

GENOVEVA SOFIA MAIA RAMOS



**UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE**

**EFEITOS DO ÁLCOOL
NA
FELICIDADE DOS ADOLESCENTES**

Novembro, 2012

GENOVEVA SOFIA MAIA RAMOS



**EFEITOS DO ÁLCOOL
NA
FELICIDADE DOS ADOLESCENTES**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde, submetida à
Universidade Portucalense Infante D. Henrique do
Porto.

Orientadora: Professora Doutora Manuela D'Oliveira

Novembro, 2012

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Manuela D'Oliveira pela sua orientação, apoio, preocupação e dedicação com todos os aspetos desta dissertação;

À Dra. Clara Pinto Silva pela sua orientação, disponibilidade e partilha de conhecimentos;

Aos meus pais pelo apoio, dedicação e carinho que me deram e pelos valores que me inculcaram.

À minha irmã pelo apoio que me deu.

À Vânia Sousa pelo apoio, partilha de conhecimentos e amizade durante este trajeto todo.

À direção de ambas escolas que permitiram a passagem dos inquéritos por questionários.

Aos colegas da Universidade Portucalense pelos bons momentos passados e partilha de experiências.

Aos amigos pela partilha de bons momentos, experiências e tolerarem a minha personalidade e inconstância do meu humor.

RESUMO

O alcoolismo é visto como uma doença gradual, incurável e quase sempre fatal, que provoca danos a vários níveis, nomeadamente, ao nível da saúde mental e física; ao nível social; ao nível laboral e ao nível judicial.

A adolescência é encarada como uma fase de transição de qualquer criança para a idade adulta. Nesta fase os consumos de álcool iniciam-se precocemente, sendo visto como um ato social, cada vez mais banal.

Dado ao aumento dos consumos de álcool é cada vez mais pertinente realizar programas de prevenção, de modo a retardar o início dos consumos de substâncias lícitas, educar os adolescentes para os efeitos das mesmas. Acresce referir que é igualmente relevante avaliar a eficácia dos programas de prevenção existentes em Portugal.

Este estudo tem como objetivo analisar e comparar os efeitos no sentimento de felicidade em adolescentes, do Ensino Básico e Secundário com idades compreendidas entre 13-15/16-20, que consomem ou não consomem álcool, sendo levado a cabo um estudo quantitativo. Utilizou-se para a recolha de dados um questionário com questões demográficas relevantes e uma escala de modo a avaliar a Felicidade dos adolescentes, construída por Argyle em Oxford. Os dados recolhidos foram inseridos e tratados através do programa informático SPSS versão 18 para Windows.

O estudo revelou uma forte predominância no consumo de cerveja e vodka, em que o maior fator de risco é o grupo de pares. Através da escala da Felicidade, verifica-se que os adolescentes de ambas as escolaridades, não demonstram grandes danos neste sentimento, o que pode querer dizer que como ainda são muito jovens os seus consumos ainda não provocaram grandes danos, contudo, a longo prazo pode vir a diminuir os índices de felicidade, como se verifica nos adultos que recorrem ao tratamento para o alcoolismo.

Palavras-chave: Adolescentes, Álcool, Felicidade, Prevenção

ABSTRACT

Alcoholism is a disease seen as progressive, incurable and almost always fatal, causing damage at various levels, including at the level of mental and physical health, social level, at work and at court.

Adolescence is viewed as a phase transition of any child to adulthood. At this stage the consumption of alcohol begin early, being seen as a social act, increasingly banal.

Given the increase in consumption of alcohol is increasingly pertinent to conduct prevention programs in order to delay the consumption of licit substances, educating teens to their effects. Moreover mention that it is also important to evaluate the effectiveness of prevention programs in Portugal.

This study aims to analyze and compare the effects on the feeling of happiness in adolescent Primary and Secondary school aged 13-15/16-20, which consume or not consume alcohol, and carried out a quantitative study. It was used for data collection a questionnaire with demographic questions and a relevant scale to assess adolescents' Happiness, built by Argyle at Oxford. The collected data were entered and processed using the software SPSS version 18 for Windows.

The study revealed a strong predominance in the consumption of beer and vodka, where the greatest risk factor is the peer group. Through the scale of Happiness, it turns out that teenagers of both schooling show no great harm in this sense, which may mean they are still very young as their consumption has not caused major damage, however, the long term can likely to reduce the rates of happiness, as seen in adults who resort to treatment for alcoholism.

Keywords: Adolescents, Alcohol, Hapiness, Prevention

RÉSUMÉ

L'alcoolisme est une maladie considérée comme progressive, incurable et presque toujours mortelle, causant des dommages à différents niveaux, y compris au niveau de la santé mentale et physique, le niveau social, au travail et à la cour. L'adolescence est considérée comme une transition de phase d'un enfant à l'âge adulte. A ce stade, la consommation d'alcool commencer tôt, être considéré comme un acte social de plus en plus banale.

Compte tenu de l'augmentation de la consommation d'alcool est de plus en plus pertinent de mener des programmes de prévention afin de retarder la consommation de substances licites, l'éducation des adolescents à leurs effets. En outre mentionner qu'il est également important d'évaluer l'efficacité des programmes de prévention au Portugal. Cette étude vise à analyser et à comparer les effets sur le sentiment de bonheur chez les adolescents, l'école primaire et secondaire âgés de 13-15/16-20, qui consomment ou ne consomment pas d'alcool, et a effectué une étude quantitative. A été utilisé pour la collecte des données d'un questionnaire avec des questions démographiques et une échelle pertinente pour évaluer le bonheur des adolescents, construit par Argyle à Oxford. Les données recueillies ont été saisies et traitées à l'aide de la version du logiciel SPSS 18 pour Windows.

L'étude a révélé une forte prédominance de la consommation de bière et de vodka, où le plus grand facteur de risque est le groupe de pairs. Grâce à l'échelle du bonheur, il s'avère que les adolescents des deux études montrent pas grand mal dans ce sens, ce qui peut signifier qu'ils sont encore très jeunes que leur consommation n'a pas causé de dommages importants, cependant, sur le long terme peut susceptible de réduire les taux de bonheur, comme on le voit chez les adultes qui ont recours à un traitement de l'alcoolisme.

Mots-clés: Adolescents, L'alcool, Le bonheur, La prévention.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS

RESUMO

ABSTRACT

RÉSUMÉ

ÍNDICE

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE ANEXOS

INTRODUÇÃO	P 1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	P 4
1º Capítulo – Fatores de Risco e Prevenção no Consumo de Bebidas Alcoólicas na Adolescência	P 5
2º Capítulo – Efeitos provocados pelo consumo do álcool	P 11
3º Capítulo – Diagnóstico e Tratamento	P 18
4º Capítulo – Felicidade	P 24
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	P 33
1º Capítulo – Caracterização do estudo e do local onde foi levado a cabo	P 34
1.1. Caracterização de Vila do Conde	P 34
1.2. Método	P 35
1.2.1. Caracterização da Amostra	P 35
1.2.2. Instrumento	P 36
1.2.3. Procedimento de Recolha de Dados	P 37
2º Capítulo – Apresentação e Análise Descritiva dos Resultados	P 37
2.1. Análise de frequências	P 37
2.2. Análise de diferenças	P 41
2.3. Análise de relações	P 42
3º Capítulo – Discussão de Resultados	P 43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	P 49
ANEXOS	

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

AUDIT - The Alcohol Use Disorder Identification Test

RCQ - Readiness to Change Questionnaire

OHQ - Questionário da Felicidade de Oxford

DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

cf. - conforme

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica	P 36
Tabela 2: Vive com quem	P 37
Tabela 3: Relação com os pais	P 38
Tabela 4: Relação com os irmãos(ãs)	P 38
Tabela 5: Existência de doenças na família	P 38
Tabela 6: Consumo de álcool como causa da doença	P 39
Tabela 7: Existência de doenças nos sujeitos	P 39
Tabela 8: Alimentação saudável	P 39
Tabela 9: Prática de exercício físico	P 40
Tabela 10: Hábitos de bebida	P 40
Tabela 11: Contexto de consumo	P 40
Tabela 12: Bebida que têm por hábito consumir	P 41
Tabela 13: Consumo de tabaco	P 41
Tabela 14: Análise de Diferenças	P 42

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimento Informado I

Anexo 2: Consentimento Informado I

Anexo 3: Inquérito por Questionário

Anexo 4: Tabelas da análise de diferenças

Introdução

O objetivo da presente investigação é de avaliar os efeitos do álcool nos índices de felicidade de consumidores adolescentes e adultos.

A substância lícita mais utilizada pelo homem é o Álcool o qual consiste no resultado da fermentação dos açúcares de produtos de origem vegetal, pela ação de microorganismos ou de leveduras, através de imensos produtos tais como mel, tubérculos e cereais (Mello, Barrias e Breda, 2001). Por conseguinte, existem várias bebidas alcoólicas com diferentes graus alcoólicos e que podem ser fermentadas ou destiladas. Enquanto as primeiras são alcançadas pela fermentação alcoólica dos sumos açucarados, por meio da ação das leveduras, as segundas resultam da destilação (evaporação, seguido de condensação pelo frio) do álcool que foi originado pela fermentação, assim sendo as bebidas destiladas apresentam maior graduação do que as bebidas fermentadas. São exemplos de bebidas alcoólicas fermentadas (Mello, Barrias e Breda, 2001):

- O vinho (obtido por fermentação do sumo de uva e tem graduações que variam sensivelmente entre 8 e 13 graus);
- A cerveja (obtida por fermentação de cereais (cevada) e aromatizada pelo lúpulo. A sua graduação alterna entre 4 e 8 graus);
- A cidra (obtida por fermentação do sumo de maçã, raramente ultrapassa os 4 a 5 graus) e a água-pé (obtida da mistura de água e mosto já espremido)

Já nas bebidas destiladas pode-se encontrar os seguintes exemplos:

- As aguardentes (possuem uma graduação que ronda os 45°, resultando da destilação de vinhos, cognac, frutos (aguardente de medronhos, figos), sementes (whisky, gin, vodka), melação de cana sacarina (rum);
- Os aperitivos/licores (bebidas à base de vinhos, com maior graduação que estes (Porto e Madeira) ou de misturas de vinhos com álcool, açúcar e aromas (anis, diversos licores). A sua graduação alterna de 15° a 20° graus).

Esta substância tem sido utilizada já desde a Antiguidade, especialmente o vinho e a cerveja, devido à facilidade de obtenção e ao efeito de felicidade, euforia, estimulante e de alívio de stress que o dia-a-dia incute. Contudo, apenas na segunda

metade do século XIX, o alcoolismo fica reconhecido como doença na França, sendo considerada uma doença de caráter gradual, incurável e quase sempre fatal.

Existem dois tipos de alcoolismo, o alcoolismo agudo e o alcoolismo crônico. O primeiro caso remete para uma única ingestão de uma elevada quantidade de álcool num dia ou num curto espaço de tempo, acabando por ter como efeito uma leve tontura ou nos casos mais graves, coma alcoólico. Já o segundo caso, remete para uma ingestão de bebidas alcoólicas com mais frequência, distribuídas ao longo do dia, em diversas doses, acabando por manter uma alcoolização constante do organismo, nunca saindo deste efeito, (Oliveira, 2009).

De acordo com Organização Mundial de Saúde (OMS) na Classificação Internacional das Doenças de 1967, o álcool encontra-se em segundo lugar no quadro das dependências, pois provoca graves efeitos na saúde e uma enorme dependência física e psíquica, aquando consumida em excesso. Sendo assim, entende-se que o indivíduo alcoólico é um individuo que consome excessivamente, cuja dependência relativamente ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e das suas atitudes sociais e económicas.

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (1982), num documento composto para as “Discussões Técnicas sobre Alcoolismo”, que tiveram lugar no âmbito do 35º, Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra menciona (Mello, Barrias e Breda, 2001):

Problemas ligados ao álcool, ou simplesmente problemas de álcool, é uma expressão imprecisa mas 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 coletividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado.

Através da investigação científica, verifica-se que o consumo de álcool inicia-se cada vez mais cedo, mesmo em idades precoces, entre os 12-13 anos de idade (Marinho, 2008).

A dissertação está dividida em duas partes: Parte 1 – Enquadramento Teórico; e Parte 2 – Estudo Empírico.

Para levar a cabo o enquadramento teórico relevante às hipóteses que pretendo testar entendo ser necessário referir os fatores de risco e de prevenção; os efeitos provocados pela ingestão de bebidas alcoólicas, na saúde física, mental e comportamental e questões relativas ao diagnóstico e tratamento. Para além destas

questões diretamente ligadas ao consumo, abordarei o conceito de felicidade através de trabalhos científicos pertinentes.

Deste modo, a organização da dissertação é a seguinte: Capítulo 1: “Fatores de Risco e Prevenção no consumo de bebidas alcoólicas”; Capítulo 2: “Efeitos provocados pelo consumo de álcool”; Capítulo 3: “Diagnóstico e Tratamento” e por fim Capítulo 4: “Felicidade”.

Por sua vez, a segunda parte da dissertação organiza-se da seguinte forma: “Caraterização do estudo”; “Método”, em que caraterizo brevemente a amostra utilizada nesta investigação; Instrumento utilizado e o procedimento de recolha. De seguida, exponho os principais resultados desta investigação acabando com a Discussão dos mesmos.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1º Capítulo – Fatores de Risco e Prevenção no Consumo de Bebidas Alcoólicas na Adolescência

O Homem ingere bebidas alcoólicas, sobretudo vinho e cerveja, desde sempre.

Não é de admirar portanto que há séculos perdure uma prática, que hoje vai sendo reprimida na maioria dos países, em que os pais dão vinho aos filhos pequenos, principalmente nas zonas rurais, juntamente na sopa quente de vinho e pão que nuns sítios é conhecida por “migas doces” e noutros por “sopas de cavalo cansado”.

Apesar de se ter deixado de dar vinho às crianças muito pequenas, com a mudança operada nos hábitos de vida, de cultura e de educação, o consumo de bebidas alcoólicas continua a iniciar-se em idades ainda precoces, entre os 12-13 anos de idade. (Marinho, 2008). Este consumo tornou-se ainda mais banal e mais aceite socialmente relativamente às drogas ilícitas, o que implica maior probabilidade do aumento dos fatores de risco para os adolescentes.

O conceito de adolescência tem vindo a mudar ao longo dos tempos, sendo considerada uma fase de transição de qualquer criança para a idade adulta, na qual tende-se a definir uma identidade, uma maior autonomia, podendo levar a algumas discussões com as figuras paternas e à predisposição de comportamentos menos saudáveis *“trata-se de uma fase crítica do curso da vida, merecedora de atenção e de estudo, e já não é apenas vista como uma transição entre infância e a idade adulta”* (Offer e Boxer 1995, citado por Cabral, 2004).

Uma outra autora define esta fase como: *“A adolescência é um período em que as características do indivíduo favorecem em maior grau o início do consumo de drogas, e inclusive, a sua tendência para a dependência (...) o estímulo para beber cerveja pode partir do meio familiar (pais bebem regularmente) ou do social, em particular o grupo de amigos”* (Marti, 1996 citado por Cabral, 2004). Porém, durante este período de transição é relevante que o adolescente sinta que pertence a um grupo com o qual se identifica (Calvacante, Alves & Barroso, 2008).

Assim sendo, este grupo etário tem sido alvo de investigações desde 1998 em que Gameiro realizou uma investigação com idades compreendidas entre os 15-24 anos, no qual demonstra que 500 mil jovens já consomem álcool três vezes por semana ou mais e conforme o mesmo autor *“focar os problemas do álcool apenas em alcoólicos em fase avançada é proceder como um apagador de incêndios desprevenido e insensato”* (Cabral, 2004).

Desde então tem-se verificado um enorme desenvolvimento de consumos e de atitudes de consumo excessivo de bebidas alcoólicas neste grupo (Breda, 1997 citado por Cabral,2004).

Portugal é um dos países com maior consumo mundial, tendo vindo a aumentar o consumo cerca de 10% desde 1970 (Lemos,2010). Mais recentemente assiste-se a um início de consumo alcoólico muito precoce, na generalização do consumo excessivo nas raparigas, e na adoção constante do consumo tipo “bringe drinking” (embriaguez), tendo consequências muito graves. Ainda estima-se que possam existir cerca de 600.000 alcoólicos e 750.000 bebedores excessivos (Marinho, 2008).

Um outro estudo realizado por Feijão (2010), demonstra através dos resultados do inquérito INME efetuado em 2001 e 2006 de alunos que frequentavam o 3º ciclo do ensino Básico ou o ensino Secundário público, a evolução dos consumos de álcool nos adolescentes, nomeadamente, consumos de cerveja, bebidas destiladas e ocorrência de situações de embriaguez. Este estudo permite concluir que ocorre um decréscimo da percentagem de consumidores de bebidas destiladas e a cerveja volta a ser a bebida com maior percentagem de experimentação no Secundário, constatando-se ainda um aumento das prevalências de consumos atuais, ou seja, um aumento do número de alunos com consumos regulares. Quanto às situações de embriaguez, a autora verifica que os resultados são alarmantes, existindo uma grande prevalência neste tipo de situações (Feijão, 2010.)

Os adolescentes consomem cada vez mais álcool. Este consumo é encarado como um comportamento funcional, não só socialmente apreendido mas também por imitação dos estilos de vida dos adultos e dos pais, sendo não só resultado da interação entre fatores sociais e pessoais como também faz parte das tarefas desta fase, constituindo um marco de entrada na adultez, um sinónimo de noite, emancipação e diversão. Além disso, este comportamento é assimilado por meio de um processo de modelagem, imitação e reforço, sendo influenciado pelas cognições, expectativas e crenças pessoais acerca das substâncias, (Barroso, Barbosa & Mendes, 2006).

Em muitos casos os adolescentes consomem por pressão do grupo de pares e caso não consumam acabam por ser pressionados até consumirem álcool e mesmo a terem episódios de embriaguez, assim sendo, estes fatores em combinação com as competências pessoais e sociais deficitárias levam a um aumento da susceptibilidade às influências sociais para o consumo de substâncias/drogas (Perry & Kebler, 1992 citado

por Barroso, Barbosa & Mendes, 2006). Porém, noutros casos, consumo faz-se em família, geralmente em festas familiares ou até mesmo às refeições (Cabral,2007).

Outro fator merecedor de atenção é a personalidade, o qual também interfere no alto ou baixo consumo alcoólico, ou seja, o consumo excessivo de álcool está mais ligado a sujeitos ansiosos, vulneráveis ao stress, com auto-estima reduzida e fracas expectativas em relação ao álcool (Trindade & Correia, 1997 citado por Cabral, 2004).

Um outro fator de risco relevante são as expectativas dos efeitos provocados pelo consumo de álcool, as quais exercem uma grande influência no princípio e a manutenção do consumo de álcool e na emissão de comportamentos relacionados a este consumo (Christiansen, Smith, Roehling & Goldman, 1989; Cooper, Russel, Skinner, Frone, & Mudar, 1992; Smith, Goldman, Greenbaum, & Christiansen, 1995, citado por Araújo & Gomes,1998). Estas expectativas progridem através de modelos parentais e do grupo de pares, experiências diretas e indiretas com bebidas alcoólicas e exposição á publicidade (Donavan, & Marlatt, 1980; Christiansen, Smith, Roehling, & Goldman, 1989, Araújo & Gomes, 1998).

A confrontação de distintos padrões de uso do álcool na adolescência evidenciou que bebedores mais frequentes expõem expectativas mais fortes e mais singulares do que os bebedores menos frequentes. Por um lado, as expectativas de bebedores mais frequentes, em geral, ligam-se com os seguintes aspetos: alterações no comportamento social; aumento da agressividade; mais prazer e melhor desempenho sexual; aumento do poder e redução da tensão. Por outro lado, os bebedores menos frequentes expuseram expectativas mais vastas de aumento de prazer (Brown, Goldman, Inn, & Anderson 1980; Christiansen, Goldman, & Inn, 1982; Christiansen, Smith, Roehling, & Goldman, 1989, citado por Araújo & Gomes, 1998).

Portanto, os adolescentes com altas expectativas relativamente aos efeitos/consequências do uso do álcool, exercem enorme influência no seu consumo. No entanto, adolescentes com baixas expectativas têm menor probabilidade de serem influenciados quanto ao seu consumo de álcool (Christiansen, Smith, Roheling & Goldman, 1989; Smith, Goldman, Grennbaum & Christiansen, 1995, citado por Araújo & Gomes,1998).

Outro fator ligado aos consumos de álcool na adolescência é a publicidade. Um autor refere que entre os anos 60 e 80, as despesas com a publicidade aumentaram 6 vezes, sendo as bebidas alcoólicas um dos objetos mais publicitados e observando-se temas em que abrangem a associação do ato de beber a estilos de vida sugestivos de

saúde, prestígio, sinónimo de riqueza, de sucesso ou aprovação social e ainda reflete algo normal e desejável na vida. Além disso, ainda uma significativa "fatia" da publicidade alusiva ao álcool é especificamente orientada para os jovens na sua generalidade e com especial enfoque para as raparigas (Breda, 2000 citado por Cabral, 2007).

Na idade adulta esta ingestão de bebidas alcoólicas torna-se ainda mais banal, especialmente em situações de grande stress, ansiedade, irritação sentido pelo individuo, com o objetivo de sentirem os benefícios que o consumo de álcool provoca, como desinibição, descontração, estimulação, entre outros.

O consumo de álcool nas mulheres tem vindo a aumentar, no entanto, é bastante recriminado socialmente quando confrontado com o do homem, conduzindo assim a um consumo escondido (Goodman, 2000). De acordo com o mesmo autor, a característica primordial nas mulheres alcoólicas é baixa auto-estima. Perante a sociedade, a mulher alcoólica é vista como má mãe, má esposa, incompetente, ou seja, falhou no seu papel (Finklestein, citado por Goodman, 2000).

Alguns autores ainda defendem que se o individuo tiver algum familiar que consuma álcool, como mãe ou avô ou tio, está predisposto geneticamente a consumir álcool e tornar-se dependente do mesmo (Oliveira, 2009).

Concluindo-se portanto, que os fatores que podem levar ao consumo de bebidas alcoólicas podem ser de origem biológica, psicológica, sociocultural ou ter cooperação consequente destes fatores todos (*Idem*).

Como se sabe, o consumo de álcool em idades precoces é duplamente preocupante, devido ao sistema biológico do jovem não estar suficientemente maduro para proceder á degradação do álcool, desencadeando danos cerebrais e défices neurocognitivos com implicações para a aprendizagem e o desenvolvimento intelectual (Zeigler, et al 2005, citado por Barroso, Barbosa & Mendes, 2006). Todavia, a evidência científica indica que o início precoce de consumo de álcool está ligado a futuros comportamentos tais como: problema na adolescência, inclusive violência relacionada com o álcool, acidentes, condução sob efeito de álcool, absentismo na escola e no trabalho e aumento do risco para o uso de outras drogas e posterior abuso de álcool (Gurber, et al 1996, Grant, et al 1997 citado por Komro, 2002, citado por Barroso, Barbosa e Mendes, 2006).

Portanto não é de admirar que sejam necessárias intervenções planeadas no campo da educação para a saúde, de modo a prevenir o consumo precoce de álcool e o

seu uso desadequado nos jovens para o benefício da sua saúde atual e futura. No entanto, deve-se destacar que intervir a nível de prevenção primária é bastante exigente, sendo que os fatores de proteção consistem numa influência que previne o consumo de substâncias e que podem auxiliar, contrapor, neutralizar e interagir com os fatores de risco ao longo do tempo (Kim, Zane & Hong, 2002 citado por Matos, 2008). No entanto, Patrício (2002), encara que *“a prevenção requer uma atenção contínua, num processo educativo atento”* em que não chega *“...conhecer as drogas e os seus efeitos...”* acrescentando que *“Educar é também fazer perceber que a lei tem por objetivo proteger os mais fracos”*, (citado por Cabral, 2007, p.234).

Nesta linha, é relevante que as intervenções se desenvolvam antes dos padrões comportamentais estarem estáveis e resistentes à mudança (Kelder et al, citado por McBride, et al, 2000, citado por Barroso, Barbosa & Mendes, 2006), mas também que se utilize estratégias preventivas em que se defenda uma aposta na promoção e prevenção com intervenção ao nível do risco individual e familiar numa abordagem integral (bio-psico-social) e interdisciplinar. Por sua vez, a escola pode realizar uma deteção precoce e o devido encaminhamento dos indivíduos/grupos de risco, sendo relevante que os professores tenham uma formação acerca desta temática, (Cabral,2007).

Diversos estudos apontam no sentido, de implementar programas de prevenção nas escolas de modo a retardar o início dos consumos e reduzir os mesmos, sendo pertinente avaliar a eficácia dos mesmos programas. Um estudo realizado por Tobler e Stratton (1997), em que consiste em avaliar 120 escolas num programa de prevenção de diferentes tipos de droga por meio de uma meta-análise, demonstra que os programas interativos são mais eficazes em sujeitos com 11 anos de idade. Por sua vez, Sloboda e cols. (2009), realizaram um estudo longitudinal em 83 escolas, em que os alunos do sétimo ano foram submetidos num estudo de 5 anos e concluíram que os programas com múltiplas sessões são mais eficazes do que programas extensos.

Um outro estudo, em que consiste avaliar a eficácia a longo prazo dos programas de prevenção no uso de tabaco e outras drogas, tendo sido utilizado 25 estudos já realizados das seguintes bases de dados: Medline; Healthstar e PsychINFO, pelas quais possibilita concluir que programas de prevenção realizados nas escolas são eficazes na prevenção ou redução do uso de substâncias (Skara e Sussman, 2003).

Em Portugal, por meio de uma análise histórica da realização e implementação de programas de prevenção do uso de substâncias é possível verificar a existência de fases distintas.

A primeira fase, remete para o fornecimento de Conhecimentos acerca das drogas e das suas consequências, sendo que assentavam na informação e divulgação dos riscos e malefícios do uso de substâncias e tiveram lugar na década de 60 até meados dos anos 70, Século XX.

Por sua vez na segunda fase, prevaleceram os programas dominados Afetivos, em que consistiu no esclarecimento de valores e desenvolvimento da auto-estima e que ocorreram durante a década de 70 até meados dos anos 80 do século XX. Por fim a terceira fase, designada por Modelo de Influência Social, no qual imperam as Intervenções Escolares dos programas de prevenção do uso de drogas, iniciada na década de 80 do século XX e que se tem prolongado até recentemente. Contudo, um pouco mais tarde emerge uma extensão a este modelo, abrangendo o Desenvolvimento de Competências Pessoais e Sociais (Botvin, 2000, citado por Barroso, Barbosa & Mendes, 2006), o qual envolve nos seus pressupostos teóricos a Teoria de Aprendizagem Social de Bandura (Bandura, 1997) e a Teoria de Comportamento – Problema de Jessor (Jessor & Jessor, 1977).

Um estudo realizado por Simões, Matos e Fouguet (2006), o qual tem como objetivo compreender quais os fatores de risco que se encontram aliados ao consumo de substâncias, sendo utilizados os dados de um estudo produzido pela Organização Mundial de Saúde, assimilado na Rede Europeia “Health Behaviours in School-aged Children (HBSC/OMS)”, efetuado em Portugal Continental pela equipa do Projeto Aventura Social da Faculdade de Motricidade Humana ($n=12881$). Este estudo possibilita concluir que o consumo de substâncias é determinado por diversos fatores tais como: família, amigos e escola, ou seja, o meio em que o adolescente está em contacto diariamente. Acresce ainda referir que através deste estudo denota-se a importância da prevenção junto dos adolescentes, iniciando-se pela intervenção precoce.

Por sua vez, um estudo efetuado no Brasil por Rozin e Zagonel (2012), o qual consiste em identificar quais os fatores de risco no consumo de álcool na adolescência, através de uma revisão integrativa com 21 artigos publicados entre 2000 e 2009, apreendidos nas bases de dados LILACS, BVS, MEDELIN, COCHRANE e IBECS. Este estudo possibilita concluir que os fatores de risco no consumo de álcool pelos adolescentes são os seguintes: início precoce do uso de álcool; influência da média; relacionamento perturbado com os pais; uso por algum membro da família; abuso sexual; violência doméstica; baixa autoestima; curiosidade; pressão de colegas, entre outros. Além disto, os mesmos autores afirmam que os serviços de saúde devem

associar estratégias preventivas de identificação de riscos para a dependência, controlo e acompanhamento específico ao grupo de adolescentes que consomem álcool.

2º Capítulo – Efeitos provocados pelo consumo do álcool

Os consumos de álcool são muito diversificados bem como os seus efeitos, como por exemplo, em algumas pessoas pode provocar alegria, descontração, alívio, a pessoa pode ficar barulhenta, entre outros.

Um estudo demonstra que é difícil fixar, tanto os limites individuais como a cronologia das consequências do etanol, sendo assim descrevem os seguintes efeitos de intoxicação pelo álcool (Gaignard e cols 1991; Breda 2000, citado por Cabral,2007):

- A partir de 0,4 gr./litro há uma desinibição ligeira; as funções mentais começam a ficar comprometidas; a perceção da distância e da velocidade são danificadas;
- Com 0,6 gr./litro o indivíduo sente dificuldade em tomar decisões; reflexos atrasados, dificuldades de adaptação da visão a diferenças de luminosidade, superestimação das capacidades e minimização dos riscos (fase de papagaio);
- A partir de 0,8 gr./litro o indivíduo não deve conduzir, existe problemas de coordenação neuromuscular e incapacidade de concentração;
- A partir de 1,0 gr./litro, faz figura de palhaço;
- A partir de 1,5 gr. /litro o indivíduo, no dia seguinte poderá não se lembrar de nada do que se passou, o que não abona em seu favor (fase de leão);
- Com 3,5 gr. /litro urina nas calças, além de outras cenas menos próprias, fica sonolento e acaba por não se divertir (fase de porco).

Alguns estudos apontam no sentido de que a bebida começa a tornar-se um problema a partir do momento em que afeta a vida do indivíduo consumidor de álcool, como a nível dos seus nervos, a nível da saúde, a nível do trabalho, a nível da família ou relações pessoais em que o indivíduo em questão já depende muito desta substância necessitando de consumir a qualquer hora do dia, (Jo e Jonathan Chick, 1984).

O álcool trata-se de uma substância psicoactiva e de uma substância depressora do Sistema Nervoso Central (SNC), nomeadamente do cérebro e cerebelo, podendo provocar uma depressão mental grave, em que o aspeto biológico desta sintomatologia remete para um défice funcional de dois neurotransmissores: serotonina e noradrenalina.

Está presente uma alteração do humor apelidada “disforia” que por ser imprevista e momentânea, não sendo o suficiente para descrever um transtorno depressivo (Ballone, 2005 citado por Santana e Negreiros, 2008). Para descrever um episódio depressivo seria necessário que a alteração do estado de humor fosse recorrente e episódica, que pode levar o indivíduo a uma falta de interesse e bem-estar, originando um aumento do cansaço e uma redução no ritmo de atividades diárias, sendo pertinente o diagnóstico e intervenção precoce (Santana e Negreiros, 2008).

Acresce ainda, que a depressão tem sido indicada como um problema grave que atinge a população mundial, especialmente a faixa etária jovem e economicamente ativa (Wainer et al., 2003, citado por Santana e Negreiros, 2008).

Além disso, o álcool pode igualmente causar problemas a nível familiar, a qual é encarada por Henriques (1996) "*uma unidade básica da nossa vida em sociedade cuja finalidade é a de assegurar a todos os membros a satisfação das necessidades materiais e afetivas básicas (...) assim como permitir a acomodação a uma cultura e a transmissão dessa mesma cultura*", toda a sua dinâmica fica desordenada quando aparece um elemento que consome bebidas alcoólicas em excesso, acrescentado também o "*alcoolismo é uma doença de família, onde vive um alcoólico vive uma família em sofrimento*". Em muitos casos, muitos indivíduos que consomem álcool pode levar a alteração do comportamento, em que frequentemente assiste-se nestas famílias a um aumento da violência familiar levando por vezes à separação do casal, e dos sentimento de culpa, isto é, a família sente-se responsável pelo seu elemento se ter deixado "*levar pelas falsas crenças acerca do álcool*". A família fica igualmente doente, encobre ou nega o problema (talvez por medo, vergonha) e após algum tempo de convivência com o alcoólico, quase que imita os seus comportamentos, (Henriques, 1996 citado por Cabral, 2007). Contudo, os filhos também podem deixar de respeitar, ficam desafiadores, bravio e infelizes, acabando por terem maus resultados escolares (Jo e Jonathan Chick, 1984).

Os mesmos autores dão a conhecer que o consumo de álcool provoca igualmente problemas a nível laboral, como por exemplo, o indivíduo chega tarde ao trabalho ou mesmo falta frequentemente por motivos de doença, que na realidade devem-se às ressacas e problemas de estômago, levando o indivíduo perder o seu emprego, o que pode ser bastante desmoralizante. Contudo, os patrões que se apercebem do problema do individuo, devido ao facto de se poder tratar de um individuo bastante qualificado e

do padrão não ter qualquer intenção em perdê-lo, acabam por ajuda-lo, podendo suspender a ação disciplinar,

Esta substância pode igualmente causar problemas ao nível da Justiça. Caso o sujeito ultrapasse o nível de álcool no sangue estipulado pela lei o indivíduo pode ser proibido de conduzir e apanhar uma multa. Ou então se o sujeito provocar distúrbios públicos devido a estar embriagado pode mesmo passar uma noite na prisão e na manhã seguinte ir ao Tribunal.

Além disto, pode igualmente levar a complicações sociais no sentido do evoluir da doença, o consumidor caminha para a pobreza e desinserção social, levando muitas vezes a situações de sem abrigo. Ainda como esta doença conduz à deterioração mental e cognitiva pode suceder casos em que os indivíduos percam a capacidade de executar as atividades habituais ou recuperar a sua vida autónoma, conduzindo a uma necessidade de pessoas que lhes forneçam cuidados de modo a melhorarem a sua qualidade de vida (Lemos, 2010).

Acresce ainda salientar os problemas que o uso/abuso do álcool pode provocar nos órgãos do ser humano, como no cérebro, coração, fígado, estômago, pâncreas, músculos e reprodução.

Ao nível do cérebro pode causar fraca concentração, lapsos na memória, capacidade reduzida de raciocínio e polineuropatias (“andar arrastado”). Em quantidades razoáveis de modo a produzir intoxicação alcoólica grave, o álcool aumenta o fluxo sanguíneo cerebral, diminuindo a resistência vascular cerebral, e com isso, o consumo de oxigénio pelo cérebro torna-se muito reduzido. Surge ainda, um aumento da transpiração e redução da temperatura interna dissipando-se o calor mais facilmente. Pode inclusivamente, em situações de alcoolização elevada, ocorrer depressão do mecanismo central de termorregulação, o que aumenta mais a descida da temperatura interna (Mello e Barrias, 1986; Dória, 1995, citado por Cabral, 2007).

Já ao nível do coração pode causar palpitações e provocar tensão arterial alta. Este órgão sofre os efeitos do abuso do álcool através de alterações metabólicas, verificando-se frequentes hipertrofias e dilatações com quadros de insuficiência cardíaca, miocardiopatias, perturbações arteriais, fragilidade das paredes vasculares, hemorragias e hipertensão arterial. A depressão cardiorespiratória, verificada na intoxicação alcoólica grave ocorre devido a mecanismos vasomotores centrais e depressão central respiratória. Por sua vez, nos grandes consumidores de bebidas

alcoólicas as anormalidades cardiovasculares ocorrem frequentemente devido a uma subnutrição dos vasos cutâneos, com calor e rubor da pele (Cabral, 2007).

Uma outra parte do organismo que pode ser afetada é o fígado que pode ficar inflamado e provocar cirrose hepática, sendo a razão de morte mais comum entre as pessoas com 20 e 60 anos de idade nos países industrializados. Este órgão pode ficar bastante deteriorado, em que o sujeito pode sentir cansaço e falta de apetite. Mais tarde o fluído junta-se nas pernas ou na barriga ou a pele fica amarela.

No estômago pode causar inflamações e hemorragias e inflamação no pâncreas.

Ao nível muscular provoca perda de tónus muscular e fraqueza, câibras, formigueiros e fraqueza a nível dos nervos (Jo e Jonathan Chick, 1984). Diversos fatores ajudam para o seu aparecimento, contudo em maior número são os traumatismos decorrentes do etilismo agudo tais como: as fraturas, luxações, distensões, as contusões, contraturas e atrofia musculares, as carências alimentares e vitamínicas e a atrofia óssea nomeadamente a osteopenia, osteomalacia e osteoporose. (Mello e Barrias, 1986; Fortes, Santos, 1999 citado por Cabral, 2007).

A atrofia muscular pode concentrar-se em alguns músculos especialmente nos quadríceps. Já a miopatia e a miocardiopatia que afetam o sistema cardiovascular dos doentes alcoólicos, encontra-se à partida ligada ao efeito tóxico do álcool sobre os músculos estriados, porque estes entram em enfraquecimento (Cabral, 2007).

Por sua vez, a nível do sistema nervoso o consumo continuado de álcool conduz a uma deterioração dos nervos periféricos dos membros superiores e inferiores, podendo ocorrer a descoordenação motora permanente. Esta substância atua como depressor deste sistema e quando opera sobre os centros superiores, deprimindo-os, possibilita uma libertação instintiva dos inferiores, provocando a impressão de existir excitação dos nervos centrais.

No entanto, a extenso período, os indivíduos podem exibir impotência sexual, bem como infertilidade por atrofia testicular e alterações menstruais, por diminuição da metabolização hepática dos estrogénios (Santos, 1999 citado por Cabral, 2007) e crianças com debilidade e a nível da boca e da garganta, podendo provocar cancro, (Jo e Jonathan Chick, 1984).

Um outro autor demonstra que a ingestão de bebidas alcoólicas, pode provocar cerca de 61 doenças, como no fígado (esteotose, hepatite alcoólica ou cancro no fígado); acidentes de viação mortais (em Portugal cerca de 40%; 1/3 dos suicídios, 1/3 dos homicídios, 1/3 nos afogamentos); impotência afeta cerca de 25% dos alcoólicos;

infertilidade; hipertensão arterial; síndrome alcoólico fetal (atraso mental, cardiopatia, alterações faciais); dificuldade de aprendizagem; mau rendimento escolar; anemia (baixas defesas do sistema imunitário).

Além de poder provocar cancro no fígado pode também provocar cancro no esófago, faringe, boca, laringe e pâncreas. Ainda pode causar úlcera péptica, gastrite, varizes no esófago, pancreatite aguda e crónica, miocardiopatia, miopatia, violações, violência doméstica (40-70%), queda accidental, fogos postos, acidentes de trabalho (como por exemplo quedas em altura), perda de produtividade, absentismo, sexo desprotegido (co-fator na epidemiologia da transmissão do VIH), insucesso escolar, entre outros (Marinho, 2008).

De acordo com o mesmo autor, o consumo de álcool pode provocar psicoses e encefalopatias (Marinho,2008). Nas psicoses alcoólicas, podem emergir quadros de delírio alcoólico agudo ou sub-agudo, tendo sido considerada a psicose mais frequente, *Delirium Tremens*, em que foi primeiramente descrita por Thomas Sulton no século XIX e que constitui a primeira abordagem médica à doença alcoólica. Esta psicose tanto pode aparecer após excessos alcoólicos como após uma abstinência forçada, sendo encarado como um quadro grave, que associa sintomas psíquicos, neurológicos e mau estado geral e a sua sintomatologia é descrita da seguinte forma: estado confusional, com agitação psicomotora, hipotermia, tremor intenso, alucinações visuais (zoopsias), sudação e hipotensão.

Uma outra psicose que pode ocorrer no doente alcoólico é a síndrome de Korsakoff, que abrange perturbações mnésicas, alteração de humor, cefaleias, insónias e sintomatologia de polinevrite sensitivo-motora dos membros inferiores. Este quadro, evolui geralmente de uma forma progressiva, para um estado de deterioração mental ou, em alguns casos, de forma rápida para uma Encefalopatia de Gayet-Wernicke, em que consiste numa confusão mental acentuada, lentidão do pensamento e perturbações mnésicas associadas a sintomas de lesões localizadas nas regiões peri-ventriculares talâmica e hipotalâmica (ptose palpebral, alteração do equilíbrio, taquicardia, alterações vegetativas, sintomas cerebelosos com ataxia, entre outros). Este quadro, é normalmente de mau prognóstico podendo evoluir para o estado de coma e morte, mais recentemente estas duas encefalopatias são descritas como dois estádios de uma mesma doença designada por Síndrome de Wernicke-Korsakoff (Mello e Barrias, 1986 citado por Cabral, 2007).

Nos jovens as consequências são preocupantes devido ao facto em que nesta faixa etária as capacidades de aprendizagem ficam afetadas com o consumo de álcool, reduzindo a atividade cerebral e alterando o psiquismo, como por exemplo, um jovem estudante quando consome álcool excessivamente pensa que no dia seguinte vai estar bem o que não é verdade, pois o cérebro demora mais de uma semana para recuperar do efeito do consumo de álcool, ou seja, nos próximos dias irá ter complicações em recordar e entender conceito.

Alguns autores realizaram estudos neste âmbito, como Antunes em 1998:“ (...), podendo mesmo haver perda das capacidades cognitivas” (...) “ e o consumo excessivo interfere com as fases normais do processo de desenvolvimento em curso”. Este autor ainda dá a conhecer que o consumo de álcool constitui uma das causas de morte nos jovens, traumatismos, suicídios e homicídios, podendo também levar a comportamentos desviantes e delinquência.

Um outro investigador demonstra, que o impacto do consumo de bebidas alcoólicas é alarmante relativamente ao nível cognitivo e psicossocial dos jovens, acabando não só por sofrer consequências ao nível das perturbações psiquiátricas, bem como ao nível da Saúde Mental (Borges,1993). De acordo com Antunes (1998, p. 32, citado por Cabral, 2007, p.150), partilha a seguinte opinião quando expõe que «o adolescente que bebe tem probabilidades de vir a ter comportamentos desviantes, quando o consumo excessivo de álcool interfere com as fases normais do processo de desenvolvimento em curso».

No entanto, o consumo de álcool na adolescência também está relacionado a uma série de comportamentos de risco, como o aumento de envolvimento de acidentes, violência doméstica e participação em gangues (Pechanskya, Szobota & Scivolettob, 2004). Além destes efeitos, Lopes (1990, citado por Cabral, 2007 p. 148) dá a conhecer algumas consequências nos jovens, tais como: quebra no rendimento escolar e rendimento escolar, comportamento violento e delinquência, suicídios e homicídios, acidentes rodoviários e nos casos mais graves sintomatologia depressiva e ansiosa.

Uma investigação realizada no âmbito do álcool e depressão na adolescência por meio do AUDIT e BDI com uma amostra de 484 alunos do ensino secundário e do ensino superior, sendo visível pelos resultados obtidos através do AUDIT que 92% dos estudantes apresentaram consumo normal e 8% consumo de risco, sendo este predominante nos rapazes (52%), universitários (61%), bem como o consumo prejudicial. Por sua vez, através da BDI verificou-se que 9% de disforia/depressão, tendo-se encontrado uma correlação significativa no género ($r=.149$, $p<.01$) e consumo

de álcool ($r=.118$, $p<.05$), sendo mais frequente nas mulheres (Santana e Negreiros, 2008).

Porém deve-se salientar que uma outra investigação realizada por Cardoso, Rodrigues e Vilar (2004), a qual consistiu em caracterizar a prevalência de sintomas depressivos reveladores de sofrimento psicológico em adolescentes de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 12 e 17 anos, através do CDI (*Children's Depression Inventory*) Este estudo permite concluir que a percentagem de jovens que revelam sintomas depressivos é considerável (11%), no entanto, as raparigas mostram maior prevalência de sintomas depressivos. Acresce ainda referir que o consumo de álcool e de tabaco foram as variáveis que mais se relacionaram com a prevalência de sintomas depressivos, constituindo uma forma de os adolescentes lidarem com este tipo de sintomatologia, (segundo Costa e Silva (2003, citado em *Diário de Notícias* de 10.08.03), reportando-se aos dados de um estudo de Rui Coelho e Amadeu Martins, citado por Cardoso, Rodrigues e Vilar, 2004).

Outra investigação com intuito de explorar os contextos recreativos noturnos e consumo de álcool em adolescentes de 10 cidades portuguesas que frequentam esses ambientes, demonstra que a idade e o género são características que mais se relacionam com o conduzir ou ser conduzido por alguém sob o efeito de álcool e/ou drogas, tendo-se verificado ainda que os acidentes rodoviários consequentes do consumo de álcool são mais frequentes nos homens e nos jovens que permanecem mais tempo na noite (Lomba, Apóstolo, Azeredo, Mendes, 2011).

Um outro estudo realizado por Filho *et al* (2007), o qual consistiu em identificar a frequência do uso/abuso de drogas e analisar as consequências desse uso/abuso pelos adolescentes no meio escolar médio, através de um estudo retrospectivo de dois relatórios de pesquisas efetuadas no primeiro semestre de 2006 e primeiro semestre de 2007. Este estudo demonstra que o álcool é a substância mais utilizada pelos adolescentes e que aproximadamente 6% da população em estudo já teve contacto com drogas ilícitas. Porém, é relevante referir que a adolescência consiste numa época de procura pela identidade, expressada por mudanças de visual, grupos de amigos, rejeição aos pais, comportamento de risco, em que o álcool e outras drogas são encarados pelos adolescentes como «válvula de escape», contudo o álcool e o tabaco causam mais mortes e sofrimentos quando comparado com as outras drogas ilegais.

Para além disso, segundo os mesmos autores, existem consequências a nível da função reprodutiva e no resultado da gravidez, mas como tais danos acontecem na idade

adulta os adolescentes aderem ao hábito da certeza de que estão livres dos problemas originados pelo uso de álcool. Acresce ainda referir que os problemas para a saúde dos adolescentes que ocorrem pelo uso/abuso são diversos, tais como: de ordem orgânica e funcional de sistemas do corpo até aos de ajustamento social, ocasionados por mudanças neuroquímicas que causam danos no controlo de impulsos e ainda queda no desempenho escolar; dificuldades de aprendizagem; danos a nível do desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais do adolescente, podendo eventualmente ter resultados mais graves como a morte provocada por acidentes de veículos automotores.

3º Capítulo – Diagnóstico e Tratamento

Após a breve exploração de alguns aspetos pertinentes acerca do consumo de álcool, é igualmente importante explorar que tipo de tratamento que o indivíduo pode recorrer.

Inicialmente pode ser realizado um despiste através do AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test), o qual foi desenvolvido pela OMS em 1980 com o propósito de identificar bebedores de risco no ambulatório geral, medindo consumo, sintomas de dependência e consequências pessoais e sociais de beber, sendo consistente com os critérios de diagnóstico da CID-10. Este instrumento não só ajuda a realizar um despiste, como também apoia os técnicos de saúde num tratamento mais adequado perante o indivíduo em causa (Figlie, Pillon, Laranjeira & Dunn, 1997).

Por outro lado, para efetuar um diagnóstico mais preciso é importante ter em conta os critérios do DSM-IV, sendo que a Dependência fisiológica do álcool é anunciada pela evidência de tolerância ou pelos sintomas de Abstinência (DSM-IV-TR, p.197)

1 - Tolerância definida por qualquer um dos seguintes:

- Necessidade de quantidades crescentes da substância, para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
- Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada, da mesma quantidade da substância.

2 - Abstinência manifestada por qualquer um dos seguintes:

- Síndrome de abstinência característica da substância;

- Consumo da mesma substância (ou outra relacionada) para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
- 3 - A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia.
- 4 - Existe desejo persistente ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar a utilização da substância.
- 5 - É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção, e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos.
- 6 - É abandonada, ou diminuída, a participação em importantes atividades sociais, ocupacionais e recreativas
- 7 - A utilização da substância é continuada, apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

Por sua vez, o Abuso de Álcool requer menos sintomas, podendo ser menos grave do que a Dependência e apenas se diagnostica quando tiver estabelecida a ausência de Dependência (DSM-IV-TR, p.199).

- A. Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um ou mais dos seguintes, ocorrendo num período de 12 meses:
- (1) Utilização recorrente de uma substância resultando da incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);
 - (2) Utilização recorrente da substância em situações em que tal se torna fisicamente perigoso (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância);
 - (3) Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (por exemplo prisões por comportamento desordeiro relacionados coma substância);
 - (4) Continuação da utilização de substâncias apesar dos problemas sociais e interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre consequências da intoxicação, lutas físicas).
- B. Os sintomas nunca preencheram os critérios da Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias.

Já a Intoxicação pelo Álcool consiste no seguinte, (DSM-IV-TR, p.215):

- A. Ingestão recente de álcool.
- B. Alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas clinicamente significativas (por exemplo, comportamento sexual ou agressivo desadequado, labilidade de humor, perturbações da capacidade de discernimento, diminuição do funcionamento social ou ocupacional) que se desenvolvem durante ou pouco depois da ingestão de álcool.
- C. Um (ou mais) dos seguintes sinais, durante ou pouco depois da ingestão de álcool:

- (1) Discurso empastado;
- (2) Descoordenação;
- (3) Marcha instável;
- (4) Nistagmo;
- (5) Défice na atenção ou memória;
- (6) Estupor ou coma.

D. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou a qualquer outra perturbação mental.

Por fim, a Abstinência do Álcool é a existência de uma síndrome que se desenvolve após a paragem ou redução da utilização maciça e prolongada desta substância que comporta os seguintes critérios, (DSM-IV-TR, p.217):

- A. Interrupção (ou redução) da utilização maciça e prolongada do álcool.
- B. Dois (ou mais) dos seguintes, que se desenvolvem entre várias horas ou poucos dias após o critério A:
 - (1) Hiperatividade autonómica (por exemplo, diaforese ou pulsação superior a 100);
 - (2) Tremor nas mãos aumentado;
 - (3) Insónia;
 - (4) Náuseas ou vômitos;
 - (5) Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas, transitórias;
 - (6) Agitação psicomotora;
 - (7) Ansiedade;
 - (8) Convulsões do tipo grande-mal.
- C. Os sintomas do critério B causam sofrimento ou défices clinicamente significativos no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.
- D. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou outra perturbação mental.

Posto isto em evidência, é pertinente intervir junto dos doentes com problemas ligados ao álcool de modo a que tenham consciência das vantagens da abstinência (Rodrigues, 2009). Para tal, no uso de substâncias psicoativas e de acordo com a literatura, o modelo Intervenção Motivacional Breve (IMB) é mais eficaz do que um modelo de intervenção mais extenso. Um estudo realizado junto de adolescentes com o objetivo de avaliar a efetividade deste tipo de intervenção, em que a amostra era composta por dois grandes grupos, um grupo de controlo usuário de bebidas alcoólicas no último mês e outro grupo de controlo não usuários de bebidas alcoólicas no último mês, permitiu aos investigadores concluírem que o modelo de intervenção breve é eficaz junto dos adolescentes que utilizam substâncias psicoativas (Micheli, Fisberg, Formigoni, 2004).

Este modelo tem como objetivo não só de motivar o sujeito para a mudança, sendo que para um sujeito estar completamente motivado, é aquele que se encontra pronto (motivado para a mudança de comportamento e de estilo de vida); determinado (disponibilidade em cumprir o programa terapêutico que lhe foi estabelecido, em que terá um papel ativo); e apto de modo a ter os recursos necessários para adotar um estilo de vida distinto e saudável (Rodrigues, 2009) como também desencadear uma tomada de decisão e compromisso com a mudança (Castro & Passos, 2005).

Nesta linha, pode ser relevante utilizar uma entrevista motivacional, a qual consiste numa abordagem desenvolvida para auxiliar o sujeito a reconhecer seus problemas atuais e potenciais quando há ambivalência quanto à mudança comportamental e impulsionar o comprometimento para a realização dessa mudança por meio de abordagem psicoterápica persuasiva e encorajadora (Miller e Rollnick, 2001, citado por Castro & Passos, 2005).

A utilização desta entrevista permite ao terapeuta avaliar em que estágio de mudança comportamental o sujeito se encontra. Os estágios em que o sujeito é avaliado são os seguintes: Pré-contemplação (o consumidor nocivo não considera mudar num futuro próximo e pode mesmo nem estar consciente das reais consequências na saúde se continuar a beber), Contemplação (o consumidor de bebidas alcoólicas pode estar consciente das consequências mas ambivalente quanto à mudança), Preparação (decidiu mudar e planeia iniciar a ação), Ação (o consumidor começou a diminuir o consumo mas não é uma aquisição contínua). Por fim, Manutenção em que o consumidor conseguiu abster-se numa base relativamente permanente (Prochaska e Diclement, 1983).

Uma das entrevistas que se pode utilizar é Readiness to Change Questionnaire (RCQ). Este questionário é composto por 12 itens que abrange os seguintes estágio de mudança motivacionais: pré-contemplação, contemplação e ação, sendo mais utilizado para sujeitos dependentes de álcool. Contudo, este instrumento não considera o estágio manutenção pois para indivíduos abstêmios muitas das perguntas não fazem muito sentido e conseqüentemente pode apresentar um mau atendimento (Rumph, et al 1999).

Uma investigação com o intuito de avaliar a eficácia da entrevista motivacional nos adultos, de modo a reduzir os seus consumos, indica que com a utilização da entrevista motivacional que existe uma redução nos consumos abusivos na idade adulta, podendo ainda ser usada na prevenção de recaídas, porém os investigadores ainda

salientam a importância de realizar estudos neste âmbito e que demonstrem a sua fiabilidade/eficácia (Rodrigues *et al.*, 2011).

Contrariamente ao modelo de intervenção mais prolongado, a IMB realiza-se em várias sessões que podem durar quinze a vinte minutos, englobando avaliação global, aconselhamento breve e algum seguimento. Este modelo oferece intervenções terapêuticas individualizadas adequadas a cada estágio com o objetivo de alargar a aderência ao tratamento e prevenir eventuais recaídas em pacientes com comportamentos encarados dependentes, transtornos alimentares, tabagismo, jogo patológico, dependência de substâncias psicoactivas e também em comportamentos saudáveis com o objetivo de promoção da saúde.

Neste modelo estão presentes seis elementos: devolução (que implica fornecer informação acerca dos efeitos do consumo excessivo de álcool); responsabilidade pessoal (em que o doente é responsabilizado pela decisão que toma, relativamente ao seu tratamento, após a explicitação das diferentes opções); conselhos claros para a mudança de hábito (que implica encorajar o doente para a mudança); menu de recomendações (que implica a mobilização de estratégias de modo a preparar o doente para iniciar/manter o tratamento); empatia (baseada na capacidade de construir uma aliança terapêutica alcançada pela escuta ativa e reflexiva, respeitosa e o desejo de entender as esperanças e os receios do sujeito em causa, pressupondo-se que a “aceitação” das limitações do sujeito facilita a ocorrência para a modificação comportamental). Por último, o suporte em si próprio (auto-eficácia), ou seja, dotar o doente de estratégias eficazes para cumprir com o tratamento (Miller e Rollnick, 2001).

Segundo os mesmos autores, a atuação do terapeuta ao dirigir/utilizar este modelo de Intervenção Breve, pauta-se em cinco princípios: promoção da auto-eficácia (crença de uma pessoa com capacidade para realizar ou ter sucesso numa determinada tarefa, sendo considerado como elemento-chave na motivação para a mudança e um benéfico indicador de resultados do tratamento); expressão de empatia (capacidade de construir uma aliança terapêutica alcançada pela escuta reflexiva, respeitosa e o desejo de entender as esperanças e os receios do sujeito em causa. Sendo que a “aceitação” das limitações do sujeito facilita a ocorrência para a modificação comportamental).

Dois outros elementos são os seguintes: o desenvolvimento de discrepância em que consiste auxiliar o sujeito a consciencializar-se dos custos do seu comportamento atual relacionado com a dependência de drogas e evitação de argumentação em que é importante impedir discussões contraproducentes acerca do diagnóstico de

dependências de substâncias psicoativas. Um estudo mostra que quando os sujeitos dependentes de álcool consciencializam-se que os custos da sua dependência sobrepõem-se aos benefícios e prazeres da bebida, ficam mais motivados em modificar o seu comportamento (Blume et al, 2001).

Por fim, o último elemento é acompanhamento da resistência que consiste em identificar o estado motivacional do sujeito e conciliar as intervenções terapêuticas individuais. Diversas escalas que avaliam o estágio de motivação do sujeito têm sido construídas, com vista aumentar a precisão e a validade da identificação do estágio atual de um determinado sujeito e auxiliar o terapeuta na escolha da estratégia mais adequada para o tratamento.

Para além disto, é relevante educar o doente para uma possível recaída, a qual pode acontecer mesmo após vários anos da abstinência.

O modelo mais usual é o da prevenção da recaída de Marlatt, que inicialmente foi desenvolvido em 1978. Este modelo tem dois objetivos particulares: precaver um lapso inicial e garantir abstinência ou as metas de tratamento de redução de dano e facilitar o manejo do lapso quando ocorre, com intuito de prevenir uma recaída. O objetivo principal é facultar capacidades de prevenção de uma recaída completa, independentemente da situação ou dos fatores de risco iminentes.

Num primeiro momento, o terapeuta deve avaliar com o sujeito potenciais riscos interpessoais, intrapessoais, ambientais e fisiológicos de recaída e os fatores que podem precipitá-la. Este modelo inclui uma enorme componente cognitiva, envolvendo a reestruturação cognitiva de perceções inadequadas e pensamentos mal adaptativos.

Por sua vez, num segundo momento, o terapeuta deve auxiliar o individuo a definir estratégias de modo a alcançar um equilíbrio entre situações negativas e positivas, como por exemplo, reduzir stressores ou aumentar as atividades de lazer agradáveis. Além disto, o terapeuta pode trabalhar com o individuo estratégias cognitivas-comportamentais específicas, como treino de relaxamento. Por fim, o terapeuta deve avaliar as estratégias da prevenção da recaída junto do individuo, com objetivo de melhorar a auto-eficácia do paciente e prevenir a incidência de um lapso.

4º Capítulo – Felicidade

Desde os tempos mais remotos que o conceito de felicidade tem sofrido várias mudanças. A partir da filosofia socrática acreditava-se que a felicidade resultava dos desejos dos deuses, tendo esta ideia permanecido por vários séculos em diversas culturas.

Mais tarde, no século IV antes de Cristo, Sócrates introduz um novo conceito em que procurar ser feliz é uma função da responsabilidade do indivíduo, divulgando que seria por meio da filosofia que o indivíduo conquistaria.

Aristóteles continuou o estudo iniciado previamente por Sócrates, chegando à conclusão que todos os propósitos perseguidos pelo ser humano, como beleza, a riqueza, a saúde e o poder seriam métodos de conquistar a felicidade, constituindo esta última a única virtude procurada como um bem para si mesmo.

Na era do Iluminismo, este conceito começa a girar em torno da convicção de que todo o ser humano tem o direito de atingir a felicidade. Nesta mesma linha, o ideal da Revolução Francesa determina que o propósito da sociedade deve ser a aquisição da felicidade (Csikszentmihalyi, 1990;McMahon, 2006 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

Atualmente, a felicidade é vista como um valor singular e incontestável, em que se pode citar a Declaração da Independência dos Estados Unidos da América que refere que “*todo o homem tem direito inalienável à vida, à liberdade e à busca da felicidade*” (Lunt,2004 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

Nestas diversas tentativas de definir felicidade, uma grande parte delas faz referência a um estado emocional positivo juntamente com sentimentos de bem-estar e prazer, como por exemplo, segundo o Dicionário Houaiss da língua portuguesa (2004), o qual define felicidade como: “a) qualidade ou estado feliz, estado de uma consciência plenamente satisfeita, contentamento, bem-estar; b) boa fortuna, sorte; c) bom êxito, acerto, sucesso”.

Um estudo demonstra que as emoções básicas são assistidas por expressões faciais características, em que se relacionam não só com alterações fisiológicas específicas como também com determinados comportamentos, constituindo um paralelo demonstrável em primatas e não interessando a cultura do sujeito (Ekman, 1992 citado

por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007). De acordo com estes critérios, a felicidade é vista como uma emoção básica.

Diversificados estados e experiências podem produzir felicidade, como por exemplo: o amor, a alegria, a saúde, a saciedade, o prazer sexual, o contentamento, a segurança e a serenidade. Contudo existem algumas emoções e estados afetivos que tendem a diminuir a felicidade como a tristeza, o medo, a raiva, o nojo, a ansiedade, a angústia, a dor e o sofrimento.

Um outro autor encara a “felicidade” como uma expressão que representa a compreensão coesa e lúcida do mundo; isto é: a verdadeira felicidade ambiciona uma maneira coerente de viver em que implica todos os processos humanos que pautam os aspetos sexuais, materiais emocionais, intelectuais e espirituais da vida. O investigador crê que tais aspetos podem ser adaptativos ou não, dependendo do grau de consciência que as pessoas têm dos seus objetivos e dos seus valores. Este autor ainda garante que o grau de coerência dos pensamentos e relacionamentos humanos pode ser medido em termos de quanto estes seriam capazes de conduzir à harmonia e à felicidade (Cloninger, 2004 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

Diversas investigações foram realizadas em vários países em que evidenciaram fortes e seguras diferenças em relação à felicidade. Entre os anos de 1973 e 1998 os cidadãos dinamarqueses possuíam maior probabilidade de se anunciarem “muito satisfeitos” com a vida quando equiparados a cidadãos franceses ou italianos e doze vezes mais quando comparados com os portugueses (Ingleman e Klingemann, 2000 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

Os mesmos autores ainda concluíram que nações mais ricas costumam alcançar índices mais elevados de felicidade quando equiparadas a nações mais pobres. Geralmente, os indivíduos que habitam em regiões mais ricas do globo como América do Norte, Austrália, Europa Ocidental e Japão contêm resultados de felicidade mais altos do que aqueles que vivem em regiões mais pobres como África e Ásia. Contudo, não conta o caso de muitos países da América Latina, onde os índices médios de felicidade são comparáveis aos da Austrália e do Japão (Veenhoven, 1991 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

No âmbito das ciências sociais, o *World Values Surveys* (WVS), o qual aborda de forma abrangente o sistema de valores humanos em mais de 60 países, a última pesquisa publicada, relativo aos anos de 1999 a 2002, anotou que os escores mais elevados de felicidade foram encontrados, por ordem decrescente, em Porto Rico,

México, Dinamarca e Colômbia (Inglehart *et al.*, 2004; World Values Survey Association, 2006 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007).

As evidências científicas apontam que tanto para as nações como para os indivíduos, após dominado um limiar de subsistência com dignidade, envolvendo comida, água e saneamento básico, o acréscimo do poder aquisitivo não se correlaciona com um aumento significativo nos níveis de felicidade (Csikszentmihalyi, 1999; Veenhoven, 1991 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007), tendo sido confirmado num trabalho de revisão divulgado em 2002 por Diener e Biswas-Diener.

Uma outra associação bastante aferida foi entre saúde física e felicidade e relativamente a este aspeto, Salovey *et al.* (2000 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007) anunciaram uma revisão, na qual aprontam que muito mais se sabe sobre como os estados psicológicos negativos afetam a saúde física, sobretudo em que fragilizam o sistema imunológico, do que como estados positivos a podem proteger. Até alegam que mudar emoções negativas por emoções positivas pode ter efeitos terapêuticos e preventivos.

Apesar das mulheres serem mais propensas a transtornos ansiosos e depressivos, (American Psychiatric Association, 2000), o género constitui outra característica sociodemográfica que não anuncia a felicidade (Watson, 2000; Haring *et al.* 1984 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007) efetuaram uma meta-análise constituída por 146 estudos e propõem que o género contribuiu com menos de 1% para a variação dos índices de bem-estar referidos. Uma outra pesquisa, a qual consistiu em entrevistar mais de 150 mil pessoas ao longo de 16 países e demonstra que os dois géneros obtiveram índices equivalentes de satisfação com a vida (Inglehart, 1990 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007). Contudo, não significa que ambos indivíduos do sexo masculino e feminino se comportem da mesma maneira afetivamente, pois sabe-se que as mulheres tendem a conter índices de afetos positivos e negativos mais elevados do que os homens (Argyle, 1987; Diener, 1984; Myers e Diener, 1995 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman).

Diversos estudos apontam que o casamento não interfere muito na felicidade, através de uma meta-análise de 58 estudos realizados nos Estados Unidos, Haring-Hidore *et al.* (1985 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman) chegaram à conclusão que o efeito representado pelo casamento nos níveis de felicidade é só de 0,14. Um outro estudo realizado por Demo e Acock em que equipararam mães solteiras, casadas e recasadas permitiu que chegassem a uma conclusão semelhante. Outros investigadores

referiram que o estado civil prediz menos de 1% da variação de felicidade na sua amostra, a qual era constituída por gêmeos na idade adulta (Lykken e Tellegen, 1996 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007). Porém, Watson (2000) reconhece que entre pessoas “muito felizes”, existe uma maior exposição de pessoas casadas, indicando assim que a felicidade causa o casamento e não o oposto.

Relativamente à presença de filhos, algumas investigações indicam que eles contêm um efeito nulo ou fracamente negativo nos níveis de bem-estar (Diener, 1984 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007). Um estudo efetuado por Myers e Diener (1995 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007), no qual avaliaram que os filhos têm tendência de funcionar como um stressor na relação conjugal, tendendo a melhorar quando passam a viver fora da casa dos pais.

Acresce ainda em relação a aspetos sociodemográficos e culturais, uma investigação que possibilita concluir que a atratividade física foi responsável por uma pequena variância nos níveis de satisfação com a vida, afetos positivos e negativos de sua amostra, formada por jovens estudantes (Diener *et al.* 1995 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007). De forma semelhante, Satterfield (2001 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007) avaliou uma correlação fracamente positiva entre felicidade e o aspeto físico.

Um outro fator que se encontra ligado a maiores índices de felicidade é o compromisso com a fé, seja através da religiosidade ou da espiritualidade. A primeira remete para um sistema organizado de crenças e de práticas ritualísticas. Já a segunda, pressupõe uma busca pelo significado da vida e pelo estabelecimento de uma ligação com o sagrado e o transcendental, sem necessariamente passar pelo desenvolvimento de práticas religiosas ou da participação numa comunidade.

Num artigo de Moreira-Almeida *et al.* (2006), o qual abrange dados a respeito da relação entre a saúde mental e a religiosidade, permitiu afirmar que o envolvimento religioso frequentemente se associa à melhor saúde mental, sendo avaliado por indicadores de bem-estar psicológico, tais como: satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado, e menor índice de transtornos psiquiátricos, tais como menores índices de depressão, pensamentos e comportamentos suicidas e uso/abuso de álcool/ drogas. Estas conclusões foram contestadas em diversas culturas e religiões (Shapiro, 1994; Levin *et al.*, 1996; Levin e Chatters, 1998; Levin *et al.*, 2005).

Em Portugal, encontram-se alguns estudos relacionados com comportamentos ligados à saúde, nomeadamente, prática de atividade física e uso de substâncias tais

como o tabaco e o álcool em adolescentes, contudo ainda existem poucas investigações em que se preocupam em analisar a sua associação com a percepção do bem-estar, que segundo Matos e Gaspar (2005) está vinculada à saúde e tem sido apontada como forte indício de problemas na adolescência. Além disso, vários estudos já efetuados demonstram diferenças significativas no bem-estar subjetivo em função do sexo, idade e área geográfica (Carvalho, 2005; Esperança, 2005; García-Merita, e Soler, 2002; King *et al.*, 1996; Matos *et al.*, 2003a; Matos *et al.*, 1998; Neto, 1993; WHO, 2004, citado por Marinho, 2007).

Porém, outros estudos relatam que os adolescentes mais ativos fisicamente se encontrassem mais satisfeitos com a vida (Alves *et al.*, 2004) e mais felizes (Matos e Carvalhosa, 2001; 2001^a citado por Marinho, 2007). Por outro lado, adolescentes que consumiam tabaco não só tendiam a estar menos satisfeitos com a vida (Zulling *et al.*, 2001) como também eram menos felizes (Matos *et al.*, 2003; Matos e Carvalhosa, 2001^a citado por Marinho, 2007). Contudo, Portugal em relação a outros países da Europa anuncia prevalências mais baixas, mostrando ainda que o problema se está a agravar, porque a prevalência nos adolescentes continua a aumentar, especialmente no sexo feminino (Macedo e Preciso, 2005 citado por Marinho, 2007).

Outras investigações apontam no sentido que os indivíduos do sexo masculino demonstram mais satisfação com a vida (Alves *et al.*, 2004; Carvalho, 2005; Esperança, 2005; Matos, 2003a; Neto, 1993) e felicidade (García-Merita e Soler, 2002; Matos *et al.*, 2003a; 1998 citado por Marinho, 2007), quando equiparados ao sexo feminino. Todavia, também existem estudos que demonstram que adolescentes mais novos são mais felizes (Matos *et al.*, 2003a; 1998; King *et al.*, 1996 citado por Marinho, 2007) e mais satisfeitos com as suas vidas (WHO, 2004) do que os adolescentes mais velhos. Além disso, existem igualmente pesquisas que mostram diferenças nos níveis de satisfação com a vida em adolescentes (Carvalho, 2005; Matos *et al.*, 1999 citado por Marinho, 2007) e a nível da felicidade (Matos *et al.*, 1998; King *et al.*, 1996 citado por Marinho, 2007) em função da área geográfica.

Ao longo dos anos, a Psicologia tem mostrado atenção em investigar a Felicidade, já que ao longo do século XX o centro das atenções estava nos estados afetivos patológicos, requerendo assim uma mudança de paradigma, uma vez que é pertinente considerar toda a complexidade da mente humana, e não apenas para alguns atributos (Graziano, 2005).

Uma nova área tem sido desenvolvida apelidada de *positive psychology* (psicologia positiva), a qual emergiu nos Estados Unidos, em Janeiro de 1998 e de acordo com Moura (2004), este termo foi inserido em Janeiro de 2000 na revista *American Psychologist*.

Inicialmente a partir de Martin Seligman que, ao lado de renomados cientistas como Mihaly Csikszentmihalyi, Ray Fowler, Chris Peterson, George Vaillant, Ed Diener entre outros, iniciou o desenvolvimento de investigações usando o método científico quantitativo, com objetivo de impulsionar uma mudança de foco na Psicologia atual (Seligman, 2004), insistindo em investigações acerca da felicidade, generosidade, criatividade, otimismo ou esperança, tão susceptíveis de corroboração e eficácia científica como os já presentes acerca da depressão, hiperatividade ou fobias (Marujo, 2004).

Este novo movimento, consiste num estudo científico das forças e virtudes próprias do indivíduo, fazendo com que os psicólogos adotem uma atitude mais apreciativa relativamente ao potencial, motivação e capacidades humanas (Sheldon & King, 2001, citado por Graziano, 2005). Já para Seligman (2004) trata-se do estudo de sentimentos, emoções, instituições e comportamentos positivos que tem em vista a promoção da felicidade humana.

Portanto espera-se que a nomenclatura *Psicologia Positiva* suponha igualmente a presença de uma Psicologia negativa. De acordo com Seligman (2004), o qual chegou a usar este segundo conceito para designar uma Psicologia cujo foco tem sido a patologia, o disfuncional e o lado mais sombrio do ser humano (Graziano, 2005).

No âmbito da psicologia têm-se desenvolvido diversas investigações na área desta nova corrente, em que salientam que a psicologia não só estuda a fraqueza e a patologia, mas também a força e a virtude, como por exemplo, educar uma criança não é “consertar” o que há está “errado” nela, mas sim conseguir identificar e nutrir os seus talentos, seus pontos fortes, particularidades e potencialidades de modo a que aumentem e se desenvolvam (Seligman & Csikszentmihalyi 2000, citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

De acordo com um estudo efetuado em 2002 por Diener e Seligman, no qual possuíam uma amostra constituída por 222 estudantes universitários, em que avaliaram os estudantes através de diversas escalas de felicidade, algumas de autopreenchimento e outras preenchidas por colegas, com o objetivo de comparar os 10% mais felizes com a média e com o grupo de pessoas mais infelizes dentro da mesma amostra. Este

constituiu o primeiro estudo de pessoas “muito felizes” na literatura e verificou-se que os indivíduos eram muito sociáveis e referiam relacionamentos românticos e interpessoais mais intensificados do que os grupos menos felizes.

No entanto, no que respeita à personalidade, os “muito felizes” não só apresentavam maior percentagem de traços como extroversão, afabilidade como também apresentavam menor índice de neuroticismo e menores escores de psicopatologia em escalas divergentes. Por outro lado, não se verificaram diferenças em relação a atividade física, envolvimento em atividades religiosas ou ocorrência de acontecimentos positivos entre os grupos (Diener e Seligman, 2002 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

Estes autores apontaram isoladamente, que nenhuma das variáveis aferidas foi suficiente para a felicidade, mas usufruir de boas relações sociais foi essencial, e além dos membros do grupo de pessoas mais felizes relatarem sentimentos positivos, também relatavam sentimentos negativos ocasionalmente.

Diversos estudos que avaliam a correlação entre personalidade e felicidade evidenciam que traços como extroversão e auto-estima estão relacionados com maiores índices de felicidade, ao passo que neuroticismo associa-se a níveis menores (Diener *et al.*, 2003).

Um outro estudo aponta no sentido de que o desenvolvimento da personalidade pode ajudar as pessoas a serem mais felizes. Neste estudo, elementos como auto direcionamento, cooperatividade e autotranscendência correlacionam-se com maior frequência a emoções positivas e menor frequência a emoções negativas (Cloninger, 2006 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

Ainda a respeito do caráter na composição da personalidade, um conceito bastante estudado por autores da psicologia positiva nos Estados Unidos é a autodeterminação, podendo relacionar-se de facto com a cultura norte-americana, a qual enaltece a autonomia, a liberdade e a autodeterminação humana. Em 2000, Ryan e Deci argumentam acerca desse assunto e confirmam que o desenvolvimento social e o bem-estar subjetivo de um indivíduo seriam alcançados quando houvesse o cumprimento de três necessidades humanas essenciais: (1) a necessidade de competência; (2) a necessidade de pertencimento; (3) a necessidade de autonomia. De acordo com os mesmos, as pessoas nessas condições estariam intimamente motivadas, estando aptas a revelar suas potencialidades e de perseguir desafios progressivamente maiores.

Por sua vez, Satterfield (2001 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007) pesquisa que valores *yuppies*, como dar grande enfoque ao dinheiro e ao sucesso profissional do que ter amigos íntimos ou um bom matrimónio, que se encontram intensamente ligados a menores índices de felicidade, ao passo que Larson (2000 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007) indica que o tédio, a alienação e a falta de conexão com atividades e valores levam as crianças e os adolescentes a níveis de infelicidade inquietantes, e que, nesse sentido, o envolvimento em desporto e artes poderia auxiliar a motivá-los e envolvê-los em atividades capazes de levar a maior satisfação.

Um outro aspeto estudado na literatura é a relação entre otimismo e felicidade. Relativamente a este aspeto, Seligman e Csikszentmihalyi mostram que se pode referir a dois tipos de otimismo: otimismo circunstancial (“Hoje vou encontrar um bom sitio para estacionar”) e o otimismo mais generalizado (“A humanidade está a evoluir inequivocamente para melhor”), afirmando que o otimismo leva ao sucesso e não o contrário (Seligman e Csikszentmihalyi, 2000 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007).

Noutro estudo efetuado por Peterson, em que encara o otimismo com elementos cognitivos, emocionais e motivacionais, tendo presenciado que pessoas explicam os acontecimentos negativos como extrínsecos à sua pessoa (“a culpa não é minha”), instáveis (“não vai acontecer novamente”) e específicos (“isso aplica-se apenas a esse evento”) usualmente demonstram melhor humor, mais motivação, mais perseverança, além de alcançarem maior sucesso e experimentarem melhores condições de saúde física (Peterson, 2000 citado por Ferraz, Tavares e Ziberman, 2007).

Há outras investigações que mostram uma associação do otimismo com: (a) o aumento do bem-estar subjetivo (Scheier *et al.*, 1989; Khoo e Bishop, 1997); (b) um aumento da auto-estima (Dunn, 1996); (c) um reduzido índice de depressão (Carver e Gaines, 1987; Marshall e Lang, 1990); (d) um reduzido índice de emoções negativas (Curbow *et al.*, 1993; King *et al.*, 1998); (e) um elevado índice de satisfação com a vida (Chang, 1998); (f) uma boa saúde (Scheier *et al.*, 1999); (g) uma pequena taxa de mortalidade ligada ao cancro (Schulz *et al.*, 1996); e (h) uma melhor qualidade de vida (Wrosch e Scheier, 2003). Neste sentido, existe um estudo em que mostra que possuir crenças otimistas acerca do futuro pode proteger contra o agravamento de determinadas doenças (Taylor *et al.* 2000 citado por Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007).

Em suma, vários estudiosos têm vindo a desenvolver estudos acerca da felicidade e da saúde mental, contudo, em Portugal a investigação neste âmbito é limitada (Galinha & Ribeiro, 2005), sobretudo em relação aos adolescentes e nas consequências no uso de substâncias, nomeadamente, o álcool. Porém, pode-se considerar a felicidade como um estado emocional positivo, com sentimentos de bem-estar e de prazer, ligados à percepção de sucesso e à compreensão coerente e lúcida do mundo (Ferraz, Tavares e Zilberman, 2007), a qual pode ser mensurada através de alguns instrumentos tais como: *General Happiness Scale* (GHS), desenvolvida por Lyubomirsky e Lepper (1999), em que avalia a felicidade geral do indivíduo, sendo composta por 4 itens, que apesar de ser pequena, expôs notáveis propriedades psicométricas, através da realização de 14 estudos e abrangendo populações e idades divergentes (14-94 anos). Uma outra escala que se pode utilizar é o PANAS (*Positive and Negative Affect Scale*), o qual foi desenvolvido por Watson et al. (1988), em que avalia o afeto positivo e o afeto negativo, constituída cada uma por 10 itens. Já para avaliar a satisfação com a vida em crianças e adolescentes, Huebner (1991 cit. Huebner, 1994), desenvolveu a *Student's Life Satisfaction Scale* (SLSS), em que pode ser utilizada em trabalhos de observação de amostras amplas, como em escolas distritais e nacionais, sendo considerada uma adaptação da *Satisfaction With Life Scale* (SWLS), criada por Diener et al., (1985), composta por 5 itens e pode ser utilizada em grupos de idades distintas. Esta escala é a única validada em português e com adolescentes portugueses (Neto, 1993 citado por Marinho, 2007).

Ao longo do enquadramento teórico procurei demonstrar o desenvolvimento da doença alcoolismo e como é pertinente prevenir os jovens neste âmbito. Uma vez que se verifica que os consumos nos jovens entre os 12-20 anos de idade não só têm aumentado como se iniciam precocemente, pretendi encontrar um critério de fácil aplicação que possibilitasse ajudar na deteção de risco. Sabendo que o doente alcoólico se encontra num estado depressivo, o que afeta o seu grau de felicidade, propus-me a medir o grau de felicidade em dois grupos etários de adolescentes entre os 12-15 e 16-20 anos de idade, consumidores ou não consumidores de álcool, com o objetivo de saber se o consumo de álcool estaria a afetar o grau de felicidade dos jovens.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1º Capítulo – Caracterização do estudo e do local onde foi levado a cabo

De modo a testar a minha hipótese de trabalho, esta investigação segue uma metodologia quantitativa, traduzindo em números as conceções e instruções para serem classificados e investigados, em que se utilizam técnicas estatísticas (Rodrigues, 2007).

1.1. Caraterização de Vila do Conde

A cidade onde foi identificada a amostra de 159 alunos de duas escolas, uma de Ensino Básico e outra de Ensino Secundário, denomina-se por Vila do Conde. É uma cidade no Distrito do Porto, Região Norte e sub-região do Grande Porto e ainda faz parte da Grande Área Metropolitana do Porto, consistindo igualmente numa sede de um município com 149, 31 km² de área e 79 533 em 2011, subdividido em 30 freguesias.

O povoamento de Vila do Conde é bastante antigo, anterior à fundação de Portugal. Primeiramente, Vila do Conde é mencionada no ano de 953 no livro da Condessa Mumadona Dias, sendo referida como *Villa de Comite*. D.Sancho I apaixonou-se por Maria Pais, levando a que a vila passe a estar na posse desta. Por sua vez, a sua tetraneta, D. Teresa Martins e o seu marido D. Afonso Sanches, filho bastardo de D. Dinis, criam o real Mosteiro de Santa Clara, em 1318.

Já D. Manuel I, concedeu-lhe um foral em 1516 e a população da vila coopera ativamente nos descobrimentos portugueses, entre eles Paulo e Francisco Faria na viagem de Vasco da Gama à Índia. A Praça Nova, recentemente Praça Vasco da Gama, foi aberta em 1538, no reinado de D. João III, onde foram construídos novos edifícios para os Paços do Concelho. No século XIX, as Invasões Francesas provocaram grandes prejuízos à população. Em 1987 é elevada à categoria de cidade.

Esta cidade localiza-se na margem Norte da foz do rio Ave, constituindo um relevante centro industrial, porto de pesca, zona balnear e turística e figurando um dos essenciais e mais pretendidos centros balneares do país. Ainda pertence ao mesmo aglomerado urbano que a Póvoa Varzim.

Atualmente, existem bastantes locais que podem ser visitados não só pelos habitantes da cidade como também pelos turistas, tais como, igrejas, museus, entre outros. Além disso, Vila do Conde possui igualmente vários sítios onde os jovens

podem frequentar para se divertirem, para socializarem com os amigos, para beberem com os amigos, existindo bastante movimento à noite, devido aos bares noturnos e discotecas existentes, sobretudo ao fim-se-semana.

Não se pode deixar de salientar que em Portugal a legislação em vigor reconhece que os adolescentes podem consumir álcool a partir dos 18 anos, no entanto, quando os adolescentes saem com os amigos mesmo não tendo 18 anos de idade acabam por beber bebidas alcoólicas, ocorrendo várias vezes situações de embriaguez total e/ou em casos mais graves coma alcoólico, em lugares como bares e discotecas, os quais são muito frequentados em Vila do Conde pelos jovens, inclusive durante a semana.

1.2. Método

1.2.1. Caraterização da Amostra

A amostra desta investigação foi recolhida em Vila do Conde em duas instituições de ensino: uma de Ensino Básico apelidada por Agrupamento Pais Ribeiro EB 2,3 Ribeirinha (Macieira) e outra de Ensino Secundário apelidada por D. Afonso Sanches. Inicialmente pretendia-se que esta amostra no seu total fosse composta por 160 alunos, de ambos os sexos, 80 do Ensino Básico e 80 do Ensino Secundário, contudo, da escola do Ensino Básico recolheu-se 79 questionários, em que 1 aluno se recusou a participar nesta investigação. Assim sendo, no total a amostra é composta por 159 alunos de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 13-15/16-20.

Nesta amostra observam-se 56 sujeitos do sexo masculino com 13-15 anos de idade e 11 com 16-20 anos de idade. No sexo feminino verificam-se 54 com idade 13-15 anos de idade e 36 com 16-20 anos de idade, incidindo-se mais na idade dos 13-15 anos em que se observam 110 sujeitos, 69,2 % da amostra. Mais especificamente, na escola do Ensino Básico verificam-se 39 alunos do sexo masculino com idade dos 13-15 anos e 0 dos 16-20 anos de idade. Já do sexo feminino verificam-se 36 com idade dos 13-15 anos de idade e 3 dos 16-20 anos de idade, perfazendo um total de 78, com 1 caso em que um aluno não respondeu a esta questão. Por sua vez, na escola do Ensino Secundário observa-se 17 alunos do sexo masculino com idade 13-15 e 11 com idade 16-20. Já no sexo feminino observa-se 18 com idade 13-15 e 33 com 16-20, perfazendo um total de 79 alunos em que houve 1 caso que não respondeu a esta questão.

Tabela 1:
Caracterização sociodemográfica dos participantes

Idade n=159	
13-15=110 (69,6%)	16-20=48 (30,4%)
Género n= 159	
Feminino n= 91 (57,6%)	Masculino n= 67 (42,4%)
Escola n=159	
Ensino Básico n=79 (49,7%)	Ensino Secundário n=80 (50,3 %)

1.2.2. Instrumento

Nesta investigação utilizei como meio de recolha de dados, o inquérito por questionário (*cf.* anexo 2) que é composto por três grandes grupos que são os seguintes: grupo 1 é constituído pelas variáveis sociodemográficas tais como género; idade e habilitações literárias. Já o segundo grupo apelidado de “Antecedentes Familiares/Hábitos de vida”, com intuito de explorar a vida dos sujeitos e dos fatores que levam ao consumo de substâncias na adolescência. Por fim o terceiro grupo, é constituído pela Escala da Felicidade de Oxford de Hills e Argyle (2002). Esta escala foi desenvolvida a partir do Inventário de Felicidade de Oxford (OHI), o qual fora construído por Michael Argyle no final da década de 80, sendo considerado complexo e de difícil administração. Mais tarde, com ajuda de Peter Hills, desenvolveram o Questionário de Felicidade de Oxford (OHQ), sendo uma escala unidimensional mais compacta com 29 itens, em que os indivíduos podem responder numa escala de 1-6, discordo sempre-concordo sempre (Hills & Argyle, 2002), (ver em anexo). Este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas, tendo sido verificado um índice de consistência interna elevado, $\alpha=.92$ (*Idem*). Nesta investigação considerou-se uma

solução com 14 itens¹, tendo o *Alpha de Cronbach* o valor de .76, pelo que se pode inferir a existência de uma boa consistência interna.

1.2.3. Procedimento de Recolha de Dados

Os questionários foram entregues em duas escolas, uma de Ensino Básico, juntamente com o consentimento informado, de modo a obter autorização do Conselho Executivo para proceder à recolha de dados acerca dos adolescentes - “ **Agrupamento de escolas Maria Pais Ribeiro, Escola Básica A Ribeirinha**”. Mais tarde, procedi à recolha de dados numa outra escola, mas de Ensino Secundário - “**Escola Secundária D. Afonso Sanches**”, juntamente com o consentimento informado, de modo, obter autorização do Conselho Executivo para proceder à recolha de dados dos adolescentes.

Em ambas as escolas, os questionários foram entregues aos alunos no decorrer das aulas e recolhidos após terem respondido a todas as questões do mesmo.

2º Capítulo – Apresentação e Análise Descritiva dos Resultados

2.1. Análise de frequências

Para analisar os dados relativos ao grupo “Antecedentes Familiares/Hábitos de vida”, recorreu-se às metodologias de análise descritiva, fazendo a descrição das variáveis através das frequências absolutas (n) e relativas (%).

Perante os resultados obtidos verifica-se que 109 (68,6%) dos sujeitos vivem com pais e irmãos e 49 (30,8%) vive apenas com os pais, conforme ilustrado na tabela seguinte.

Tabela 2:
Vive com quem

Respostas	Frequência	Percentagem
Pais/Irmãos	109	68,6
Pais	49	30,8
Totais	158	100

¹ Os itens que compõem a solução encontrada são: 2, 7, 8, 9, 11, 15, 17, 20,22, 23, 25, 26, 28, 29, tendo sido o critério de seleção baseado nos índices de consistência interna de cada item.

Relativamente à relação com os pais constata-se que 131, (82, 4%) dos sujeitos classificaram a sua relação como boa e 28, (17,6%), dos sujeitos classificaram como razoável (*cf.* tabela 3).

Tabela 3:

Relação com os pais

Respostas	Frequência	Percentagem
Boa	131	82,4
Razoável	28	17,6
Má	0	0
Totais	159	100

No que respeita à relação com os irmãos verifica-se que 87 (71,3%) classificaram a relação como boa, 32 (26,2%) como razoável e 3 (2,5%) como má (*cf.* tabela 4). Salienta-se que apesar de alguns sujeitos viverem com os pais também têm irmãos que já não habitam na mesma casa.

Tabela 4:

Relação com os irmãos(ãs)

Respostas	Frequência	Percentagem
Boa	87	71,3
Razoável	32	26,2
Má	3	2,5
Totais	122	100

Quanto à existência de doenças nos familiares, 86 (54,8%) dos inquiridos revelam existir doenças e 71 (45,2%) apresentaram uma resposta negativa (*cf.* tabela 5). No que toca ao membro da família portador da doença, obtiveram-se várias respostas, sendo com maior frequência referido a avó.

Tabela 5:

Existência de doenças na família

Respostas	Frequência	Percentagem
Sim	86	54,8
Não	71	45,2
Totais	157	100

No que concerne ao consumo de álcool ser a causa das doenças existentes, verifica-se que 86 (96,6%) dos sujeitos consideram que não e 3 (3,4%) referem essa possibilidade (*cf.* tabela 6).

Tabela 6:

Consumo de álcool como causa da doença

Respostas	Frequência	Porcentagem
Sim	3	3,4
Não	86	96,6
Totais	89	100

Quanto à possibilidade dos sujeitos serem portadores de alguma das doenças mencionadas, os dados indicam que 18 (14,4%) apresentam uma das doenças e 111 (86,0%) revelam que não (*cf.* tabela 7). Quando questionados sobre a existência de outra doença além das mencionadas, obtiveram-se diversas respostas, tais como: asma, bronquite, doença cardíaca, colesterol, diabetes, hipertensão e estigmatismo.

Tabela 7:

Existência de doenças nos sujeitos

Respostas	Frequência	Porcentagem
Sim	18	14,4
Não	111	86,0
Totais	129	100

Relativamente à alimentação dos indivíduos ser saudável, constata-se que 156 (98,1%) consideram que sim e 3 (1,9%) dos sujeitos consideram que não (*cf.* tabela 8).

Tabela 8:

Alimentação saudável

Respostas	Frequência	Porcentagem
Sim	156	98,1
Não	3	1,9
Totais	159	100

No que toca à prática de exercício, 133 (84,2%) dos sujeitos mencionam que e 25 (15,8 %) dos sujeitos responderam que não (*cf.* tabela 9).

Tabela 9:

Prática de exercício físico

Respostas	Frequência	Porcentagem
Sim	133	84,2
Não	25	15,8
Totais	158	100

No que respeita aos hábitos de bebida dos adolescentes, obteve-se os seguintes resultados: 84 (53,5%) dos sujeitos referem que consomem álcool e 73 (46,5%) revelam que não consomem álcool (*cf.* tabela 10).

Tabela 10:

Hábitos de bebida

Respostas	Frequência	Porcentagem
Sim	84	53,5
Não	73	46,5
Totais	157	100

Quanto ao contexto em que costumam consumir álcool, 62 (75,6%) dos sujeitos responderam que consomem em contexto social, isto é, com amigos, 14 (17,1%) dos sujeitos responderam que consomem álcool em contexto familiar e 6 (7,3%) dos sujeitos responderam que consomem em ambos os contextos (*cf.* tabela 11).

Tabela 11:

Contexto de consumo

Respostas	Frequência	Porcentagem
Amigos	62	75,6
Família	14	17,1
Ambos	6	7,3
Totais	82	100

No que concerne à bebida que têm por hábito consumir, 7 (9,0%) dos sujeitos consomem vinho; 36 (46,2%) dos sujeitos consomem cerveja; 3 (3,8%) dos sujeitos responderam que consomem brandy; 2 (2,6%) consomem whisky; 27 (34,6%) consomem vodka (*cf.* tabela 12). Quando questionados acerca do consumo de outro tipo de bebidas além das referidas, verifica-se que o consumo dos adolescentes incide sobretudo em bebidas destiladas, como Vodka, Caipirinha, Malibu, entre outras.

Tabela 12:

Bebida que têm por hábito consumir

Respostas	Frequência	Porcentagem
Vinho	7	9,0
Cerveja	36	46,2
Brandy	3	3,8
Whisky	2	2,6
Vodka	27	34,6
Totais	75	100

No que toca ao consumo de tabaco nas saídas com amigos, 32 (26,2%) dos sujeitos referem que consomem tabaco e 90 (73,8%) dos sujeitos responderam que não (cf. tabela 13). Dos sujeitos que responderam afirmativamente, 17 (32,7%) revelam que também fumam quando não têm saídas noturnas, ao passo que 35 (67,3%) dos sujeitos responderam que não o fazem.

Tabela 13:

Consumo de tabaco

Respostas	Frequência	Porcentagem
Sim	32	26,2
Não	90	73,8
Totais	122	100

2.2. Análise de diferenças

Para avaliar as diferenças dos resultados nos níveis de Felicidade² em função das variáveis sociodemográficas (Género, Idade, Escola) e de Antecedentes Familiares/Hábitos de Vida (Hábitos de Bebida e Contexto de consumo), recorreu-se ao *t-test* para amostras independentes. Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis mencionadas (cf. anexo 3). Perante tal constatação, considerou-se pertinente analisar as diferenças em cada item que compõe a

² Após se converterem os itens negativos da Escala da Felicidade, como Hills e Argyle referem no artigo (2002), foi calculada uma nova variável no SPSS com as médias das respostas dos alunos de ambas as escolas, a qual foi denominada de “Felicidade”.

variável felicidade em função das variáveis referidas anteriormente referidas. Os resultados apontam para a existência de diferenças significativas em alguns itens em função da variável Escola, Hábitos de Bebida e Contexto de consumo (cf. tabela 14 e anexo 3)

Tabela 14:

Análise de diferenças (n=159)

Itens em análise		Variáveis	M	DP	F	t	df	p																																									
9	Escola	E. Básico	5,41	,855	2,635	2,198	157	,029*																																									
		E. Secundário	5,05	1,157					15	Escola	E. Básico	5,06	1,390	,832	1,977	157	,050*	E. Secundário	4,66	1,158	Hábitos de Bebida	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*	Não bebe	5,10	1,314	17	Contexto de consumo	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Família	3,79	1,188	20	Escola	E. Básico	4,39	1,480	2,084
15	Escola	E. Básico	5,06	1,390	,832	1,977	157	,050*																																									
		E. Secundário	4,66	1,158						Hábitos de Bebida	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*	Não bebe	5,10	1,314	17	Contexto de consumo	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Família	3,79	1,188	20	Escola	E. Básico	4,39	1,480	2,084	2,044	157	,043*	E. Secundário	3,93	1,403					
	Hábitos de Bebida	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*																																									
		Não bebe	5,10	1,314					17	Contexto de consumo	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Família	3,79	1,188	20	Escola	E. Básico	4,39	1,480	2,084	2,044	157	,043*	E. Secundário	3,93	1,403																	
17	Contexto de consumo	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**																																									
		Família	3,79	1,188					20	Escola	E. Básico	4,39	1,480	2,084	2,044	157	,043*	E. Secundário	3,93	1,403																													
20	Escola	E. Básico	4,39	1,480	2,084	2,044	157	,043*																																									
		E. Secundário	3,93	1,403																																													

* $p \leq .05$

** $p \leq .000$

9 – É bom viver.

15 – Sou muito feliz.

17 – Comunico sempre a minha alegria aos outros.

20 – Sinto-me apto(a) para conseguir tudo o que quero.

2.3. Análise de relações

Partindo das diferenças significativas encontradas na análise anterior, considerou-se relevante avaliar qual a variável preditora do sentimento de felicidade expresso no item 15, uma vez que as diferenças neste item parecem ocorrer em função da Escola e dos Hábitos de Bebida. Os resultados revelaram que o modelo de regressão não foi significativo $F(5,55) = 3,53$, $p < .05$, (R^2 - Adj= .03), mostrando que a variável

Hábitos de Bebida não é preditora do sentimento expresso no item 15 ($\beta=.15$, $t = .18$, $p=.068$).

3º Capítulo – Discussão de Resultados

No capítulo anterior, analisou-se a informação fornecida pelos participantes deste estudo, sendo introduzido alguns comentários aos resultados obtidos sempre que tal foi considerado adequado. Para este capítulo, reserva-se uma discussão mais detalhada, esclarecendo os resultados obtidos e comparando-os com dados resultantes de outros estudos já divulgados.

Neste estudo, pretendeu-se avaliar e comparar não só os hábitos de consumo dos adolescentes no Ensino Básico e no Ensino Secundário, como também avaliar os efeitos que os consumos podem provocar no sentimento de felicidade, numa amostra de 159 alunos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 13-15 e 16-20, através da qual verifica-se que 84 dos sujeitos consomem álcool, incidindo mais no sexo feminino (51-32,7%). Além disto nesta investigação, verifica-se igualmente que os adolescentes iniciam os seus consumos com 12-13 anos de idade, tal como se verifica na literatura.

Em concordância com Carvalho *et al* (2005), com o objetivo de caracterizar o consumo de substâncias psicoativas, numa amostra composta por 678 alunos do 7º ao 10º ano de escolaridade, pelo qual verifica-se que os adolescentes iniciam os seus consumos de bebidas alcoólicas entre os 4 e os 16 anos, no entanto, pela moda verifica-se que os adolescentes tendem mais a iniciar os seus consumos com 13 anos de idade.

Um outro estudo efetuado por Mendes e Lopes (2007), em que o objetivo consiste em comparar os hábitos de consumo de álcool em adolescentes de ambos os géneros com idades compreendidas entre os 12-19 anos de idade, através do qual se pode concluir que 73,9% costuma a sair à noite e que quando saem costumam a consumir bebidas alcoólicas (74,5%), apesar de os rapazes apresentarem maior consumo de bebidas alcoólicas, o consumo nas raparigas tem vindo a aumentar ao longo dos tempos.

Perante os resultados obtidos nesta investigação, também se verifica que o consumo de bebidas alcoólicas incide sobretudo na cerveja (36 sujeitos) e nas bebidas destiladas, especialmente vodka (27 sujeitos), verificando-se assim que ao longo dos

tempos o consumo de cerveja e bebidas destiladas têm vindo a aumentar, tal como também se verifica na literatura. Em conformidade com Feijão (2010), através de um estudo em adolescentes que estudam no Ensino Básico e/ou Secundário, verifica-se um decréscimo nas bebidas destiladas e um aumento no consumo da cerveja, sendo esta a bebida que os adolescentes experimentam mais no Secundário. Por sua vez, no estudo realizado por Mendes e Lopes (2007), verifica-se que a diferença entre ambos os sexos consiste mais no tipo de bebidas que consomem, ou seja, os rapazes consomem essencialmente cerveja com bebidas brancas em simultâneo e as raparigas consomem especialmente bebidas brancas.

Em concordância com Carvalho *et al* (2005), no mesmo estudo já referenciado, possibilita concluir que as bebidas mais consumidas pelos adolescentes são a cerveja, shots e bebidas brancas (15,5%) e shots associados a bebidas brancas (10,5%).

Porém, também é pertinente compreender em que contextos se iniciam e se mantêm os consumos dos adolescentes. No estudo apresentado verifica-se que o consumo de bebidas alcoólicas pode ocorrer em dois possíveis contextos, em contexto familiar, numa época festiva e/ou contexto social. Contudo, a maior prevalência neste estudo incide no contexto social, (62- 39,0%), com amigos e 14 (8,8%) consomem em contexto familiar, sendo ambos os contextos considerados fatores de risco para os adolescentes, tais como: atitudes parentais favoráveis ao consumo; fracas ligações familiares e presença de conflitos familiares; associação com pares consumidores; rejeição dos pares e pressão do grupo de pares, (Matos,2008). Ainda de acordo com Carvalho *et al* (2005) verifica-se que os adolescentes bebem especialmente nos bares/discotecas durante as festas (25,8%) e em casa (7,7%), com os amigos/colegas/namorado (34,2%), todavia também bebem com os pais (9,1%).

Por sua vez, outro estudo realizado por Matos, Carvalhosa, Reis e Dias (2001), realizaram um estudo acerca do perfil dos adolescentes que experimentam ou consomem regularmente álcool, numa amostra composta por 6903 jovens do 6º, 8º e 10º ano através de um questionário apelidado de “Comportamento e Saúde em Jovens em Idade Escolar”, pelo qual se pode concluir que os adolescentes que experimentam e consomem regularmente ou abusivamente revelam um afastamento relativamente à família, à escola e ao convívio com os colegas no meio escolar, mas convivem bastante com amigos fora das horas de escola e praticam menos atividade física.

Todavia, num estudo realizado por Naia, Simões e Matos (2007), o qual tem como objetivo saber se o local onde o jovem passa os seus tempos livres se está

relacionado com o consumo de drogas e que locais estão associados a um maior risco ou proteção, verifica-se que existe uma ligação entre o consumo de drogas ilícitas e os contextos frequentados pelos jovens nos seus tempos livres, por um lado a escola e os espaços desportivos parecem mais associados à proteção, mas por outro lado que as discotecas/bares e os cafés parecem estar mais ligados ao risco.

Acresce ainda referir que além do consumo de álcool, neste estudo verifica-se igualmente consumo tabágico por parte dos adolescentes, em que 32 sujeitos também fumam quando saem à noite, mas também quando não saem 17 afirmaram que também consomem tabaco. De acordo com um estudo realizado por Fraga, Ramos e Barros (2006), no qual verifica-se que os adolescentes a partir dos 13 anos de idade já experimentam tabaco e que a frequência de raparigas a fumar regularmente é superior à dos rapazes, sendo considerado como forte determinante ter amigos que fumam.

Por sua vez, um outro estudo realizado por Matos, Carvalhosa, Vitória e Clemente (2001), através do qual se pode concluir que os jovens que experimentam tabaco e os que consomem regularmente não só manifestam um perfil de afastamento relativamente à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar, mas um mais convívio com amigos fora das horas de escola. Além disso, afirmam-se como menos felizes e relatam com maior frequência sintomas de mal-estar físico e psicológico, anunciando igualmente experimentação e consumo de álcool e drogas ilícitas.

Outro estudo realizado por Fraga *et al* 2005, através de uma revisão acerca dos efeitos do tabaco e as suas consequências a nível da saúde, verifica-se que em Portugal existem diferenças de consumo de tabaco entre as zonas rurais urbanas do país, sendo que o maior consumo acontece nas zonas urbanas e o padrão de evolução é divergente, notando-se não só uma ligeira diminuição nos homens e um aumento nas mulheres, como também este consumo inicia-se na adolescência.

Na análise de diferenças dos níveis de Felicidade em função de variáveis sociodemográficas (Género, Idade, Escola) e de Antecedentes Familiares/ Hábitos de Vida (Hábitos de Bebida e Contexto de consumo), foi verificado que não há diferenças. Neste sentido, pode inferir-se que para a amostra em causa as variáveis sociodemográficas e os Antecedentes Familiares/Hábitos de Vida não são fatores que condicionam a diferenciação nos índices de Felicidade. Quando realizada a análise de diferenças em cada item que compõe a escala da Felicidade foram verificadas diferenças significativas em alguns itens, sugerindo as variáveis Escola, Hábitos de Bebida e Contexto de consumo, como diferenciadores.

No caso do item 9, verifica-se que os indivíduos do Ensino Básico em média concordam mais com o facto de ser bom viver do que os indivíduos do Ensino Secundário. Adicionalmente no item 15, os indivíduos do Ensino Básico em média sentem-se mais felizes do que os indivíduos do Ensino Secundário. Por outro lado, no mesmo item verifica-se que os indivíduos que não bebem manifestam maior felicidade do que os indivíduos que bebem. Já no item 17, os indivíduos expressam maior alegria junto dos amigos do que em contexto familiar. Por fim, no item 20 verifica-se que os indivíduos do Ensino Básico consideram-se mais aptos para conseguirem tudo o que querem do que os indivíduos do Ensino Secundário, no entanto salienta-se o facto de que as respostas dos sujeitos vão na mesma direção à exceção do item 17.

Perante estes resultados obtidos, coloca-se a hipótese de que os adolescentes que revelam índices de felicidade mais altos são os mais novos, pois nesta faixa etária, verifica-se que os adolescentes não têm muitas responsabilidades nem preocupações. Por outro lado, os adolescentes mais velhos já manifestam índices de menor felicidade, o que pode querer dizer que nesta faixa etária como já têm mais responsabilidades, revelam-se um pouco menos felizes perante o futuro. Acresce ainda referir, que os que consomem bebidas alcoólicas manifestam-se menos felizes, uma vez que se trata de uma substância depressora do SNC que pode provocar uma depressão grave mental, tal como referem vários estudiosos neste âmbito, sendo revelado aqui que os consumos de álcool em idades precoces já provocam efeitos na felicidade. Além disto, também se verifica que os jovens sentem-se mais alegres quando estão com os seus amigos, o que pode querer dizer que com os amigos os adolescentes sentem-se mais à vontade para expressarem o que sentem.

Tendo em consideração o propósito deste estudo e os resultados obtidos e discutidos, coloca-se como relevante discorrer acerca de todo o processo, salientando as limitações, os benefícios e as implicações para a investigação e intervenção no âmbito do consumo de álcool na adolescência. Reportando-me às questões metodológicas deste estudo início a análise ao instrumento utilizado. O instrumento utilizado apresenta uma diversidade de questões que nos permitiu uma caracterização alargada da amostra, no entanto, o facto de alguns indicadores não estarem relacionados com o objetivo proposto nesta investigação levou a que não os considerassem para outras análises. Quanto à escala de Felicidade, perante a análise psicométrica e os resultados obtidos, verifica-se que em conjunto os itens não medem o mesmo constructo conforme seria pressuposto, como se os itens que compõe a escala não estivessem relacionados. A

constatação da inexistência de diferenças significativas nos índices de felicidade em função de variáveis sociodemográficas e dos antecedentes familiares/hábitos de vida, conduziu a uma análise de diferenças item a item, onde foi verificado que as variáveis em análise seriam indicadores de diferenciação em alguns itens. Nesta análise, salienta-se o resultado obtido no item 15, (“Sou muito feliz”), o qual está a medir diretamente a felicidade, verificando-se que os que não bebem apresentam maior concordância com este item o que sugere este grupo como mais feliz e que de facto os consumos de bebidas alcoólicas levam a que os sujeitos a longo prazo possam apresentar menor felicidade. Embora este seja um pequeno indicador, pode contribuir para mostrar a pertinência de realizar programas de prevenção junto dos adolescentes e de quem está em contacto com os mesmos diariamente, em conformidade com Carvalho *et al* (2005) os dados relativos à prevalência dos consumos associados aos dados relativos às idades de iniciação dos consumos possibilita indicar que a prevenção primária se faça antes dos 12-13 anos e que tenha continuação no 3º ciclo e secundário. As intervenções, deverão ter em conta o maior envolvimento do sexo masculino nos consumos e o papel das emoções, dado que, uma das motivações primordiais para o consumo de drogas parece ser o “experimentar novas sensações”.

De acordo com Melo (2011), o Plano Nacional dos Problemas Ligados ao Álcool, aprovado em 2010, constitui-se como o documento orientador das Políticas Nacionais para os próximos 2 anos (2012-2012), no qual está proposto o seguinte: (a) diminuir a exposição das crianças e jovens ao álcool e diminuir o consumo de bebidas alcoólicas por parte destas; (b) reduzir a sinistralidade sob influência de álcool; (c) prevenir os efeitos nocivos do álcool nos adultos e restringir as repercussões negativas no local de trabalho; (d) aumentar a qualidade dos programas e das intervenções, por meio do reforço da componente técnico-científica e metodológica, garantindo progressivamente a sua abrangência e eficiência e por fim (e) implementar e desenvolver um Sistema Nacional de Informação sobre o Álcool com o objetivo de uma gestão da informação e do conhecimento apropriada.

Porém, é igualmente relevante investigar e avaliar a eficácia dos programas de prevenção, segundo Nyanda McBride *“o desenvolvimento de programas suportados pela investigação não se pode fazer sem prática da implementação. A identificação de barreiras e de estratégias que ajudem ao desenvolvimento efetivo de programas de educação nesta área são tão importantes quanto a testagem dos mesmos e a sua disponibilização aos contextos”*, (McBride, 2003 citado por Melo, 2011, p.34). Nesta linha, seria relevante realizar investigações no

âmbito das intervenções precoces com vista a educar os adolescentes para os efeitos do álcool a longo prazo, inclusive os pais e comunidade escolar, sendo pertinente ter dois grupos de adolescentes, um grupo que fosse intervencionado, ou seja, um grupo de controlo, e outro grupo em que era intervencionado precocemente, ao longo do período escolar e após o término das aulas, com o propósito a avaliar a eficácia da prevenção no âmbito dos consumos de álcool nesta faixa etária.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2006). *DSM-IV-TR*, 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antunes, M. (1988). Os Jovens e o Consumo de Bebidas Alcoólicas. *Revista Referência* n°1 29-39.
- Araújo, L. B. & Gomes, William B. (1998). Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. Instituto de Psicologia- UFRGS.
- Barroso, T., Barbosa, A. & Mendes, A. (2006). Programa de Prevenção do Consumo de Álcool em Jovens Estudantes. Universidade de Lisboa.
- Cabral, L. (2004). Alcoolismo Juvenil. Escola Superior de Enfermagem de Viseu-30 anos.
- Cabral, L. (2007). *Consumo de Bebidas Alcoólicas Em Rituais/Praxes Académicas*. (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Cardoso, P., Rodrigues, C. e Vilar A. (2004). Prevalência de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 667-675.
- Castro, M. & Passos, S. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (6); 330-335.
- Cavalcante, M., Alves, M. e Barroso, M. (2008). Adolescência, Álcool e Drogas: Uma Revisão na Perspectiva da Promoção da Saúde. Escola Anna Nery *Revista Enfermagem* 12 (3): 555-59.
- Carlini, E., Nappo, S., Galduróz, J., Noto, A. (2001). Drogas Psicotrópicas- O que são e Como agem. *Revista IMESC* n°3, pp. 9-35.
- Carvalho, A., Lemos, E., Raimundo, F., Costa, M., Cardoso, F., Carmo., M.C., Antunes, C., Gomes., F., Rocha, A., Alhais, D., e Andrade, A. (2005). Consumo de substâncias em adolescentes de uma Escola Secundária com o 3º ciclo: Que realidade?.
- Feijão; F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões do país. *Revista Toxicodependências, Edição IDT* Volume 16, Número 1, pp. 29-46.
- Ferraz, R., Tavares, H., & Ziberman, M. (2007). Felicidade: uma revisão. *Ferraz, R.B. et al./Rev. Psiq. Clín* 34(5), 234-242.

- Figlie, N., Pillon, S., Laranjeira, R., Dunn, J. (1997). AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral, *J.bras Psiq*, 46 (11) 589-593.
- Filho, A., Silva, R., Ferreira, M., Santos, T. e Gomes, M. (2007). O Adolescente e as Drogas: Consequências Para a Saúde. Escola Anna Nery *Revista Enfermagem* 11 (4), 605-610.
- Fraga, S., Ramos, E., Barros, H. (2006). Uso de Tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista Saúde Pública*, 40 (6): 620-626.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A.C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *ARQUIVOS DE MEDICINA*, 19 (5-6): 207-229.
- Galinha, I. & Ribeiro, P. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde e Doenças* 6 (2), 203-214, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Goodman, J. (2000). *The female alcoholic*. Temecula: Woman and Addiction Counseling and Educacional Services.
- Graziano, L. (2005). *A Felicidade revisitada: Um estudo sobre o Bem-Estar-Subjetivo na visão da Psicologia Positiva*. (Tese de Doutoramento), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Hills, P. & Argyle, M., (2002). The Oxford Hapiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. Published by Elsevier Science Ltd.
- Chick, J. e Chick J. (1984). *Problemas com bebidas*. Campo das Letras – Editores, S.A., Porto.
- Lino, T. (2006). Alcoolismo- Da Causa à Doença. www.Psicologia.com.pt, o Portal dos Psicólogos.
- Lomba, L., Apóstolo, J., Azeredo, Z., e Mendes, F. (2011). Contextos recreativos noturnos e consumo de álcool e drogas: Determinantes de comportamentos rodoviários de risco. *Revista Toxicodependências, Edição IDT, Volume 17* Número 3, pp. 13-24.
- Marinho, M. (2007). *Comportamentos de Saúde e Bem-estar Subjetivo na Adolescência: Atividade física, tabaco, satisfação com a vida e felicidade*. (Tese de Mestrado), Faculdade de Desporto, Universidade do Porto.
- Marinho, R. (2008). O álcool e os jovens. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 24:293-300.
- Marques, A. (2001). O uso de álcool e a evolução do conceito de dependência de Álcool

- E Outras Drogas e Tratamento. *Revista IMESC n°3*, pp.73-86.
- Matos, M. (2008). *Consumo de Substâncias: Estilo de Vida? À procura de um Estilo?*. Edição, Instituto de Droga e da Toxicodependência, Universidade Técnica de Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Vitória, P., e Clemente, M. (2001). Os Jovens Portugueses e o Tabaco. *Aventura Social & Saúde, Tema 6 n°1*, pp. 1-8.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Reis, C., & Dias, S. (2001). Os Jovens Portugueses e e o Álcool. *Aventura Social & Saúde, Tema 7 n°1*, pp.1-9.
- Mello, M.L., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Melo, R. (2011). Contributos para um modelo de intervenção preventiva dos problemas ligados ao álcool. *Revista Toxicodependências, Edição IDT, Volume 17, Número 3*, pp.25-36.
- Meloni, J. e Laranjeira, R. (2004). Custo Social e de saúde do consumo de álcool. *Revista Brasileira Psiquiatria 26 (Supl I): 7-10*.
- Mendes, V. e Lopes, P. (2007). Hábitos de Consumo de Álcool Em Adolescentes. *Revista Toxicodependências, Edição IDT, Volume 13, Número 2*, pp. 25-40.
- Micheli, D., Fisberg, M. e Formigoni, M. (2004). Estudo da Efetividade da Intervenção Breve pra o uso de Álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de Assistência primária à Saúde. *Revista Associada Medicina Brasileira 50 (3): 305-13*, Universidade Federal de São Paulo.
- Naia, A., Simões, C., e Matos, M. (2007). Consumo de substâncias na Adolescência. *Revista Toxicodependências, Edição IDT, Volume 13, Número 3*, pp. 23-30.
- Pechansky, F., Szobot, C. e Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria 26, (Supl I): 14-17*.
- Rodrigues, M. (2009). *Estádios de motivação pra o tratamento na dependência alcoólica- percursos individuais e género*. (Tese de Mestrado), Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais.
- Rodrigues, W. (2007). Metodologia Científica. FAETEC/IST, Paracambi.
- Rozin, L., e Zagonel, I. (2012). Fatores de risco para a dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paul Enferm. 25 (2)*, 314-318.

- Santana, S., Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses. *Revista Toxicodependências, Edição IDT, Volume 14*, Número 1, pp. 17-24.
- Simões, C., Matos, M., & Fouguet, J. (2006). Consumo de Substâncias Na Adolescência: Um Modelo Explicativo. *Psicologia, Saúde & Doenças, 7 (2)*, 147-164.
- Skara, S. and Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine 37*, 451-474.
- Oliveira, B., (2009). *Alcoolismo: vivência familiar*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Letras do Porto, Departamento de Sociologia.
- Tavares, T., Bonito, J. & Oliveira, M. (2011). O Consumo De Álcool Pelos Jovens Dos Eninos Básico e Secundário No Distrito De Beja: Contributos Para a Definição De um Programa de Prevenção Seletiva. Universidade de Évora.
- Tobler, N. and Stratton, H. (1997). Effectiveness of School-based Drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention, Vol.18 N°1*, 71-128.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimento Informado I

Ex. mo Senhor,

Diretor da Escola “Agrupamento de escolas Maria Pais Ribeiro, Escola Básica A Ribeirinha”

Serve a presente para solicitar a V.ª Ex.. que, Genoveva Sofia Maia Ramos, mestranda desta Universidade, no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, cujo tema é " Alcoolismo nos Jovens", sob a Orientação da Prof.ª Doutora Manuela Portugal de Oliveira Neto Lopes d' Oliveira, possa realizar uma investigação em meio clínico, cuja metodologia a utilizar será a análise de dados quantitativos, através da aplicação de inquérito por questionário como instrumento de estudo.

Com os meus melhores cumprimentos,

A Orientadora

Prof.ª Doutora Manuela Portugal de Oliveira Neto Lopes d' Oliveira

Anexo 2: Consentimento Informado II

Ex. ma Senhora,

Diretora da Escola Secundária D. Afonso Sanches

Serve a presente para solicitar a V.^a Ex.^a. que, Genoveva Sofia Maia Ramos, mestranda desta Universidade, no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, cujo tema é " Alcoolismo nos Jovens", sob a Orientação da Prof.^a Doutora Manuela Portugal de Oliveira Neto Lopes d' Oliveira, possa realizar uma investigação em meio clínico, cuja metodologia a utilizar será a análise de dados quantitativos, através da aplicação de inquérito por questionário como instrumento de estudo.

Com os meus melhores cumprimentos,

A Orientadora

Prof.^a Doutora Manuela Portugal de Oliveira Neto Lopes d' Oliveira

Anexo 3: Inquérito por Questionário

Questionário de Investigação

O presente questionário destina-se a avaliar os efeitos do álcool na sua felicidade indo ser utilizado numa investigação para a obtenção do grau de Mestre por uma aluna da Universidade Portucalense Infante D. Henrique que frequenta o 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

O questionário é confidencial/anónimo e agradeço desde já a sua colaboração.

I. IDENTIFICAÇÃO

1.1. Género: Masculino Feminino

1.2. Idade: 13-15 16-20

1.3. Habilitações literárias

1.3.1. Ensino Básico

1.3.2. Ensino Secundário

II. ANTECEDENTES FAMILIARES / HÁBITOS DE VIDA

2.1. Agregado familiar e relações com pais e irmãos

2.1.1. Actualmente com quem vive?

2.1.1.a) com pais e irmão(s)

2.1.1.b) com pais

2.1.2. Como classifica a relação que tem com os seus pais?

2.1.2.a) boa

2.1.2.b) razoável

2.1.2.c) má

2.1.3. Como classifica a relação com a/o sua/seu irmã(o) ou irmãos?

(Nota: caso seja filho único passe á questão seguinte.)

2.1.3.a) boa

2.1.3.b) razoável

2.1.3.c) má

2.2. Doenças

2.2.1. Algum familiar tem alguma doença como, diabetes, bronquite, hipertensão, doença hepática, entre outras?

2.2.1.a) sim 2.2.1.b) não

Se sim: i) qual o membro familiar que tem essa doença? _____

ii) a doença em causa foi devida ao consumo de álcool?

a) sim b) não

2.2.2. De momento tem alguma das doenças acima referidas ou outra (s)?

(Nota: Caso tenha respondido não passe para a próxima questão.)

2.2.2. a) sim

outra doença? (qual): _____

2.2.2. b) não

2.3. Hábitos de vida

2.3.1. Tem uma alimentação saudável?

2.3.1.a) sim 2.3.1.b) não

2.3.2. Costuma praticar exercício físico?

2.3.2.a) sim 2.3.2.b) não

2.3.3. Em que contexto consome álcool?

(Nota: caso não beba nem fume pode passar ao grupo seguinte.)

2.3.3.a) amigos 2.3.3.b) familiares

2.3.4. Habitualmente qual bebida alcoólica consome?

2.3.4.a) vinho

2.3.4.b) cerveja

2.3.4.c) brandy

2.3.4.d) whisky

2.3.4.e) vodka

2.3.4.f) outras (quais): _____

2.3.5. Quando consome álcool, quantos copos costuma a beber? _____

2.3.6. Quando sai com os amigos costuma fumar?

2.3.6.a) sim

2.3.6.b) não

Se sim, quando não sai à noite também fuma?

a) sim

b) não

2.3.7. Quantos cigarros costuma fumar? _____

III. ESCALA DA FELICIDADE

De seguida é apresentado um conjunto de itens que pretendem avaliar o seu grau felicidade nos últimos dias e/ou últimas semanas. Indique, com uma cruz (X), numa escala de 1 (“Discordo Sempre”) a 6 (“Concordo Sempre”), em que medida concorda ou discorda destas afirmações.

Legenda: 1 – “Discordo Sempre” 2 – “Discordo Às Vezes” 3 – “Discordo” 4 – “Concordo” 5 – “Concordo Às Vezes” 6 – “Concordo Sempre”	1	2	3	4	5	6
1. Não me sinto particularmente satisfeito(a) com a minha maneira de ser.						
2. Estou intensamente interessado(a) nas outras pessoas.						
3. Sinto que a vida é bastante recompensadora						
4. Tenho sentimentos muito calorosos para quase todas as pessoas.						
5. Raramente acordo descansado(a).						
6. Não estou particularmente otimista com o futuro.						
7. Acho a maioria das coisas divertidas.						
8. Estou sempre empenhado(a) e envolvido(a).						
9. É bom viver.						
10. Não penso que o mundo seja um sítio bom.						
11. Rio muito.						
12. Estou bastante satisfeito(a) com tudo que se passa na minha vida.						
13. Não acho que sou atraente.						
14. Existe uma diferença entre o que gostaria de fazer e o que tenho feito.						
15. Sou muito feliz.						
16. Acho que existe beleza em algumas coisas.						
17. Comunico sempre a minha alegria aos outros.						
18. Consigo arranjar tempo para tudo que quero fazer.						
19. Sinto que não tenho controlo sobre a minha vida.						

Legenda: 1 – “Discordo Sempre” 2 – “Discordo Às Vezes” 3 – “Discordo” 4 – “Concordo” 5 – “Concordo Às Vezes” 6 – “Concordo Sempre”	1	2	3	4	5	6
20. Sinto apto(a) para conseguir tudo o que quero.						
21. Mentalmente estou preparado(a) para tudo.						
22. Sinto frequentemente extrema alegria.						
23. Não acho fácil tomar decisões.						
24. Não tenho um sentido definido do significado e propósito na minha vida.						
25. Sinto que tenho muita energia.						
26. Geralmente tenho boa influência sobre os acontecimentos.						
27. Quando estou com outras pessoas não me divirto.						
28. Sinto ser uma pessoa particularmente saudável.						
29. Relativamente ao passado não tenho boas memórias.						

Anexo 4: Tabelas da análise de diferenças

Tabela I:

Análise de diferenças nos índices de felicidade em função do género (n=159)

Dimensão	Variáveis	M	DP	F	t	df	p
Felicidade	Masculino	4,59	,687	1,378	-,699	156	,486
	Feminino	4,67	,621				

Tabela II:

Análise de diferenças nos índices de felicidade em função da idade (n=159)

Dimensão	Variáveis	M	DP	F	t	df	p
Felicidade	13-15	4,65	,636	,490	,395	156	,693
	16-20	4,60	,685				

Tabela III:

Análise de diferenças nos índices de felicidade em função da escola (n=159)

Dimensão	Variáveis	M	DP	F	t	df	p
Felicidade	E. Básico	4,72	,667	,122	1,652	157	,100
	E. Secundário	4,55	,621				

Tabela IV:

Análise de diferenças nos índices de felicidade em função dos hábitos de bebida (n=159)

Dimensão	Variáveis	M	DP	F	t	df	p
Felicidade	Bebe	4,66	,639	,002	,471	155	,638
	Não bebe	4,61	,666				

Tabela V:

Análise de diferenças nos índices de felicidade em função do contexto de consumo (n=159)

Dimensão	Variáveis	M	DP	F	t	df	p
Felicidade	Amigos	4,68	,611	,254	,801	74	,425
	Familiares	4,54	,590				

Tabela VI:

Análise de diferenças em função do gênero (n=159)

Ítems em análise	Variáveis	M	DP	F	t	df	p
2	Masculino	3,84	1,321	1,977	,612	156	,541
	Feminino	3,69	1,547				
7	Masculino	4,34	1,274	,741	-,763	156	,446
	Feminino	4,51	1,353				
8	Masculino	4,28	,934	3,937	-,136	156	,892
	Feminino	4,31	1,208				
9	Masculino	5,16	1,009	,198	-,732	156	,465
	Feminino	5,29	1,047				
11	Masculino	5,39	1,058	,016	,393	156	,695
	Feminino	5,32	1,124				
15	Masculino	4,88	1,354	,779	,165	156	,869
	Feminino	4,85	1,255				
17	Masculino	4,78	1,178	,066	-1,53	156	,127
	Feminino	5,07	1,172				
20	Masculino	4,25	1,396	,853	,752	156	,453
	Feminino	4,08	1,507				
22	Masculino	4,48	1,341	,012	-1,51	156	,133
	Feminino	4,81	1,406				
23	Masculino	4,16	1,344	1,580	-1,88	156	,062
	Feminino	4,57	1,343				
25	Masculino	4,88	1,274	2,143	-,609	156	,543
	Feminino	5,00	1,174				
26	Masculino	4,51	1,531	,542	-,586	156	,559
	Feminino	4,64	1,252				
28	Masculino	4,79	1,200	,111	-,224	156	,823
	Feminino	4,84	1,241				
29	Masculino	4,58	1,716	,043	,676	156	,500
	Feminino	4,40	1,712				

-
- 2 – Estou intensamente interessado(a) nas outras pessoas.
- 7 – Acho a maioria das coisas divertidas.
- 8 – Estou sempre empenhado(a) e envolvido(a).
- 9 – É bom viver.
- 11 – Riso muito.
- 15 – Sou muito feliz.
- 17 – Comunico sempre a minha alegria aos outros.
- 20 – Sinto-me apto(a) para conseguir tudo o que quero.
- 22 – Sinto frequentemente extrema alegria.
- 23 – Não acho fácil tomar decisões.
- 25 – Sinto que tenho muita energia.
- 26 – Geralmente tenho boa influência sobre os acontecimentos.
- 28 – Sinto ser uma pessoa particularmente saudável.
- 29 – Relativamente ao passado não tenho boas memórias.

Tabela VII:

Análise de diferenças em função da idade (n=159)

Ítems em análise	Variáveis	M	DP	F	t	df	p																																																																																																																																										
2	13-15	3,68	1,483	,776	-,934	156	,352																																																																																																																																										
	16-20	3,92	1,381					7	13-15	4,43	1,323	,080	-,227	156	,821	16-20	4,48	1,321	8	13-15	4,35	1,154	1,989	,990	156	,324	16-20	4,17	,953	9	13-15	5,28	1,068	,351	,926	156	,380	16-20	5,13	,937	11	13-15	5,29	1,112	,977	-1,222	156	,224	16-20	5,52	1,031	15	13-15	4,94	1,350	,459	1,020	156	,309	16-20	4,71	1,148	17	13-15	4,95	1,187	,061	,140	156	,889	16-20	4,92	1,182	20	13-15	4,12	1,419	,136	-,439	156	,662	16-20	4,23	1,561	22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325	16-20	4,50	1,689	23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501
7	13-15	4,43	1,323	,080	-,227	156	,821																																																																																																																																										
	16-20	4,48	1,321					8	13-15	4,35	1,154	1,989	,990	156	,324	16-20	4,17	,953	9	13-15	5,28	1,068	,351	,926	156	,380	16-20	5,13	,937	11	13-15	5,29	1,112	,977	-1,222	156	,224	16-20	5,52	1,031	15	13-15	4,94	1,350	,459	1,020	156	,309	16-20	4,71	1,148	17	13-15	4,95	1,187	,061	,140	156	,889	16-20	4,92	1,182	20	13-15	4,12	1,419	,136	-,439	156	,662	16-20	4,23	1,561	22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325	16-20	4,50	1,689	23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790						
8	13-15	4,35	1,154	1,989	,990	156	,324																																																																																																																																										
	16-20	4,17	,953					9	13-15	5,28	1,068	,351	,926	156	,380	16-20	5,13	,937	11	13-15	5,29	1,112	,977	-1,222	156	,224	16-20	5,52	1,031	15	13-15	4,94	1,350	,459	1,020	156	,309	16-20	4,71	1,148	17	13-15	4,95	1,187	,061	,140	156	,889	16-20	4,92	1,182	20	13-15	4,12	1,419	,136	-,439	156	,662	16-20	4,23	1,561	22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325	16-20	4,50	1,689	23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																	
9	13-15	5,28	1,068	,351	,926	156	,380																																																																																																																																										
	16-20	5,13	,937					11	13-15	5,29	1,112	,977	-1,222	156	,224	16-20	5,52	1,031	15	13-15	4,94	1,350	,459	1,020	156	,309	16-20	4,71	1,148	17	13-15	4,95	1,187	,061	,140	156	,889	16-20	4,92	1,182	20	13-15	4,12	1,419	,136	-,439	156	,662	16-20	4,23	1,561	22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325	16-20	4,50	1,689	23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																												
11	13-15	5,29	1,112	,977	-1,222	156	,224																																																																																																																																										
	16-20	5,52	1,031					15	13-15	4,94	1,350	,459	1,020	156	,309	16-20	4,71	1,148	17	13-15	4,95	1,187	,061	,140	156	,889	16-20	4,92	1,182	20	13-15	4,12	1,419	,136	-,439	156	,662	16-20	4,23	1,561	22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325	16-20	4,50	1,689	23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																							
15	13-15	4,94	1,350	,459	1,020	156	,309																																																																																																																																										
	16-20	4,71	1,148					17	13-15	4,95	1,187	,061	,140	156	,889	16-20	4,92	1,182	20	13-15	4,12	1,419	,136	-,439	156	,662	16-20	4,23	1,561	22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325	16-20	4,50	1,689	23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																																		
17	13-15	4,95	1,187	,061	,140	156	,889																																																																																																																																										
	16-20	4,92	1,182					20	13-15	4,12	1,419	,136	-,439	156	,662	16-20	4,23	1,561	22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325	16-20	4,50	1,689	23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																																													
20	13-15	4,12	1,419	,136	-,439	156	,662																																																																																																																																										
	16-20	4,23	1,561					22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325	16-20	4,50	1,689	23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																																																								
22	13-15	4,74	1,232	5,228	,986	156	,325																																																																																																																																										
	16-20	4,50	1,689					23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606	16-20	4,46	1,529	25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																																																																			
23	13-15	4,34	1,287	2,275	-,517	156	,606																																																																																																																																										
	16-20	4,46	1,529					25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858	16-20	4,92	1,318	26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																																																																														
25	13-15	4,95	1,176	,694	,179	156	,858																																																																																																																																										
	16-20	4,92	1,318					26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345	16-20	4,75	1,537	28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																																																																																									
26	13-15	4,53	1,276	1,171	-,947	156	,345																																																																																																																																										
	16-20	4,75	1,537					28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197	16-20	4,60	1,440	29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																																																																																																				
28	13-15	4,88	1,139	1,962	1,297	156	,197																																																																																																																																										
	16-20	4,60	1,440					29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135	16-20	4,17	1,790																																																																																																																															
29	13-15	4,61	1,665	,014	1,501	156	,135																																																																																																																																										
	16-20	4,17	1,790																																																																																																																																														

-
- 2 – Estou intensamente interessado(a) nas outras pessoas.
- 7 – Acho a maioria das coisas divertidas.
- 8 – Estou sempre empenhado(a) e envolvido(a).
- 9 – É bom viver.
- 11 – Riso muito.
- 15 – Sou muito feliz.
- 17 – Comunico sempre a minha alegria aos outros.
- 20 – Sinto-me apto(a) para conseguir tudo o que quero.
- 22 – Sinto frequentemente extrema alegria.
- 23 – Não acho fácil tomar decisões.
- 25 – Sinto que tenho muita energia.
- 26 – Geralmente tenho boa influência sobre os acontecimentos.
- 28 – Sinto ser uma pessoa particularmente saudável.
- 29 – Relativamente ao passado não tenho boas memórias.

Tabela VIII:

Análise de diferenças em função da escola (n=159)

Ítems em análise	Variáveis	M	DP	F	t	df	p
2	E. Básico	3,68	1,392	,453	-,615	157	,540
	E. Secundário	3,83	1,508				
7	E. Básico	4,43	1,327	,000	-,094	157	,925
	E. Secundário	4,45	1,311				
8	E. Básico	4,44	1,185	3,426	1,765	157	,079
	E. Secundário	4,14	,990				
9	E. Básico	5,41	,855	2,635	2,198	157	,029*
	E. Secundário	5,05	1,157				
11	E. Básico	5,33	1,009	,632	-,264	157	,792
	E. Secundário	5,38	1,173				
15	E. Básico	5,06	1,390	,832	1,977	157	,050*
	E. Secundário	4,66	1,158				
17	E. Básico	4,96	1,214	,451	,264	157	,792
	E. Secundário	4,91	1,150				
20	E. Básico	4,39	1,480	2,084	2,044	157	,043*
	E. Secundário	3,93	1,403				
22	E. Básico	4,75	1,286	1,043	,726	157	,469
	E. Secundário	4,59	1,473				
23	E. Básico	4,33	1,318	1,096	-,500	157	,618
	E. Secundário	4,44	1,413				
25	E. Básico	5,03	1,132	,973	,845	157	,399
	E. Secundário	4,86	1,290				
26	E. Básico	4,75	1,315	,030	1,545	157	,124
	E. Secundário	4,41	1,411				
28	E. Básico	4,95	1,218	,099	1,533	157	,127
	E. Secundário	4,65	1,244				
29	E. Básico	4,56	1,738	,201	,532	157	,596
	E. Secundário	4,41	1,689				

* $p \leq 05$

- 2 – Estou intensamente interessado(a) nas outras pessoas.
- 7 – Acho a maioria das coisas divertidas.
- 8 – Estou sempre empenhado(a) e envolvido(a).
- 9 – É bom viver.
- 11 – Rio muito.
- 15 – Sou muito feliz.
- 17 – Comunico sempre a minha alegria aos outros.
- 20 – Sinto-me apto(a) para conseguir tudo o que quero.
- 22 – Sinto frequentemente extrema alegria.
- 23 – Não acho fácil tomar decisões.
- 25 – Sinto que tenho muita energia.
- 26 – Geralmente tenho boa influência sobre os acontecimentos.
- 28 – Sinto ser uma pessoa particularmente saudável.
- 29 – Relativamente ao passado não tenho boas memórias.

Tabela IX:

Análise de diferenças em função dos hábitos de bebida (n=159)

Ítems em análise	Variáveis	M	DP	F	t	df	p																																																																																																																																										
2	Bebe	3,86	1,415	,393	1,464	155	,145																																																																																																																																										
	Não bebe	3,53	1,334					7	Bebe	4,61	1,261	,427	1,648	155	,101	Não bebe	4,26	1,375	8	Bebe	4,29	1,013	1,511	-,089	155	,929	Não bebe	4,30	1,198	9	Bebe	5,21	1,120	,914	-,278	155	,782	Não bebe	5,26	,928	11	Bebe	5,36	1,199	,965	-,151	155	,880	Não bebe	5,38	,952	15	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*	Não bebe	5,10	1,314	17	Bebe	4,94	1,226	,911	,119	155	,905	Não bebe	4,92	1,140	20	Bebe	4,24	1,502	,303	,724	155	,470	Não bebe	4,07	1,417	22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700	Não bebe	4,62	1,430	23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356
7	Bebe	4,61	1,261	,427	1,648	155	,101																																																																																																																																										
	Não bebe	4,26	1,375					8	Bebe	4,29	1,013	1,511	-,089	155	,929	Não bebe	4,30	1,198	9	Bebe	5,21	1,120	,914	-,278	155	,782	Não bebe	5,26	,928	11	Bebe	5,36	1,199	,965	-,151	155	,880	Não bebe	5,38	,952	15	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*	Não bebe	5,10	1,314	17	Bebe	4,94	1,226	,911	,119	155	,905	Não bebe	4,92	1,140	20	Bebe	4,24	1,502	,303	,724	155	,470	Não bebe	4,07	1,417	22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700	Não bebe	4,62	1,430	23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700						
8	Bebe	4,29	1,013	1,511	-,089	155	,929																																																																																																																																										
	Não bebe	4,30	1,198					9	Bebe	5,21	1,120	,914	-,278	155	,782	Não bebe	5,26	,928	11	Bebe	5,36	1,199	,965	-,151	155	,880	Não bebe	5,38	,952	15	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*	Não bebe	5,10	1,314	17	Bebe	4,94	1,226	,911	,119	155	,905	Não bebe	4,92	1,140	20	Bebe	4,24	1,502	,303	,724	155	,470	Não bebe	4,07	1,417	22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700	Não bebe	4,62	1,430	23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																	
9	Bebe	5,21	1,120	,914	-,278	155	,782																																																																																																																																										
	Não bebe	5,26	,928					11	Bebe	5,36	1,199	,965	-,151	155	,880	Não bebe	5,38	,952	15	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*	Não bebe	5,10	1,314	17	Bebe	4,94	1,226	,911	,119	155	,905	Não bebe	4,92	1,140	20	Bebe	4,24	1,502	,303	,724	155	,470	Não bebe	4,07	1,417	22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700	Não bebe	4,62	1,430	23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																												
11	Bebe	5,36	1,199	,965	-,151	155	,880																																																																																																																																										
	Não bebe	5,38	,952					15	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*	Não bebe	5,10	1,314	17	Bebe	4,94	1,226	,911	,119	155	,905	Não bebe	4,92	1,140	20	Bebe	4,24	1,502	,303	,724	155	,470	Não bebe	4,07	1,417	22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700	Não bebe	4,62	1,430	23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																							
15	Bebe	4,68	1,214	,254	-2,067	155	,040*																																																																																																																																										
	Não bebe	5,10	1,314					17	Bebe	4,94	1,226	,911	,119	155	,905	Não bebe	4,92	1,140	20	Bebe	4,24	1,502	,303	,724	155	,470	Não bebe	4,07	1,417	22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700	Não bebe	4,62	1,430	23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																																		
17	Bebe	4,94	1,226	,911	,119	155	,905																																																																																																																																										
	Não bebe	4,92	1,140					20	Bebe	4,24	1,502	,303	,724	155	,470	Não bebe	4,07	1,417	22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700	Não bebe	4,62	1,430	23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																																													
20	Bebe	4,24	1,502	,303	,724	155	,470																																																																																																																																										
	Não bebe	4,07	1,417					22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700	Não bebe	4,62	1,430	23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																																																								
22	Bebe	4,70	1,360	,252	,386	155	,700																																																																																																																																										
	Não bebe	4,62	1,430					23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403	Não bebe	4,49	1,386	25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																																																																			
23	Bebe	4,31	1,353	,778	-,839	155	,403																																																																																																																																										
	Não bebe	4,49	1,386					25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816	Não bebe	4,93	1,159	26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																																																																														
25	Bebe	4,98	1,232	,050	,233	155	,816																																																																																																																																										
	Não bebe	4,93	1,159					26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232	Não bebe	4,47	1,237	28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																																																																																									
26	Bebe	4,73	1,451	,249	1,201	155	,232																																																																																																																																										
	Não bebe	4,47	1,237					28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892	Não bebe	4,79	1,201	29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																																																																																																				
28	Bebe	4,82	1,272	,078	,136	155	,892																																																																																																																																										
	Não bebe	4,79	1,201					29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722	Não bebe	4,44	1,700																																																																																																																															
29	Bebe	4,54	1,718	,078	,356	155	,722																																																																																																																																										
	Não bebe	4,44	1,700																																																																																																																																														

* $p \leq 05$

- 2 – Estou intensamente interessado(a) nas outras pessoas.
- 7 – Acho a maioria das coisas divertidas.
- 8 – Estou sempre empenhado(a) e envolvido(a).
- 9 – É bom viver.
- 11 – Rio muito.
- 15 – Sou muito feliz.
- 17 – Comunico sempre a minha alegria aos outros.
- 20 – Sinto-me apto(a) para conseguir tudo o que quero.
- 22 – Sinto frequentemente extrema alegria.
- 23 – Não acho fácil tomar decisões.
- 25 – Sinto que tenho muita energia.
- 26 – Geralmente tenho boa influência sobre os acontecimentos.
- 28 – Sinto ser uma pessoa particularmente saudável.
- 29 – Relativamente ao passado não tenho boas memórias.

Tabela X:

Análise de diferenças em função do contexto de bebida (n=159)

Ítems em análise	Variáveis	M	DP	F	t	df	p																																																																																																																																										
2	Amigos	3,82	1,420	,005	-,082	74	,935																																																																																																																																										
	Familiares	3,86	1,460					7	Amigos	4,76	1,263	,009	1,820	74	,073	Familiares	4,07	1,328	8	Amigos	4,31	,985	,005	-,423	74	,674	Familiares	4,43	,938	9	Amigos	5,15	1,199	4,658	-1,284	74	,203	Familiares	5,57	,646	11	Amigos	5,31	1,182	1,848	-,153	74	,879	Familiares	5,36	,745	15	Amigos	4,81	1,143	4,912	1,240	74	,219	Familiares	4,36	1,550	17	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Familiares	3,79	1,188	20	Amigos	4,16	1,308	,243	-,137	74	,892	Familiares	4,21	1,311	22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447	Familiares	4,50	1,345	23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736
7	Amigos	4,76	1,263	,009	1,820	74	,073																																																																																																																																										
	Familiares	4,07	1,328					8	Amigos	4,31	,985	,005	-,423	74	,674	Familiares	4,43	,938	9	Amigos	5,15	1,199	4,658	-1,284	74	,203	Familiares	5,57	,646	11	Amigos	5,31	1,182	1,848	-,153	74	,879	Familiares	5,36	,745	15	Amigos	4,81	1,143	4,912	1,240	74	,219	Familiares	4,36	1,550	17	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Familiares	3,79	1,188	20	Amigos	4,16	1,308	,243	-,137	74	,892	Familiares	4,21	1,311	22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447	Familiares	4,50	1,345	23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578						
8	Amigos	4,31	,985	,005	-,423	74	,674																																																																																																																																										
	Familiares	4,43	,938					9	Amigos	5,15	1,199	4,658	-1,284	74	,203	Familiares	5,57	,646	11	Amigos	5,31	1,182	1,848	-,153	74	,879	Familiares	5,36	,745	15	Amigos	4,81	1,143	4,912	1,240	74	,219	Familiares	4,36	1,550	17	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Familiares	3,79	1,188	20	Amigos	4,16	1,308	,243	-,137	74	,892	Familiares	4,21	1,311	22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447	Familiares	4,50	1,345	23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																	
9	Amigos	5,15	1,199	4,658	-1,284	74	,203																																																																																																																																										
	Familiares	5,57	,646					11	Amigos	5,31	1,182	1,848	-,153	74	,879	Familiares	5,36	,745	15	Amigos	4,81	1,143	4,912	1,240	74	,219	Familiares	4,36	1,550	17	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Familiares	3,79	1,188	20	Amigos	4,16	1,308	,243	-,137	74	,892	Familiares	4,21	1,311	22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447	Familiares	4,50	1,345	23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																												
11	Amigos	5,31	1,182	1,848	-,153	74	,879																																																																																																																																										
	Familiares	5,36	,745					15	Amigos	4,81	1,143	4,912	1,240	74	,219	Familiares	4,36	1,550	17	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Familiares	3,79	1,188	20	Amigos	4,16	1,308	,243	-,137	74	,892	Familiares	4,21	1,311	22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447	Familiares	4,50	1,345	23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																							
15	Amigos	4,81	1,143	4,912	1,240	74	,219																																																																																																																																										
	Familiares	4,36	1,550					17	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**	Familiares	3,79	1,188	20	Amigos	4,16	1,308	,243	-,137	74	,892	Familiares	4,21	1,311	22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447	Familiares	4,50	1,345	23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																																		
17	Amigos	5,21	1,088	,152	4,348	74	,000**																																																																																																																																										
	Familiares	3,79	1,188					20	Amigos	4,16	1,308	,243	-,137	74	,892	Familiares	4,21	1,311	22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447	Familiares	4,50	1,345	23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																																													
20	Amigos	4,16	1,308	,243	-,137	74	,892																																																																																																																																										
	Familiares	4,21	1,311					22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447	Familiares	4,50	1,345	23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																																																								
22	Amigos	4,79	1,269	,308	,765	74	,447																																																																																																																																										
	Familiares	4,50	1,345					23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889	Familiares	4,36	1,151	25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																																																																			
23	Amigos	4,31	1,236	,093	-,140	74	,889																																																																																																																																										
	Familiares	4,36	1,151					25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743	Familiares	4,86	1,406	26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																																																																														
25	Amigos	4,97	1,071	1,074	,329	74	,743																																																																																																																																										
	Familiares	4,86	1,406					26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724	Familiares	4,57	1,453	28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																																																																																									
26	Amigos	4,71	1,285	,003	,355	74	,724																																																																																																																																										
	Familiares	4,57	1,453					28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953	Familiares	4,79	1,369	29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																																																																																																				
28	Amigos	4,81	1,143	,177	,059	74	,953																																																																																																																																										
	Familiares	4,79	1,369					29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464	Familiares	4,79	1,578																																																																																																																															
29	Amigos	4,42	1,704	,654	-,736	74	,464																																																																																																																																										
	Familiares	4,79	1,578																																																																																																																																														

** $p \leq .000$

- 2 – Estou intensamente interessado(a) nas outras pessoas.
- 7 – Acho a maioria das coisas divertidas.
- 8 – Estou sempre empenhado(a) e envolvido(a).
- 9 – É bom viver.
- 11 – Rio muito.
- 15 – Sou muito feliz.
- 17 – Comunico sempre a minha alegria aos outros.
- 20 – Sinto-me apto(a) para conseguir tudo o que quero.
- 22 – Sinto frequentemente extrema alegria.
- 23 – Não acho fácil tomar decisões.
- 25 – Sinto que tenho muita energia.
- 26 – Geralmente tenho boa influência sobre os acontecimentos.
- 28 – Sinto ser uma pessoa particularmente saudável.
- 29 – Relativamente ao passado não tenho boas memórias.