32,267	32,267	1,613	32,267	32,267	1,457	29,132	29,132
2	1,282	25,649	57,916	1,282	25,649	57,916	1,400	28,000	57,131
3	0,967	19,339	77,255	0,967	19,339	77,255	1,006	20,124	77,255
4	0,635	12,692	89,948						
5	0,503	10,052	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotated Component Matrix

Desta forma, poderemos agrupar as variáveis em três componentes como mostra o gráfico seguinte.

Gráfico 14. Representação gráfica das componentes



Mas o teste KMO (Kaiser – Meyer – Olkin) que compara as correlações simples com as parciais observadas entre as variáveis, indica-nos que este método não é apropriado para os nossos dados (KMO = 0,511).

Quadro 13. Teste de esfericidade e adequação da amostra

Kaiser-Meyer-Olkin.	0,511
Bartlett's Test of Sphericity – Aproximação do Qui-quadrado	59,515
Graus de liberdade	10
Valor p	0,000

Desistimos desta alternativa e optamos pela análise factorial de correspondências para testar as outras duas hipóteses do estudo, utilizando as variáveis Conners, Graffar, MAST do pai, Coesão Familiar e Adaptabilidade familiar, como se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 17. Matriz dos pesos factoriais depois da rotação

	Componentes		
	1	2	3
Conners	7,589E-03	7,684E-02	0,991
Graffar	-0,235	0,762	3,684E-02
Mast Pai	0,124	0,843	6,002E-02
Coesão familiar	0,789	-0,288	0,109
Adaptabilidade familiar	0,873	0,143	-8,247E-02

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.  
 a. Rotation converged in 5 iterations.

Assim, ao analisarmos as variáveis do modelo circunplexo com o tipo de bebedores (em classes) e a escala de Conners, verificamos que a dimensão um (Conners em classes e classes de bebedores) explica 39,41% das variações dos dados e a dimensão dois (modelo circunplexo) explica 33,8% da variação o que corresponde a um total de 73,2% da explicação da variação dos dados pelas duas dimensões.

Tabela 18. Valores próprios da análise de correspondência tendo em conta o Conners

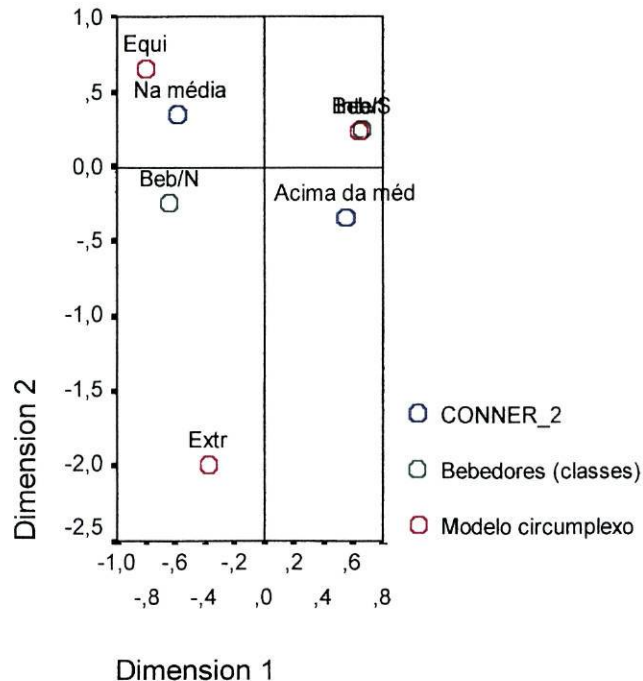
Dimensão	Valores próprios
1	0,394
2	0,338

Tabela 19. Medidas de discriminação

	Dimensão	
	1	2
Modelo circunflexo	0,442	0,834
Bebedores (classes)	0,424	0,061
CONNERS_2	0,316	0,120

Através da análise do gráfico podemos verificar que há tendência para os bebedores pertencerem a famílias intermédias e há casos, nestas famílias, em que as crianças apresentam um valor de Connors acima da média. As famílias extremas, não são possíveis de caracterizar em termos de pais bebedores e de Connors, enquanto há tendência para os não bebedores pertencerem a famílias equilibradas e as crianças destas famílias apresentarem um Connors dentro da média.

Gráfico 15. Representação gráfica das quantificações tendo em conta o Connors



Em relação à segunda hipótese do estudo, os resultados mostram que a dimensão um (número de reprovações e classe de bebedores) explica 44% da variação dos dados enquanto a dimensão dois (modelo circunflexo) explica 33% da variação dos dados, num total de 77% da explicação da variação dos dados, como mostra o quadro seguinte.

Tabela 20. Valores próprios da análise de correspondência tendo em conta o n.º de reprovações

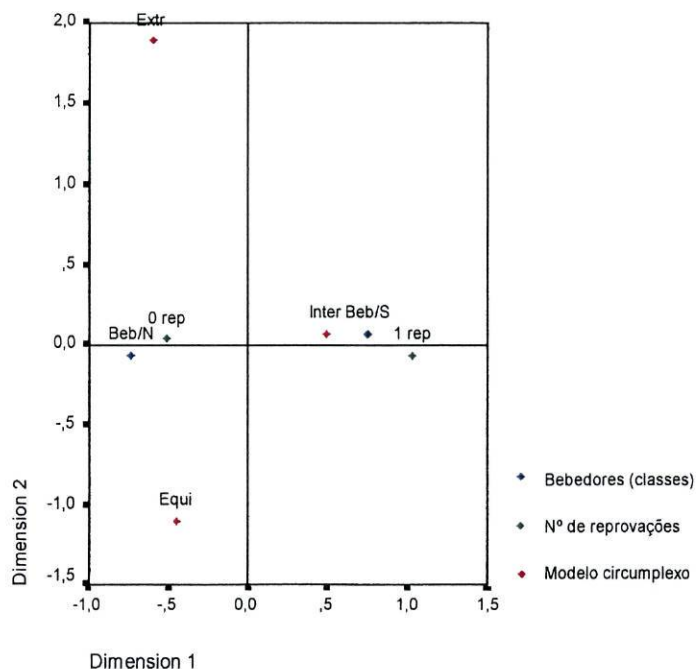
Dimensão	Valores próprios
1	0,440
2	0,334

Tabela 21. Medidas de discriminação

	Dimensão	
	1	2
Modelo circunplexo	0,250	0,995
N.º de reprovações	0,524	0,002
Bebedores (classes)	0,545	0,004

Através da análise do gráfico podemos verificar que há uma tendência para filhos de bebedores reprovarem pelo menos uma vez e de pertencerem a famílias intermédias.

Gráfico 16. Representação gráfica das quantificações tendo em conta o n.º de reprovações



## 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O alcoolismo é um problema mundialmente considerado e, particularmente em Portugal, com uma importante vertente sócio – cultural. Actualmente os problemas ligados ao álcool deixaram de ser vistos de forma individual, na medida em que têm repercussões sociais. A família é a primeira vítima, sofrendo as consequências directas na dinâmica relacional, tornando-se o lar simultaneamente patológico e patogénico, sobretudo para os filhos. O lar do alcoólico é marcado pela incerteza e pela imprevisibilidade, característicos do comportamento alcoólico.

Vários são os estudos que procuram compreender a etiologia, o desenvolvimento e as consequências do alcoolismo. No caso do estudo que apresentamos, procura-se compreender algumas consequências do alcoolismo a nível familiar, nomeadamente na dinâmica familiar, nos comportamentos e no rendimento escolar dos filhos.

José Maria Neves (1996), num estudo sobre as características bio-psico-sociais do alcoólico, refere que o alcoolismo é uma doença social, sendo mais frequente em indivíduos que pertencem a estratos sociais mais desfavorecidos. Na nossa amostra isto também se verifica, com 60% dos indivíduos alcoólicos a pertencerem a classes sociais inferiores, o que justifica o facto de, na análise factorial de componentes principais, o MAST formar uma única categoria com o Graffar. Mas, dado que o MAST é um questionário de autopreenchimento e os sujeitos das classes superiores têm níveis de escolaridade mais altos poderá também ter havido manipulação das respostas.

Num estudo sobre os filhos de alcoólicos, Manuela Mendonça (1978), conclui que a dinâmica da família do alcoólico, na maioria dos casos, encontra-se alterada. Verificou ainda uma elevada taxa de dificuldades de aprendizagem, alguns atrasos do desenvolvimento e o dobro do número de reprovações nos filhos dos alcoólicos, quando comparados com os filhos dos não alcoólicos. Além destas diferenças, as crianças filhas de pais alcoólicos, apresentam elevada percentagem de imaturações psicomotoras e níveis intelectuais inferiores à idade. Na nossa amostra, verificamos também o dobro do número de reprovações nos filhos dos alcoólicos, quando comparados com os filhos dos não alcoólicos, mas a associação entre o consumo de álcool por parte do pai e o aumento do número de reprovações não é uma associação muito forte. Quanto ao nível intelectual, nesta amostra, não poderíamos chegar a nenhuma conclusão significativa, visto ter sido controlada no desenho experimental do estudo (foram excluídas as

---

crianças com um QI abaixo da média – Classes IV e V das MPR). No entanto, verificamos que existiam algumas crianças que, embora filhas de pais alcoólicos, apresentavam um nível intelectual acima da média (pertenciam à classe I das MPR) e não tinham bons resultados escolares, o que parece indicar a existência de outros factores que afectam o rendimento escolar, que não o nível intelectual. Fomos então correlacionar estas três variáveis (consumo de álcool por parte do pai, número de reprovações e nível intelectual) e verificamos que apenas nas crianças que se encontram na média (classe III das MPR) é que o alcoolismo paterno afecta os seus rendimentos escolares. Este resultado vem no sentido dos estudos feitos que referem uma etiologia múltipla do insucesso escolar, com referência tanto a factores individuais (tais como personalidade, psicopatologia, motivação da criança, etc.) como a factores sócio – culturais (tais como expectativas dos pais, características da escola, dos professores...), variáveis estas que não foram avaliadas neste estudo.

No que se refere à escala de Connors, o nosso estudo apresenta uma média superior à da aferição portuguesa (Fonseca, 1996), embora também apresente uma grande dispersão dos resultados. Os autores obtiveram uma média de 10,3, com um desvio padrão de 10,5, enquanto no nosso estudo obtivemos uma média de 17,35 com um desvio padrão de 14,54. Esta variável não se correlaciona com o nível intelectual nem com o número de reprovações e, embora as crianças que reprovem mais vezes tenham um valor de Connors mais elevado, este facto está correlacionado com a idade. No estudo citado, os autores referem que os alunos com mais problemas na escola são aqueles cujos pais têm, em média, menos anos de escolaridade e são crianças que pertencem a classes sócio-económicas mais baixas, o que não se verifica no nosso estudo.

Ao compararmos os problemas de comportamento dos filhos de pais alcoólicos com os dos filhos de pais não alcoólicos, verificamos que os valores tendem a ser mais elevados quando os pais são alcoólicos, o que vai no sentido de vários estudos realizados (Saunders e Schuckit, 1981; Schaeffer e col., 1988; Tarter, 1988; Reich et al., 1993). Verificamos também que, escolas diferentes apresentavam valores de Connors diferentes, mas não foi possível averiguarmos as razões dessas diferenças, dado que as escolas não foram submetidas a nenhuma avaliação e vários autores têm referido as características das escolas como factores intervenientes no rendimento escolar, o que poderá também verificar-se nos problemas de comportamento. Tal como na aferição portuguesa, verificamos que os valores de Connors eram mais elevados nos rapazes,

---

quando comparados com as raparigas. Quando se teve em conta o sexo, as diferenças entre os filhos de alcoólicos e os filhos de não alcoólicos não foram significativas, embora os filhos de alcoólicos continuassem a apresentar valores de Connors mais elevados. Tais resultados poderiam ter sido influenciados pelo tamanho da amostra, pela disponibilidade dos professores ao responder ao questionário, assim como pelo aspecto do MAST não diferenciar os alcoólicos que já não consomem dos alcoólicos que ainda ingerem bebidas alcoólicas em excesso.

Quanto à relação entre os problemas de comportamento na escola e a severidade do consumo por parte dos pais, as diferenças encontradas não foram estatisticamente significativas, dada a grande dispersão dos resultados. Mas, ao avaliarmos a existência ou não de consumo actual ( $SADQ > 0$  e  $SADQ = 0$ , respectivamente), verificamos que, quando os pais actualmente consomem, há uma maior amplitude na escala de Connors, ou seja há crianças com mais problemas de comportamento na escola, em especial os rapazes. Verificamos também que, quando há um elevado grau de severidade, as raparigas não apresentam problemas de comportamento na escola, o que poderá ter uma explicação no facto desta escala ser mais sensível a comportamentos exteriorizados, não tendo em atenção factores interiorizados como a depressão, muito frequente nos filhos de pais alcoólicos, em especial nas raparigas. Estes resultados vêm de encontro a vários estudos realizados que referem que o consumo de álcool por parte dos pais tem efeitos diferentes sobre os rapazes e as raparigas, dado que, enquanto os rapazes exteriorizam o sofrimento, as raparigas interiorizam-no.

Uma limitação deste estudo refere-se à não avaliação da possível psicopatologia das crianças estudadas. Quando os pais não pontuam no SADQ, ou seja, os pais não consomem em excesso actualmente, verificamos alguns valores de Connors elevados, que poderão ser explicados de duas formas: ou houve uma manipulação das respostas ou então os pais deixaram de consumir álcool em excesso em fases diferentes do desenvolvimento das crianças. Isto porque vários estudos (Moss, Howard et col., 1997) têm demonstrado que se o consumo cessar antes dos seis anos de idade das crianças, os efeitos nocivos sobre os comportamentos dos filhos não se fazem sentir, enquanto esses efeitos se verificam quando a interrupção do consumo ocorre após os seis anos de idade das crianças. Neste estudo esta variável não foi tida em conta pelo que esta é apenas uma suposição que poderá ser explicativa dos resultados obtidos.

Os elevados valores de Connors no grupo das crianças filhas de pais não alcoólicos poderão indicar a existência de outros factores que influenciam o

---

comportamento na sala de aula e que não foram avaliados neste estudo, como por exemplo, a personalidade e/ou psicopatologia das crianças, as características intrínsecas da escola, a personalidade dos professores, o consumo de outras drogas e/ou patologias por parte dos pais.

Na escala original do FACES, Olson e Killorin (1984, 1985), encontraram diferenças significativas entre as famílias com um membro alcoólico e famílias não alcoólicas: as famílias alcoólicas pertenciam, mais frequentemente, a famílias extremas, enquanto as famílias não alcoólicas pertenciam a famílias equilibradas, o que não se verificou no nosso estudo. Verificamos que existia uma tendência para os não alcoólicos pertencerem a famílias equilibradas e extremas, enquanto os alcoólicos surgiam mais frequentemente nas famílias intermédias. Ao analisarmos este tipo de famílias (intermédias) verificamos que os alcoólicos tendem a ter níveis extremos de coesão (pertencem a famílias desligadas), estatisticamente superiores aos das famílias não alcoólicas, o que vai de acordo com o estudo de Maria Filomena Gomes (1995), embora na adaptabilidade as diferenças não sejam significativas. Este último facto não corresponde ao que foi encontrado no estudo supracitado que referiu níveis extremos de adaptabilidade nas famílias alcoólicas estatisticamente inferiores aos das famílias não alcoólicas. Mas os nossos resultados poderão ter sido influenciados por outros factores como as características da esposa e a fase em que o alcoolismo se encontra, dado que a literatura refere que o alcoolismo surge, muitas vezes, como forma de aumentar a coesão familiar e que, na maioria das vezes, quando surge um membro alcoólico na família esta tende a reorganizar-se de diferentes formas, redefinindo os papéis e as regras.

No nosso estudo encontramos uma correlação de 0,387 entre a adaptabilidade e a coesão, como já tinha sido verificada num estudo, para a população portuguesa, de Rosário Curral e col. (1999) em que foi referida uma correlação de 0,39, ao contrário do que diziam os autores da escala, que defendem uma independência entre as subescalas da coesão e da adaptabilidade ( $R=0,03$ ). A correlação que obtivemos vem justificar o facto de, na análise factorial de componentes principais, a coesão e a adaptabilidade se agruparem numa única componente.

Podemos então concluir que o alcoolismo paterno influencia o rendimento escolar dos filhos e que, embora não encontremos diferenças estatisticamente significativas entre os valores de coesão e de adaptabilidade entre os alcoólicos e os não alcoólicos, estes valores também influenciam e/ou são influenciados pelo insucesso escolar. Estes

resultados vêm de acordo com alguns estudos que referem que o alcoolismo poderá aumentar a coesão familiar no sentido da família lidar com esse problema, levando a uma readaptação/reorganização familiar.

Verificamos também que há uma tendência para os alcoólicos pertencerem a famílias intermédias e para os seus filhos apresentarem mais problemas na escola e um maior número de reprovações, quando comparados com os filhos de não alcoólicos. Ou seja, o alcoolismo paterno influencia os problemas de comportamento na sala de aula e o número de reprovações, embora não se consigam averiguar que características familiares estão relacionadas com esses resultados, podemos supor que sejam os valores extremos de coesão ou de adaptabilidade existentes nas famílias intermédias, que acabam por ser compensados com os valores médios de uma das variáveis.

## SUMÁRIO E CONCLUSÃO

O consumo excessivo de álcool é um problema sociocultural, mundialmente considerado, que se repercute na família.

A presença de um pai alcoólico numa família, confere-lhe características específicas de funcionamento, que irão, por conseguinte, influenciar o comportamento e o rendimento escolar das crianças. Nesta perspectiva, consideramos pertinente a aplicação de um estudo explicativo/comparativo, com o objectivo de perceber esta relação, tendo em conta o elevado índice de consumo de álcool na Região Autónoma da Madeira.

No nosso estudo, propusemo-nos estudar estas variáveis, tendo em conta o tipo de família segundo o modelo circunplexo de Olson e col. (1984/85). Para esse efeito, dirigimo-nos às escolas públicas do concelho do Funchal e recolhemos uma amostra aleatória. O estudo apresenta algumas limitações, na medida em que não foram avaliadas algumas possíveis variáveis que poderão afectar o comportamento e o rendimento escolar, nomeadamente a personalidade das crianças, as características das escolas e dos professores, o consumo de outras substâncias e a existência de patologia no pai e/ou na mãe. A utilização do FACES III parece também não ter sido a melhor escolha neste tipo de estudo, visto não nos possibilitar a pormenorização das relações familiares.

Apesar destas limitações, podemos retirar algumas **conclusões significativas**:

- Os filhos de pais alcoólicos reprovam duas vezes mais do que os filhos de pais não alcoólicos.
- Os filhos de pais alcoólicos apresentam mais problemas de comportamento na sala de aula, do que os filhos de pais não alcoólicos.
- As crianças filhas de pais alcoólicos, cujos pais têm um maior grau de dependência apresentam mais problemas de comportamento na sala de aula, do que as crianças filhas de pais alcoólicos com menor grau de dependência (em especial os rapazes).
- Os alcoólicos tendem a ter famílias com níveis extremos de coesão (pertencem a “famílias desligadas”, no teste de Olson e col.).

- Os alcoólicos pertencem, em grande percentagem, a “famílias intermédias”, enquanto os não alcoólicos pertencem a “famílias equilibradas”, no teste de Olson e col.

Assim, podemos concluir que os filhos de pais alcoólicos apresentam mais problemas de comportamento na sala de aula e um maior número de reprovações, do que os filhos dos não alcoólicos. E que, esses valores, são, em parte, influenciados pelas inter-relações que se estabelecem no sistema das famílias de alcoólicos.

De salientar que estas conclusões se referem a uma amostra específica (escolas públicas do Concelho do Funchal) e não poderão ser inferidas para o total da população, mas poderão contribuir para o planeamento de futuros estudos, nomeadamente na dimensão das relações familiares que se estabelecem nas famílias alcoólicas e na importância das relações pais-filhos para o desenvolvimento saudável das crianças.

## BIBLIOGRAFIA

ABREU, M. Viegas e col. (1988). Mobilização de potencialidades de desenvolvimento cognitivo e promoção do sucesso escolar. *Psychologica*, n.º 1, 1 – 26.

ACTAS DA CONFERÊNCIA DE ÉVORA (2000). *Determinantes da Saúde na União Europeia*. Portugal, Europress.

ADÈS, Jean & LEJOYEUX, Michel (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.

ALBUQUERQUE, C. P. & col. (1999). O inventário de comportamento da criança para professores: estudo com uma amostra clínica. *Psychologica* n.º 21, 113 – 128.

ALMEIDA, Alexandre; & PONTE, Maria Silva (1995). Algumas considerações sobre o álcool, o alcoólico e a família. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. V, n.º 2 (11), 7 – 10.

ALMEIDA, L. S. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition. Washington DC, American Psychiatric Association.

ANDOLFI, Maurizio (1980). *Terapia Familiar*. Lisboa: Veja, Limitada.

ARAÚJO, H. J. (1994). Alguns aspectos da abordagem familiar do alcoolismo. *Quem sai aos seus...*, de José Gameiro e col., cap. 7, 153 – 160. Porto: Edições Afrontamento.

BARROS, José H.; NETO, Félix & BARROS, António M. (1992). Inteligência, locus de controlo e realização escolar. *Psychologica*, n.º 7, 85 – 94.

BARROS, José H. (1996). Desenvolvimento de um questionário de percepção de pais e filhos sobre a educação familiar. *Psychologica*, n.º 15, 119 – 133.

BARKER, Philip (2000). *Fundamentos da Terapia Familiar*. Lisboa: Climepsi Editores.

BECK, Aaron T. & al. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.

BIEDERMAN, Joseph et al. (1995). Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, Nº 11, 1495 – 1503.

BIEDERMAN, Joseph et al. (1995). Family – Environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder: a Test of Rutter's Indicators of Adversity. *Archives of General Psychiatry*, vol. 52, Nº 6, 464 – 470.

BREDA, J. J. R. S. (1993). Nutrição em alcoologia: perfil nutricional do doente alcoólico. *Revista Portuguesa de Nutrição*, 2, 24 – 36.

BREDA, J. (1994). Breve história do álcool, do alcoolismo e da abordagem dos problemas ligados ao álcool numa perspectiva de Saúde Pública em Portugal. *Revista Portuguesa de Nutrição*, VI (1), 33 – 44.

BORGES, Graciete Franco (1997). Interação familiar e desenvolvimento pessoal. *Psychologica*, n.º17, 49 – 62.

CABEÇAS, José (1992). A família na perspectiva do médico de família – o problema do alcoolismo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. I, n.º 2, 133 – 144.

CANAVARRO, Maria Cristina S. (1999). *Relações Afectivas e Saúde Mental*. Coimbra: Quarteto Editora.

CANTWELL, Dennis P. (1996). Attention Deficit Disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, n° 8: 978 – 987.

CARDOSO, J. M. Neves (1992). “Era uma vez uma família alcoólica robot...”. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. I, n.º 2, 145 – 152.

CARDOSO, J. M. Neves (1994). Abordagem das famílias dos alcoólicos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. III, n.º 3 (9), 45 – 61.

CARDOSO, J. M. Neves et al. (1996). Interfaces bio-psico-sociais no alcooldependente: uma tipologia clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. VI, n.º 3 (12), 25 – 35.

CARRILHO, Joaquim Margalho (1987). *Manual Prático de Recuperação do Alcoolismo e Uso de Drogas*. Lisboa: Tempo Medicina.

CHASSIN, L.; PILLOW, D. R.; CURRAN, P. J.; MOLINA, B. S. & BARRERA, M. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: a test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 3 – 19.

CHICK, Jo e Jonathan (1998). *Problemas com a bebida*, Porto: Campo das Letras.

CLARK, Duncan et al. (1997). Psychopathology in preadolescent sons of fathers with substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n° 4: 495 – 502.

CLARK, Duncan; LESNICK, Lynne & HEGEDUS, Andrea M. (1997). Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n° 12: 1744 – 1751.

COELHO, Maria Esmeralda (1995). *Comportamentos desviantes de menores, uma abordagem psicológica*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

CURRAL, Rosário; DOURADO, F.; TORRES, A. Roma; BARROS, Henrique; PALHA, A. Pacheco & ALMEIDA, L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o FACES III. *Psiquiatria Clínica*, 20 (3), 213 – 217.

CURRAL, Rosário; PALHA, A. Pacheco; TORRES, A. Roma; DOURADO, F. & BARROS, Henrique (2001). Chronic Disease and family functioning. Epilepsy and family behavior. *Original article*.

DAVIES, Don; FERNANDES, J. Viegas & col. (1989). *As escolas e as famílias em Portugal: realidade e perspectivas*. Lisboa: Livros Horizonte.

DUARTE, Maria Fernanda (1997). *Consumo de Álcool: Do Uso à Dependência*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

DUARTE, Maria Isabel (2000). *Alunos e insucesso escolar: um mundo a descobrir*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

EDWARDS, Griffith & DARE, Christopher (1997). *Psicoterapia e Tratamento de Adições*. Porto Alegre: Artes Médicas.

ESTEVES, António J. (1995). *Jovens e idosos, família, escola e trabalho*. Porto: Edições Afrontamento.

FARIA, Luísa (1995). Estudo dos efeitos diferenciais da configuração familiar na realização escolar e atribuições causais de adolescentes. *Psychologica*, n.º 14, 59 – 64.

FERNÁNDEZ, Francisco Alonso (1992). *Alcoholdependencia – Personalidad del alcohólico*. Espanha: Masson – Salvat Editores.

FERREIRA, Isabel (1990). *Influência das Relações Pais-Filhos e das Estratégias de Coping na Determinação do Rendimento Escolar*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

FIELD, Tiffany (1983). Social interactions between high-risk infants and their mothers, fathers, and grandmothers. *Advances in Clinical Child Psychology, Volume 6*, 251 – 280.

FIGUEIREDO, Paulo H. G. Pais (1996). *Factores cognitivos na abordagem do alcoolismo: a influência das expectativas relativas aos efeitos do álcool no resultado da intervenção terapêutica*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

FISMAN, Sandra et al. (1996). Risk and protective factors affecting the adjustment of siblings of children with chronic disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 35, n° 11*: 1532 – 1541.

FONSECA, A. Castro; FERREIRA, J. Armando; SIMÕES, António; REBELO, J. Augusto & CARDOSO, Francisco (1996). A Escala Revista de Connors para Professores (Connors – 28): dados normativos para a população escolar portuguesa. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXX – 3*, 83 – 107.

FONTES, Aníbal (2001). MAST, B-MAST, S-MAST. Três questionários para rastreio de alcoolismo. *Revista a Sociedade Portuguesa de Alcoolologia, vol. IX, n.º 6*, 61 – 65.

FOOTE, Rebecca; EYBERG, Sheila; SCHUHMANN, Elena (1998). Parent-child interaction approaches to the treatment of child behavior problems. *Advances in Clinical Child Psychology, vol. 20*, 125 – 152.

FREITAS, M. A. (1987). *O alcoolismo e o desenvolvimento cognitivo em crianças de Vila Real*. Vila Real.

FRIEDMAN, Lawrence et al. (1996). *Source Book of Substance Abuse and Addiction*. Massachusetts: Library of Congress.

GABEL, Stewart et SHINDLEDECKER, Richard (1992). Parental substance abuse and its relationship to severe aggression and antisocial behavior in youth. *The American Journal on Addictions*, vol. 2, 48 – 58.

GAMEIRO, Aires (1987). *Liberdade de beber e não beber*. Lisboa: Edições Hospitalidade.

GAMEIRO, José (1992). *Voando Sobre a Psiquiatria*. Porto: Edições Afrontamento.

GAMEIRO, José et al. (1994). *Quem sai aos seus....* Porto: Edições Afrontamento.

GUIMARÃES, Hercília e col. (1995). O adolescente e o álcool. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, vol. V, n.º 2 (11), 39 – 46.

GOMES, M. Filomena Pereira (1995). *Comunicação na família do alcoólico*. Porto: Universidade do Porto.

JENSEN, Peter S.; MARTIN, David; CANTWELL, Dennis P. (1997). Comorbidity in ADHD: Implications for research, practice and DSM – V. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, nº 8: 1065 – 1079.

KAPLAN, Sandra J. et al. (1997). Adolescent Physical abuse and suicide attempts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, nº 6: 799 – 808.

KLINE, Paul (2000). *Handbook of Psychological Testing, 2<sup>nd</sup> Edition*. London: Rout ledge.

LAMB, Michael E. et al. (1985). The role of the father in child development. *Advances in Clinical Child Psychology, Volume 8*, 231 – 262.

LARANJEIRA, Ronaldo R. (1994). *Alcohol Dependence Syndrome*. London: University of London.

LOEBER, Rolf et al. (1995). Which boys will fare worse? Early predictors of the onset of conduct disorder in a six-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, N° 4, 499 – 509.

LORENTE, A. Polaino & CANO, P. Martinez (1998). Las “Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales” (FACES III). *Evaluación Psicológica Y Psicopatológica de la Familia*. Navarra: Universidad Navarra, Ediciones Rialp.

MAISTO, Stephen A. & CAREY, Kate B. (1985). Origins of alcohol abuse in children and adolescents. *Advances in Clinical Child Psychology, Volume 8*, 149 – 194.

MARLATT, G. Alan & GORDON, Judith R. (1985). *Relapse Prevention*. New York: The Guilford Press.

MARLATT, G. Alan & VANDENBOS, Gary R. (1997). *Addictive behaviors: reading on etiology, prevention, and treatment. 1<sup>st</sup> edition*. USA: American Psychological Association.

MARTINS, M. Alice (1992). Alguns aspectos da dinâmica relacional na família do alcoólico. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Vol. I, n.º 2*, 125 – 132.

MÂSSE, Louise C. (1997). Behavior of boys in kindergarten and the onset of substance use during adolescence. *Archives of General Psychiatry, vol. 54, N° 1*, 62 – 68.

MASTEN, Ann S. e GARMEZY, Norman (1985). Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology, Volume 8*, 1 – 44.

MATOS, José F. (1995). Psicopedagogia nos jovens face aos novos estilos de vida. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Vol. IV, n.º 1 (10)*, 45 – 51.

MENDONÇA, Maria Manuela (1975). Resenha Bibliográfica pedo-psiquiátrica sobre os filhos de alcoólicos. *O Médico, 3*, 303 – 307.

MENDONÇA, Maria Manuela e col. (1978). Contribuição para o estudo do insucesso escolar nos filhos de alcoólicos. *Separata do Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa*, n.º 1-2, 303 – 307.

MENDONÇA, Maria Manuela (1984). Vulnerabilidade e risco nos descendentes de alcoólicos. *O Médico*, 110, 36-46.

MILLER, Laurie S. (1995). The New York teacher rating scale for disruptive and antisocial behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, N° 3, 359 – 370.

MINUCHIN, Salvador & FISHMAN, H. Charles (1990). *Técnicas de Terapia Familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

MOSS, Howard B.; CLARK, Duncan B. et KIRISCI, Levent (1997). Timing of paternal substance use disorder cessation and effects on problem behaviors in sons. *The American Journal on Addictions*, vol. 6, n° 1, 30 – 37.

NOGUEIRA, M.<sup>a</sup> Teresa A. De Sá (2001). Intervenção do alcoolismo a nível escolar: Medidas de intervenção e de articulação com a comunidade. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia* vol. IX, n.º 6, 7 – 17.

OLSON, David H. et col. (1983). *Families. What makes them work*. Beverly Hills, Sage Publications.

OLSON, David H. et col. (1985). *FACES III*. Minnesota: Family Social Science.

OKAGAKI, Lynn and FRENCH, Peter A. (1998). Parenting and Children's School Achievement: A Multiethnic Perspective. *American Educational Research Journal*, vol. 35, 123 – 144.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1983). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

OSTERRIETH, Paul (1997). *A criança e a família*. Lisboa: Publicações Europa - América.

PAIVA, F. Medeiros & SILVA, Alzira (1995). As dimensões da personalidade e o alcoolismo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. IV, n.º 1 (10), 53 – 70.

PALHA, A. Pacheco; DROUX, Arnaldo & SOUSA, J. Teixeira (1980). Diagnóstico de alcoolismo oculto. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, Vol.3, n.º 5, 26 – 32.

PALHA, A. Pacheco, ESTEVES, Manuel, FERREIRA, Fátima (1998). Diagnóstico de alcoolismo oculto. Uma reavaliação. Artigo Original.

PELHAM, William E. Jr. et al. (1998). Effects of deviant child behavior on parental alcohol consumption. *The American Journal on Addictions*, vol. 7, nº 2, 103 – 114.

PIMENTEL, Luís & MOREIRA, Rui (1989). As bebidas alcoólicas como factor patogénico no desenvolvimento psicológico. *Colóquio sobre “A problemática do alcoolismo em Portugal”*. Publicações do II Centenário da Academia das Ciências de Lisboa, 557 – 567.

PINTO, A. P. & MELLO, M. L. M. (1993). Alcoolismo em Portugal: balanço de final de século. *Revista da sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. II, 3, 75 – 82.

PONTE, M. S. (1993). Terapia familiar no alcoolismo – perspectiva sistémica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, vol. II, n.º 1, 63 – 69.

RELVAS, Ana Paula (1999). *Conversas com famílias, discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Edições Afrontamento.

RELVAS, Ana Paula (2000). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto Editora.

RODRIGUES, Maria N., FERREIRA, Maria P. & LENCASTRE, Isabel (1993). Consumo excessivo de bebidas alcoólicas – Estudo em Câmara de Lobos e no Funchal. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. II, n.º 3 (6), 83 – 97.

ROSA, Armando (1993). Os filhos de alcoólicos e o insucesso escolar. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. II, n.º 2 (5), 77 – 97.

ROSA, L: (1993). Terapia familiar no alcoolismo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, vol. II, n.º 1, 57 – 62.

SAMPAIO, Daniel & GAMEIRO, José (1985). *Terapia Familiar*. Lisboa: Edições Afrontamento.

SANTIAGO, Maria Helena (1995). Alcoolismo e família. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. V, n.º 2 (11), 55 – 96.

SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS E PARLAMENTARES (2000). *Diagnóstico da situação alimentar e nutricional da Região Autónoma da Madeira – estudo dos hábitos alimentares da população adulta*. Funchal.

SERRA, A. Vaz & LIMA, M. M. Vale (1973). O uso do “Michigan Alcoholism Screening Test” como instrumento discriminativo entre grupos de alcoólicos e de não alcoólicos. *Coimbra Médica XX*, I, 39 – 56.

SERRA, A. Vaz & LIMA, M. M. Vale (1973). Contribuição para o estudo da epidemiologia hospitalar de alcoolismo. *Coimbra Médica XX*, III, 271 – 286.

SHER, K. J.; WALITZER, K. S.; WOOD, P. K. & BRENT, E. E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 427 – 449.

SILVA, A. Saturnino F. & al. (1983). O alcoolismo na Região Autónoma da Madeira – uma proposta de combate à doença. *Revista Hospitalidade*, ano 47, n.º 182, 13 – 33.

SILVA, A. Saturnino F. (1995). Álcool e farmacodependência na Região Autónoma da Madeira (RAM). *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, Vol. IV, n.º 1 (10), 83 – 103.

SINES, Jacob O. (1987). Influence of the home and family environment on childhood dysfunction. *Advances in Clinical Child Psychology*, vol. 10, 1 – 48.

SIMÕES, Mário Manuel R. (2000). *Investigações no Âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Coimbra: Imprensa de Coimbra.

SINES, Jacob O. (1987). Influence of the home and family environment on childhood dysfunction. *Advances in Clinical Child Psychology, Volume 10*. New York: Plenum Press.

STRANG, John & col. (1989). Assessment of drug and alcohol use. In THOMPSON, Chris: *The instruments of psychiatric research*. New York: John Wiley & Sons.

SWIFT, Robert M. (1998). Alcoholism and substance abuse. In Alan Stoudemire, *Clinical Psychiatry for medical students, (3ª ed.)*. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers.

TARTER, R. E.; HEGEDUS, A. M. & GAVALER, J. S. (1985). Hyperactivity in sons of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 259 – 261.

TARTER, Ralph E.; JACOB, Theodore et LAIRD, Susan B. (1992). Learning and memory capacity in sons of alcoholic men. *The American Journal on Addictions*, vol. 2, 219 – 224.

VALENTE, César (2001). Validação relativa de um questionário semi-quantitativo de frequência de consumo alimentar numa população de doentes alcoólicos. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia* vol. IX, n.º 6, 23 – 37.

VEIGA, Feliciano H. (1995). Escala de Disrupção Escolar inferida pelos professores (EDEI): construção e validação. *Revista Portuguesa de Pedagogia, Ano XXIX, n.º 1*, 99 – 118.

VEIGA, Feliciano H. (1989). Escala de autoconceito: Adaptação portuguesa de “Piers – Harris Children’s Self-concept Scale”. *Psicologia, VII, 3*, 275 – 284.

WEINBERG, Naimah (1997). Cognitive and behavioral deficits associated with parental alcohol use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, vol. 36, n.º 9*: 1177 – 1186.

WILLIAMS, Peter R. (1989). *Family problems*. Oxford: Medical Publications.

ZEITLIN, H. (1994). Alcohol and alcohol problems children with alcohol misusing parents. *British Medical Bulletin, vol. 50, n.º 1*, 139 – 151.

# **ANEXOS**

Solicito a vossa colaboração para participar numa investigação de índole psicológica, assim como o(a) seu (sua) filho(a), incorporada na Tese de Mestrado a apresentar à Universidade do Porto. As informações são confidenciais e só serão utilizadas para fins científicos.

Para esse efeito, assine a declaração de consentimento de participação e, para uma melhor organização das entrevistas, preencha o seguinte questionário.

❖ Disponibilidade para responder aos questionários na escola:

1. Do Casal:

- Dias da Semana: \_\_\_\_\_

- Horas: \_\_\_\_\_

2. Do Pai:

- Dias da Semana: \_\_\_\_\_

- Horas: \_\_\_\_\_

3. Da Mãe:

- Dias da Semana: \_\_\_\_\_

- Horas: \_\_\_\_\_

❖ Prefiro responder o questionário em Casa: \_\_\_\_\_

Agradeço desde já a vossa disponibilidade e colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

A psicóloga,

---

(Ana Paula Teixeira Alves)

## DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, aceito participar e autorizo que o meu filho(a), \_\_\_\_\_, participe, através do preenchimento de um questionário e da realização de um teste psicológico, numa investigação de índole psicológica, que constituirá a Tese de Mestrado a apresentar à Universidade do Porto, de acordo com a autorização da Secretaria Regional da Educação.

Os dados são confidenciais e não serão utilizados a não ser para o uso científico.

Funchal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2001

---

(Assinatura)

Escolas	Turmas	Alunos	Aceitação									
			Incluídos			Excluídos				Aceitação		
			Desistem	Respondem	P.Separados	Deficiência	Abstencionismo	Mãe alcoólica	Não aceitação			
Ladeira	1	25	1	5	5	1	0	0	0	13		
Carreira	3	53	2	17	14	0	0	0	0	5	*	
S. Gonçalo	1	14	0	7	5	2	0	0	0	0		
Três Paus	1	10	0	7	2	0	0	0	1	0		
Ilheus	3	49	0	6	10	0	1	1	0	31		
Chamorra	1	15	0	1	5	0	0	0	0	9		
Imaculado Coração de Maria	1	15	0	2	5	0	1	0	0	7		
Arieiro	1	14	0	5	5	0	0	0	0	4		
Livramento	2	26	1	12	5	0	0	0	1	7		
Galeão	3	56	1	27	12	2	0	0	0	14		
Laranjal	2	35	1	19	11	0	0	0	2	2		
Ajuda	1	20	1	9	3	0	0	0	0	7		
Tanque-Monte	2	36	0	16	9	0	0	0	0	11		
Pena	5	97	4	19	10	0	0	0	0	64		
Salão	1	15	0	0	6	0	0	1	0	8		
Quebradas	1	25	0	0	0	0	0	0	0	0	**	
Total	29	505	11	152	107	5	3	5	5	182		

Nº de elegíveis 345

Porcentagem de resposta 44,1%

Observações

\* 1 turma de 15 alunos foi excluída porque o professor estava a substituir

\*\*A professora não autorizou

## ENTREVISTA PARA AS CRIANÇAS©

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

N.º de reprovações: \_\_\_\_\_

Absentismo escolar: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

Frequentou o jardim escola: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

Teve problemas de adaptação: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

Ocupação dos tempos livres:

- Leitura: \_\_\_\_\_

- Vídeo games: \_\_\_\_\_

- Música: \_\_\_\_\_

- Desporto: \_\_\_\_\_

- Nada: \_\_\_\_\_

- Outros: \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Consumo regular bebidas alcoólicas: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

**Se Sim:**

Idade da 1ª vez que experimentou: \_\_\_\_\_

Que tipo de bebida experimentou: \_\_\_\_\_

Relacionamento interpessoal:

- n.º de amigos: \_\_\_\_\_

- mais rapazes: \_\_\_\_\_

- mais raparigas: \_\_\_\_\_

- igual n.º de rapazes e raparigas: \_\_\_\_\_

- mais velhos: \_\_\_\_\_

- mais novos: \_\_\_\_\_

- da mesma idade: \_\_\_\_\_

- da escola: \_\_\_\_\_

- fora da escola: \_\_\_\_\_

Pais ajudam nos trabalhos de casa: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

Tempo de estudo em casa: 1h \_\_\_\_\_ 2h \_\_\_\_\_ 3h \_\_\_\_\_ 4h \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO – PAIS

Responda às seguintes questões acerca do seu agregado familiar e do seu filho(a):

Idade da mãe: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_

Idade do pai: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Habilitações: \_\_\_\_\_

Situação conjugal:

- Casados
- Separados
- União de facto

Anos de casamento/União: 1<sup>A</sup>    5<sup>A</sup>    10<sup>A</sup>    15<sup>A</sup>    20<sup>A</sup>

N.º de filhos: \_\_\_\_\_

SEXO	IDADE	ANO DE ESCOLARIDADE	DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM	
			SIM	NÃO

Pessoas com quem a criança vive:

- Pais \_\_\_\_\_
- Irmãos \_\_\_\_\_
- Tios \_\_\_\_\_
- Avós \_\_\_\_\_
- Outros \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Algum problema na gravidez/parto: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

Se Sim, Qual? \_\_\_\_\_

Parto Pré-termo: \_\_\_\_\_ Parto Pós-termo: \_\_\_\_\_

Com complicações: \_\_\_\_\_ Sem complicações: \_\_\_\_\_

Consumo habitual de bebidas alcoólicas por parte da mãe durante a gravidez:

SIM: \_\_\_\_\_

NÃO: \_\_\_\_\_

Deficiências sensoriais na criança: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

Se **Sim**, Qual?

Auditiva: \_\_\_\_\_

Visual: \_\_\_\_\_

Perturbações da fala: \_\_\_\_\_

Perturbações motoras: \_\_\_\_\_

Pais ajudam nos trabalhos escolares: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

Tempo de estudo em casa: 1h \_\_\_\_\_ 2h \_\_\_\_\_ 3h \_\_\_\_\_ 4h \_\_\_\_\_

Há doenças na família: SIM: \_\_\_\_\_ NÃO: \_\_\_\_\_

Se **Sim**, Qual?

	Tipo de doença (física/mental)	Uso ou abuso de álcool				
		Tempo	Quantidade	Diário	Semanal	Mensal
Pai						
Mãe						
Avós						
Tios						
Irmãos						
Outros familiares: _____						

**Residência:** Com condições de salubridade: \_\_\_\_\_

Sem condições de salubridade: \_\_\_\_\_

# GRAFFAR

Englobe num círculo o que interessa:

## PROFISSÃO

- 1 – Directores de banco, directores técnicos de empresas, licenciados, profissionais com títulos universitários, militares de alta patente.
- 2 – Chefes de secção administrativa ou de negócios empresariais, subdirectores, peritos, técnicos e comerciantes.
- 3 – Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contramestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes, mestres-de-obras.
- 4 – Operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros.
- 5 – Trabalhadores manuais não-especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza.

## NÍVEL DE INSTRUÇÃO

- 1 – Ensino universitário ou equivalente (+ 12 anos de estudo)
- 2 – Ensino médio ou técnico superior (10 – 12 anos de estudo)
- 3 – Ensino médio ou técnico inferior (8 – 9 anos de estudo)
- 4 – Ensino primário completo (6 anos de estudo)
- 5 – Ensino primário incompleto ou nulo. Analfabeto.

## FONTES DE RENDIMENTO FAMILIAR

(Fonte principal)

- 1 – Fortuna herdada ou adquirida
- 2 – Lucros de empresa, altos honorários, cargos bem remunerados, etc.
- 3 – Vencimento mensal fixo.
- 4 – Salários (por semana, jorna, horas ou tarefa).
- 5 – Sustento por beneficiência pública ou privada. (Não se incluem as pensões de desemprego ou de incapacitados).

### CONFORTO DO ALOJAMENTO

(Impressão subjectiva de conjunto)

- 1 – Casa ou andar de luxo, muito grande, máximo de conforto.
- 2 – Categoria intermédia entre 1 e 3: casa ou andar espaçoso e confortável.
- 3 – Casa ou andar modesto; bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho.
- 4 – Categoria intermédia entre 3 e 5.
- 5 – Alojamento impróprio, barraca, quarto, andar ou casa sem conforto, promiscuidade.

### ASPECTO DO BAIRRO HABITADO

- 1 – Bairro residencial elegante, caro.
- 2 – Bairro residencial bom, confortável.
- 3 – Ruas comerciais, ruas estreitas e antigas.
- 4 – Bairro operário, populoso, mal arejado.
- 5 – Bairro de lata.

OBSERVAÇÕES:

---

---

---

---

---

# Questionário para Professores

(Conners – 28)

Nome: .....

Sexo: ..... Idade: ..... Escola: .....

**Instruções:** Seguem-se algumas descrições de comportamentos de alunos. Leia atentamente cada frase e marque uma cruz:

- no quadradinho da coluna “*Aplica-se muito*”, se o aluno o apresenta muitas vezes;
- no quadradinho da coluna “*Aplica-se bastante*”, se o aluno o apresenta bastantes vezes;
- no quadradinho da coluna “*Aplica-se um pouco*”, se o aluno o apresenta poucas vezes;
- no quadradinho da coluna “*Não se aplica nada*”, se o aluno não apresenta esse comportamento;

	Aplica-se muito	Aplica-se Bastante	Aplica-se um Pouco	Não se Aplica Nada
1. Irrequieto(a), no sentido de estar sempre a torcer-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Faz barulho despropositado quando não devia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tem de se lhe fazer imediatamente a vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arma-se em esperto(a), é insolente e atrevido(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Comportamento caprichoso e imprevisível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Demasiado sensível às críticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Distrai-se facilmente e tem problemas de concentração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Perturba as outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sonha acordado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Faz beicinho e amua com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mudanças de humor rápidas e acentuadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Embirrento(a) e conflituoso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Atitude de submissão para com a autoridade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sem sossego, sempre de pé e a mexer-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nervoso(a) e impulsivo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Exige demasiado a atenção do(a) professor(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Parece não ser aceite pelo grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Deixa-se facilmente levar pelas outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não sabe perder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Não parece ter qualidades de chefia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Não consegue acabar o que começa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Infantil e imaturo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Nega os seus erros ou culpa os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Não se dá bem com as outras crianças	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Não colabora com os colegas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Renuncia facilmente a fazer mais esforços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Não coopera com o(a) professor(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Dificuldades na aprendizagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Há quanto tempo conhece o(a) aluno(a)?

**1 Ano**

**2 Anos**

**3 Anos**

**4 Anos**

Acha que conhece o aluno (a):

**Muito  
bem**

**Bem**

**Razoavel  
mente**

**Pouco**

# MAST

(Michigan Alcoholism Screening Test – Selzer, 1971)

Nome: ..... Criança: .....  
Sexo: ..... Idade: ..... Escolaridade: .....

**Instruções:** Das afirmações seguintes coloque uma cruz no quadrado correspondente a “**Sim**” ou “**Não**” conforme a sua resposta:

- |  | SIM                      | NÃO                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pensa que é um bebedor normal, isto é, que bebe (bebidas alcoólicas) tanto ou menos quanto é costume as outras pessoas beberem?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Já lhe aconteceu alguma vez acordar de manhã, a seguir a uma noite em que bebeu, e não conseguiu lembrar-se de parte do serão?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Já alguma vez a sua mulher se lamentou ou se queixou de que bebe demais?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Consegue deixar de beber, sem esforço, depois de uma ou duas bebidas?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Já se sentiu mal por ter bebido?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Os seus amigos e conhecidos consideram que é um bebedor normal, isto é, que bebe tanto quanto é costume as outras pessoas beberem?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Já alguma vez procurou limitar a bebida a certas horas do dia ou a certos lugares?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. É sempre capaz de interromper a bebida quando quer?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Já alguma vez teve necessidade de efectuar uma desintoxicação alcoólica?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Já discutiu ou mesmo agrediu algumas pessoas enquanto bebia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Acha que a bebida já alguma vez criou problemas a si ou à sua mulher, como conflitos conjugais, dificuldades económicas, discussões familiares, etc.?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Já alguma vez a sua mulher (ou qualquer outro membro da família) teve de ir procurar auxílio por causa dos seus hábitos de bebida?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Acha que perdeu amigos ou pessoas das suas relações mais íntimas por causa dos seus hábitos de bebida?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Já teve problemas no seu emprego por causa de beber?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Já perdeu algum emprego por causa dos seus hábitos de bebida?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Já alguma vez descuidou as suas obrigações, a sua família, ou o seu trabalho, durante dois ou mais dias consecutivos, por estar embriagado?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Tem por hábito tomar bebidas alcoólicas antes do meio dia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Já lhe disseram que sofria do fígado ou que tinha cirrose hepática?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Já sofreu alguma vez de um delírio (delirium tremens), ou já teve tremores intensos, ou já ouviu vozes ou viu coisas que não existiam, devido aos seus hábitos prolongados de bebida?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Já se dirigiu a alguém pedindo ajuda por causa dos seus hábitos de bebida?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Já esteve internado nalgum hospital, expressamente por causa da bebida?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Já esteve internado nalgum hospital de doenças mentais ou nalgum serviço de psiquiatria de um hospital geral, constituindo a bebida parte do problema?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Já recorreu a uma clínica ou hospital psiquiátrico ou já se dirigiu a algum médico ou serviço social ou a algum padre a pedir auxílio para um problema emocional, em que a bebida tomou parte importante e causal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Já esteve preso, mesmo só por algumas horas, devido a um comportamento anormal motivado pela bebida?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Já teve problemas com outras pessoas (nomeadamente a polícia) por ter conduzido embriagado ou depois de ter bebido?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Por favor, lembre-se de um PERÍODO DE TEMPO BEM DETERMINADO EM QUE BEBEU MUITO, nos últimos 6 meses.

Por favor, ponha uma cruz no quadradinho correspondente, para indicar quantas vezes cada uma das seguintes afirmações se aplicou a si durante aquele tempo.

**DURANTE AQUELE TEMPO EM QUE BEBEU INTENSAMENTE:**

	Nunca ou quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1. Acordei e senti-me encharcado em suor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. As mãos começavam-me a tremer, logo de manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Todo o meu corpo começava logo a tremer violentamente, pela manhã, se não tomasse uma bebida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Acordava completamente encharcado em suor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ficava apavorado de acordar, pela manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tinha medo de encontrar pessoas logo pela manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sentia-me à beira do desespero quando acordava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sentia-me cheio de medo quando acordava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Gostava de tomar uma bebida pela manhã	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sempre bebi as primeiras bebidas da manhã o mais depressa possível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bebia pela manhã para me ver livre das tremuras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tinha sempre uma grande vontade de beber quando acordava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bebia mais de um quarto de garrafa de bebidas alcoólicas por dia (ou 10 garrafas de cerveja ou uma garrafa de vinho de mesa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bebia mais de meia garrafa de bebidas alcoólicas por dia (ou 20 garrafas de cerveja ou 2 garrafas de vinho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bebia mais de uma garrafa de bebidas alcoólicas por dia (ou 40 garrafas de cerveja ou 4 garrafas de vinho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bebia mais de 2 garrafas de bebidas alcoólicas por dias (ou 80 garrafas de cerveja ou 8 garrafas de vinho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Imagine a situação seguinte:**

(1) Deixou **COMPLETAMENTE** de beber durante **ALGUMAS SEMANAS**

(2) Então bebe **EM GRANDES QUANTIDADES** durante **DOIS DIAS**

Como se sentiria na manhã a seguir a esses dois dias de bebida intensa?

	De maneira nenhuma	Ligeiramente	Moderada mente	Muito
<b>NA MANHÃ SEGUINTE:</b>				
<b>17.</b> Começaria a transpirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18.</b> As minhas mãos tremeriam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.</b> O meu corpo tremeria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20.</b> Ficaria ansioso por uma bebida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# FACES III

(Family Adaptability and cohesion Evaluation Scale – Olson e col. 1985)

Nome: \_\_\_\_\_

Para cada afirmação, coloque sobre a linha, por favor, o número que lhe pareça corresponder à realidade:

- 1 – Nunca ou quase nunca
- 2 – Uma vez por outra
- 3 – Algumas vezes
- 4 – Frequentemente
- 5 – Sempre ou quase sempre

Não há respostas certas ou erradas ou para dar boa ou má impressão. Pretende-se apenas saber o seu ponto de vista. As respostas estão sujeitas a sigilo médico. Não deixe nenhuma resposta em branco.

## AGORA DESCREVA A SUA FAMÍLIA:

- \_\_\_\_\_ 1. Os membros da família pedem ajuda uns aos outros.
- \_\_\_\_\_ 2. Para resolver os problemas são seguidas as sugestões dos filhos
- \_\_\_\_\_ 3. Aprovamos os amigos de cada um dos membros da família
- \_\_\_\_\_ 4. Os filhos têm uma palavra a dizer no que diz respeito à sua educação
- \_\_\_\_\_ 5. Gostamos de fazer coisas com a nossa família mais chegada
- \_\_\_\_\_ 6. Na nossa família pessoas diferentes agem como líderes
- \_\_\_\_\_ 7. Os membros da família sentem-se mais próximos de outros membros da família do que de pessoas de fora
- \_\_\_\_\_ 8. A nossa família pode mudar a maneira de executar as tarefas
- \_\_\_\_\_ 9. Os membros da família gostam de ocupar o tempo livre uns com os outros
- \_\_\_\_\_ 10. Os pais e os filhos discutem os castigos conjuntamente
- \_\_\_\_\_ 11. Os membros da família sentem-se muito próximos uns dos outros
- \_\_\_\_\_ 12. Na nossa família são os filhos que tomam decisões
- \_\_\_\_\_ 13. Quando a nossa família se junta para alguma actividade toda a gente está presente
- \_\_\_\_\_ 14. As regras podem mudar na nossa família
- \_\_\_\_\_ 15. Podemos facilmente pensar sobre coisas que a família possa fazer em conjunto
- \_\_\_\_\_ 16. Podemos trocar a responsabilidade das tarefas domésticas de uma pessoa para outra
- \_\_\_\_\_ 17. Os membros da família consultam outros membros da família sobre as suas decisões
- \_\_\_\_\_ 18. É difícil identificar quem manda na nossa família
- \_\_\_\_\_ 19. A união familiar é muito importante
- \_\_\_\_\_ 20. É difícil dizer quem faz cada uma das tarefas domésticas

**IDEALMENTE, COMO GOSTARIA QUE A SUA FAMÍLIA FOSSE:**

- \_\_\_\_\_ 21. Os membros da família deveriam pedir ajuda uns aos outros
- \_\_\_\_\_ 22. Para resolver os problemas as sugestões dos filhos deveriam ser seguidas
- \_\_\_\_\_ 23. Deveríamos aprovar os amigos de cada um dos membros da família
- \_\_\_\_\_ 24. Os filhos deveriam ter uma palavra a dizer no que respeita à sua educação
- \_\_\_\_\_ 25. Deveríamos gostar de fazer coisas com a nossa família mais chegada
- \_\_\_\_\_ 26. Na nossa família pessoas diferentes deveriam agir como líderes
- \_\_\_\_\_ 27. Os membros da família deveriam sentir-se mais próximos de cada um dos membros da família do que de pessoas de fora
- \_\_\_\_\_ 28. A nossa família deveria poder mudar a maneira de executar as tarefas
- \_\_\_\_\_ 29. Os membros da família deveriam gostar de ocupar o tempo livre uns com os outros
- \_\_\_\_\_ 30. Os pais e os filhos deveriam discutir os castigos conjuntamente
- \_\_\_\_\_ 31. Os membros da família deveriam sentir-se muito próximos uns dos outros
- \_\_\_\_\_ 32. Os filhos deveriam tomar decisões na nossa família
- \_\_\_\_\_ 33. Quando a nossa família se junta todos deveriam estar presentes
- \_\_\_\_\_ 34. As regras deveriam poder mudar na nossa família
- \_\_\_\_\_ 35. Deveríamos poder pensar facilmente em coisas para fazer em conjunto como família
- \_\_\_\_\_ 36. Deveríamos poder trocar as tarefas de casa de uns para os outros
- \_\_\_\_\_ 37. Os membros da família deveriam consultar cada um os outros nas suas decisões
- \_\_\_\_\_ 38. Deveríamos poder saber quem manda na nossa família
- \_\_\_\_\_ 39. A união familiar deveria ser muito importante
- \_\_\_\_\_ 40. Deveríamos poder dizer que tarefas domésticas cada um deve fazer

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Pacheco Palha pela orientação desta tese, pela disponibilidade, pelo apoio científico e incentivo prestados durante a investigação e dissertação da mesma.

À Secretaria Regional de Educação e às direcções das escolas do concelho do Funchal por permitirem a realização da investigação nos referidos estabelecimentos de ensino. Aos professores, pais e alunos que voluntariamente se disponibilizaram para o preenchimento dos inquéritos.

Ao Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira por ter financiado o projecto de investigação.

Ao Dr. Saturnino Silva pelo estímulo, pelo interesse manifestado e pela confiança no meu trabalho. Ao Dr. Manuel Esteves e à Dr.<sup>a</sup> Rosário Curreal pelo apoio bibliográfico cedido.

Às Dr.as Mónica Fernandes e Susana Reis pelo esclarecimento de questões estatísticas e orientação nesta área.

Às Dr.as Cornélia Pereira e Maria Albertina Pita pela cooperação nas correcções finais da dissertação.

À Marta Garcês pela paciência nos contactos telefónicos e pelo apoio prestado na aquisição de material bibliográfico.

Aos meus amigos e à minha família pelo apoio, paciência e carinho demonstrados durante a elaboração da dissertação.

A todos os que de alguma forma tornaram possível a dissertação da tese o meu sincero obrigado.

Com o apoio de:

CURSO CO-FINANCIADO  
PELA UNIÃO EUROPEIA  
FUNDO SOCIAL EUROPEU

