



UC/FPCE\_2007

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

### **Alcoolismo e (In)Adaptação Social**

Joana Neves (e-mail: joanagneves@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Sistémica sob a  
orientação da Professora Doutora Madalena Lourenço

## **Alcoolismo e (In)Adaptação Social**

### **Resumo**

Os diversos problemas ligados ao álcool, nas áreas do funcionamento social dos indivíduos alcoólicos, são sobejamente conhecidos e abordados por diversos autores, como indício de sérias dificuldades na sua adaptação social. O objectivo deste estudo foi investigar a relação entre a (in)existência de tratamentos anteriores e este nível de adaptação. A nossa hipótese era de que, os indivíduos que tinham passado por um ou mais tratamentos possuíam um nível de ajustamento social mais elevado em relação aos que se encontravam em primeiro tratamento. Para atingir esse objectivo, utilizámos uma amostra de 50 sujeitos pertencentes a ambos estes grupos. Os resultados confirmaram a nossa hipótese. De acordo com eles, uma das implicações deste estudo é que, o tratamento do *alcoholismo*, em qualquer instituição onde tenha lugar, será mais completo se aspirar, não apenas ao tratamento da dependência, mas também à recuperação de um funcionamento social saudável.

Palavras chave: *alcoholismo*, problemas ligados ao álcool, adaptação social, tratamentos prévios.

## **Alcoholism and Social (In)Adaptation**

### **Abstract**

The several problems related to alcohol, in the social functioning of alcoholic individuals, are widely known and mentioned by many authors as a symptom of serious difficulties in their social adaptation. This study aims to investigate the relationship between the (in)existence of previous treatments and this kind of adjustment. Our hypothesis was that the individuals who had already be treated, at least one time, had a higher level of social adjustment, when compared to those who were at their first treatment. To achieve this goal, we used a sample of 50 subjects from both of these groups. The results confirmed our hypothesis. According to them, one of the implications of this study is that, the treatment of alcoholism, wherever it takes place, will be more complete if it aspires, not only to the treatment of the dependence, but also to the recovering of an healthy social functioning.

Key Words: *alcoholism*, related alcohol problems, social adjustment, previous treatments.

## **Agradecimentos**

Este espaço tem como propósito dedicar o meu muito obrigada, não a todas as pessoas que, de uma forma ou de outra, contribuíram para esta, por vezes, sinuosa caminhada, pois seria extensa a lista, mas sim a todas aquelas cujo contributo foi indispensável à sua conclusão.

Desta forma, o meu agradecimento é dirigido, de um modo especial: à minha família, pelo apoio incondicional; à Professora Doutora Maria Madalena de Carvalho Lourenço, pelo apoio, paciência, dedicação, incentivo e companheirismo; ao Nuno de Sá Teixeira, pelo tempo, esforço e amizade.

De uma forma complementar: a todos os elementos da Instituição onde este estudo decorreu que participaram neste percurso e ao Fernando Lúcio por ter, simplesmente, estado lá.

## **Índice**

Introdução .....	1
I – Enquadramento conceptual .....	2
II – Objectivos da investigação .....	18
III – Metodologia .....	19
1. Procedimentos de investigação .....	19
2. Descrição da amostra .....	20
3. Instrumentos .....	24
IV – Resultados .....	28
V – Discussão .....	31
VI – Conclusões .....	37
Referências Bibliográficas .....	41
Anexos .....	43
Anexo 1 - Questionário Sócio-Demográfico .....	44
Anexo 2 – <i>Escala de Auto-avaliação de Adaptação Social</i> .....	48
Anexo 3 – Consentimento de colaboração na investigação .....	50

## Introdução

A presente investigação desenrola-se em torno da (in)adaptação social dos indivíduos que sofrem de *alcoholismo*, o que implica a referência aos diversos problemas ligados ao álcool, nas diferentes áreas do funcionamento social.

A literatura desenvolvida em torno do *alcoholismo* é conhecida por abordar os problemas ligados ao álcool, manifestados, sobretudo, na área familiar, laboral e comunitária, enquanto sintoma do desajustamento social, problemas esses que são tão conhecidos do domínio público que esse desajustamento se tem vindo a tornar numa das características mais salientes e distintivas deste problema.

O que este estudo pretende trazer de novo é o facto de investigar, não tanto o nível de adaptação social destes indivíduos, mas, especialmente, a maneira como a in(existência) de tratamentos prévios podem ou não influenciar este. Assim, esta investigação tem por objectivo principal o estudo desta eventual relação, sendo que a nossa hipótese de trabalho é a de que os indivíduos que passaram por um ou mais tratamentos anteriormente, em relação aos que ainda não passaram por nenhum, se encontram mais bem adaptados ao meio de que fazem parte.

Para analisar esta relação, utilizámos um questionário por nós construído, o *Questionário Sócio-Demográfico*, e uma escala destinada a avaliar a adaptação social dos sujeitos, a *Escala de Auto-avaliação de Adaptação Social*, com a particularidade, como o nome indica, de ser uma escala de auto-avaliação.

Estruturalmente, este trabalho encontra-se organizado em seis partes: enquadramento conceptual, objectivos, metodologia, apresentação dos resultados, discussão e conclusões. A primeira parte aborda o que alguns autores dizem, no geral, acerca do ajustamento social destes indivíduos, para depois se debruçar, especificamente, sobre cada uma das áreas sociais mais afectadas pelo *alcoholismo*. As restantes partes pertencem à investigação de campo, sendo que, nos objectivos, encontramos as linhas orientadoras que nos guiaram no decorrer deste percurso; na metodologia está incluída toda a informação dos procedimentos estatísticos, da amostra e dos instrumentos adoptados; na apresentação dos resultados vemos os dados principais que obtivemos por meio do nosso tratamento estatístico; na discussão encontra-se uma reflexão sobre esses dados, além das implicações do estudo e propostas futuras de investigação e, por fim, nas conclusões, temos uma análise sintética dos principais pontos a reter do nosso trabalho.

## I – Enquadramento conceptual

A investigação da relação entre o *alcoholismo* e o nível de *ajustamento social* dos indivíduos com este sintoma tem ocupado, desde há muito tempo, os profissionais da área da saúde e, em particular, da alcoologia, tendo os problemas ligados ao álcool sido um dos temas mais estudados no contexto desta problemática (cf. por exemplo, Adès e Lejoyeux, 1997; Bateson, 1977; Bertolote, 1997; Bowen, 1974; Braga, 1972; Castro & Silva, 1993; Davis e col., 1974; Ewing & Fox, 1968; Kresner et al., 1984; Lazo, 1990; Melman, 1993; Mello et al., 2001; Moreira et al., 2002; Nascimento & Justo, 2000; Rix & Rix, 1983; Rousseaux et al., 2002; Steinglass, 1976, 1980; Vaillant, 1995,1999).

Antes de entrarmos na análise do tema em si, é necessário explicitar o que se entende por *ajustamento social* (ou *adaptação social*). Segundo Moreira e colaboradores (2002), o *ajustamento social* pode ser conceptualizado como o reflexo das interações sociais do indivíduo com as outras pessoas, bem como o desempenho e a satisfação deste nos diversos papéis sociais que assume.

O conceito de *papéis sociais* remete-nos para as diferentes funções que um indivíduo desempenha enquanto membro de uma sociedade. Estas funções, por sua vez, surgem ligadas a diversas áreas, tais como: a familiar, a laboral e a comunitária. Será em torno destas áreas, as mais afectadas pelo *alcoholismo*, que o presente trabalho se irá desenrolar. Todavia, antes de começarmos essa análise, importa mencionar alguns outros aspectos.

Embora a maioria das investigações relativas a esta problemática se foque na panóplia de consequências negativas que a doença alcoólica provoca na vida social dos sujeitos por ela dominados, existe, paralelamente, a noção de que o próprio desajustamento social do indivíduo pode ser um dos factores que o leva a desenvolver uma relação de dependência com esta substância. Isto significa, portanto, que a desadaptação, relativamente à sociedade em que se insere, pode ser tanto um resultado do *alcoholismo* como uma das suas razões de existência, verificando-se, deste modo, uma reciprocidade na direcção da influência exercida por estes factores um no outro. A este propósito, Kandel e Davies (1996) referem que a dificuldade ao nível da adaptação social implica uma maior probabilidade de iniciação no uso de drogas (entre as quais o álcool), o que, por sua vez, conduz a um maior desajustamento.

Não deixando de ter esta realidade em mente, o propósito desta investigação será, contudo, analisar o conjunto de problemas que o *alcoholismo* faz emergir no contexto da adaptação à sociedade, e não a maneira como este desajustamento pode precipitar o abuso do álcool.

Lazo (1990) refere que, a dependência física e psicológica gerada pelo beber do alcoólico tem, antes de tudo, duas grandes consequências. Primeiro, faz com que ele continue a desejar beber e, segundo, faz com que, mais tarde, necessite de continuar a beber. Porém, o autor destaca que a

dependência alcoólica faz algo mais: ocasiona problemas crescentes na vida do indivíduo, derivados da prioridade cada vez maior que ele vai dando à bebida, acima de todas as responsabilidades. Será, precisamente, esta prepotência que o álcool assume, na sua vida, que o levará a negligenciar e a desinteressar-se por tudo o que não esteja a ele associado, conduzindo a graves problemas na relação estabelecida com o seu meio e com os outros que dele fazem parte, principalmente com os elementos mais significativos. O alcoólico, à medida que a sua dependência se agrava, começa, assim, a “esquecer-se” que é membro de uma comunidade, bem como do dever que tem em viver de acordo com as regras que tornam a sua coexistência com esta harmoniosa.

Ainda segundo Lazo (1990) são, exactamente, a constância e o aumento dos problemas resultantes da bebida que caracterizam o alcoolismo e distinguem o alcoólico do indivíduo que bebe em excesso. Neste último caso, ocorrem episódios de abuso de álcool, por vezes até com alguma frequência, todavia, apesar dos danos provocados, não se verificam as características da dependência, definidas pela DSM-IV, que são: compulsão para beber; dificuldade de controlo; síndrome de abstinência característico por privação da substância; alívio imediato destes sintomas através do consumo; elevada tolerância e, muito em particular, a relevância e a prioridade concedida ao álcool, de tal modo que todas as actividades, tarefas ou deveres são relegados para segundo plano, uma vez que todo o dia-a-dia é organizado em função da obtenção e consumo do álcool. Serão, então, todos estes factores e, em especial, este último, que provocarão uma interferência absoluta no seu ajustamento à sociedade, acabando por se reflectir nas várias dimensões por esta abrangidas.

Paralelamente, a Organização Mundial de Saúde (1983) entende o *alcoolismo* como um problema de saúde pública, tal é a dimensão dos seus prejuízos sociais. Define, ainda, o alcoólico como alguém cuja dependência face ao álcool lhe provoca perturbações que afectam a saúde física, mental, as relações com os outros e o comportamento social e económico.

Nascimento e Justo (2000) também definem o *alcoolismo* como uma das maiores preocupações de saúde pública no mundo, estando associado a muitos outros problemas como: mortes no trânsito, desentendimentos familiares e afectivos, divórcios e sendo, também, companheiro inseparável de homicídios, espancamentos, violações, deserção do trabalho e abandono escolar.

Melman (1993, *cit. in* Nascimento & Justo, 2000), por outro lado, interpreta o alcoólico como um sujeito marcado por uma insatisfação constante consigo mesmo, devido à sua não-realização pessoal na sociedade.

O facto dos problemas ligados ao álcool serem, por si mesmos, um dos critérios disponíveis para diagnosticar e definir esta doença, constitui-se como a maior evidência de que o alcoolismo afecta, negativamente, o nível e a qualidade de ajustamento ao meio social.

Indo mais longe ainda, estes problemas são tão conhecidos do domínio público que a própria expressão *Problemas Ligados ao Álcool*

(PLA's) que acabámos de referir, se tornou popular e, de certa maneira, um *cliché*, na área da saúde pública.

Por outro lado, os doentes alcoólicos são um dos tipos de população mais assistidos e apoiados pelos serviços e organizações sociais. Só este aspecto também já nos diz algo acerca das repercussões sociais desta doença.

Expusemos os inúmeros motivos pelos quais é evidente que o *alcoholismo* tem um reflexo negativo sobre a adaptação social do indivíduo. Passaremos, agora, a descrever, em pormenor, quais os principais problemas ligados ao álcool a que a literatura se refere. Iremos dividi-los, tal como referido no início, em três categorias principais: família, trabalho e comunidade.

A família é, por excelência, o palco onde as tragédias mais explícitas, despoletadas pelo alcoholismo, surgem representadas. De facto, é precisamente a família a dimensão mais abordada pelos autores que se preocupam com esta temática, uma vez que é ela a mais afectada por esta doença e porque os diferentes papéis de cada membro podem influenciar de maneira determinante a sua evolução.

Existem determinados sentimentos e estados de espírito que são característicos das famílias de doentes alcoólicos. As dúvidas e desconfianças constantes por parte dos outros elementos levam a numerosos confrontos e conflitos, independentemente de, no momento, se beber ou não. O comportamento do alcoólico, ao colocar em risco o emprego e a economia familiar é, também, outro factor de discussão e, em particular, de insegurança experimentada por todos os membros. A esta insegurança, por sua vez, acresce o medo permanente diante de um futuro incerto a todos os níveis, diante da possibilidade de sofrer um acidente ou de ser violento em casa e de que a própria família não aguentar e se dissolva. Como refere Jacob (1981, *cit. in* Adès & Lejoyeux, 1997), o abuso do álcool, em virtude dos tipos de relações que despoleta entre os elementos da família, origina *comunicações negativas* no seio desta.

Ao mesmo tempo o sentimento de culpa também é habitual neste contexto, pois a família sente-se, por vezes, responsável pela alcoholização desse elemento. Por outro lado, a desilusão é um denominador comum, visto que os alcoólicos não são capazes de cumprir as suas promessas, levando os restantes membros, a partir de determinada altura, a não esperar nem pedir nada, acabando por se fechar no silêncio e no isolamento. Esta lei do silêncio impõe à família não falar no exterior acerca do problema do álcool, levando a que cada elemento fique sozinho com as suas angústias.

O sentimento de vergonha é algo que atravessa a fundo estas famílias. É ele que as leva a evitar os lugares onde possam ser vistas com o alcoólico ou onde este pode ter um comportamento embaraçoso para elas, tornando-se no principal obstáculo a que procurem ajuda no exterior.

As exigências ao sistema familiar são muitas: exigências de coragem, paciência e persistência. A frustração, a cólera e o rancor acabam por surgir nestes contextos, ameaçando a sua unidade. Vemos, portanto, que há um sofrimento profundo e constante, derivado tanto dos problemas que o



alcoólico cria à e na família, como do facto de ser particularmente doloroso para as pessoas que se preocupam com ele, vê-lo modificar-se e arruinar não apenas a sua vida, mas também a dos outros.

O principal autor que surge ligado ao estudo das famílias de alcoólicos é Steinglass (1976, 1980, *cit. in* Roussaux et al., 2002) Este autor, consciente das distorções no ciclo de vida normativo da família, causadas pelo alcoolismo de um dos seus membros, chegou ao ponto de afirmar que, tão claro e grave é o impacto da doença neste contexto que, a maioria das famílias costuma, ela mesma, acabar por se organizar em torno do álcool, o qual se torna o seu eixo organizacional, acabando por as considerar não como famílias com um membro alcoólico, mas sim como autênticas *famílias alcoólicas*. Estas são caracterizadas como possuindo todo um padrão de comportamentos peculiares, repetitivos e estereotipados, associados quer às fases de intoxicação do seu elemento alcoólico, quer às de sobriedade. O mais importante que podemos retirar do trabalho de Steinglass para esta análise é, precisamente, o facto do autor ter atribuído tal importância às consequências do alcoolismo ao nível familiar que chegou a conceber estas famílias como verdadeiros *sistemas alcoólicos*, em que todas as actividades e preocupações giram em torno do álcool.

Jackson (1954, *cit. in* Carter et al., 1995), debruçou-se, igualmente, sobre as repercussões do alcoolismo na vida familiar, incidindo o seu trabalho no processo de ajustamento da família ao alcoolismo. Ao longo deste processo, o autor identifica os diversos estádios pelos quais a família passa, reagindo ao problema da bebida: a interacção conjugal tensa em resposta ao beber; o crescente isolamento social da família; o abandono das tentativas de controlar o beber do elemento alcoólico e a busca do alívio para a tensão e, por último, a demissão oficial do alcoólico das suas responsabilidades familiares e a transferência destas para outro elemento, normalmente o cônjuge ou o filho mais velho, acompanhadas pelo sentimento crescente de pena em relação ao bebedor.

Muitos foram os autores que se debruçaram sobre a questão das funções familiares do alcoolismo, tendo sido os principais: Bateson (1977, *cit. in* Roussaux et al., 2002), Bowen (1974, *cit. in* Roussaux et al., 2002), Davis e col. (1974, *cit. in* Roussaux et al. 2002), Steinglass (1976; 1980, *cit. in* Roussaux, 2002) e Ewing e Fox (1968, *cit. in* Rosa, 1993). Todos eles partem do pressuposto de que o álcool desempenha determinados papéis na vida familiar e que, em virtude disso, se torna difícil eliminá-lo, uma vez que a família se habituou a preencher essas funções através dele e se depara, subitamente, sem mecanismos alternativos para as satisfazer. É por este motivo que vêem o álcool como um verdadeiro princípio organizador. Descrevem estas famílias como possuidoras de uma homeostasia frágil, em que os seus elementos não encontram estratégias para lidar com as oposições, as divergências sexuais e determinados conflitos com o exterior, acabando por desenvolver condutas rígidas e estereotipadas. Deste modo, durante a sobriedade, os cônjuges representam papéis convencionais e moralistas, obedecendo às exigências impostas pela moral clássica, vindo o

álcool aliviar a tensão e a solidão criadas pelo conformismo com estas normas tradicionais. Por outro lado, durante a embriaguez são representadas as *pseudo-soluções* para os problemas, que, em caso de serem realmente aplicadas, conduziriam à rotura, motivo pelo qual, de volta à sobriedade tudo o que foi vivido sob o efeito do álcool é negado e volta tudo ao princípio, visto que subjacente a estas famílias encontramos um iminente pânico perante a possibilidade da família se dissolver. Estes são, portanto, os aspectos em comum que estes autores mencionam a propósito desta questão.

Contudo, debruçaram-se, também, sobre aspectos distintos. Bateson (1972, *cit. in* Benoit, 1997; 1977, *cit. in* Roussaux, 2002) sublinha o paradoxo da falsa autonomia (*double-bind*), segundo o qual o alcoólico, em resposta à exigência que a sociedade lhe faz em ter de se controlar para ser considerado uma pessoa responsável, decide provar o seu auto-controlo assumindo riscos. Deste modo, desafia a garrafa e, após as sucessivas derrotas insiste em continuar a tentar, de modo a provar que é capaz, surgindo uma escalada simétrica entre o alcoólico e a garrafa, em que esta última vence sempre. Bowen (1974, *cit. in* Roussaux, 2002), por outro lado, enfatiza a falta de individualização e distância emocional com o exterior e com os outros elementos da família, enquanto Davis e col. (1974, *cit. in* Roussaux, 2002) falam, especificamente, das consequências adaptativas do alcoolismo, referindo, à semelhança de Steinglass (1976; 1980, *cit. in* Roussaux, 2002), que o álcool permite: exprimir a agressividade sem perigo; atenuar a angústia; encobrir dificuldades sexuais; representar o jogo dos conflitos, bem como das *pseudo-soluções*; encontrar momentos de expressão afectiva e de manter o casal perante as agressões do exterior. Por último, Ewing e Fox (1968, *cit. in* Rosa, 1993) tiveram de inovar o facto de terem sido dos primeiros autores a adaptar as teorias familiares à família do alcoólico. Defenderam que o alcoolismo não podia mais ser visto apenas ao nível da dinâmica intrapsíquica, pois é a homeostasia emocional da família que está na sua base, devendo ser aqui que a intervenção deve ser levada a cabo, se se pretende uma mudança de comportamento no alcoólico.

Ackerman (s/d *in* CD Rom: *Um olhar sobre os problemas ligados ao álcool*) fala da família do doente alcoólico como uma família também ela doente, pelo menos emocional e afectivamente, com maior ou menor grau de impossibilidade de funcionar e de cumprir as funções essenciais características de uma família. Essas funções consistem em satisfazer as necessidades básicas dos seus membros no que diz respeito à segurança, ao bem-estar físico, psicológico, social, espiritual e económico, proporcionado um ambiente satisfatório e saudável aos seus membros, sobretudo às crianças e aos jovens, de modo a proporcionar-lhes as condições adequadas de educação, crescimento e socialização. O autor refere que a família do doente alcoólico falha nas funções que dizem respeito aos seguintes aspectos: reciprocidade nos papéis; busca de soluções para os conflitos; estabelecimento da complementaridade eficaz e dos apoios aos novos níveis de identificação.

Uma família bem adequada identifica os problemas, enfrenta-os,

delimita-os e soluciona-os. No entanto, a família do doente alcoólico não o faz, entrando, muitas vezes, num célere processo de desintegração emocional e de rotura na comunicação. Os seus membros esgotaram todos os seus recursos para fazer face aos problemas criados pelo álcool e, frequentemente, assistimos a uma demissão do doente em relação aos seus papéis familiares. É vulgar encontrarmos a mãe a assumir as funções parentais ou a encorajar o filho mais velho a fazê-lo, dando origem a uma relação pai-filho de grande competição e agressividade. Comum é, paralelamente, vermos as filhas de pais alcoólicos casarem com um marido também alcoólico, que a princípio crêem poder tratar. No entanto, os fracassos sucessivos neste sentido levam-nas, mais tarde, a recriar tudo aquilo por que passaram na sua família de origem. Bowen (1974, *cit. in* Roussaux et al., 2002), designa este processo, através do qual os padrões de interacção privilegiados na família são passados de geração em geração, de *transmissão multigeracional*.

Por outro lado, os contactos com o álcool são mais frequentes e menos controlados nos filhos de pais alcoólicos, tanto pela maior acessibilidade e liberdade face ao álcool, como pelo exemplo dado pelos próprios pais. Quanto a este aspecto, têm sido numerosos os estudos, incluindo alguns do Centro Regional de Alcoologia Do Centro, que analisaram os problemas suscitados na descendência de pais alcoólicos. Esta revela, quase sempre, problemas, como por exemplo: atrasos no desenvolvimento; dificuldades de aprendizagem que levam ao insucesso escolar; perturbações emocionais e de comportamento e carências afectivas de toda a ordem, todos factores que, no futuro, serão potenciais geradores de comportamentos anti-sociais.

Mello, Barrias e Breda (2001), falando dos problemas ligados ao álcool em Portugal, debruçaram-se, também, sobre a família do alcoólico, enquanto grupo primário onde se reflecte o maior impacto do alcoolismo. Os autores notam que há uma gradual perturbação da dinâmica relacional, com inevitáveis repercussões sobre os outros elementos, especialmente os filhos. Especificamente, referem que a acção do alcoolismo sobre a família se faz sentir, fundamentalmente, a dois níveis: na vida familiar e na descendência. Ao primeiro nível observamos dificuldades e carências materiais, perturbações relacionais, uma deterioração progressiva do lar e a desagregação familiar. As situações de despromoção profissional e financeira, e o desemprego são muito típicas destes lares, levando não só aos problemas económicos, como contribuindo, ainda, para abalar as relações dos seus membros. Ao segundo nível verificamos um efeito indirecto e directo na descendência. O efeito indirecto diz respeito a uma acção de foro psicológico exercida pelo alcoolismo, que se traduz na instabilidade, insegurança, por vezes na violência, ambiente tenso, conflituoso e frio, que exercem, claramente, uma influência prejudicial no desenvolvimento das crianças. Na acção directa, verificamos as acções tóxicas do álcool, entre as quais se distinguem as pré-natais (que podem ser progenéticas ou com acção durante a gestação) e as pós-nascimento (ingestão precoce do álcool durante

a amamentação e durante a primeira infância). O consumo de álcool durante a gravidez constitui alto risco para um normal desenvolvimento embrio-fetal e ulterior desenvolvimento infantil. Por outro lado, não é raro nestes lares encontrarmos alcoolismo infantil, uma vez que a oferta e acessibilidade da substância são facilitadas.

Feuerlein (1982) referiu-se, igualmente, às consequências familiares do alcoolismo, que afirma estarem dependentes da personalidade básica do alcoólico e da fase da doença. Na fase prodrómica do alcoolismo, a família tenta ocultar o problema, e os seus comportamentos são ambivalentes. Aqui coexistem as atitudes de simpatia e antipatia, ou sucedem-se rapidamente umas às outras, conforme a conduta actual do alcoólico. Por outro lado, na fase crítica, o alcoólico perde a sua autoridade, iniciando-se uma transformação de papéis. Como este já não se encontra em condições de assumir todas as funções que tinha desempenhado antes, estas vão recair agora sobre os outros membros da família. Ao mesmo tempo, a transformação qualitativa do seu papel também ocorre e, ao avançar esta fase, vai-se acentuando, cada vez mais, o distanciamento afectivo entre os familiares, surgindo os primeiros sintomas de desintegração da família, discutindo-se projectos de separação. Por último, na fase crónica da doença, esse distanciamento já aparece completamente enraizado, ainda que persista uma remanescente de afecto, e a transformação dos papéis, iniciada anteriormente, será finalizada, sendo aqui que surge a maioria dos divórcios.

O autor refere, ainda, que nas famílias de alcoólicos há, também, mudanças no comportamento sexual, pois a frequência dos contactos sexuais, bem como a sua intensidade e qualidade, diminui, levando a uma insatisfação neste campo (Feuerlein, 1982).

Por outro lado, Feuerlein (1982) destaca, igualmente, algumas das repercussões mais comuns nos filhos de pais alcoólicos: uma elevada prevalência de perturbações psiquiátricas, nomeadamente de perturbações de ansiedade e psicosexuais; quocientes de inteligência significativamente inferiores; transtornos de comportamento acentuados; uma tendência elevada para o neuroticismo; condutas ansiosas e fóbicas em que o pai alcoólico aparece como objecto fóbico; transtornos de linguagem marcados; dificuldades na leitura e na ortografia; enurese e encoprese; anorexia; insónias e, ainda, acidentes ou complicações derivados da falta de atenção ou insuficiência de meios económicos.

Ainda relativamente aos estudos realizados sobre os filhos de pais alcoólicos, Adès e Lejoyeux (1997) referem as patologias narcísicas em filhos adultos de alcoólicos, que foram, também, objecto de estudo de muitos autores. Estas perturbações traduzem-se em atitudes agressivas, com uma busca frenética de responsabilidade e poder, entendidas como forma de sobrecompensação dos traumatismos psicológicos da infância, nomeadamente a carência ou a desvalorização da parte das figuras parentais. De um modo oposto, as carências narcísicas podem proporcionar uma estruturação da personalidade em que se destaca a introversão, a hipersensibilidade, a susceptibilidade, a vulnerabilidade e a dependência de

outrem, ou seja, segundo as classificações actuais, as personalidades dependentes ou passivo-agressivas.

Mendonça (1977, *cit. in* Mello et al., 2001), falando, também, da descendência de pais alcoólicos, aponta uma questão curiosa. Este autor refere que quando é o pai o elemento alcoólico da família estão em jogo problemas ao nível da *identificação*, devido à ausência de imagem paterna e de autoridade, enquanto que, quando se trata de alcoolismo materno são mais comuns as carências de afecto e de cuidados, maus tratos físicos e abandono. É interessante verificar, deste modo, que os problemas que os filhos apresentam, relacionados com o alcoolismo dos pais, reflectem bem as diferenças nas funções habitualmente assumidas pela figura materna e paterna. Estes aspectos encontram-se na base de sintomas de neurose infantil e outras perturbações psiquiátricas, frequentemente mais associadas aos filhos de pais alcoólicos do que aos de não alcoólicos.

Tendo em consideração a análise sobre o impacto do alcoolismo na vida familiar que realizámos, recorrendo a inúmeros autores, podemos concluir salientando que muita da literatura apresenta o alcoolismo como uma “doença” que, de um modo geral, termina com a esperança, paz e dignidade da família, levando à ruína emocional e mental dos membros que a compõem.

Passemos, agora, às implicações que o alcoolismo faz sentir no meio laboral. Mello (1995) nota que, uma vez que um adulto passa um terço das horas do seu dia no trabalho, não é de admirar que, no que diz respeito ao indivíduo alcoólico, o seu ambiente de trabalho, bem como as próprias tarefas sejam perturbadas pelo seu problema com o álcool. Segundo a autora, esta situação deve-se tanto às dificuldades no convívio e no contacto, como à diminuição do rendimento, das capacidades intelectuais e físicas, a um maior número de faltas, acidentes laborais, pensões por invalidez e reformas prematuras, tudo isto consequências do comportamento alcoólico.

Por outro lado, Feuerlein (1982) aponta o estreitamento do campo de interesses do alcoólico, que o leva a concentrar-se no mundo do álcool e a desviar-se da actividade profissional, como um aspecto importante que se encontra, igualmente, na origem da degradação das suas capacidades laborais. Contudo, o mesmo autor refere que a desintegração profissional dos sujeitos com este problema nem sempre se processa de uma forma contínua, mas por etapas.

Gameiro e Lagido (1990) concebem a empresa como uma estrutura ou sistema que funciona a dois níveis: técnico e social. Desta forma, será a interacção entre as técnicas e as pessoas que conduzem tanto aos efeitos benéficos como aos prejudiciais para a empresa. Na medida em que afecta a saúde física e mental do indivíduo, o álcool deteriora as suas capacidades, sujeitando-o a vários problemas e riscos no local de trabalho e leva a que os objectivos da empresa fiquem prejudicados.

As consequências da alcoolização em meio laboral são apontadas, há muito tempo, como um dos mais importantes problemas médico-sociais e de saúde pública. Novamente, de acordo com Feuerlein (1982), os prejuízos no

local de trabalho fazem-se sentir, principalmente, nas profissões que exigem uma grande concentração, rápida capacidade de reacção, uma acuidade visual precisa, destreza motora, escrupulosidade e comportamentos cuidadosos.

Começamos, então, por falar das mais conhecidas e graves repercussões do alcoolismo no trabalho: os acidentes de trabalho, que são, muitas vezes, fatais. Nas sociedades modernas, o trabalho exige, cada vez mais, uma maior integridade das funções neuro-motoras e intelectuais. Quando estas falham a probabilidade de acidente aumenta, tanto para o indivíduo que vai trabalhar sob o efeito do álcool, como para os colegas que estão por perto ou que dele dependem.

É, há muito, consensual que o consumo de álcool, mesmo em quantidades reduzidas, provoca alterações que aumentam o risco de acidente, de tal modo que ele é sempre um agente perturbador, com intervenção directa na área das atitudes, dos comportamentos, da percepção, da motricidade, do raciocínio, da atenção, da criatividade e até da improvisação.

Os modernos *exames laboratoriais* têm posto em evidência inúmeras alterações de risco que o álcool provoca no trabalhador: atraso no tempo de reacção simples (alongamento de 15% com alcoolémias de 0,15 a 0,35 g/l); atraso no tempo de reacção a estímulos visuais e sonoros; atraso na velocidade da percepção; perturbações na acuidade visual; perturbações no limiar de fusão de imagens intermitentes; perturbações da acomodação; perturbações do campo visual (ângulo de visão alterado a partir de 0,2 g/l); perturbações da visão estereoscópica (a partir de 0,3 g/l); perturbações do equilíbrio óculo-motor; perturbações na visibilidade e perturbações na percepção do espaço: alturas, distâncias, velocidades (*in CD-Rom: Um olhar sobre os problemas ligados ao álcool*). Os *exames psicotécnicos* têm, por outro lado, revelado alterações nas seguintes funções: atenção; vigilância; capacidade de recolha das informações; velocidade no tratamento da informação; capacidade de raciocínio; capacidade de fixação e de evocação mnésicas; capacidade crítica; reflexos; indecisões e erros de decisão; equilíbrio; facilitação e, por vezes, até gosto em correr riscos (*in CD-Rom: Um olhar sobre os problemas ligados ao álcool*).

Apesar da evidência dos prejuízos nas diferentes capacidades do trabalhador alcoólico, Adès e Lejoyeux (1997) observam que é comum que este tenda sempre a sobrestimá-las, achando que continua plenamente competente, sem ver, portanto, necessidade de se abster dos consumos durante o horário de trabalho. Os autores salientam que os efeitos da euforização e desinibição que o álcool provoca, bem como as alterações no carácter e as perturbações das funções superiores, podem ser explicativos deste facto.

Os acidentes laborais devido à alcoolização são muito frequentes e, muitas vezes, mortais. A percentagem dos acidentes provocados pelo alcoolismo, cujo valor não se conhece com exactidão, está compreendida entre os 10% e os 20% do total dos acidentes no trabalho, sendo que o risco

de acidente aumenta à medida que a alcoolémia sobe.

Infelizmente, em Portugal poucos estudos têm sido realizados acerca da relação entre alcoolismo e meio laboral e, especialmente, sobre os acidentes de trabalho atribuídos ao álcool. Contudo, noutros países, há muito que se regista uma preocupação relativa a este assunto, pelo que citaremos as conclusões dos estudos realizados nos principais países que levaram a cabo esta tarefa.

De acordo com Adès e Lejoyeux (1997), em França, a *Caisse Nationale d'Assurance Maladie* dos trabalhadores assalariados registou, em 1991, num universo de 14 559 675 assalariados, 787 111 acidentes de trabalho, com interrupção de actividade, dos quais 1082 foram mortais. A *Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme*, por outro lado, chegou a uma taxa de 15%, o que corresponderia a 118 066 acidentes, nesse mesmo ano. Godard (1969, *cit. in* Gameiro & Lagido, 1990), ao realizar uma investigação junto de 400 médicos do trabalho, obteve 189 respostas relativas a 10% de toda a população em França, tendo, deste modo, chegado à conclusão de que a percentagem de alcoólicos nas empresas francesas aponta para os 12%.

Gameiro e Lagido (1990), apresentam resultados de diversos estudos, realizados por diferentes autores: Schumberger menciona dois estudos, igualmente em França, sendo que o primeiro, em 1965, concluiu que 29% dos trabalhadores de uma empresa francesa conhecida eram bebedores excessivos e, o segundo, em 1975, em várias empresas do estado francês do Loire, confirmou que cerca de 25% dos assalariados bebiam mais de um litro de vinho por dia. Ainda mais cedo, em 1960, Metz e Marcoux, através de um enorme inquérito a 4 089 sujeitos, entre os quais 3 080 de controlo e 1 009 acidentados de seis fábricas, constataram que o risco de acidente no meio laboral, fruto do álcool, sobe significativamente a partir de 0,25 gr./litro de sangue, aumentando cerca de 50% quando se verificam alcoolémias de 0.50/l e 300% acima de 1 gr/l. Morice (1964), por outro lado, encontrou 48% de alcoólicos em 900 feridos no trabalho. Por último, Dimanche (1968) encontrou três vezes mais acidentes nos alcoólicos do que nos não alcoólicos, enquanto Payan e Meunier (1967) se depararam com uma média de 4,75 baixas por acidente e 1,42 apenas em 208 sujeitos não alcoólicos.

Por outro lado, em Espanha, Feuerlein (1982) refere que mais de 150.000 acidentes laborais ocorram anualmente por causa do álcool, o que representa 15% dos acidentes laborais no geral. De igual modo, Gameiro e Lagido (1990) mencionam um estudo realizado a partir de uma amostra de 134 trabalhadores espanhóis, representativa dos técnicos superiores, administrativos e operários de uma empresa de renome, que chegou à conclusão de que 27% eram bebedores excessivos e 8% suspeitos de alcoolismo.

Contudo, os problemas ligados ao álcool no local de trabalho não ficam por aqui. Verificam-se muitas outras complicações, entre as quais, as que se seguem: características como a intolerância, a impaciência, a

impulsividade, a irritabilidade e a agressividade, habituais durante a alcoolização, que trazem conflitos nas relações com os colegas, com os superiores hierárquicos e com os clientes; a própria imagem do trabalhador e da empresa é afectada negativamente; menor aptidão para o desempenho da actividade profissional; a rentabilidade, quer em quantidade, quer em qualidade diminui; o absentismo aumenta nestes trabalhadores, o que sobrecarrega os outros colegas e as empresas; desmotivação para trabalhar; ausências repentinas do local de trabalho para ir beber; fadiga mais frequente e fácil; instabilidade e despromoção profissional; falhas e esquecimentos mais frequentes; negligência na higiene pessoal e no vestuário adequado para ir trabalhar; desemprego mais frequente e reformas antecipadas por invalidez.

Podemos concluir dizendo que o álcool é, obviamente, um enorme factor de risco no trabalho, a todos os níveis. Contudo, são muitos os casos de alcoólicos que consomem durante o horário laboral e, na maioria das vezes, em grandes quantidades. Porém, não são apenas estes mas, igualmente, indivíduos que não são alcoólicos, mas que bebem em excesso, que costumam abusar do álcool durante o horário de trabalho. É por estas razões que o local de trabalho é um dos cenários onde os responsáveis pelos trabalhadores devem, por um lado, estar mais atentos aos problemas com o álcool dos seus empregados e, por outro lado, quando essas situações são sinalizadas, devem não só incentivar o indivíduo com o problema a procurar ajuda especializada, como a colaborarem, eles próprios e as suas empresas, com programas de prevenção do alcoolismo no meio laboral. Afinal, são eles que investem financeiramente na formação e qualificação dos seus trabalhadores, também, uma das partes interessadas neste aspecto.

De acordo com Gameiro e Lagido (1990), as empresas não devem fechar os olhos aos problemas resultantes da interacção álcool-trabalhadores, tal como acontece em Portugal, com o risco de ocorrer uma diminuição significativa na produtividade, bem como no funcionamento social. Estes autores recomendam que no nosso país se comecem a desenvolver campanhas de prevenção e reabilitação alcoólica nas empresas, de preferência semelhantes ao modelo de intervenção das empresas americanas, há muito preocupadas com este grave problema de saúde pública que assola os Estados Unidos e o resto do mundo.

Entre os vários problemas criados na comunidade pelo alcoolismo destacam-se, essencialmente, duas categorias: uma primeira relativa à conhecida problemática que trata das repercussões do álcool na condução e, uma segunda que diz respeito à elevada taxa de criminalidade que surge fortemente associada, na literatura, ao álcool (cf. por exemplo, Mello, 1995; Mello et al., 2001; Fouquet, 1985; Castelão & Canha, 1985; Mello et al., 1990; Kresner et al., 1984; Frazão et al., 1997; Hauge, 1984; Adés & Lejoyeux, 1997; Feuerlein, 1982; Sá, 1992 e Moreira & Dias, 2001).

Relativamente à primeira categoria, todos nós conhecemos muito bem as inúmeras e gravíssimas consequências que o álcool provoca na estrada. A esta substância é atribuído não só o papel de causa directa de uma



elevadíssima percentagem de mortes por acidente de viação, como também o de causa de acidentes de que resultam feridos e outras incapacidades. Moreira e Dias (2001) referem que os acidentes de viação em Portugal, bem como em toda a Europa e nos países desenvolvidos, se afiguram como um gravíssimo problema de saúde pública, estando na origem das elevadas taxas de mortalidade, morbilidade e de incapacidades temporárias e permanentes.

A análise dos múltiplos casos em que ocorrem acidentes de trânsito vem reforçar a relação entre os níveis de álcool no sangue do condutor e a frequência dos acidentes, a sua maior incidência em determinados dias (fins de semana, festas, feriados) e, até, em determinadas horas do dia.

Investigações a nível internacional são cada vez mais unânimes em considerar o alcoolismo não apenas como factor de risco para os acidentes, mas também da gravidade dos mesmos. Ainda segundo Moreira e Dias (2001), a análise de todos os estudos que têm sido realizados, demonstra que: em todos os níveis de álcool no sangue, o risco é significativamente maior do que com nível zero de álcool; estes níveis de risco relativo são claramente mais altos nos acidentes fatais do que nos acidentes em geral e os jovens condutores e, especialmente, as mulheres, apresentam níveis de risco mais elevados do que a população condutora em geral.

Freudenberg (1996, *cit. in* Mello, Barrias & Breda, 2001) foi um autor que se debruçou sobre o fenómeno da *multiplicação do risco*. De acordo com a análise que levou a cabo, este autor demonstrou que o risco de acidente não cresce proporcionalmente com os valores de alcoolémia, mas aumenta de forma exponencial. Assim, relativamente a um condutor abstinente, um condutor com uma alcoolémia de 0,5 gramas/litro está sujeito ao dobro do risco, outro com 0,8 g/l tem o quádruplo do risco do primeiro, e um terceiro com 1,5 g/l passa a estar sujeito a um risco dezasseis vezes maior.

De acordo com dados do CRAC (Centro Regional de Alcoologia do Centro), estudos mais recentes observam que, a partir de uma alcoolémia de 0,2 g/l, já são mensuráveis algumas pequenas alterações no condutor, tendo a União Europeia recomendado, no início de 2001, a harmonização das taxas de alcoolémia, nos países que dela fazem parte, para 0,2 g/l.

No condutor embriagado indicam um aumento da imprudência a conduzir, bem como uma diminuição no sentido de responsabilidade, não se encontrando em condições de fazer frente às exigências múltiplas próprias da condução de um veículo. A alcoolização, que é um estado recorrente no alcoolismo, em qualquer hora do dia, perturba a aptidão do condutor devido às alterações que causa a vários níveis: nas atitudes, na motricidade, na percepção, nos comportamentos, nos reflexos, na atenção, no raciocínio e na capacidade de recolha de informação e velocidade de tratamento da mesma.

Consoante referem Mello e colaboradores (2001), na prática da condução, estas alterações traduzem-se nos comportamentos típicos, de que são exemplo: a condução em *zig zag*; a euforia das grandes velocidades; a confusão das curvas com rectas; a saída do perfil de circulação estabelecido; as ultrapassagens perigosas a velocidades excessivas; a sobrestima da

capacidade da máquina e do “eu”, por interpretações erradas de uma informação sensorial alterada (diminuição do campo visual, da visão estereoscópica, da cor), por uma deficiente coordenação de movimentos e por um atraso nos tempos de reflexo.

Feuerlein (1982) sublinha que em Espanha se estima que cerca de 355 dos acidentes de viação são imputáveis ao álcool. Realizou-se, ainda, um estudo na cidade espanhola de Vitoria, que revelou que 10% dos condutores desta cidade bebe mais de um litro de vinho por dia e que 44% dos condutores que tiveram acidentes tinha ingerido álcool em excesso antes do acidente.

Por outro lado, um inquérito a nível nacional realizado por Got (1977, *cit. in* Adès & Lejoyeux, 1997) em França, no final do último século, agrupou as estatísticas da Guarda Republicana e da Polícia Nacional, tendo concluído que, em 40% dos casos, foi detectada uma alcoolémia superior a 0,8 g/l nos presumíveis responsáveis por acidentes que terminaram em uma ou mais mortes. Todavia, os sujeitos que morriam no decorrer dos acidentes de viação estavam, também eles, em 40% dos casos, alcoolizados. Assim, foram atribuídas directamente à alcoolização dos condutores mais de 4000 mortes por ano.

Moreira e Dias (2001) chamam a atenção para o facto que, no que diz respeito à sinistralidade rodoviária em Portugal, morrem, em média, cerca de 200 pessoas por mês em acidentes, sendo a taxa de mortalidade mais elevada da Europa. Um estudo de Antunes e colaboradores (1992, *cit. in* Moreira e Dias, 2001), destaca que cerca de 35% dos condutores portugueses evidenciam uma alcoolémia positiva, sendo que as taxas de alcoolémia mais habituais nos acidentes mortais são as superiores a 1,2gr/l (43%), seguidas das inferiores a 0,5gr/l (33%), das entre 0,8 e 1,2 gr/l (14,2%) e 0,5 e 0,8 gr/l (8,9%).

Por outro lado, Sá (1992), referindo os dados do relatório do *Groupe d'experts à haut niveau pour une politique européenne de sécurité routière*, salienta que, quanto ao número de mortos por milhões de habitantes, se diferenciam três grupos: o primeiro, de índices menos graves, engloba a Holanda, Inglaterra, Irlanda e Itália; o segundo diz respeito à Dinamarca, Alemanha ex-Federal, Grécia, Luxemburgo e Bélgica, e o terceiro grupo refere-se, precisamente, à França, Espanha e Portugal, sendo que o nosso país é o que apresenta os valores mais altos entre os três.

A condução sob o efeito do álcool foi legislada, pela primeira vez, em Portugal, pela Lei nº 3/82, de 29 de Março e, desde então, várias legislações surgiram. Numa perspectiva de segurança rodoviária, muitos defendem que o ideal seria a eliminação completa do álcool na condução, contudo, se é verdade que legislar é essencial, também a educação no sentido da condução segura e responsável é fundamental.

É interessante verificar que o condutor alcoólico tem, habitualmente, duas particularidades: a primeira é que, a maioria que possui um historial prévio de infracções de trânsito, acaba por reincidir nestas; segunda, nesse historial relativo aos anos de condução que possui, vemos que o número de

infracções penalizadas ligadas ao álcool é muitíssimo superior às que a ele não estão ligadas. No que diz respeito à segunda categoria, a criminalidade associada ao álcool, devemos começar por sublinhar que foram muitas e detalhadas as investigações sobre este tema, remontando algumas delas até há muito tempo atrás e continuando até aos dias de hoje.

Kresner e colaboradores (1984) confirmam esta realidade, verificando que a literatura providencia incontáveis estudos que associam o álcool e o alcoolismo com o crime violento: Evans (1980), Pernanen (1976), Roizen e Schuneberk (1978), John (1978), Tinkleberg (1973), McClintock (1974), Lahelma (1974), Selosse (1974), Giles (1965), Marshall (1979), Prins (1980), Woodside (1980). Kresner e colaboradores (1984) referem que as evidências da relação entre alcoolismo e violência têm origem, principalmente, em estudos realizados em estabelecimentos prisionais, em instituições psiquiátricas e em centros de tratamento para o alcoolismo. No entanto, existe um suporte adicional providenciado por uma vasta gama de evidências complementares, tais como as resultantes de: estudos realizados em laboratório acerca do comportamento agressivo e álcool; dados criminológicos descritivos sobre incidentes violentos e o paralelismo entre taxa de crime e álcool; conhecimentos dos peritos nas ciências criminais e forenses; comparação de estudos independentes realizados em diversos países onde os padrões do uso de álcool e da violência são diferentes.

As relações entre alcoolismo e criminalidade constituem um tópico importante, tanto em criminologia, como em alcoologia. Contudo, as questões ligadas a esta relação foram, inicialmente, levantadas no campo das ciências criminais, uma vez que é a mais antiga destas duas disciplinas. Neste contexto, o interesse começou por surgir ligado aos traços do ofensor, bem como às circunstâncias que influenciam o seu comportamento.

Lombroso (1968, *cit. in* Hauge, 1984) foi o autor mais conhecido a salientar o alcoolismo como uma força produtora de criminalidade. Mais especificamente, afirmou que este é uma causa da última, primeiro, porque são muitos os que cometem crimes para obter bebidas; segundo, por ser frequente ver pessoas procurar no álcool a coragem ou a desculpa necessária para cometer os delitos; terceiro, porque é com a ajuda do álcool que muitos jovens são arrastados para o crime; e quarto, devido às “tabernas” serem o ponto de encontro habitual para os cúmplices e o cenário onde os seus planos ganham vida.

Ao nível individual, a investigação acerca da associação entre estas duas variáveis foi levada a cabo por diversos criminologistas, de diferentes nacionalidades, o que só vem demonstrar o enorme interesse despertado por este tema a nível internacional. Na Alemanha, Aschaffenburg (1911, *cit. in* Hauge, 1984) salientou as formas pelas quais o alcoolismo pode conduzir ao crime, a forma indirecta (transmitida de pais para filhos) e a forma directa (pelo consumo), tendo-se concentrado sobretudo na influência directa do primeiro sobre o segundo. Neste âmbito, citou um grande número de estudos que demonstram a elevada percentagem de prisioneiros que têm problemas com o álcool e a elevada taxa de crimes cometidos sob a sua influência.

Entre os criminologistas escandinavos, destacou-se o dinamarquês Geill (1904, *cit. in* Hauge, 1984) que, na sua mais importante publicação sobre o tema, fez um apanhado dos mais relevantes estudos existentes sobre este tópico. De forma complementar ao trabalho de Geill, também Kinberg, Inghe e Lindberg (1957, *cit. in* Hauge, 1984) fizeram uma revisão de estudos relativos ao tema alcoolismo e crime, listando mais de trinta investigações apenas referentes ao período compreendido entre 1900 e 1950. Noutros países, estudos paralelos foram realizados, particularmente em França, na Suíça, Bélgica, Dinamarca, Noruega, Suécia e Rússia.

De acordo com Hauge (1984), um aspecto interessante a notar é que a maioria dos estudos sobre este tema começou por tomar como ponto de partida o número de alcoólicos em amostras de prisioneiros. Por esse motivo, foram aparecendo autores que se preocuparam em realizar um número crescente de investigações no sentido contrário, isto é, procurando a taxa de crimes entre a população de doentes alcoólicos.

Por exemplo, foi levado a cabo um estudo por Benjamin e Frankel (1930) na Alemanha, baseado em alcoólicos que se encontravam institucionalizados. Encontraram uma percentagem de 39% de sujeitos com criminais prévias. Em paralelo, na Dinamarca, Bonger (1936) encontrou uma taxa de mais de 75% na mesma situação e Kuhl (1960), estimou que, entre os alcoólicos que receberam apoio social neste país, 65% dos que tinham problemas graves com o álcool tinham, também, várias condenações anteriores. Na América do Norte a percentagem rondou um máximo de 69%.

Em relação ao tipo de crimes mais cometidos por alcoólicos temos: homicídios, furtos, crimes sexuais, fogo posto e ofensas corporais, como os comportamentos de agressão, nomeadamente a violência doméstica, tão vulgarmente associada ao alcoolismo. Todos os autores salientam que estes delitos, embora cometidos por vezes sob o efeito pontual do álcool, ocorrem fundamentalmente, na embriaguez atípica ou patológica, isto é, no alcoolismo crónico.

Fouquet (1985, *cit. in* Mello, Barrias & Breda, 2001) menciona que, em França, a taxa de influência do alcoolismo nos homicídios voluntários é de 69%, nos incendiários de 53% e nos homicídios e ferimentos involuntários, bem como nos roubos, de 14%.

Em Portugal, um estudo realizado em estabelecimentos prisionais por Castelão e Canha (1985, Mello et al., 2001) mostrou que 40% dos reclusos estava directa ou indirectamente associada com o consumo de álcool – homicídio 44%, furto 27%, fogo posto 5% e violação 1,5%.

Mais recentemente, em 1997, Frazão, Breda e Pinto referiram que 16,5% dos doentes alcoólicos inscritos no Centro Regional de Alcoologia de Coimbra tinham problemas com a justiça. Em comparação com a população geral, os autores apontam uma frequência dez vezes superior nos doentes alcoólicos quanto aos crimes sexuais, quatro vezes mais nas ofensas corporais e, por fim, duas vezes mais para o fogo posto.

Curiosa foi, ainda, em Portugal, a investigação de Mello e colaboradores (2001) que correlacionava alcoolismo e incesto. Concluíram,

então, que o acto incestuoso acontece, frequentemente, em associação com o álcool, embora as tendências incestuosas não se limitem ao alcoolismo

A mudança no carácter ou a exacerbação de traços existentes que o alcoolismo provoca é o principal factor que está na origem destes crimes. Feuerlein (1982) salienta que o alcoolismo se constitui como factor de criminalidade principalmente em personalidades que tendam, já por si, para a delinquência. Todavia, os delitos e os crimes do doente alcoólico crónico não se encontram apenas relacionados com o tipo de personalidade, mas também com a sintomatologia psíquica desta doença, como é o caso dos crimes cometidos por delírio de ciúme alcoólico.

Um último aspecto que nos parece interessante mencionar é o facto de Feuerlein (1982) destacar dois tipos de delinquentes alcoólicos: o primeiro tipo é o alcoólico jovem, oriundo de um meio desfavorável, cujo comportamento se caracterizou sempre pela desadequação em todos os sentidos e que apresenta uma elevada incidência em sanções prévias, enquanto o segundo tipo é o alcoólico de idade madura, que normalmente iniciou estudos superiores que não chegou a terminar, com um elevado índice de dispersão social e com uma estereotipia surpreendente dos delitos cometidos após a evolução da doença.

Em conclusão, o interesse colocado na problemática *alcoolismo e criminalidade* exprime uma preocupação de longa data, tendo sempre atraído a atenção de profissionais de ambos os campos e continuando cada vez mais actual, uma vez que os delitos que associam as duas variáveis continuam a aumentar.

Todas as investigações nesta área têm ido de encontro à ideia, há muito desenvolvida, de que o alcoolismo está, indiscutivelmente, associado à violência. Isto não significa, porém, que o alcoolismo, por si só leve à criminalidade. Tal como já referimos, é verdade que o álcool actua sobre o sistema nervoso central, podendo facilitar alterações no humor, do mesmo modo que também é um facto que, certos traços da sintomatologia típica do alcoolismo ao nível psíquico, como por exemplo os ciúmes, são, muito frequentemente, a causa de vários delitos. Contudo o maior perigo que o alcoolismo constitui para a prática do crime diz respeito às situações em que ele vem reforçar e potenciar traços de delinquência previamente existentes.

A interferência da doença alcoólica ao nível da comunidade é, portanto, há muito conhecida, constituindo uma das principais preocupações no campo da saúde pública, principalmente nos países em que o número de casos de alcoolismo é elevado, de que é exemplo Portugal.

Será que podemos concluir, com base na literatura, que o alcoolismo tem uma inequívoca influência negativa sobre a adaptação social dos sujeitos? Certamente que sim. Indo até mais além, muitos autores consideram-no uma autêntica doença social. Será exagero da sua parte? De forma alguma, pois a degradação social, nas suas principais formas (família, trabalho e comunidade), faz prova disso. A negligência perante a família, os divórcios numerosos entre alcoólicos, as frequentes perdas de emprego, os problemas financeiros, o recurso às organizações sociais, a perda de respeito

da comunidade e a agressividade perante ela, são factos contra os quais dificilmente existirão argumentos.

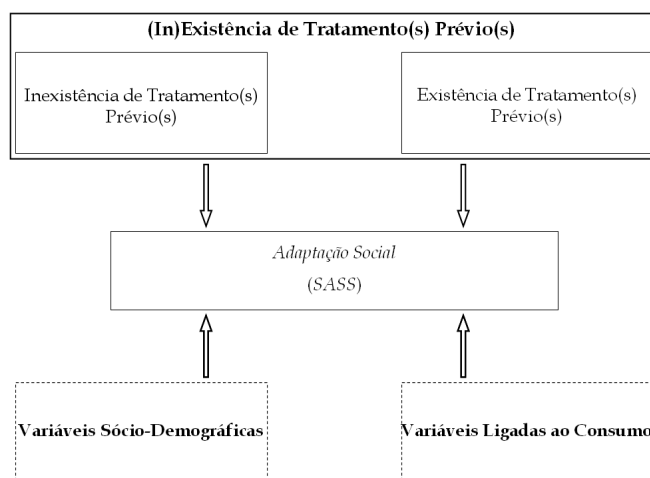
## II - Objectivos

Os objectivos da nossa investigação encontram-se divididos em duas categorias: os objectivos gerais e os objectivos específicos.

No que diz respeito à primeira categoria, propusemo-nos a avaliar a adaptação social em indivíduos alcoólicos, em tratamento numa instituição especializada para este fim, o CRAC-MLMM.

No que toca à segunda categoria, tentámos perceber se os indivíduos alcoólicos em primeiro tratamento apresentam diferenças relativamente aos indivíduos que já passaram por um ou mais tratamentos, quer ao nível do ajustamento social no geral (pontuação total da *Escala de Auto-avaliação de Adaptação Social*), quer ao nível do ajustamento particularmente contemplado em cada uma das três sub-escalas da SASS (“comportamento social”, “comportamento auto-centrado/comportamento centrado no grupo”, “inquirição social/interacção social”). Por outro lado, tentámos, também, se algumas variáveis sócio-demográficas (em concreto, a “idade”, o “estado civil”, as “habilitações literárias”, a “profissão principal”, a “zona de residência” e o “nível sócio-económico”), bem como algumas variáveis ligadas ao consumo (especificamente, o “número de anos de abuso”, a “existência de antecedentes familiares de alcoolismo”, o “grau de parentesco dos familiares alcoólicos”, os “problemas ligados ao álcool financeiros”, os “problemas ligados ao álcool na saúde”, os “problemas ligados ao álcool no casal”, os “problemas ligados a álcool na família”, os “problemas ligados ao álcool no trabalho” e os “problemas ligados ao álcool nas relações sociais”), influenciam o nível de adaptação social dos indivíduos alcoólicos em tratamento, tal como avaliado pela SASS.

De seguida, passamos a apresentar aquele que pode ser o **modelo conceptual** hipotético da relação entre as variáveis do nosso estudo empírico:



### III - Metodologia

#### 1. Procedimentos de investigação

A recolha da amostra deste estudo foi levada a cabo no Centro Regional de Alcoologia do Centro – Centro Maria Lucília Mercês de Mello ou CRAC-MLMM, instituição esta que, ao longo deste processo, passou a ser designada de Unidade de Internamento de Alcoologia (U.I.A.), pertencente ao Instituto das Drogas e Toxicodependência (IDT).

Os sujeitos que fazem parte da amostra são sujeitos que foram previamente diagnosticados com o Síndrome de Dependência Alcoólica e que foram recentemente internados. Foi essencial que estes utentes do CRAC-MLMM tivessem sido recém-internados, pois pensamos que, nessa altura, as repercussões negativas no ajustamento social, causadas pelo álcool, estão, ainda, bem presentes. Caso tivéssemos utilizado alcoólicos recuperados ou alcoólicos já com algum tempo de tratamento, pensamos que os resultados desta avaliação seriam diferentes, também pela melhoria da qualidade de vida resultante do tratamento ao álcool. Os critérios que utilizámos para excluir sujeitos desta amostra foram, então, por um lado, o facto de não cumprirem o requisito que acabámos de mencionar e, por outro lado, o facto de serem analfabetos ou possuírem algum nível de debilidade mental, o que dificultaria a compreensão dos instrumentos utilizados na avaliação. Exceptuando estas duas condições, qualquer sujeito poderia, portanto, fazer parte desta amostra.

O internamento decorria ao longo de três semanas ou, nalguns casos, entre duas semanas a duas semanas e meia, sendo que escolhemos avaliar os nossos sujeitos na segunda semana, em ambos os casos, uma vez que, ao longo da primeira semana é habitual estarem ainda bastante afectados pelas consequências físicas, cognitivas e emocionais da desintoxicação e sujeitos a crises convulsivas ou até a episódios de *Delirium Tremens*.

Do nosso *Questionário Sócio-Demográfico* constava uma questão que nos permitiu saber quais os sujeitos que estavam a passar pelo tratamento pela primeira vez, quais os que já tinham passado por essa experiência anteriormente e, no último caso, qual o número de tratamentos anteriores. Desta forma, tornou-se possível formar as duas sub-amostras que fizeram parte da nossa principal questão de investigação: os sujeitos sem nenhum tratamento prévio e os sujeitos com um ou mais tratamentos prévios. O primeiro sub-grupo é formado por 18 sujeitos, enquanto o segundo é formado por 32 sujeitos.

Não houve possibilidade de ter um número equivalente de indivíduos nos dois sub-grupos. Perante isto, a única maneira disponível para passarmos a ter um número igual de sujeitos seria eliminar alguns sujeitos da segunda sub-amostra, o que não nos pareceu indicado, já que tal procedimento

equivaleria a eliminar uma fonte de variabilidade da nossa amostra e, de certo modo, seria uma forma de manipular as condições da investigação, situação que não pretendíamos. Por outro lado, a discrepância no número dos indivíduos dos indivíduos pertencentes aos dois sub-grupos não influenciou os resultados do nosso estudo, já que o teste por nós utilizado para o tratamento estatístico foi o teste *t* de Student. Sendo um caso específico da ANOVA, o teste *t* de Student utiliza, tal como esta, os graus de liberdade para contrabalançar as possíveis diferenças entre os *n* das duas sub-amostras. Desta forma, diferentes *n* terão, também, diferentes graus de liberdade, sendo, então, essa discrepância corrigida.

Os indivíduos da nossa amostra foram avaliados em grupo, através dos instrumentos que posteriormente mencionaremos, grupos esses que variaram entre os 2 e 5 elementos, conforme a disponibilidade para os reunir a todos num dado momento. Durante o internamento os sujeitos estiveram quase sempre ocupados com as actividades que deste fazem parte, pelo que, a fim de economizar tempo, a nós e a eles, aproveitámos para passar os instrumentos sempre que foi possível reunir vários sujeitos ao mesmo tempo. No entanto, foi prestada atenção a cada elemento em particular, verificando sempre se tinham compreendido o que se pretendia de cada pergunta e confirmando, no final, que nenhuma tinha sido deixada sem resposta. O tempo de avaliação, dependendo do número de sujeitos reunidos de cada vez, variou, aproximadamente, entre os 15 e os 35 minutos.

Inicialmente foi sempre explicado a cada grupo o propósito deste trabalho e em que consistiria, tendo sido o anonimato e a confidencialidade garantidos e cuidadosamente explicados. Posteriormente, era passado um Questionário Sócio-Demográfico e a Escala de Auto-Avaliação da Adaptação Social (SASS). No final, tivemos, sistematicamente, o cuidado de agradecer a colaboração dos sujeitos, salientando que para eles o presente estudo poderia não ter particular interesse, mas que poderia vir a ser importante para indivíduos com o mesmo problema, no futuro.

Entre as dificuldades encontradas durante a avaliação salientou-se a baixa escolaridade da maioria dos sujeitos, o que levou a que, mesmo algumas perguntas simples necessitassem de esclarecimento adicional. Contudo, estes esclarecimentos permitiram superar este obstáculo. Outra dificuldade encontrada foi o facto de, mesmo após a desintoxicação, persistirem, por vezes, algumas dificuldades cognitivas, nomeadamente ao nível da memória, provocadas pelo abuso desta substância. No entanto, este aspecto reflectiu-se, meramente, no cálculo de alguns períodos de tempo, perdidos em algumas perguntas, contudo, os sujeitos que apresentaram esta dificuldade conseguiram, mesmo assim, fazer uma estimativa aproximada, pelo que este não foi um obstáculo significativo.

A avaliação decorreu entre os dias 2 de Fevereiro de 2007 e 25 de Maio de 2007.

## **2. Descrição da amostra**



A amostra utilizada para esta investigação englobou 50 sujeitos, aos quais foi previamente diagnosticado, como já foi referido, o Síndrome de Dependência Alcoólica, ou, em linguagem corrente, Alcoolismo (DSM-IV-TR, da American Psychiatric Association, 2002)

A caracterização desta amostra encontra-se organizada em dois grupos. O primeiro grupo (cf. Quadro 1) refere-se às diversas variáveis sócio-demográficas, isto é: género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão principal, situação na profissão, nível sócio-económico e zona de residência. O segundo grupo (cf. Quadro 2) diz respeito às variáveis relacionadas com o consumo, ou seja: antecedentes familiares de alcoolismo, número de anos de abuso, número de tratamentos prévios, número de recaídas e problemas ligados ao álcool. Uma vez que a informação se encontra detalhadamente apresentada nos Quadros 1 e 2, passaremos a destacar, apenas, os dados mais pertinentes e significativos que sobressaem desta análise.

Começando pelo primeiro grupo de variáveis, as sócio-demográficas, salienta-se o facto do **género** dos 50 sujeitos ser masculino. Convém salientar que o facto da amostra ser constituída apenas por homens não foi intencional, uma vez que este aspecto não era um dos critérios de inclusão na sua recolha. Contudo, o que aconteceu e que, paralelamente, retrata a realidade da população alcoólica é que, nos momentos em que a amostra foi recolhida, só se encontravam internados no CRAC-MLMM sujeitos do sexo masculino.<sup>1</sup>

Quanto à **idade** dos nossos sujeitos, verificamos que a maioria (58%) se situa entre os 36 e os 55 anos, sendo a média de 44,8, o que diz respeito, portanto, ao início da idade madura. Por outro lado, no que se refere ao **estado civil**, desta análise sobressai o facto de 66% dos nossos sujeitos ser casado. Esta informação é curiosa, uma vez que sabemos que a percentagem de divórcio entre os indivíduos alcoólicos é bastante elevada. Contudo, na nossa amostra, apenas 8% dos sujeitos são divorciados.

No que concerne às **habilitações literárias**, 56% possuem uma escolaridade igual ou inferior ao 4º ano, seguindo-se de 20% que possuem o 6º ano, de 12% com o 9º ano, de 6% com o 12º e de apenas 4% e 2% com o ensino superior e o ensino médio, respectivamente. Vemos, portanto, que o nível escolar da grande parte dos sujeitos é bastante baixo. No que diz respeito à **profissão principal**,<sup>2</sup> a conclusão que nos salta logo à vista é que,

---

<sup>1</sup> Não pretendemos afirmar que não existem utentes do sexo feminino neste Centro, nem tão pouco que não existem mulheres que sofram deste Síndrome, contudo, e embora a percentagem de mulheres com este problema tenha vindo a aumentar nos últimos anos, a maioria da população que sofre desta doença continua a pertencer ao sexo masculino.

<sup>2</sup> De modo a definirmos as profissões, utilizámos a Classificação Nacional das Profissões (INE, 1998): GG1 (Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresas); GG2 (Especialistas das Profissões Alcoolismo e (In)Adaptação Social  
Joana Neves (joanagneves@gmail.com) 2007

uma maioria significativa, de 66%, se insere no Grande Grupo Profissional 7 (GG7). Relativamente à **situação na profissão**, constatamos que mais de metade trabalha por conta de outrem (54%). Este aspecto é interessante, já que é conhecido do público que, a maioria dos sujeitos alcoólicos se encontra sem emprego, fruto das múltiplas incapacidades e problemas induzidos pelo alcoolismo. O **nível sócio-económico**<sup>3</sup> desta amostra é marcadamente baixo, dizendo respeito a 88% dos sujeitos. Neste ponto, consideramos importante referir que, embora estes tenham sido os nossos dados, eles resultam do facto da maioria da população alcoólica que recorre aos Centros de Alcoologia, enquanto serviços do estado, como é o caso do CRAC-MLMM, pertencer a um estrato social relativamente baixo.<sup>4</sup> Por último, quanto à **zona de residência**,<sup>5</sup> constatamos que a maioria dos sujeitos (48%) reside em zonas predominantemente rurais, seguida de 30% que residem em áreas predominantemente urbanas e, por fim, de 22% em zonas medianamente urbanas.

Passando às variáveis relacionadas com o consumo, a primeira informação a destacar é que, 66% dos nossos sujeitos têm **antecedentes familiares de alcoolismo**, ao passo que, no que concerne ao **número de anos de abuso**, 72% dos sujeitos afirmam beber em excesso há 16 anos ou mais. No que se refere ao **número de tratamentos prévios**, a grande parte dos sujeitos (44%) já passou por um tratamento anterior, seguindo-se 36% que se encontravam, no momento da avaliação, a passar pelo primeiro tratamento. Os dados referentes ao **número de recaídas** equivalem aos anteriores, ou seja, a maioria (44%) teve já uma recaída, enquanto 36% dos sujeitos nunca recaíram, já que nunca se tinham tratado. Por último, em relação aos **problemas ligados ao álcool**, a maior parte dos sujeitos refere ter problemas financeiros (64%), de saúde (90%), de casal (54%), de família (54%), enquanto apenas 42% refere ter problemas no trabalho e 30% nas relações sociais. Ainda assim, vemos que a percentagem dos que apontam problemas nas últimas categorias é bastante considerável.

---

Intelectuais e Científicas); GG3 (Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio); GG4 (Pessoal Administrativo e Similares); GG5 (Pessoal dos Serviços e Vendedores), GG6 (Trabalhos Qualificados da Agricultura e Pescas); GG7 (Operários, Artífices e Trabalhadores Similares); GG8 (Operadores de Máquinas e Trabalhadores da Montagem); GG9 (Trabalhadores não Qualificados).

<sup>3</sup> Para a definição dos diferentes níveis sócio-económicos, utilizámos a classificação de M. Simões (1994).

<sup>4</sup> Isto não significa, portanto, que não existem indivíduos com este problema de classes mais altas, mas antes que a população que passa pelo CRAC-MLMM, onde foi recolhida a nossa amostra, tem, habitualmente, um nível sócio-económico inferior.

<sup>5</sup> Para procedermos à diferenciação das zonas de residência, baseámo-nos na Tipologia das Áreas Urbanas, proposta pelo Grupo de Trabalho do Instituto Nacional de Estatística/Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (INE/DGOTDU, 1998).

**Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos nas variáveis sócio-demográficas**

Variáveis	N	%	
Género	Masculino	50	100
	Feminino	0	0
Idade	25-35	11	22
	36-45	15	30
	46-55	14	28
	56-65	9	18
	66-75	1	2
	Estado Civil	Solteiro	10
	Casado	33	66
	União de Facto	3	6
	Divorciado	4	8
	Viúvo	0	0
Habilitações Literárias	< 4º Ano	10	20
	4º Ano	18	36
	6º Ano	10	20
	9º Ano	6	12
	12º Ano	3	6
	Ensino Médio	1	2
	Ensino Superior	2	4
Profissão Principal	GG1	0	0
	GG2	2	4
	GG3	2	4
	GG4	1	2
	GG5	5	10
	GG6	3	6
	GG7	30	60
	GG8	5	10
	GG9	2	4
	Situação na Profissão	Conta própria sem assalariados	4
Patrão (Conta própria com assalariados)		4	8
Conta de Outrém		27	54
Desempregado		9	18
Pensionista por Invalidez		4	8
Reformado		2	4
Nível Sócio-Económico	Baixo	44	88
	Médio	5	10
	Elevado	1	2
Zona de Residência	Predominantemente Urbana	15	30
	Medianamente Urbana	11	22

Predominante Rural	24	48
--------------------	----	----

**Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos da amostra nas variáveis relacionadas com o consumo**

Variáveis		N	%	
Antecedentes Familiares	Sim	33	66	
	Não	17	34	
Nº Anos de Abuso	5-10	6	12	
	11-15	8	16	
	16-20	10	20	
	21-25	11	22	
	> 25	15	30	
Nº de Tratamentos Prévios	0	18	36	
	1	22	44	
	2	6	12	
	3	2	4	
	4	0	0	
	5	2	4	
Nº de Recaídas	0	18	36	
	1	22	44	
	2	6	12	
	3	2	4	
	4	0	0	
	5	2	4	
Problemas Ligados ao Álcool (PLA's)	Financeiros	Sim	32	64
		Não	18	36
	Saúde	Sim	45	90
		Não	5	10
	Casal	Sim	27	54
		Não	23	46
	Familiares	Sim	27	54
		Não	23	46
	Trabalho	Sim	21	42
		Não	29	58
	Relações Sociais	Sim	15	30
		Não	35	70

### 3. Instrumentos

Para recolher os dados, utilizámos o *Questionário sócio-demográfico*, por nós elaborado, (Anexo 1) e a *Escala de Auto-avaliação da Adaptação Social*, traduzida para a população portuguesa por Vaz Serra e colaboradores (1998) (Anexo 2). Também solicitámos aos sujeitos o preenchimento de uma minuta de *consentimento de colaboração* neste estudo, em que eram garantidos anonimato e confidencialidade totais (Anexo 3).

### *Questionário sócio-demográfico*

Este questionário, de 10 itens, foi construído por nós, dividindo-se em duas partes distintas. Na primeira parte (itens 1-7), pretendíamos obter informação relativa às variáveis sócio-demográficas, de forma a elaborar a caracterização da amostra quanto a este aspecto. A segunda parte (itens 8-10), visava obter dados que considerávamos serem da maior importância acerca do historial dos consumos, de modo a caracterizar a amostra através de variáveis relacionadas como alcoolismo. Todas as perguntas são de escolha múltipla ou de preenchimento de espaços, incluindo, grande parte delas, diversas alíneas.

Tivemos a preocupação de realizar um questionário em linguagem simples, clara e objectiva, de maneira a tornar as perguntas o mais acessíveis possível, visto que muitos dos sujeitos alcoólicos costumam apresentar alguma lentidão de raciocínio induzida pelo abuso de álcool a longo prazo.

### *Escala de Auto-avaliação da Adaptação Social*

A versão da escala que utilizámos foi, como anteriormente referimos, a versão portuguesa, de Vaz Serra e colaboradores (1998), da *Social Adaptation Self-evaluation Scale (SASS)*.

Após os nossos esforços na busca do artigo sobre a tradução, adaptação e eventual validação desta escala para a população portuguesa terem saído frustrados, resolvemos contactar directamente estes autores, de forma a aceder a ele. Contudo, foi-nos dado a conhecer que este artigo não tinha sido, ainda, publicado, daí não o termos conseguido encontrar, estando a sua publicação agendada para daqui a alguns anos. No entanto, solicitámos o acesso ao material envolvido nesse trabalho, de modo a podermos trabalhar a informação reunida através da passagem da escala que já fora realizada. Todavia, após inúmeras tentativas de contacto com estes autores, a fim de aceder a este material, não nos foi possível chegar a ele, sendo que desta panóplia de tentativas e esforços, fizeram parte contactos telefónicos, contactos por via electrónica e, também, contactos pessoais. Desta forma não nos restou outra alternativa senão recorrer ao material relativo à versão original desta escala, pelo que toda a informação que se segue, bem como o tratamento posterior dos dados, serão, então, baseados nesse material.

A *Social Adaptation Self-Evaluation Scale (SASS)* é uma escala de

21 itens que foi desenvolvida, originalmente, por um laboratório de neuropsicofarmacologia, o laboratório *Pharmacia and Upjohn*. A escala foi submetida a um procedimento de validação baseado nos dados de uma amostra representativa da população geral em França (4000 indivíduos) e de dois estudos controlados, comparando a reboxetina com a fluoxetina e placebo, ou apenas fluoxetina, em 549 pacientes diagnosticados com “depressão major”. O propósito desta escala era avaliar a eficácia do novo antidepressivo, a reboxetina, em comparação com a fluoxetina (o antidepressivo mais tradicional) e o placebo, ou só da fluoxetina, na motivação e no comportamento social de pacientes diagnosticados com “depressão major”.

Trata-se, tal como o nome indica, de uma escala de auto-avaliação da adaptação social, pois a perspectiva do paciente acerca das perturbações no seu desempenho social foi considerada mais relevante do que qualquer outra, apesar de se saber que o maior risco que o método da auto-avaliação comporta é o facto da subjectividade da avaliação feita pelo próprio paciente poder enviesar os resultados. No entanto, também é sabido que o grande risco das hetero-avaliações diz respeito, do mesmo modo, aos enviesamentos introduzidos pelo avaliador. Os autores consideraram, portanto, que uma boa ferramenta que avalie o funcionamento social não deveria ser influenciada pela percepção que um avaliador externo tem do papel do sujeito, mas sim pelo desempenho no papel, percebido pelo próprio.

Esta é uma escala traduzida nas versões francesa, inglesa, portuguesa, italiana e polaca, composta por 21 itens que avaliam, assim, a motivação e o comportamento social, explorando áreas tais como: o trabalho, o tempo livre, as relações familiares e extra-familiares, os interesses intelectuais, a satisfação nos papéis desempenhados e a percepção pessoal do sujeito sobre a sua capacidade de gerir e controlar o seu meio envolvente.

O primeiro e o segundo itens avaliam, respectivamente, o interesse no trabalho e o interesse nas tarefas domésticas, sendo mutuamente exclusivos, uma vez que são precedidos pela especificação da existência ou não de emprego, sendo que, se o sujeito estiver empregado deverá responder apenas ao primeiro item e, caso contrário, apenas deverá responder ao segundo. O terceiro item aborda o prazer no trabalho; o quarto, o interesse nos *hobbies*; o quinto, a qualidade dos tempos livres; o sexto, a procura de interações familiares; o sétimo, a qualidade das relações familiares; o oitavo, a gregaridade, isto é, a existência de relacionamentos com outras pessoas; o nono, a procura de interações externas; o décimo, a qualidade das relações externas; o décimo primeiro, o valor dado às relações externas; o décimo segundo, a atracção social exercida do próprio em relação aos outros; o décimo terceiro, o cumprimento das regras sociais; o décimo quarto, o envolvimento na comunidade; o décimo quinto, a inquisição social; o décimo sexto, os interesses intelectuais; o décimo sétimo, as dificuldades de expressão; o décimo oitavo, a sensibilidade à rejeição; o décimo nono, a vaidade; o vigésimo, as dificuldades em gerir os recursos e, por último, o vigésimo primeiro, o controlo do meio envolvente.

Cada item consiste numa pergunta de resposta múltipla, em que o sujeito escolhe a resposta mais indicada ao seu caso. A resposta de cada item é cotada de 0 a 3, correspondendo, respectivamente, a um ajustamento social mínimo e máximo, variando a pontuação máxima entre 0 e 60. Como tal, um sujeito que obtenha pontuação máxima em cada item, obtém 60 pontos no total da escala.

Relativamente aos dados psicométricos, a intercorrelação dos itens foi estudada pela matriz correlacional de Pearson, resultando num coeficiente superior ou igual a 0.40. Esta análise mostrou, assim, uma correlação limitada entre itens e sugere que estes não são redundantes mas complementares. O coeficiente de Cronbach é de 0.74, comprovando que a consistência interna da SASS é boa. Por outro lado, para avaliar a consistência externa, a média das pontuações totais na SASS das diferentes categorias sócio-profissionais (executivos, não-executivos, empregados, desempregados, estudantes, reformados e outros não-trabalhadores) foi comparada através do teste *t* de Student, enquanto as diferenças entre as mesmas categorias sócio-profissionais na distribuição das pontuações dos itens individuais foram avaliadas pelo teste do  $\chi^2$ . Concluiu-se que a média das pontuações totais varia entre estas categorias, mostrando, portanto, que esta escala revela sensibilidade aos diferentes grupos sócio-profissionais.

No que diz respeito à validade teste-reteste, as médias das pontuações totais na primeira e segunda passagens foram, respectivamente, 41.9 e 42.2, não sendo a diferença significativa ( $P > 0.05$ ). Também não houve diferenças aparentes entre as duas passagens, no que se refere às pontuações totais dentro de cada categoria sócio-profissional. No que se refere aos itens individuais, apenas 3 questões mostraram evidência de variação entre a primeira e a segunda passagem da SASS, com um nível de erro de 0.05, sendo a diferença muito limitada. Foram os itens relativos à qualidade dos tempos livres, à procura de interacções familiares e à qualidade das relações externas.

A sensibilidade à mudança foi avaliada através do cálculo das pontuações totais nas fases iniciais e finais de avaliação, nas sub-amostras dos pacientes com uma pontuação total igual ou inferior a 25 em tratamento activo e em grupos de placebo. A análise permitiu chegar à conclusão que a escala é sensível à mudança.

A validade da escala mostrou-se, assim, elevada ao serem avaliadas, simultaneamente, a consistência interna e a validade teste-reteste.

Através da análise multivariada foi possível chegar a 3 factores, dimensões ou sub-escalas da SASS e a 5 *clusters* ou perfis de ajustamento social. No que concerne às sub-escalas, a primeira diz respeito ao “comportamento social” e explica 32% da variância total, havendo uma elevada e significativa correlação linear entre a pontuação total na SASS e a pontuação total na primeira sub-escala. Deste primeiro factor fazem parte os itens: 13 (cumprimento das regras sociais), 17 (comunicação das dificuldades), 18 (sensibilidade à rejeição), 7 (qualidade das relações familiares), 6 (procura de interacções familiares), 10 (qualidade das relações

externas), 12 (atração social exercida nos outros), 11 (valor atribuído às relações externas), 8 (gregaridade), e 9 (procura de interações externas). A segunda sub-escala é relativa ao “comportamento auto-centrado/ “comportamento centrado no grupo” e explica 8% da variância total, incluindo os itens: 16 (interesses intelectuais), 15 (inquisição social), 4 (interesse nos *hobbies*), 5 (qualidade dos tempos livres), 3 (prazer no trabalho) e 14 (envolvimento na comunidade). A terceira sub-escala é referente à “inquisição social”/“interação social”, explicando apenas 5% da variância total, dizendo respeito aos itens: 1/2 (interesse no trabalho/interesse nas tarefas domésticas), 19 ( vaidade), 20 (dificuldades na gestão dos recursos) e 21 (controlo do meio envolvente).

No que se refere aos *clusters* ou perfis de ajustamento social encontrados, temos: o indivíduo perfeitamente adaptado, com uma média na pontuação total de 49 pontos (*cluster* 1); o indivíduo adaptado através das relações familiares, com uma média na pontuação total de 42 pontos (*cluster* 5); o indivíduo adaptado através do trabalho, com uma média na pontuação total de 32 pontos (*cluster* 4); o indivíduo excluído, com uma média na pontuação total de 25 pontos (*cluster* 3) e, por último, o indivíduo socialmente insatisfeito, com uma média na pontuação total de 22 pontos (*cluster* 2). Convém acrescentar que a pontuação total considerada “normal” varia entre 35-52 pontos, o que corresponde a 80% da população, ao passo que a pontuação total considerada como uma disfunção no ajustamento social é inferior a 25 pontos.

#### IV - Resultados

Através do tratamento estatístico dos dados, foi-nos possível chegar a alguns resultados, que passaremos a apresentar. Em primeiro lugar, destacaremos a informação relativa às pontuações totais da SASS por parte dos sujeitos (cf. Quadro 3). Tal como referimos na secção respeitante à metodologia, a pontuação total nesta escala é interpretada em termos de nível de ajustamento social, sendo que uma pontuação total situada entre os 35-52 pontos equivale a um nível de ajustamento “normal” e uma pontuação abaixo de 25 pontos corresponde a um nível de ajustamento “disfuncional”. Todavia, tomámos a liberdade de criar, nós mesmas, um nível de ajustamento “intermédio”, de modo a ser possível situar os sujeitos que obtiveram uma pontuação entre os 25 e os 34 pontos, nesta grelha de interpretação. Desta forma, constatámos que houve uma percentagem de 34 de sujeitos que se incluem no nível de ajustamento “normal”, 36% no nível de ajustamento “intermédio” e 30% no nível de ajustamento “disfuncional”. Desta informação salientam-se, então, duas conclusões principais: a primeira diz respeito ao facto dos sujeitos se distribuírem homogeneamente pelos três níveis de ajustamento, com ligeiras diferenças, uma vez que as percentagens se situam, todas elas, na casa dos 30%; a segunda é relativa ao facto de ser, precisamente, o nível de ajustamento a que chamámos “intermédio”, aquele



em que se verifica a percentagem mais elevada, embora, como dissemos, a diferença em relação às outras seja mínima.

**Quadro 3 - Frequências e percentagens das categorias de Ajustamento Social.**

Nível de Ajustamento Social	N	Percentagem %
“Normal”	17	34
“Intermédio”	18	36
“Disfuncional”	15	30

Outro aspecto a salientar dos nossos resultados é que, além da distribuição dos sujeitos, na pontuação total da escala, apontar para uma curva normal ( $SW=0,989$ ,  $g.l.=50$ ,  $p>0,05$ ), a distribuição nas sub-escalas (“comportamento social”, “comportamento auto-centrado”/“comportamento centrado no grupo” e “inquisição social”/“interacção social”) também aponta nesse sentido (respectivamente,  $SW=0,985$ ,  $g.l.=50$ ,  $p>0,05$ ;  $SW=0,968$ ,  $g.l.=50$ ,  $p>0,05$ ;  $SW=0,960$ ,  $g.l.=50$ ,  $p>0,05$ ). No Quadro 4 podemos encontrar a estatística dos grupos.

**Quadro 4 – Estatística dos Grupos**

	Tratamentos Prévios	N	Média	Desvio Padrão
Comportamento Social	Nenhum	18	13,22	4,110
	Um ou mais	32	17,66	4,850
Comportamento auto-centrado vs. Comportamento centrado no grupo	Nenhum	18	7,94	3,733
	Um ou mais	32	9,03	4,146
Inquisição social vs Interacção social	Nenhum	18	6,17	3,130
	Um ou mais	32	6,41	2,212
SASS TOTAL	Nenhum	18	26,83	7,633
	Um ou mais	32	32,69	10,152

Abordaremos, agora, os resultados que dizem respeito à nossa principal hipótese de investigação, isto é, a hipótese de que os sujeitos com um ou mais tratamentos prévios apresentam um nível de ajustamento social superior relativamente aos que não passaram por nenhum tratamento. Comparámos, então, estes dois sub-grupos quanto à pontuação total na SASS e às pontuações nas diferentes sub-escalas. O teste de Levene não indicou significância estatística, pelo que podemos assumir variâncias iguais entre

eles. O resultado que obtivemos no teste  $t$  de Student para amostras independentes revelou, que os dois sub-grupos (sujeitos com nenhum tratamento prévio e sujeitos com um ou mais tratamentos prévios) se distinguem significativamente apenas quanto à pontuação total e à pontuação na primeira sub-escala (cf. Quadro 5). No que se refere à pontuação total, obtivemos um valor de  $t(48) = -2,128$ , com um nível de significância inferior a 0,05, sendo que o grupo dos sujeitos sem tratamento prévio obtiveram uma média de 26,83, enquanto os sujeitos com um ou mais tratamentos prévios tiveram uma média de 32,69 pontos. Relativamente à pontuação na primeira sub-escala, verificamos um valor de  $t(48) = -3,271$ , com um nível de significância inferior a 0,05, apresentando o primeiro sub-grupo uma média de 13,22 pontos e o segundo de 17,66 pontos.

Num segundo momento, tivemos curiosidade e estudámos a influência de algumas variáveis sócio-demográficas e variáveis ligadas ao consumo, no ajustamento social. Naquelas que estão ligadas ao consumo, analisámos: o “número de anos de abuso”, a “existência de antecedentes familiares de alcoolismo”, o “grau de parentesco dos familiares alcoólicos”, os “PLA’s financeiros”, “PLA’s de saúde”, “PLA’s de casal”, “PLA’s familiares”, “PLA’s laborais” e “PLA’s nas relações sociais”; nas sócio-demográficas analisámos: a “idade”, o “estado civil”, as “habilitações literárias”, a “zona de residência”, a “profissão principal” e o “nível sócio-económico”.

**Quadro 5 – Teste  $t$  de Student para amostras independentes**

	Teste $t$ para homogeneidade de médias				
	t	Graus de Liberdade	Sig. (bilateral)	Diferença Média	Diferença de Desvio Padrão
Comportamento Social	-3,271	48	,002	-4,43	1,356
Comportamento auto-centrado/ Comportamento centrado no grupo	-,921	48	,362	-1,09	1,180
Inquisição social/Interacção social	-,316	48	,754	-,24	,759
SASS TOTAL	-2,128	48	,039	-5,85	2,751

Na primeira categoria de variáveis, no que se refere ao “número de anos de abuso”, criámos duas sub-amostras: os sujeitos com um número de anos de abuso inferior ou igual a 20 anos de consumo e os com mais de 20 anos de consumo; quanto à “existência de antecedentes familiares de alcoolismo”, fizemos uma divisão entre os indivíduos com estes antecedentes e os sem estes antecedentes; na variável “grau de parentesco dos familiares alcoólicos”, comparámos as seguintes categorias entre si: os

sujeitos com familiares alcoólicos ascendentes, descendentes, colaterais, outros, ascendentes + colaterais e colaterais + outros; por último, no que toca aos diferentes “problemas ligados ao álcool” (PLA’s), comparámos, para cada um deles, os indivíduos que os tinham com aqueles que não tinham.

Relativamente à segunda categoria de variáveis, criámos, na variável “idade”, dois sub-grupos: os indivíduos com idades entre os 25 e 45 anos e os com idades entre os 45 e os 75 anos; no “estado civil”, comparámos os sujeitos que possuíam um compromisso conjugal (casados e em união de facto) com os que não o possuíam; nas “habilitações literárias”, separámos os que tinham uma escolaridade igual ou inferior ao 4º ano dos que tinham mais do que o 4º ano; em relação à “zona de residência”, dividimos os indivíduos que viviam em zonas predominantemente rurais com os que viviam em zonas medianamente urbanas e predominantemente urbanas; na “profissão principal”, comparámos os que pertenciam ao Grande Grupo 7 (GG7), ou seja, os operários, artífices e trabalhadores similares, que constituíam a nossa clara maioria, com os que pertenciam aos restantes Grupos Profissionais; por fim, quanto ao “nível sócio-económico”, criámos as sub-amostras relativas aos sujeitos com um nível sócio-económico baixo e aos sujeitos com um nível sócio-económico médio e elevado.

Para estudar a eventual influência de todas estas variáveis na adaptação social, utilizámos o teste *t* de Student, para amostras independentes, com um nível de significância de 0,05, à excepção da variável grau de parentesco dos familiares alcoólicos, para a qual utilizámos uma ANOVA, uma vez que comparámos mais do que duas sub-amostras. Contudo, em nenhuma delas a diferença entre os sub-grupos se revelou significativa, nem quanto ao total da escala, nem quanto às pontuações em cada uma das sub-escalas. Assim, as variáveis sócio-demográficas e as variáveis ligadas ao consumo que foram trabalhadas, não se revelaram como variáveis mediadoras significativas na nossa amostra.

## V – Discussão

Após a apresentação dos resultados que obtivemos, iremos, agora, proceder à sua leitura, atendendo ao que as orientações teóricas acerca deste tema nos dizem.

No que toca aos resultados nas pontuações totais da SASS, constatámos, então, que os sujeitos se encontram homogeneamente distribuídos pelos três níveis de ajustamento social (o nível “normal”, o nível “intermédio” e o nível “disfuncional”), não havendo, assim, evidências no sentido de haver uma maior incidência em qualquer um deles, muito menos no nível de ajustamento “disfuncional”, uma vez que foi aquele em que se verificou uma menor percentagem de sujeitos, 30% (em comparação com os 34% do nível “normal” e os 36% intermédio), embora as diferenças entre as três percentagens não sejam, como é evidente, consideráveis. Na verdade, a

nossa amostra segue o formato de uma curva normal, isto é, estamos perante uma distribuição equalitária dos sujeitos pelos diferentes níveis de ajustamento e não perante uma distribuição assimétrica, com um destaque marcado do nível de ajustamento disfuncional, como seria de esperar, tendo em conta a revisão da literatura consultada, acerca desta temática.

De acordo com a literatura, os indivíduos que sofrem de alcoolismo são caracterizados como possuindo uma vasta gama de problemas nas diferentes áreas do funcionamento social, nomeadamente nas áreas familiar, laboral e de inserção na comunidade e nas regras de conduta por ela impostas (cf., por exemplo, Lazo, 1990; Melman, 1993; Kandel & Davies, 1996; Nascimento & Justo, 2000; Mello et al., 2001; Adès & Lejoyeux, 1997; Vaillant, 1995, 1999; Bertolote, 1997; Ewing & Fox, 1968, entre outros). Lazo (1990), especificamente, resume bem esta realidade ao chamar a atenção, de um modo claro, para o facto do lugar central que o álcool tem para o alcoólico, o levar, por um lado, a demitir-se dos múltiplos papéis que tem enquanto membro de uma sociedade, e por outro, de criar inúmeros e sérios obstáculos na forma como interage com o meio envolvente e com todos os que dele fazem parte. Kandel e Davies (1996), por outro lado, sublinham, de uma forma igualmente clara, o papel do álcool no desajustamento social dos indivíduos, sendo que, o seu consumo em excesso aumenta a probabilidade deste último acontecer. Melman (1993, *cit. in* Nascimento & Justo, 2000), por exemplo, sublinha que é a não realização do alcoólico na vida social que conduz, frequentemente, ao seu desajustamento e insatisfação pessoal. E, à semelhança destes autores, encontramos muitos outros que descrevem este aspecto fundamental do alcoolismo.

Deste modo, verificamos, contra as expectativas que a revisão da literatura poderia criar, que os sujeitos da nossa amostra não se destacam no sentido de uma disfunção no ajustamento social. Que leitura faremos nós, desta informação? Por um lado, pensamos ser pertinente lembrar que os seres humanos são seres complexos e imprevisíveis, pelo que, quando são os seus comportamentos o nosso objecto de estudo, nem sempre as conclusões que retiramos são as esperadas. Acima de tudo, cada caso é um caso e, neste caso, cada amostra é uma amostra, levando-nos esta realidade a colocar a hipótese de que, muitas vezes, é possível encontrar exemplos que contradizem a “teoria” e de que esta poderá ser uma explicação para os resultados que obtivemos nas pontuações totais da escala.

Por outro lado, ao reflectirmos sobre estes dados, há, igualmente, outra explicação que nos parece fazer algum sentido e que, portanto, se assume como outra hipótese compreensiva perante os mesmos resultados. Esta remete-nos para o conceito de deseabilidade social, enquanto tendência do ser humano em ajustar o seu comportamento ao que é socialmente aceite e, em particular, ao que pensa que os outros esperam dele (Jones & Davis, 1965, *cit. in* Vala & Monteiro, 2000). Neste contexto, os autores referem que as expectativas sociais, enquanto expectativas que os outros têm de nós, são determinantes na maneira como agimos, bem como nas nossas atribuições. Deste modo, a nossa segunda hipótese assenta, pois, na possibilidade de os

nossos sujeitos, ao terem a noção de que, num meio hospitalar, todos esperam que melhorem significativamente em relação ao seu problema, terem sobrevalorizado o seu desempenho social, de maneira a ir de encontro ao que a sociedade espera deles e, em particular, ao que os técnicos de saúde que lá se encontravam esperavam que acontecesse. Pensamos, assim, que o facto dos sujeitos terem percepcionado que nós, enquanto avaliadores, fazíamos, em simultâneo, parte do grupo técnico e da avaliação ter sido realizada na própria instituição em que o tratamento decorreu, pode tê-los levado a enviesar as suas respostas.

Outra explicação para um possível enviesamento das respostas, está relacionada com o facto da nossa escala ser uma escala de auto-avaliação. Como referimos na parte relativa à descrição deste instrumento, ambos os tipos de escala, isto é, de auto e hetero avaliação da adaptação social, comportam riscos directamente ligados aos diferentes enviesamentos que podem ocorrer: por um lado, numa escala de hetero-avaliação, sendo outra pessoa a avaliar o nível de adaptação do sujeito, é possível que, essa, ao ter uma percepção limitada do funcionamento social deste, visto que consegue apenas observá-lo e não experienciá-lo literalmente, introduza algumas distorções relativamente à realidade; por outro lado, quando se trata de uma escala de auto-avaliação, é o próprio sujeito, com toda a subjectividade característica das suas próprias impressões, que pode, ainda que não intencionalmente, enviesar as respostas. No entanto, a razão apontada pelos autores da escala para a sua opção pela auto-avaliação no contexto da adaptação social, razão essa que também já foi previamente mencionada, parece-nos adequada. Na verdade, tendo em conta que ambos os tipos de avaliação disponíveis no âmbito desta temática (auto e hetero avaliação) têm desvantagens, é natural que a percepção que o próprio sujeito tem dos seus papéis sociais, bem como a sua satisfação neles seja considerada como uma “medida” mais pertinente, comparativamente com a percepção de alguém que é alheio à sua forma de sentir e de estar. De qualquer modo, considerámos importante referir, aqui, que um eventual enviesamento que tenha ocorrido, possa, também, ser devido à natureza desta escala e não apenas à questão da desejabilidade social.

Debrucemo-nos, agora, sobre os resultados que obtivemos, relativamente à nossa questão central de investigação. Relativamente a esta, relembramos que ela aponta no sentido de existir um nível de ajustamento social mais elevado nos indivíduos que passaram por um ou mais tratamentos, em relação aos que estão a fazer o primeiro tratamento e que, portanto, nunca não passaram por nenhum género de recuperação. Os dados obtidos vão, tal como mencionámos previamente, de encontro a esta hipótese, já que foram encontradas diferenças significativas entre as médias destes dois sub-grupos, no que diz respeito à pontuação total da SASS, bem como à pontuação na primeira sub-escala, designada de “comportamento social”, diferenças essas em que a média do grupo com um ou mais tratamentos anteriores foi superior à do grupo sem tratamentos anteriores.

Devemos começar por dizer que, o facto dos sujeitos pertencentes a

estas duas sub-amostras se terem distinguido, não apenas no total, mas, também, na primeira sub-escala, não nos surpreende de forma alguma, visto que a pontuação obtida nesta está correlacionada com a pontuação total da escala, sendo esta primeira sub-escala a explicar 32% da variância, contra os 8% e os 5% das segunda e terceira sub-escalas, respectivamente. Uma vez que sabemos, que as diferenças no total da escala se reflectem na pontuação desta sub-escala por este motivo, passaremos, então, a focar a nossa reflexão nas diferenças significativas encontradas nos dois sub-grupos, quanto às pontuações no total da SASS.

A primeira observação que temos a fazer, no âmbito da discussão destes resultados, é em relação ao que a literatura diz acerca desta questão, isto é, à questão do nível do funcionamento social dos indivíduos alcoólicos ser mais elevado quando estes já fizeram um ou mais tratamentos. A literatura por nós encontrada e, posteriormente, consultada, é rica em abordar e descrever as múltiplas dificuldades encontradas no âmbito do seu desempenho social, tal como se encontra explícito na parte referente ao enquadramento conceptual do nosso trabalho (cf., Bateson, 1977; Davis e col., 1974; Mello et al., 2001; Kresner et al., 1984; Jacob, 1981, Steinglass, 1976, 1980; Adès & Lejoyeux, 1997; Rousseaux et al., 2002; Feuerlein, 1982; Jackson, 1954; Bowen, 1974; Gameiro & Lagido, 1990; Moreira & Dias, 2001, entre muitos outros). Contudo, a verdade é que a bibliografia não se pronuncia acerca desta questão específica, no contexto do ajustamento social deste tipo de indivíduos. Tentemos nós interpretar e avançar algumas possíveis explicações, sempre na qualidade de hipóteses compreensivas, para os nossos resultados.

A nossa primeira reflexão, neste âmbito, e uma das que nos parecem mais pertinentes, é no sentido de interpretar os nossos dados à luz do tipo de tratamento que é realizado na instituição onde a amostra foi recolhida, o CRAC – MLMM (Centro Regional de Alcoologia do Centro – Centro Maria Lucília Mercês de Mello). Neste Centro, à semelhança dos restantes Centros Regionais de Alcoologia no nosso país, o tratamento da dependência do álcool possui particularidades não habituais de encontrar nas outras instituições de saúde que também fazem tratamentos ao alcoolismo, tais como clínicas e centros de desintoxicação privados ou, até mesmo, hospitais públicos. Nestes últimos casos, a abordagem utilizada, para fazer face a este problema, baseia-se, normalmente, na desintoxicação do organismo relativamente ao álcool, ou seja, num tratamento focado nos efeitos físicos da dependência. Por outro lado, nos Centros Regionais de Alcoologia, a abordagem utilizada é distinta, no sentido em que é multifacetada, uma vez que visa um tratamento não apenas ao nível orgânico, mas também ao nível psíquico e pedagógico (no sentido em que se pretende uma aprendizagem sobre o próprio problema) e, ainda, ao nível do funcionamento social. Nesta instituição, o tratamento contempla uma intervenção ligada aos diversos problemas ligados ao álcool, tais como os familiares, laborais e sociais, sendo os seus principais objectivos: estimular a auto-crítica e a disponibilidade para a mudança e ajudar a estabelecer um plano de

mudanças a curto, médio e longo prazo, nas diversas áreas de vida afectadas pelo alcoolismo. Desta maneira, coloca-se a questão de, efectivamente, se saber se o nível de ajustamento social superior que encontramos nos sujeitos com um ou mais tratamentos anteriores, em comparação com aqueles que estavam a fazer o seu primeiro tratamento, na nossa amostra, se deve ao facto de já terem passado por tratamentos prévios, ou ao facto desses tratamentos se incluírem neste tipo concreto de abordagem, ao terem sido realizados neste Centro. A segunda hipótese é, deste modo, uma das explicações mais plausíveis que consideramos estar, provavelmente, por detrás destes resultados.

Outro ponto interessante, a sublinhar, diz respeito ao papel desempenhado pelo grau de disponibilidade para a mudança, na procura de novos tratamentos. Com efeito, e embora alguns indivíduos procurem novos tratamentos ao serem instigados pelas famílias, amigos ou instituições jurídicas, também é possível que a insistência na busca de mais tratamentos seja sinónimo de uma maior disponibilidade para a mudança, do próprio sujeito, ou seja, este aspecto pode ser uma das principais razões pelas quais os indivíduos pretendem voltar a tratar-se. Neste sentido, aqueles que já passaram por esta experiência, e que sentiram necessidade de a repetir, poderiam estar mais motivados para o tratamento e isso vir a reflectir-se no próprio sucesso deste, o que implicaria, como consequência natural e inerente do mesmo, uma melhoria na qualidade de vida e no ajustamento social. cremos, portanto, que esta é outra leitura plausível para as diferenças que encontramos nos dois sub-grupos.

Outra hipótese que se afigura, igualmente, como uma possibilidade a tomar em conta, pode estar ligada ao facto de, como sabemos, um dos aspectos mais distintivos do alcoolismo ser, precisamente, a multiplicidade de prejuízos causados no funcionamento social, em todas as suas dimensões. Assim, os diversos problemas provocados pela dependência, na família, no trabalho e na comunidade podem, constituir, eles mesmos, o motivo principal pelo qual os indivíduos pretendem tratar-se. Nesta medida, e tendo em conta que sucessivas recaídas levam a um agravamento destes problemas, é provável que os sujeitos que passam por novos tratamentos, ou seja, que já recaíram pelo menos uma vez e que, por isso, sentiram uma maior degradação do nível de vida, podem ter como principal objectivo, da nova recuperação, a eliminação destas dificuldades na sua relação com o meio e com os outros. Deste modo, o nível de ajustamento superior encontrado nestes indivíduos pode dever-se ao facto do próprio ajustamento consistir no mais importante objectivo a atingir num novo tratamento e, portanto, se assumir como a principal preocupação dos sujeitos, o que levaria, conseqüentemente, a uma maior implicação e esforço dos mesmos, na recuperação deste aspecto.

Este estudo, embora interessante, na nossa perspectiva teve algumas limitações. Após esta reflexão, em torno da qual, se desenvolveu a discussão sobre os resultados obtidos na nossa investigação, passaremos, de seguida, a

falar um pouco sobre elas e sobre algumas propostas para futuras linhas de investigação a respeito deste tema.

Começando pelas limitações deste estudo, cremos que a grande condicionante que tivemos de enfrentar foi, efectivamente, o facto de não termos dados sobre uma amostra representativa da população geral portuguesa, com a qual pudéssemos comparar a nossa amostra, uma vez que esta é uma mostra clínica, portanto, muito específica. A única amostra da população geral de que dispusemos foi, como referido, a amostra subjacente à validação original da escala, feita pelos seus autores, recolhida em França. Na verdade, desconhecemos, inclusivamente, se o instrumento foi ou não validado para a nossa população, visto que, tendo em conta as dificuldades que tivemos e que já mencionámos, acabámos por não ter acesso ao material que eventualmente esteve ligado a esse trabalho, no caso de este existir, tendo tido, ao nosso dispor, apenas a tradução da *SASS* em português.

Por outro lado, e de acordo com a discussão que efectuámos, outra limitação possível é o facto dos sujeitos terem percepcionado que estavam a ser avaliados por um elemento da equipa terapêutica, o que pode ter levado a alguns enviesamentos, uma vez que as suas respostas podem ter sido dadas tendo em conta aquilo que pensavam que esperavam deles, naquele contexto, em vez de responderem com um maior rigor.

Outro aspecto a referir é que, o facto da nossa amostra ser constituída exclusivamente por homens, o que não foi propositado, como referimos, levou a que o alcoolismo “no feminino” não ficasse representado na nossa amostra e, assim, ficasse excluído da nossa reflexão sobre o tema da adaptação social.

Por último, algo que não sabemos ao certo se pode ser considerado uma limitação, mas que, de certa maneira, se não tivesse acontecido poderia ter facilitado e enriquecido a nossa análise dos resultados, foi o não termos encontrado bibliografia que se debruçasse sobre a nossa questão central de investigação, isto é, se o nível de ajustamento social dos indivíduos que já passaram por um ou mais tratamentos é superior aos que não passaram por nenhum.

Falando sobre as nossas propostas para futuras investigações, começaremos pelas propostas relacionadas com algumas das limitações que apontámos e seguiremos, posteriormente, para outras propostas que podem ser consideradas como complementares.

A primeira proposta que parece premente é, precisamente, no sentido de se proceder ao trabalho de validação desta escala para a população portuguesa, no caso de ele não existir de facto. Este seria o ponto de partida para qualquer estudo que se destinasse a avaliar a adaptação social dos indivíduos, em qualquer contexto, através deste instrumento.

Seria interessante, também, uma replicação deste estudo mas de maneira a evitar o enviesamento das respostas, provocado pelos efeitos da desejabilidade social. Os sujeitos deveriam, então, ser avaliados por um



avaliador exterior à equipa e, talvez mesmo, fora da instituição, de modo a isolar as variáveis ligadas ao contexto hospitalar, não permitindo que elas pudessem influenciar, de algum modo, as respostas. Talvez o facto do avaliador não usar bata branca pudesse ajudar neste sentido.

Útil seria, também, utilizar, em futuros estudos, uma amostra que incluísse sujeitos do sexo feminino, de forma a constatar como se relacionaria a variável “género” com as restantes variáveis.

Um aspecto que nos parece, igualmente, interessante, na linha de uma das observações realizadas durante a discussão, seria a possibilidade de avaliar, nos dois sub-grupos que criámos, os sujeitos sem nenhum tratamento anterior e os com um ou mais tratamentos anteriores, antes do tratamento que estivesse prestes a decorrer, a disponibilidade para a mudança. Desse modo, seria possível cruzar estes resultados com os resultados que obtivemos neste estudo, de forma a verificar se haveria, realmente, uma motivação maior para a mudança no sub-grupo dos sujeitos com um ou mais tratamentos anteriores. Uma forma de realizar essa avaliação seria, por exemplo, utilizando o Questionário sobre Disposição para a Mudança (*Readiness to Change Questionnaire – RCQ* de N. Heather et al., 1993) e que costuma, inclusivamente, ser utilizado no Centro onde recolhemos a nossa amostra.

Também ligada a um dos aspectos contemplados na nossa discussão e seguindo o mesmo formato que a sugestão anterior, seria a possibilidade de utilizar o mesmo procedimento mas para avaliar quais os principais objectivos dos sujeitos antes do tratamento e, assim, ver se diziam ou não respeito a áreas do funcionamento social. Como tal, seria possível pesquisar se os resultados que obtivemos nesta investigação estão relacionados com a eventualidade dos sujeitos que já passaram por outros tratamentos, ao terem recaído e, portanto, puderem ter visto os problemas ligados ao álcool a agravarem-se na sua vida, sentirem uma necessidade de se centrarem mais na melhoria do seu desempenho social, vendo-o como um grande objectivo do tratamento.

Ainda indo de encontro a uma das nossas reflexões na discussão dos resultados, seria pertinente repetir esta investigação, mas utilizando uma amostra de alcoólicos recolhida numa instituição onde se faça simplesmente a desintoxicação orgânica do álcool, de modo a podermos comparar esses resultados com os da nossa amostra, recolhida no CRAC. Deveria ser uma amostra composta por indivíduos que estivessem fazer o primeiro tratamento (sem nenhum tratamento anterior) e por indivíduos que já tivessem aí feito outros tratamentos. Desta forma, seria possível verificar se existem diferenças significativas entre as amostras das duas instituições e, assim, constatar se há ou não, de facto, alguma relação entre os resultados que obtivemos e o tipo de abordagem utilizada no tratamento ao álcool.

Por último, consideramos que poderia, igualmente, constituir um aspecto curioso para futuras investigações, compararmos sujeitos alcoólicos com sujeitos não alcoólicos, em amostras emparelhadas, para diversas variáveis, como: idade, género, estado civil, habilitações literárias, nível

sócio-económico, entre outros, e ver se os seus níveis de ajustamento social seriam significativamente diferentes conforme fossem alcoólicos ou não.

## VI – Conclusões

Dividiremos esta secção em três partes: na primeira tentaremos fazer um apanhado sintético das principais conclusões da revisão da literatura, na segunda, o mesmo se aplicará às principais conclusões retiradas do estudo empírico, isto é, dos resultados obtidos e sua posterior discussão e, a terceira, dedicar-se-à à reflexão global do significado da investigação, salientando as suas implicações teóricas e práticas.

Quanto à revisão da literatura, salientaram-se os seguintes aspectos:

- Os problemas ligados ao álcool, reflectidos nas diversas áreas do funcionamento social dos indivíduos diagnosticados com o Síndrome de Dependência Alcoólica, são, há muito, uma das mais distintivas preocupações dos profissionais das áreas da alcoologia e da saúde, sendo, em simultâneo, um dos temas mais conhecidos e falados no contexto do alcoolismo.

- A literatura é unânime em afirmar que estes problemas decorrentes da dependência ameaçam, severamente, o ajustamento social dos indivíduos ao seu meio e na relação com todos os que nele se incluem.

- As repercussões do alcoolismo no funcionamento social desenvolvem-se, fundamentalmente, em torno de três áreas: a familiar, a laboral e a da comunidade.

- É principalmente na vida familiar que o alcoolismo é mais conhecido pelos seus efeitos. As suas repercussões na família são de vários tipos, sendo as principais: comunicação disfuncional; sentimentos negativos como a vergonha, culpa, medo, frustração, cólera, angústia e instabilidade; violência doméstica; desemprego; carências materiais e emocionais e consequências negativas ao nível comportamental e psicológico nos filhos.

- No trabalho são frequentes as altas taxas de absentismo, acidentes laborais com consequências graves, reformas antecipadas por invalidez, conflitos e agressividade latentes com os colegas, degradação das capacidades necessárias à execução do trabalho, maior sensibilidade à fadiga, negligência e diminuição do rendimento e das competências mentais e físicas.

- Ao nível da comunidade, as consequências do alcoolismo fazem-se sentir, principalmente, na condução, sendo frequentes os acidentes de trânsito causados pelos constantes estados de embriaguês e na criminalidade,

destacando-se, aqui, não só uma elevada taxa de crimes, como uma considerável variedade deles (crimes sexuais, homicídios, furtos, fogo posto, fraudes).

No que se refere aos resultados do nosso estudo empírico e sua discussão, destacaram-se os seguintes pontos:

- Os sujeitos da nossa amostra encontram-se homogeneamente distribuídos pelos três níveis de ajustamento social (“normal”, “intermédio” e “disfuncional”), não se destacando, portanto, o nível de ajustamento disfuncional, como seria de esperar, à luz da revisão da literatura, seguindo esta distribuição os parâmetros de uma curva normal. Entre as explicações possíveis para isto, destacámos o facto do ser humano ser imprevisível e, por isso, nem sempre a prática vir a confirmar a teoria, mas ainda, a possibilidade de também poder ter ocorrido um eventual enviesamento devido aos efeitos da desajustabilidade social sobre as respostas dos sujeitos e ao facto de se tratar de uma escala de auto-avaliação, o que pode comportar uma certa subjectividade nas percepções que os indivíduos têm do seu próprio funcionamento social.

- Relativamente à nossa principal hipótese de investigação, que apontava no sentido dos sujeitos com um ou mais tratamentos anteriores se distinguirem dos que não tinham nenhum tratamento anterior, por terem um nível de ajustamento social mais elevado em comparação com estes últimos, os resultados obtidos foram de encontro a esta hipótese: a média do primeiro sub-grupo foi superior à do segundo, tanto na pontuação total da escala como na primeira sub-escala, tendo sido reveladas diferenças significativas entre os dois grupos. Uma vez que a literatura não nos fala acerca desta questão específica da nossa investigação, considerámos a possibilidade deste ajustamento significativamente mais elevados nos sujeitos com um ou mais tratamentos prévios se dever ao facto, não propriamente destes terem passado por mais tratamentos que os do outro sub-grupo, mas mais concretamente, por esses tratamentos terem tido a particularidade de seguir uma abordagem que já contempla, em si mesma, uma recuperação ao nível do funcionamento social e não apenas ao nível da desintoxicação orgânica, como é mais habitual. Por outro lado, outra hipótese que equacionámos diz respeito ao facto de ser possível, assumir que os sujeitos com um ou mais tratamentos prévios, ao terem já passado por tratamentos anteriores e, no entanto, pretenderem ter, de novo, ajuda, possuem, por isso, uma maior motivação para a mudança, relativamente ao outro sub-grupo, sendo, portanto, essa diferente disposição a eventual responsável pelo nível de ajustamento superior. Por último, considerámos, que os indivíduos que já passaram por outro(s) tratamento(s) antes, ao terem recaído mais vezes, e sendo que, com cada recaída os prejuízos no ajustamento social se costumam agravar, poderiam já ter partido para o(s) novo(s) tratamento(s), com o

objectivo específico de melhorar o seu desempenho social, de modo a aumentar o nível de vida nas áreas por ele abarcadas, o que levaria, então, a um maior e mais concentrado empenho especificamente neste aspecto do tratamento.

Em seguida, passaremos a falar acerca do significado desta investigação, enquanto implicações teóricas e práticas que dela decorrem.

Creemos que a leitura do significado de um estudo, com as suas diversas implicações, só pode ser realizada se considerarmos o que de diferente ele traz, relativamente ao tema que aborda. Assim, no que se refere à problemática abordada pelo nosso estudo, isto é, o ajustamento social dos indivíduos que sofrem de dependência alcoólica, começamos por salientar que a literatura acerca desta temática, no âmbito do alcoolismo, é abundante e rica, uma vez que toda ela refere os inúmeros prejuízos causados por este problema na vida social dos indivíduos, nas suas diversas vertentes. No entanto, ela não aborda, pelo menos na vasta panóplia de material a que tivemos acesso, o aspecto concreto que quisemos investigar no nosso estudo, ou seja, o papel activo que os tratamentos têm na melhoria do ajustamento social dos sujeitos. A verdade é que, de facto, quando se fala de alcoolismo, a literatura realmente menciona os problemas que afectam o comportamento social dos indivíduos e a importância do tratamento da dependência, contudo, quando se refere o tratamento vemos que o seu foco assenta, normalmente, apenas na desintoxicação física do álcool, acabando por não se falar no tratamento que contemple o funcionamento social dos indivíduos, dimensão esta que é, todavia, sem hesitação, considerada por muitos autores como fundamental, dado que é nela que os efeitos perniciosos do alcoolismo se reflectem com maior nitidez.

Assim, acreditamos, ainda que com modéstia, que, ao termos abordado especificamente a questão do papel dos tratamentos na melhoria do desempenho social destes sujeitos e sua importância, será possível fornecer um novo complemento à reflexão, bem como à intervenção nos vários problemas sociais provocados pela dependência desta substância. No campo das implicações teóricas, isto significa, então, que se deve alargar o foco do tratamento ao alcoolismo, de modo a que este vise, não apenas a desintoxicação orgânica, que consiste na mais frequente preocupação, mas também a recuperação das competências sociais dos indivíduos, de modo a que estes possam voltar a adquirir um funcionamento mais saudável e adaptativo neste contexto. No campo das consequências práticas, estas linhas de orientação a nível teórico implicam que, se passarem, então, a elaborar planos e abordagens de tratamento dos quais alguns dos seus objectivos fundamentais sejam: a avaliação do funcionamento social dos sujeitos; avaliação das prioridades e melhorias que esperam obter neste campo e uma intervenção consistente com estes aspectos.

Contudo, não podemos separar esta linha de pensamento da principal hipótese que apontámos como eventual leitura compreensiva para as

diferenças significativas que obtivemos entre os dois sub-grupos, ou seja, que estas diferenças se devem, possivelmente, ao facto dos tratamentos pelos quais os indivíduos do primeiro sub-grupo tinham passado se encaixarem na abordagem específica do Centro em que a amostra foi recolhida, abordagem essa que possui a singularidade de efectuar uma intervenção que tem já em si, como prioridade, a incrementação do nível de vida dos sujeitos na sua *performance* social. Ora, se a nossa hipótese estiver correcta e se, realmente, as diferenças que encontramos se deverem à natureza particular deste tratamento, disto resultará que a nossa anterior linha de pensamento sairá, ainda, mais reforçada, o que, a um nível teórico terá implicações como o reafirmar, com mais destaque ainda, que o tratamento do alcoolismo será mais completo se passar a focar, invariavelmente, também a recuperação do funcionamento social e não meramente da saúde física. E, a um nível prático, isto implicará, igualmente, que todas as instituições que pretendam disponibilizar o tratamento ao alcoolismo deverão adoptar abordagens multifacetadas que, à semelhança deste género de abordagem, concedam um lugar prioritário à intervenção nestes planos afectados pelo alcoolismo, que são tão frequentemente assinalados, mas não são tão frequentemente tratados.

### Bibliografia

- Adès, J. & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e o seu tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)* (4ª edição). Lisboa: Climepsi.
- Ausloos, G. (1996). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Benoit, J. C. (1997). *Tratamento das Perturbações Familiares*.
- Berger, G. (1993). *Alcoholism and the family*. Nova Iorque: The Changing Family.
- Carter, B., McGoldrick, M. et al. (1995). *As Mudanças no Ciclo de vida Familiar. Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CD Rom - *Um olhar sobre os problemas ligados ao álcool*. (CRAC).
- Frazão, H., Breda, J. & Pinto, A. (1997). Álcool e criminalidade: população doente do CRAC. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 0, 3-4.
- Feuerlein, W. (1982). *Alcoholismo: abuso y dependencia*. Barcelona: Salvat.
- Gameiro, A. & Lagido, J. C. (1990). O álcool e as empresas. *Revista Hospitalidade*, 212, 46-63.
- Hauge, R. (1984). *Alcohol and crime*. Estrasburgo: Council of Europe.
- Instituto Nacional de Estatística e Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (1998) *Tipologias de Áreas Urbanas*.

- INE (1998). *Classificação Nacional das Profissões*.
- Kresner, N., Madden, J. S. & Walker, R. J. (1984). *Alcohol Related Problems*. Suffolk: John Wiley & Sons Ltd.
- Lazo, D. M. (1990). *Alcoholismo – o que você precisa de saber*. São Paulo: Edições Paulinas/Reindal.
- Mello, M. L. M. (1995). *O Álcool e o Alcoolismo*. Coimbra: CRA.
- Mello, M. L. M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Direcção-Geral de Saúde.
- Mendes, A. F., Relvas, A. P., Lourenço, M., Reccio J. L., Pietralunga, S., Broyer, G., Bussac, M. H., Calafat, A. & Stocco, P. (1999). *Family relationships and primary prevention of drug abuse in early adolescence*. Coimbra: IREFREA.
- Moreira, A. R. & Dias, P. (2001). Impacto do álcool na condução rodoviária. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 9 (6), 67-83.
- Nascimento, C. E. & Justo, S. J. (2000). Vidas errantes e Alcoolismo: Uma Questão Social. *Revista Psicologia, Reflexão e Crítica*, 13 (3). Consultado a 15 de Julho 2007, em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br).
- Orallo, S. (1984). *Alcoholismo, droga y matrimonio*. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca.
- Plant, M. A. (1979). *Drinking Careers*. London: Tavistock Publications.
- Pinto, A. (1999). *Importância da formação na redução dos PLA*. Boletim do Centro Regional de Alcoologia Maria Lucília Mercês de Mello. Ano III, nº 9, p.1.
- Polin, V., Bosc, M. & Dubini, A. (1997). *Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self-evaluation Scale*. Consultado a 27 de Abril de 2007, em: [www.ScienceDirect.com](http://www.ScienceDirect.com).
- Prieur, B. (1999). *As heranças familiares*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ramos, S. P. & Bertolote, J. M. (1990). *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas (2ª edição).
- Rix, K. J. B. & Rix, E. (1983). *Alcohol Problems - a guide for nurses and other health professional*. Bristol: John Wright & Sons.
- Rosa, L. (1993). Terapia Familiar no Alcoolismo. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, II (1), 57-62.
- Roussaux, J. P., Faoro-Kreit, B. & Dennis-Hers (2002). *O alcoólico em família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Sá, O. (1992). Álcool e problemas médico-legais nomeadamente em acidentes de viação. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, I (2), 58-71.
- Simões, M. M. R. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento não publicada da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Steinglass, P. (1976). *Experimenting with Family Treatment Approaches to Alcoholism, 1950-1975: A Review*. *Family Process*, (16), 97-123.
- Vala, J. & Monteiro, M. B. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- World Health Organization. (1980) *Problems related to alcohol consumption*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2000). Towards a global alcohol policy. Alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4). Geneva. Consultado a 15 de Julho 2007, em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

## Anexos

**Anexo 1 - Questionário Sócio-Demográfico****Questionário Sócio-Demográfico**

**Instruções:** Leia com atenção as perguntas que se seguem e escolha a resposta mais indicada. Se for o caso, pode escolher mais do que uma opção.

1. Sexo:  masculino  feminino

2. Idade: \_\_\_\_ anos

3. Estado Civil:  solteiro(a)  
 casado(a)  
 vive em união de facto  
 divorciado(a)  
 viúvo(a)

4. Escolaridade: \_\_\_\_\_

5. Situação profissional

a) profissão principal: \_\_\_\_\_

b) Condição na Profissão:  trabalhador por conta própria sem assalariados

patrão (trabalhador por conta própria com assalariados)

trabalhador por conta de outrem

desempregado

pensionista por invalidez

reformado



## 6. Agregado familiar

a) Com quem vive? \_\_\_\_\_

b) Zona de residência (indique o local/a terra): \_\_\_\_\_

## 7. Filhos

a) Tem ou teve filhos(as)?  Sim  Nãob) Teve filhos(as) que já morreram?  Sim  Não

Se sim, preencha a seguinte tabela, escrevendo em cada linha (na horizontal), a idade, o sexo, e há quanto tempo morreu cada um(a):

	Idade	Sexo	Há quanto tempo morreu
A			
B			
C			
D			
E			
F			

c) Tem filhos(as) ainda vivos?  Sim  Não

Se sim preencha a seguinte tabela, escrevendo em cada linha (na horizontal), a idade, o sexo, a escolaridade e a profissão de cada um:

	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão
A				
B				
C				
D				
E				

8. Tem ou teve familiares alcoólicos?  Sim  Não

Se sim, indique qual o grau de parentesco e o número de casos em cada um deles:

- Pai
- Mãe
- Irmãos/ Irmãs - Quantos(as)? \_\_\_
- Cunhados(as) - Quantos(as)? \_\_\_
- Noras - Quantas? \_\_\_
- Genros - Quantos? \_\_\_
- Tios(as) - Quantos(as)? \_\_\_
- Sobrinhos(as) - Quantos(as)? \_\_\_
- Avô - Quantos? \_\_\_
- Avó - Quantas? \_\_\_
- Primos(as) - Quantos(as) \_\_\_
- Filhos(as) - Quantos(as) \_\_\_

9. Historial dos consumos alcoólicos

a) Há quanto tempo começou a beber com frequência?

- Entre 5-10 anos
- Entre 10-15 anos
- Entre 15-20 anos
- Entre 20-25 anos
- Há mais de 25 anos

Especifique o número de anos : \_\_\_ anos

b) Como começou a beber?

- Em família ou por influência familiar
- Por influência de amigos
- No local de trabalho
- Porque quis

c) Quantos tratamentos ao álcool já fez, sem contar com o actual? \_\_\_

d) Quantas vezes já recaiu após um tratamento (voltou a beber frequentemente)?

**Responda à seguinte questão apenas se teve alguma recaída, isto é, se recomeçou a beber com alguma frequência após um tratamento:**

e) Em que situação ou situações (no caso de ter sido mais do que uma vez) é que recaiu?

- Numa festa    No trabalho    Em família    Com os amigos
- Sozinho(a)    A seguir ou durante uma fase má

10. Que género de problemas é que o álcool trouxe à sua vida?

- Problemas financeiros
- Problemas de saúde
- Problemas no casal
- Problemas familiares
- Problemas no trabalho
- Problemas nas relações sociais

**Obrigado pela sua participação!**



8. Fora da sua família relaciona-se com ...  
 muita gente     algumas pessoas     poucas pessoas     com ninguém
9. Tenta relacionar-se com outras pessoas?  
 muito activamente     activamente     pouco activamente     de nenhuma forma
10. De uma maneira geral, como classifica o seu relacionamento com as outras pessoas?  
 muito bom     bom     nem bom, nem mau     mau
11. Que valor atribui ao seu relacionamento com outras pessoas?  
 muito valor     algum valor     pequeno valor     nenhum valor
12. Com que frequência as pessoas do seu círculo social procuram o contacto consigo?  
 muito frequentemente     frequentemente     raramente     nunca
13. No seu comportamento procura cumprir as regras sociais das boas maneiras, delicadeza, etc.?  
 sempre     na maioria das vezes     raramente     nunca
14. Qual o seu grau de envolvimento na vida da comunidade (por exemplo, no clube, na igreja, etc.)?  
 muito grande     moderado     pequeno     nenhum
15. Gosta de procurar informações sobre as coisas, situações e pessoas, com o intuito de as compreender melhor?  
 muito     moderadamente     pouco     nada
16. Interessa-se por informação de natureza cultural, científica ou técnica?  
 muito     moderadamente     pouco     nada
17. Com que frequência sente dificuldade em exprimir as suas opiniões perante os outros?  
 sempre     frequentemente     por vezes     nunca
18. Com que frequência se sente rejeitado, excluído do seu círculo de amigos?  
 sempre     frequentemente     por vezes     nunca
19. Que importância atribui à sua aparência física?  
 muito grande     moderada     pouca     nenhuma
20. Até que ponto sente dificuldades em lidar com os seus recursos e o seu salário?  
 sempre     frequentemente     por vezes     nunca
21. Sente-se capaz de organizar o seu ambiente de acordo com os seus desejos e as suas necessidades?  
 muito capaz     moderadamente     pouco capaz     nada capaz

## Anexo 3 – Consentimento de Colaboração

CONSENTIMENTO DE COLABORAÇÃO  
NA INVESTIGAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
aceito colaborar na seguinte investigação de Mestrado:  
*Alcoolismo e (In)Adaptação Social*, participação esta que se  
baseia no preenchimento de dois breves questionários,  
sendo o primeiro um questionário sócio-demográfico, que  
implica alguns dados pessoais e o segundo, a *Escala de  
Auto-avaliação de Adaptação Social*. O anonimato dos  
participantes será preservado.

Coimbra, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

Assinatura:

\_\_\_\_\_