



Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
Departamento de Psicologia | UnIPSa

Consumo de Álcool em Angola: estudo com militares e civis

Faustino Tchimbundo Muteka



Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte
Departamento de Psicologia | UnIPSa

Consumo de Álcool em Angola: estudo com militares e civis

Faustino Tchimbundo Muteka

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte (ISCS-N) para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação do Prof. Mestre Ernesto Paulo Fonseca.

2012

Conteúdo

RESUMO.....	7
Introdução	8
PARTE TEÓRICA.....	11
1.Álcool	12
1.1. Evolução Histórica do uso do álcool.....	12
1.2. Conceito do álcool.....	13
1.3. Origem de algumas bebidas alcoólicas tradicionais em Angola	14
1.3.1. Capuca	14
1.3.2. Marufo.....	15
1.3.3. Dega.....	15
2. Alcoolismo	16
2.1. Conceito.....	16
2.2. Alcoolismo agudo e crónico.....	18
2.3. Prevalência e padrões do consumo de álcool na população Angolana	19
2.4. Comportamento de risco.....	20
2.5. Fatores associados ao consumo	22
2.5.1. Fatores Psicológicos.....	22
2.5.2. Fatores Sociais	23
2.6 Consequências do alcoolismo	23
2.7. Morbilidade e mortalidade associadas ao consumo de álcool	25
2.8. Influência do álcool sobre a sociedade	26
2.9. Políticas públicas sobre o álcool em Angola e em Benguela.....	27
2.10. Organização do sistema de tratamento	29
PARTE EMPÍRICA.....	33

1 - Objectivos e hipóteses	34
2-Amostra	34
3 - Procedimento de recolha de dados	35
4- Instrumentos	36
5 – Tratamento de dados	37
6 -Resultados	38
6.1 - Prevalência do consumo de álcool	38
6.2 - Idade dos primeiros consumos	39
6.3 - Consumos usuais e atuais.....	40
6.4 – Gostar de bebidas alcoólicas	41
6.5 - Detecção de padrões de consumo	41
6.6 – Situações de alto risco para beber	42
Conclusões.....	43
BIBLIOGRAFIA	44

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Prevalência de consumo de álcool	38
Tabela 2: Idade do 1º consumo	39
Tabela 3: Normalmente consome	40
Tabela 4: Nas últimas semanas consumiu	40
Tabela 5: Gostava de.....	41
Tabela 6: Padrões de consumo.....	41

Agradecimentos

Aos meus pais, à minha família, por tudo o que me têm feito.

Ao Exmo. Dr. Ernesto Paulo Fonseca pela perspicácia, disponibilidade, flexibilidade, sagacidade e conhecimento indispensáveis que teve durante a realização até ao resultado final do respetivo trabalho.

A todos Professores da CESPUP pela profunda dedicação e sensibilidade que demonstraram, durante o tempo que puderam sabiamente transmitir os conhecimentos que pude adquirir com sapiência.

Aos meus colegas da CESPUP - Formação, em particular os do grupo pela coragem empreendida que este fosse um facto.

Um grande agradecimento vai para o meu chefe que com muita paciência soube permitir que em inúmeras dificuldades tivesse realizado deslocações para fora de Benguela, em busca de todo material para a conclusão do mesmo.

A todos os companheiros que de uma forma direta ou indiretamente colaboraram voluntariamente, nesta caminhada.

O meu muito sincero agradecimento.

RESUMO

O alcoolismo entre os militares e civis supera as particularidades observadas no âmbito meramente Psiquiátrico. Na sociedade actual o alcoolismo tem constituído um problema que os profissionais de saúde têm diagnosticado diante dos doentes (militares e civis) que geralmente ocorrem às unidades hospitalares e que muitos dos casos têm sido caracterizados como situações fatais no seio dos militares e civis.

Contudo, esta pesquisa visará analisar e caracterizar o impacto que o alcoolismo tem na vida Psicossocial dos militares do RACB Catumbela, civis de Benguela e as possíveis consequências que possa originar. No estudo participarão 120 militares e civis de hierarquias diferentes, com idades compreendidas entre 26 a 50 anos. Para a recolha de dados utilizarei o método CAGE de avaliação a depressão a ansiedade que consistirá em (4) quatro, e métodos o estado psicossocial BRIEF – MAST para avaliar e consistirá em (10) dez perguntas e Questionário com (20) vinte perguntas.

Os resultados poderão ilustrar até que ponto é elevado o nível de consumo de álcool no seio dos militares do RACB, civis e consequências que originou.

Palavras – chave: Álcool; Comportamento; Consumo; Militares e civis

Introdução

O alcoolismo no mundo está em franco progresso, jornais, livros e autoridades assinalam o perigo médico e social crescente deste problema. Na sociedade este problema tem ainda mais gravidade pelo seu poder destrutivo de valores morais e espirituais. Entre as grandes pagas que assolam o mundo. O álcool é destacado como o produto tóxico conhecido e problema imenso da saúde pública. Até agora não tem solução verdadeira e o perigo alastra-se em cada vez mais. Com o desenvolvimento do comércio em geral a elevação do nível de vida, não só nos centros de população urbana, mas também no rural, o uso de bebidas alcoólicas generaliza-se. Muitas vezes também hábitos e costumes sociais tendem a estimular o uso do álcool. Doutra lado manifesta-se uma extrema ignorância e até falsas informações sobre o problema. Daí há necessidade de se estudar o assunto, pois, vale mais prevenir do que remediar. O alcoolismo pode potencialmente ocasionar consequências psicológicas, fisiológicas, sociais e culturais. Na sociedade actual, o alcoolismo tem sido um problema que os profissionais de saúde têm sido analisados como situações fatais para os indivíduos (Dr. Brechet, 1965).

Actualmente, o consumo abuso do álcool no mundo e em Angola em particular, atingiu níveis alarmantes, e está associado a uma série de consequências adversas, das quais o alcoolismo é apenas uma pequena parte, ainda que seja a de maior relevância do ponto de vista clínico. O problema do alcoolismo constitui um dos fatores sociais mais generalizados nos últimos anos.

Contudo, tem havido pouca atenção em termos de consideração sobre o álcool. Alguns estudos feitos revelam que uma terça parte de consumidores de álcool submetido ao tratamento, faze-no de forma regular embora, ainda muitos deles são considerados como alcoólicos (El-Bassel, 1999, cit. in Silva, 2010).

É importante que se implemente conjugação de esforços pra se levar acabo um processo de avaliação e tratamento dos problemas dos dependentes alcoólicos (Gossop *et al.*, 2000, cit. in Silva, 2010).

O consumo excessivo do álcool e as suas implicações para a saúde, constitui um dos mais graves problemas entre pessoas que são submetidos em tratamento com programas de metadona (Bickel et al. 1998, cit. in Silva, 2010).

Os alcoólicos com infecção de VIH têm pouca aderência aos programas de tratamento com os antirretrovirais (Mulvihill, 2003, cit. in Silva, 2010).

Segundo, Rehm *et al.*, (2001, cit. in Silva, 2010) cerca de 50% dos problemas de consumo de álcool são indivíduos que estão relacionados com a dependência, nem ter sido diagnosticados de abuso assim como ter apresentado o uso de bebidas alcoólicas com danos visíveis.

O consumo excessivo de álcool e problemas relacionados com o seu consumo são comuns entre indivíduos inseridos em tratamentos com metadona (Elbassel, *et al.*, 1994;

A depressão, a ansiedade, a irritabilidade e o suporte social desempenham papéis importantes no desenvolvimento do alcoolismo, funcionando como determinantes psicológicos. (Cotler LB *et al.* 2005, cit. in Silva, 2010).

O consumo de álcool e a frequência de situações de ingestão excessiva encontram-se associados com risco aumentado de acidentes, violência intencional contra o próprio ou contra outros, suicídio, conflitos familiares, crimes violentos e outros comportamentos criminais, incluindo roubo e violação.

“O compromisso dos clínicos na avaliação e aconselhamento sobre o consumo de álcool durante o tratamento com metadona pode ser muito útil na análise destas influências para promover a oferta de tratamento “ (Hillebrand *et al.* 2001, cit. in Silva, 2010).

De acordo com dados do OEDT5 (2007, cit. in Silva, 2010), o tratamento dos problemas relacionados com o álcool, é particularmente importante devido ao forte efeito do consumo abusivo de álcool, a análise exploratória sugere o forte efeito do consumo abusivo de álcool na progressão da hepatite C.

Hunt (1986) e Rowan-Sazl (1995, cit. in Silva 2010) concluíram que seis em cada dez apresentam critérios de dependência de álcool.

“Relativamente à situação parental, eventual coabitação com os filhos e relação com a família, o consumo abusivo de álcool constitui um fator fundamental de rutura familiar e maus-tratos em crianças” (Mello, 2001, cit. in Silva, 2010).

Vasti (2004, cit. in Silva, 2010), estima que 1/3 ou mais dos indivíduos atualmente são consumidores de álcool numa base regular, sendo muitos dependentes.

O primeiro capítulo desenvolve o enquadramento teórico, onde abordo situações relacionadas com consumo excessivo de álcool, a dependência alcoólica, os programas dos sistemas de tratamento, os padrões de que regulam consumo de bebidas alcoólicas, os comportamentos de risco, o suporte social, os aspetos psicológicos, e as situações em que os indivíduos recaem no álcool.

O segundo capítulo irá descrever a metodologia utilizada para a pesquisa, isto é, os procedimentos, de recolha de dados, instrumentos, caracterização da amostra, questionário, apresentará os resultados obtidos, a discussão dos mesmos a conclusão e as referências bibliográficas.

PARTE TEÓRICA

1. Álcool

1.1. Evolução Histórica do uso do álcool

A história da humanidade tem-nos mostrado o constante gosto que o Homem em geral tem pela bebida alcoólica. Elas desde sempre foram preferidas pelo seu efeito tónico e euforizante, para aliviar a angústia e libertar as tensões.

Já desde tempos imemoriais que se associava o álcool a efeitos sobre as crianças. Carvalho (2002, cit. in Silva, 2010) afirma que o consumo assumido de bebidas alcoólicas com uma acção psicotrópica tem crescido de acordo com os percursos das civilizações que, embora numa primeira fase atue no funcionamento mental (originando euforia, estimulação, serve como anestesia e desculpabiliza), conduz à dependência e tolerância que após consumo elevado, apresenta vários riscos bio-psicossociais-sociais imediatos ou mediatos.

O uso de bebidas alcoólicas começa a ser um problema social, colectivo, quando acontecem circunstâncias sociais e culturais que por um lado fomentam e tornam possível o seu uso generalizado com todas as suas consequências e por outro lado se desenvolvem atitudes contrárias de repúdio incompatíveis com o uso considerado excessivo e inclusivamente com qualquer uso de álcool. Actualmente o alcoolismo continua a ser um grave problema de saúde pública em Angola, tendo em conta as características sociodemográficos e culturais dos consumidores, assim como as atitudes e as características das mudanças se conhecem com fiabilidade na maioria dos estudos epidemiológicos disponíveis.

De forma direta, o tema específico do alcoolismo foi incorporado pela OMS à Classificação Internacional das Doenças em 1967 (CID-8). Para Michel (2002, cit. in Silva, 2010) o álcool (álcool de origem cereal) é conhecido desde a pré-história quase em todo o mundo.

Para Carvalho (2003, cit. in Silva, 2010) após os anos 70 o melhor poder de compra e a liberalização dos costumes contribuíram para a progressiva agressividade das fábricas de cervejas e das empresas de comercialização de bebidas destiladas criando novos hábitos.

Para Alarcão (2003, cit. in Silva, 2010), as pessoas perderam a capacidade de aprendizagem que facilita a interiorização de boas maneiras de consumo de álcool o que predispõe no futuro os comportamentos de risco.

Para Schuckit Marc (1991, cit. in Silva, 2010) cita e faz uma comparação entre o álcool e outras substâncias mais consumidas no mundo, como a nicotina e a cafeína, sendo o álcool com maior grau de perigosidade em termos de destruição orgânica.

O DSM IV (1995, cit. in Silva, 2010) realça que a primeira situação de intoxicação alcoólica regista-se, em geral, na fase de adolescência e as consequências resultantes verificaram-se nos indivíduos perto dos 40 anos

Para Carvalho (2003, cit. in Silva, 2010), os jovens e mulheres constituem os grupos mais suscetíveis, embora tradicionalmente com baixo consumo.

De forma aparente a sociedade dá importância aos aspetos benignos do consumo de bebidas alcoólicas, não obstante do conhecimento e do medo das consequências malignas pelo tão acesso fácil sem limitações (Michel, 2002, cit. in Silva, 2010).

Na história do mundo o uso do álcool é bem conhecido como arma de guerra. Os Japoneses quando invadiram a China davam grandes quantidades de ópio e álcool, gratuitamente, ao povo e persuadiam os jovens a beber.

No princípio o uso do álcool não parece ser perigoso, mas pouco a pouco os alcoólicos têm problema de várias ordens.

1.2. Conceito do álcool

Michel (2002, cit. in Silva, 2010) considera o álcool como sendo uma droga subestimada, onde a cultura o vê como fonte constituinte para uma vida normal. Assim, o álcool utilizado de forma prática em diversos convívios e situações: aparece nos finais de semana, como momento de lazer, associa-se a desportos, viagens, trabalho (almoços de “negócios”, regados com doses de whisky, cerveja e outros).

Desde cedo aprendemos que tomar uma cerveja com os amigos é um acto social válido e faz parte das tarefas da adolescência, um dos marcos que indicam a entrada na vida adulta. Atualmente o álcool é sinónimo de noite, emancipação e diversão, isto apesar de todos os riscos que acarreta.

O álcool é definido em medicina como uma substância sedativa, que retarda ou entorpece o sistema nervoso central (Milam, 1991, cit. in Dias, 2006).

Por esta razão, o álcool também é considerada uma droga psicotrópica, provocando uma mudança no comportamento de quem o consome, além de ser um potencial para desenvolver dependência. O álcool (tecnicamente etanol ou álcool etílico) é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade, bastará vermos na atualidade, a grande maioria dos spots publicitários na televisão, rádios e cartazes nas ruas públicas a retratarem de bebidas alcoólicas, isto é, pelo facto desta substância se ter tornado na balança comercial uma das grandes fontes de rendimento.

Esse é um dos motivos pelo qual ele é considerado de forma diferenciado, quando comparado com as demais drogas.

Para Goodwin (1981, cit. in Dias, 2006) apesar de sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema. Além dos inúmeros acidentes de trânsito e de violência associada a episódios de embriaguez, o seu consumo a longo prazo, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, pode provocar um quadro de dependência conhecido como alcoolismo.

Desta forma, o consumo inadequado do álcool é um importante problema de saúde pública, acarretando altos custos para a sociedade e envolvendo questões médicas (Szasz,1990, cit. in Dias, 2006).

Em todo mundo entidades têm feito pesquisas e estudos para orientar uma intervenção eficaz contra os males provocados pelo uso indevido do álcool, mas frequentemente elas se deparam com barreiras, de grandes proporções, como os interesses económicos envolvidos na produção e venda de drogas quer lícitas quanto ilícitas, nesta ordem em referência o álcool e a incompreensão de quem não se sente diretamente afetado, e a limitação de recursos humanos e materiais adequados a um enfrentamento político da questão (Johnson,1999, cit. in Dias, 2006).

1.3. Origem de algumas bebidas alcoólicas tradicionais em Angola

1.3.1. Capuca

A capuca é uma bebida alcoólica destilada a partir do açúcar, que é misturado com farelo de milho com duração de mais ou menos 7 dias, depois é levado ao alambique

feito de tambor que é tapado para se fazer o processo de destilação, que culminará com a formação de aguardente, com categorias diferentes: aguardente de primeira, a mais forte, aguardente de segunda, a menos forte. Em outras ocasiões, a preparação de capuca obedece um processo característico muito peculiar. É acrescido ao açúcar fermentado “Carvão de pilha” (dentro das pilhas existe um carvão que separa as cargas é esse carvão que é retirado das pilhas e introduzido na CAPUCA, vindo a dar um efeito “Enlouquecedor”).

É importante realçar que capuca também pode ter origem a partir de cana-de-açúcar, da banana, entre outras. A sua preparação varia de região para região, dependendo dos costumes dos povos.

1.3.2. Marufo

O marufo ou maluvo é o “vinho de Palma”, bebida alcoólica extraída da palmeira. Que também é feita a partir do processo de fermentação da matéria prima. Também fica mais ou menos forte, de acordo com o tempo de fermentação.

O marufo resulta da seiva fermentada das palmeiras, principalmente de palmito, bordão e matebeira. É uma bebida muito apreciada no Norte de Angola onde tem funções sociais precisas, como seja a cerimónia do alembamento, o final de uma maka ou o agradecimento ao voluntariado comunitário nas zonas rurais.

Segundo uma lenda Bacongo, o primeiro homem a extrair o maluvo e a preparar o azeite de dendém foi Lenchá, escravo do Rei do Congo. A partir dessas descobertas nunca faltaram estas delícias na mesa do rei. Mas Lenchá levou as suas experiências ao ponto de deixar fermentar a seiva da palmeira, durante três dias. O rei achou o néctar delicioso e bebeu em doses elevadas. Apanhou a primeira bebedeira da sua vida. Com o rei viviam nove sobrinhos. Makongo, o mais velho, vendo o rei em tal estado julgou-o às portas da morte. Fez crer às mulheres do rei que tal situação resultava do veneno que lhe fora ministrado por Lenchá.

1.3.3. Dega

A dega é também KIMBOMBO e semelhante à KISSANGUA, porém com características alcoólicas mais elevadas, devido ao tempo de fermentação da casca da fruta (mais de 2 dias). Após estar pronto já não passa mais pelo processo de destilação, pois tão logo se confirma sua prontidão é já servida e bebível diretamente.

2. Alcoolismo

2.1. Conceito

Jellinek (1994, cit. in Dias, 20086) define alcoolismo como sendo o consumo abusivo e excessivo de álcool acompanhado de problema sociais, ocupacionais ou físicos.

O álcool está associado a metade de todas mortes por acidentes de viação e homicídios. Um indivíduo que consome regularmente álcool acaba por entrar no estado de tolerância e de dependência alcoólica. Inicialmente pode não apresentar sintomas de abstinência, mas com o consumo continuado estes sintomas irão surgir.

A definição do alcoolismo pode estar estritamente ligado a três aspetos essenciais que compreendem: o eixo médico, correspondente à definição estrita da doença; eixo comportamental, que reflete a conduta e comportamentos associados as dependências; e o eixo social, que articula a interação entre o alcoólico e a sociedade (Adés e Lejoyeux, 1997, cit. in Dias, 2006).

O alcoolismo é uma doença multifatorial, porque depende de fatores genéticos, biológicos e socioculturais. O uso excessivo de álcool surge no início da idade adulta. A expectativa de vida do alcoólico diminui cerca de 15 anos devido ao aumento do risco de morte, por doenças cardíacas, cancro, acidentes ou suicídios. (Oliveira e Veigas 1985).

É no séc. XIX que é descrito o quadro clínico do Delirium Tremens por Thomas Sulton constituindo, desta forma, a primeira abordagem médica à doença alcoólica.

Em 1851, Magnus Huss, médico sueco, considera o Alcoolismo crónico como uma síndrome autónoma e define-a com a “forma de doença correspondendo a uma intoxicação crónica”.

A escola americana de Jellinek (1940) deu passos importantes no sentido da compreensão da extensão dos problemas ligados ao álcool, à complexidade dos seus efeitos, à multiplicidade e interação de forças e vetores que lhe estão na origem.

Em 1955, Pierre Fouquet concluía “o conceito de alcoolismo, a sua patogenia, classificação nosográfica, seus fundamentos e sua realidade continuam a ser noções muito pouco claras”.

Para a OMS (1980) existem vantagens em utilizar a designação de “problemas ligados ao Álcool” dado a vasta e multiforme leque de situações relacionadas com o álcool. A OMS estabelece a distinção entre alcoolismo como doença e alcoólico como doente.

Num outro documento apresentado na 35ª Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, em 1982, a OMS refere: (Mello et al., 1988, p. 12) “Problemas ligados ao álcool, ou simplesmente problemas de álcool, é uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool”.

Jellinek (1960) cit. In Gameiro (1979, p. 25) diz-nos que alcoolismo “é um processo patológico (doença em que os danos físicos se tornam cada vez maiores à medida que o tempo passa) em que o alcoólico aumenta as quantidades de álcool”. Ainda, (Gameiro, 1979, p. 3) refere que o alcoólico é a pessoa que “depende de bebidas alcoólicas de tal forma que não é capaz, mesmo que queira, de deixar de beber ao menos durante 2 ou 3 meses”.

Mello et al (1988) referem que embora os efeitos do álcool sejam conhecidos desde a antiguidade, os fenómenos do alcoolismo crónico eram ignorados, sendo apenas o estado de embriaguez a única perturbação ligada ao uso de bebidas alcoólicas referida.

O alcoolismo agudo (embriaguez) é muitas vezes confundido com alcoolismo crónico. No primeiro caso, trata-se da ingestão única de grande quantidade de álcool, num dia ou num espaço curto de tempo, podendo ter como consequência o ir desde a uma leve tontura até ao coma alcoólico. O alcoolismo crónico é quando ingerimos habitualmente bebidas alcoólicas, com frequência, repartidas ao longo do dia em várias doses, que vão mantendo uma alcoolização permanente do organismo, nunca saindo do efeito do álcool.

Para a OMS o alcoólico é uma pessoa que consome excesso álcool, cuja dependência alcoólica, é seguida por perturbações mentais, problemas físicos, sociais e económicos. O álcool, como qualquer substância psicoativa legalizada, é o lobo com pelo de carneiro (Zago, 1996, cit. in Silva, 2010).

O alcoolismo é o conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo e prolongado do álcool; é entendido como o vício de ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, e todas as consequências decorrentes. O alcoolismo é um conjunto de

diagnósticos e é cerca de duas a três vezes mais frequente no sexo masculino e na raça negra, atingindo todas as classes sociais.

2.2. Alcoolismo agudo e crônico

O alcoolismo agudo designa as perturbações das faculdades mentais, depois de beber muito álcool em certa altura.

Na embriagues há grandes perturbações dos movimentos, da fala e ausência de juízo. A embriaguez pode ser alegre, triste ou perigosa, especialmente em bebedores de bebidas destiladas, com carência como o gongo. Ela pode ser barulhenta, furiosa ou com convulsões.

Como alcoólico, bebendo ainda mais, a pessoa embriagada pode perder os sentidos. A respiração é rápida, superficial, os batimentos cardíacos são rápidos a tensão arterial baixa, a cara fica congestionada. A pessoa não fala nem responde, nem sente dores, pode cair no fogo e queimar-se até aos ossos. Os reflexos dos tendões são em geral abolidos, e se a dose do álcool for forte demais o coma alcoólico acaba pela morte

A dependência é um dos efeitos mais perigosos do álcool, que lhe dá às vezes, um carácter diabólico. Está cientificamente provado de que o álcool modifica a célula nervosa, o que causa dependência. O álcool forma um hábito que exige imperiosamente a sua satisfação. Quando maior for o prejuízo ao sistema nervoso, tanto mais forte é o hábito e tanto mais fraco o poder da vontade em resistir.

Há um provérbio Japonês que diz: «primeiro o homem toma a bebida, depois a bebida toma bebida e finalmente a bebida toma o homem».

O homem bebe um pouco, precisa de mais. Bebe mais e ainda precisa de mais, até tornar-se escravo. Talvez principiou com bebidas alcoólicas fracas, como a cerveja, continuando, sente o desejo de alguma coisa mais forte, passa ao vinho, por exemplo, mas mais tarde o vinho já não satisfaz e procura bebidas destiladas.

No alcoolismo crônico, o sistema nervoso, danificado por beber já há algum tempo, apresenta uma série de doenças graves. Estas, também, podem aparecer sem que o alcoólico nunca tenha atingido estados de embriagues profunda, mas em geral houve ingestão repetida de doses tóxicas de álcool.

O alcoolismo crônico manifesta-se por perturbações nervosas e mentais de vários órgãos. Os sintomas são mudanças de atitudes (habilidades afetivas), inconstância,

egocentrismo (só pensa em si). O alcoólico é em geral eufórico: «tudo vai bem!». Ele não faz caso dos seus excessos e sabe bem explica-los. A sua memória e juízo baixam. Torna-se desconfiado e muitas vezes invejosos e ciumento, as vezes aparece um tremor forte da língua, lábios e dedos, além de gastrite cirrose, e poli nevrite. Nas formas graves pode ter atrofia dos nervosos óticos (cegueira) e com convulsões. Não sabe como parar. Precisa sempre mais, ao ponto de não se poder dominar. Precisa de álcool e por isso faz tudo ao seu alcance para o obter. Todo o seu salário vai para álcool mas não chega. Vende a roupa, rouba, enfim. A formação do vício é um dos efeitos mais perigosos do álcool, que lhe dá às vezes, um carácter diabólico.

Está cientificamente provado de que o álcool modifica a célula nervosa, o que é causa da dependência. O álcool forma um hábito que exige imperiosamente a sua satisfação. Quando maior for o prejuízo ao sistema nervoso, tanto mais forte é o hábito e tanto mais fraco o poder da vontade em resistir.

2.3. Prevalência e padrões do consumo de álcool na população Angolana

De acordo com o inquérito Nacional de Saúde de 2010/2011, cerca de 88% da população Angolana consome excessivamente álcool. As prevalências de consumo são maiores nos jovens do que nos adultos. Por outro lado e comparando com estudos feitos em anos anteriores, conclui-se que os níveis de consumo têm estado a subir.

Segundo Aires Gameiro (1996, cit. in Borges & Filho, 2004), os estudos realizados sugerem que cerca de um terço da população consome habitualmente bebidas alcoólicas.

Entre as pessoas que se encontram no processo de ensino e aprendizagem, os dados revelam que a prevalência de problemas que estão ligados ao consumo excessivo de álcool ronda os 20% dos alunos que se encontram nas universidades (Breda, 1999; cit. in Borges & Filho, 2004).

Angola está entre os maiores consumidores de bebidas alcoólicas e de álcool em Africa e mesmo a nível mundial. (DEPS, 1990; DGS 1998; INSA, 2000; Gameiro, 1998).

Os estudos feitos revelam que os militares e assim como os civis apresentam uma prevalência cada vez mais elevada do consumo de bebidas alcoólicas, que de uma forma geral tem vindo a preocupar o governo de Angola, que tudo tem feito para que

tal situação seja controlada, evitando assim as consequências que possam surgir a posterior com todos indivíduos que consomem excessivamente o álcool.

Estudos referem que o consumo excessivo nos militares é motivado pela ausência de guerra, e presença da paz, visto que em tempo de guerra os militares estão orientados na missão de defender a integridade territorial. Assim, em situação de guerra, os militares não têm tanto tempo para lazer quanto têm numa altura em que o País se encontra em Paz permanente. Tal situação acontece com os civis associados a livre circulação duma para outra localidade do País, tendo a facilidade destes interagirem com todas as substâncias, o que faz com as pessoas as consumem com frequência, o que não acontecia no tempo em se registava a guerra em todo território.

A investigação não só permitiu confirmar aos que os militares o quão está presente o consumo excessivo de bebidas alcoólicas no seio dos militares, como com esses estudos conclui-se que cerca de 88% dos militares e dos civis são consumidores de bebidas alcoólicas. O álcool constitui-se, assim, num grave problema para os indivíduos consumidores e para a sociedade em geral.

2.4. Comportamento de risco

A OMS (WHO, 2006; Silva, 2010) define os comportamentos de risco, como um conjunto de ações por parte do indivíduo e que aumenta a probabilidade de danos ao nível da saúde. Os comportamentos que implicam risco para VIH e hepatites, como todos os comportamentos, estão sujeitos a alterarem-se ao longo do tempo.

Para a OMS (WHO, 2007; cit. in Silva, 2010) os principais riscos associados ao consumo de álcool são: a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, do VIH, hepatites B e C.

Os comportamentos de risco a nível sexual incluem: a não utilização ou utilização irregular do preservativo, múltiplos parceiros sexuais e comportamentos sexuais promíscuos.

Entre indivíduos envolvidos em comportamentos de risco, os dependentes alcoólicos, apresentam maior resistência à mudança de atitudes mesmo tendo em sua posse informação válida sobre o meio de transmissão das hepatites e infeção pelo VIH na população heterossexual (Costa, 1999, cit. in Silva. 2010).

Ehrenstein (2004, cit. in Silva, 2010) conclui que em dependentes com VIH positivo, o consumo excessivo de álcool está associado com práticas sexuais não protegidas. As alterações comportamentais associadas ao alcoolismo e à utilização de substâncias ilícitas facilitam comportamentos de risco, nomeadamente relações sexuais não protegidas com preservativo, relações com múltiplos parceiros, bem como a troca de seringas e agulhas e demais material usado, aumentando o risco de comportamentos de risco.

De acordo com a OMS, vários estudos desenvolvidos em áreas de prevalência de infeções por VIH, o risco de transmissão entre os consumidores de álcool, e seus comportamentos sexuais, constituem importantes fatores na disseminação epidémica entre pessoas.

De acordo com Pessione *et al.* (1999, cit. in Silva, 2010), em termos clínicos, deve ser considerada a abstinência total de consumo de bebidas alcoólicas nos indivíduos com Hepatite C crónica.

Segundo Mccusker (2005, cit. in Silva, 2010) as consequências para a saúde do indivíduo com Hepatite C, podem ser muito graves e potencialmente fatais. Porém concluiu que a volta de 70% de possuidores de Hepatite C tornaram-se consumidores crónicos, 10 a 30% evoluíram para cirroses e 1 a 5% apresentam cancro hépato celular. A probabilidade de desenvolver cirrose aumenta significativamente nos indivíduos com Hepatite C, que apresentam consumos moderados de bebidas alcoólicas comparativamente aos que nunca consomem bebidas com álcool.

É fundamental estudar o impacto da perceção do estado Hepatite C do indivíduo no seu consumo de álcool e comportamentos de risco relacionados com práticas sexuais.

Comparativamente com aqueles que apresentam valores negativos para a Hepatite C, os que dizem ter testes positivos consumiam mais frequentemente álcool (Kwiatkowski, 2003).

Mccusker (2001, cit. in Silva, 2010) realizou um estudo, numa população de dependentes alcoólicos em tratamento, onde encontrou uma associação entre o estado Hepatite C e o consumo de álcool. Uma grande percentagem de utentes com Hepatite C refere ter consumido em excesso álcool em ocasiões anteriores em comparação com indivíduos que apresentavam resultados negativos à Hepatite C.

2.5. Fatores associados ao consumo

2.5.1. Fatores Psicológicos

O álcool perturba o funcionamento normal do sistema nervoso central. A sua Ação é semelhante à de um anestésico. Existe uma depressão gradual das catividades nervosas, devida ao álcool, este atinge os centros nervosos pela ordem inversa da sua evolução, quer dizer, começando pelos centros que comandam a capacidade de ajuizar, a atenção, a autocrítica, o autodomínio e a locomoção, para terminar naqueles de que depende a vida orgânica.

Segundo o DSM.IV, o alcoolismo pode ser visto como uma doença psíquica, porque o alcoólico tem necessidade de álcool para aceitar a realidade; tem tendência a fugir às responsabilidades, sofre de angústia, é agressivo, resiste mal às frustrações e às tensões e porque nele o nível de consciência, enquanto racionalidade, tende a baixar, levando-o a comportamentos anti-sociais.

A comorbidade é comum na patologia alcoólica e é factor a ter em conta no processo de recuperação. O estudo de Burns, Teesson e O'Neill (2005, cit. in Silva, 2010) concluiu que o impacto que a comorbidade da depressão e da ansiedade tinha em doentes alcoólicos, conduzia a maiores problemas ao longo do acompanhamento e maior número de recaídas. A conclusão é que não são só os sintomas psicopatológicos que surgem com o aumento do consumo de álcool. De facto, também a psicopatologia, nomeadamente, a depressão e ansiedade, pode complicar, posteriormente, o processo de recuperação de uma patologia alcoólica. Isto quer dizer que tanto a psicopatologia, como os problemas de álcool, podem ser consequências um do outro.

Um outro traço de personalidade que se destaca nos estudos sobre a dependência de álcool é o neuroticismo, identificado no processo de recaída em dependentes, abstinentes e nos estudos de comorbidades (Drummond & Phillips, 2002; Fisher, Elias & Ritz, 1998; Roy, 1999). Segundo a Rosa. L. existem fatores que exercem influência sobre o indivíduo dependente, que o leva a optar por comportamentos alcoólicos, sendo eles agrupados em dois grupos: os sociais (estigmatização; isolamento; rejeição e a criminalidade) e os psicológicos (culpabilidade; vergonha; impotência, regressão e a primazia do prazer).

Segundo Adès, Lejoyeux, o meio modula e condiciona a expressão dos fatores genéticos, bem como as modalidades do consumo de álcool, existindo, ainda, os seguintes factores adjacentes: a disponibilidade da droga; a pobreza; a instabilidade social, a ruptura ou dependência familiar e os distúrbios da personalidade, tais como ansiedade, depressão, impulsividade.

2.5.2. Fatores Sociais

As condições sociais, bem como todos os aspetos psicossociais da dependência alcoólica, apontam como importante a adaptabilidade do sujeito (Eg. Kurdek & Sieski, 1990). Dadas as particularidades da dependência, esse fator está muitas vezes ausente principalmente no grupo de dependentes alcoólicos. (Blaney & Piccola, 1987).

A perspectiva de Lin *et al.* (1986) também dá relevo à expressão do relacionamento com os outros, não só ao conteúdo das interações, como às características relacionais entre o emissor e o receptor, salientando a importância do contexto. Surge, assim, uma diferenciação entre a condição social de pessoas em que existem laços sociais fortes, daquelas em que esses laços não são tão marcantes. É, ainda, importantes as condições sociais que são oferecidas, e não só o que é recebido.

Ramos J & Moreira (2006, cit. in Silva, 2010) concluiu que na família do dependente alcoólico, as relações conjugais são marcadas pelo conflito e elevado stress o que propiciará uma menor atenção e capacidade de resposta dos filhos. As condições sociais destes indivíduos são quase inexistentes ou, quando existem, os dependentes são vistos como bodes expiatórios. As ligações que estabelecem com a família são caracterizadas pela falta de coesão familiar.

Berger & Luckmann (1985, cit. in Silva, 2010) defendem que toda realidade é construída socialmente, através das interações sociais e da linguagem. (In Alves, 2006, p2).

2.6 Consequências do alcoolismo

Delirium tremens. É um surto agudo de psicose (loucura) que pode aparecer depois duma embriaguez forte, dum pequeno desastre ou pancada ou duma infeção, o doente tem alucinações visuais: vê coisas pequenas irreais, inexistentes e ouve sons e barulho. O doente está eufórico e também angustiado, com agitação constante

perseguindo as suas alucinações. O surto passa depois de 2 até 5 dias. O doente deve estar hospitalizado.

Psicose grave (Korsakoff). Trata-se de uma louca que não é passageira, com perturbações mentais graves e muitas vezes inflamações dos nervos sobretudo nos membros. Em geral há uma relação entre o alcoolismo e doença mental. Nos pais que conseguiram reduzir o consumo do álcool, o número de doentes mentais baixa.

O fim dos alcoólicos pode ser também as complicações acima mencionadas ou numa decadência progressiva e geral. Enfim muitos alcoólicos vão para a cadeia por crimes ou acabam por se suicidar.

O efeito mais importante nota-se no nosso sistema nervoso. O sistema nervoso é como um sistema telefónico. Ele liga o cérebro com todos os músculos do corpo. Os nervos comunicam os impulsos do cérebro e mandam os músculos trabalhar e manifestam o sofrimento de algumas partes do corpo. Acima disto o próprio cérebro é a sede do juízo, da vontade da memória, e de muitíssimas funções mais elevado do corpo humano.

Ora, as fibras nervosas que compõem os nervos são envolvidas (isolada) de umas substância gordas, a mielina e também as células do sistema nervoso ficam isolados numa substância gordurosas (lipoides).

Como o álcool é dissolvente das gorduras, ele ataca logo o sistema nervoso e também porque tem propriedade desidratante perturba as células nervosas, muitíssimos sensíveis.

Ao nível deste sistema o álcool tem consequências muito pejorativas, pois, ele provoca lesões diversificadas a nível dos pulmões e noutros órgãos que fazem parte deste sistema. Porem, as enfermidades como Tuberculoses Pulmonar, Bronquites, Pneumonia, Abcesso Pulmonar, de forma geral as doenças respiratórias agudas.

O estômago sofre, fica irritado e as vezes inflamados, (gastrite alcoólica, de vários graus, com vômitos aquosos logo de manhã, perda de apetite, dores surdas do estômago, etc...)

O fígado é um órgão muito atingido pelo veneno. Conhecem-se várias cirroses do fígado que tem uma relação direta ou indireta com o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, e se acompanham de ascite, emagrecimento etc..

O instinto sofre também e não absorve bem os alimentos e certas vitaminas, donde vêm deficiências de vitaminas. O coração é logo irritado e bate vigorosamente. No alcoolismo crônico, ele pode ter sobrecargas gordurosas que o prejudicam. O sistema nervoso sofre muito mais ainda, sendo a principal vítima do veneno.

O álcool provoca no sistema urogenital uma série de manifestações clínicas tais como: Nefropatias, Glomerulopatias, Atrofia Testiculares, Infertilidades e Disfunção Sexual

No sistema locomotor, o álcool tem maior impacto no processo locomotivo e na fragilidade de diversas estruturas anatómicas como a originalidade de fraturas ósseas, osteonecrose e ataxia.

Já há muito tempo que foi descoberto que as bebidas alcoólicas em vez de destruir os micróbios nocivos no corpo, paralisam os glóbulos brancos do sangue (leucócitos) que lutam contra os micróbios, impedindo-os assim de vencer os micróbios.

Vários especialistas reconheceram que o álcool agrava as doenças. As estatísticas provam que o alcoolismo intervém em um terço de casos de mortes nos hospitais. Grandes inquéritos estatísticos como o de M. Roch, de Genebra, provaram que o alcoolismo, além de causar certas doenças, é um fator agravante sobre quase todas, pois diminui a resistência do corpo. A Tuberculose Pulmonar, em especial, desenvolve-se facilmente numa pessoa alcoólica. Enfim as infeções Transmissíveis sexualmente (ITS), tais como: sífilis, gonorreia, VIH e SIDA, são espalhadas muitas vezes pela ação do álcool que enfraquecem as faculdades mentais superiores.

O álcool pode exercer uma ação direta sobre as células antes da concepção e também durante o período de desenvolvimento do feto. L. Deume fez um estudo da história de 10 famílias abstinentes e de 10 que bebiam. As abstinentes tiveram 61 filhos, as que bebiam 57. Mas entre estas 57 crianças, 36 apresentaram problemas de saúde e 12 morreram na infância, ao passo que nas famílias abstinentes só houve 6 com problemas de saúde e 5 mortes na infância

2.7. Morbidade e mortalidade associadas ao consumo de álcool

Segundo a (OMS,1999, cit. in Borges& Filho, 2004), as informações sobre a morbimortalidade, motivadas pelas consequências para saúde, resultantes do consumo de bebidas alcoólicas, são escassas devido a alguns constrangimentos na identificação dos dados da base populacional.

De acordo com European Comparative Alcohol Study (ECAS), o consumo de álcool levará o aumento da mortalidade por cirrose, psicose, acidente, homicídio e suicídio.

Este prognóstico reflete a maneira e os níveis de consumo de álcool em diversos Países e culturas provocam vários efeitos sobre a saúde (Leifman et al.2002, cit. in Borges & Filho, 2004).

Em termos epidemiológicos, a combinação do consumo de álcool e do tabaco levam constantemente a aparição de neoplasias fortes e malignas (Last,1998, cit. in Borges& Filho, 2004).

Um estudo empírico, feito na América do Norte, concluiu que a dependência alcoólica constitui a patologia crónica mais comum na faixa etária entre os 18 e os 44 anos, sendo que entre 25% a 40% dos internamentos hospitalares são provocados pelo consumo excessivo de álcool (Church, 2000, cit. in Borges & Filho, 2004).

Em termos comparativos, os estudos também revelam que cerca de 33 mil pessoas morrem por ano no reino Unido devido ao consumo de álcool (Ashworth et. Al., 1997, cit. in Borges & Filho, 2004).

De igual modo, os estudos levado acabo em Angola e em Benguela em particular, mostraram que cerca de 40 a 60% da população é consumidora de álcool, e que a faixa etária mais afectada corresponde à juventude. E que em mais ou menos 40% dos mortos por acidentes rodoviários há concentração do álcool no sangue (Marinho, 2001, cit. in Borges & Filho, 2004).

2.8. Influência do álcool sobre a sociedade

No alcoolismo nunca se trata duma única pessoa, mas sempre do problema de toda uma família, ou de todo um grupo. Os profissionais da saúde veem de perto o sofrimento das famílias, a má influência sobre os filhos, a violência sobre as esposas, (Muller, 1965).

Os bons hábitos e a boa educação desaparecem com uma quantidade relativamente pequena de álcool e existe dificuldade em dominar o corpo e o comportamento.

O alcoólico não tem receio do futuro, pelo que é possível um gasto excessivo dos bens pessoais, colocando, muitas vezes, em causa, a sobrevivência da família.

A saúde começa a estragar-se. Há desastres. O amor ao trabalho desaparece. Uma grande parte de crimes é cometida debaixo da ação do álcool.

O álcool tira, muitas vezes, o amor e o respeito entre os esposos, os pais e os filhos. A miséria, a doença, as zangas e a violência estragam a harmonia familiar. As crianças sofrem mais do que se pensa.

O que o álcool faz numa família faz num bairro, num grupo de trabalho, numa nação. No Estado Unidos, o álcool e a Tuberculose estão na origem do desaparecimento da raça dos «Peles Vermelhas». Esta comprovada a influência do álcool na Tuberculose.

O pai bebe, e embora ele proíba aos filhos as bebidas, os filhos seguem o modelo do pai e pensam que só serão homens verdadeiros quando imitarem o pai.

Quando um grupo de adolescentes bebe despreza os seus colegas que recusam beber. Assim, os adolescentes começam a beber porque têm receio de não acompanhar os seus amigos.

A publicidade comercial vende a ideia que a cerveja é boa e que o vinho é uma ótima bebida para conservar a saúde. Em certos países é proibido atribuir falsas qualidades às bebidas alcoólicas.

De acordo com a OMS, uma droga é qualquer substância que quando induzida num organismo vivo, pode alterar uma ou mais de uma das suas funções.

De acordo com Patrício (2002), às substâncias psicoativas que contribuem para a saúde do indivíduo devemos chamar de medicamentos, enquanto às que prejudicam a saúde do indivíduo quando este as absorve chamamos drogas.

Por exemplo o alcoolismo é compreendido como a consequência de um “mau uso” de um “bom produto”, a toxicodpendência é compreendida como o resultado do uso de um produto intrinsecamente mau a droga (Morel, 2001).

A procura de drogas é assim influenciada por um complexo conjunto de interações, farmacológica, social, individual e económica (OEDT6, 2006).

2.9. Políticas públicas sobre o álcool em Angola e em Benguela

O Ministério da Saúde é o órgão tutelar indicado por normais jurídicas e pelo estado para supervisionar e tratar todos os problemas que advenham do alcoolismo.

Este órgão, através dos órgãos executivos do estado estabelece as políticas sociais preventivas e terapêuticas não para erradicar, mas para aliviar e direcionar a sociedade Angolana.

No campo da prevenção os órgãos tutelares da saúde pública, distintos níveis ou ciclos têm uma enorme tarefa de influenciar as pessoas para moderar esta dependência.

Assim, é importante o uso dos meios técnicos de educação como, a rádio difusão que pode contribuir nessa educação com a sua programação indireta, a televisão, como meio áudio visual, tem tido muitos êxito na realização de programação de educação para a saúde e a projeção fixa que se subscrevem por cartazes, gravuras e panfletos que ilustram as consequências do alcoolismo.

No entanto, cabe, no Ministério da Saúde estabelecer uma cooperação com os órgão da comunicação social, e em segundo lugar, organizar, estruturar e planificar a educação preventiva contra o alcoolismo e colocar este programa de educação para saúde à disposição da rádio e da televisão. No que toca à utilização de meio visuais como cartazes e outros esses podem ser feitos dentro do órgão sanitário sob orientação da direção da saúde pública.

O álcool nas últimas décadas tem sido considerado como uma substância tóxica dependente. Isto demonstra a influência que o consumo excessivo de álcool teve no organismo humano esta dependência do indivíduo do álcool, por interação é uma afetação que pode ter fruto do mau ambiente familiar da influência de pares ou dos amigos, da propaganda dos vendedores, da procura da consolação e da fraqueza do carácter. Essas afetações mais tarde acomodariam o sistema nervoso central, que na sua fase deficitária provocariam irritação, ansiedade e enfim trazem catos que impedem o indivíduo a satisfazer a necessidade do álcool para diminuir o sofrimento. Logo estamos diante de uma patologia de âmbito mental. E cabe ao ministério da saúde através do centro especializado desenvolver uma psicologia e quimioterapia para corrigir os transtornos mentais provocados pelo uso excessivo do álcool neste indivíduo.

Como vemos, portanto, a saúde tem uma complexa e enorme contribuição na prevenção e tratamento das patologias provocadas pelo alcoolismo.

2.10. Organização do sistema de tratamento

Para ASAM (1990, cit. in Borges & Filho, 2004) entende-se por tratamento a prestação de uma ou mais intervenções estruturadas, ao nível da saúde, do comportamento e da vida pessoal ou familiar de um indivíduo com objetivo de ajudar a gerir a saúde física e mental e outros problemas que derivam do uso das substâncias e melhorar o funcionamento pessoal e social do indivíduo.

Os princípios estratégicos têm com enquadramento do sistema de tratamento relacionado com uso de substâncias. Este enquadramento permite a definição do sistema de tratamento e o planeamento e acompanhamento das ações a serem implementadas. O sistema permite definir as características relativas a dependência alcoólica e sua terapêutica. Essa definição e orientação dos indicadores a seguir facilitarão a execução das mesmas, permitindo avaliação concreta da estratégia e os objetivos preconizados (UNODC, 2003, cit. in Borges & Filho, 2004).

Segundo a UNODC (2003, cit. in Borges & Filho, 2004) são os elementos básicos que fazem parte de um enquadramento estratégico do sistema de tratamento:

- 1- Descrição da população afetada pelo uso de bebidas alcóolicas;
- 2- Declaração nacional expondo valores, princípios, metas e objetivos;
- 3- Identificação das áreas prioritárias com metas claras e objetivos mensuráveis;
- 4- Especificação da entidade responsável pela aplicação da estratégia, bem como entidades governamentais e não-governamentais envolvidas, as suas responsabilidades e expectativas em relação ao seu papel;
- 5- A forma de envolvimento e de representação da comunidade;
- 6- Os elementos estratégicos têm que ser enquadrados na lei vigente;
- 7- Especificar o tratamento a ser implementado e as atividades precisas para se alcançar o objetivo traçado;
- 9- Apresentar resultados reais e uma metodologia que permita avaliar se se alcançaram os objetivos;
- 10- Aplicação de conjunto de métodos que visam acompanhar e que permitam fazer uma boa verificação e publicação da sustentabilidade da estratégia;

Para NIDA (1999, cit. in Borges & Filho, 2004), não há um tratamento indicado para todos indivíduos. Pelo contrário, as intervenções dos serviços devem ser de acordo com os problemas e as necessidades específicas dos indivíduos. Por outro lado, é importante investir no processo de reinserção social para que os doentes alcoólicos em fase de tratamento sejam reintegrados na família, no trabalho e na sociedade, podendo levar com êxito as suas vidas.

O tratamento para ter efeito satisfatório deve abarcar todas necessidades do indivíduo e a sua avaliação constante; deve modifica-se sempre que haja necessidades em função das mutações que ele venha apresentar; deve estabelecer um período de tempo adequado; deve pressupor o aconselhamento quer individual, quer grupal; o uso de medicamentos também é eficaz para o tratamento; o tratamento deve ser bilateral, tanto para dependência como para os distúrbios mentais.

Em primeiro lugar deve ser feito a desintoxicação, não sendo obrigatório que o tratamento seja voluntário para sua eficiência; durante o tratamento deve-se efetuar os exames que visam descartar o VIH/SIDA, Hepatite B e C, tuberculose e outras patologias infecciosas; a recuperação dos indivíduos da dependência requer um processo de longo prazo e uma frequência constante no tratamento (NIDA, 1999, cit. in Borges & Filho, 2004).

De acordo com UNODC (2003, cit. in Borges & Filho, 2004), o sistema de tratamento que se aplica no abuso e na dependência, compõe-se de um grupo interligado dos serviços prestados por diversos organismos de tratamento e recuperação, que num determinado local garantem uma boa articulação da resposta face aos problemas existentes. Há alcoólicos que precisam de diversos apoios por um longo período de tempo. Dai que é fundamental que o sistema de tratamento seja integral, abrangendo organismos de grande locais, por forma a estabelecer parcerias que possam funcionar na perspectiva de dar uma resposta efetiva.

A compreensão clara do funcionamento do sistema de tratamento sobre o abuso e a dependência alcoólicos passa pela identificação da conjugação de múltiplos serviços e a maneira como se articulam em termos estruturais e da sequência lógica de ocorrências pelas quais o utente deve enfrentar para usufruir os benefícios existentes com eficácia satisfatória (EMCDDA, 1999; cit. in Borges & Filho, 2004). Todavia, o tratamento deve ser encarado na perspectiva sequencial dos serviços pelo cliente,

como um processo composto por fases, de modo a criar mudanças no utente em relação ao uso de bebidas alcoólicas, da saúde mental, da atividade psicossocial e de modo de vida, do relacionamento familiar e social, assim como dos problemas legais e de trabalho.

Segundo EMCDDA (1999, cit. in Borges & Filho, 2004) há instrumentos padrões capazes de medir com precisão as várias dimensões individuais do cliente na altura da admissão durante e após o processo terapêutico. Estes têm como principal objetivo a caracterização dos locais onde a pessoa precisa de ser intervencionada com a finalidade de se fazer uma avaliação da situação, identificando os serviços e intervenções que se ajustam com o tipo de tratamento e para avaliar o impacto que esse tem na vida do cliente. Ao mesmo tempo este permite fazer também a medição das mutações verificadas no utente durante o período. A finalidade principal é de seguir corretamente o desenvolvimento do cliente a partir dos serviços de modo a se ter a compreensão e a avaliação do processo de tratamento.

De acordo com as diferenciações que as pessoas apresentam em relação às particularidades clínicas importantes, o tratamento próprio representa um conjunto de ações de um serviço, organizadas e combinadas, bem estruturadas, com uma base interventiva para uma avaliação formal, que passa pelo encaminhamento do cliente, tratamento médico que consiste na desintoxicação e abstinência e na reabilitação com serviços de aconselhamento que constitui uma implementação de estratégias gerais de tratamento, conforme as características clínicas do cliente (APA, 2003; UNODC, 2003, cit. in Borges & Filho, 2004).

A OMS (WHO, 1993; cit. in Borges & Filho, 2004), em relação aos princípios e as etapas de tratamento, aproxima-se a uma abordagem processual, onde a maneira de abordar a pessoa, as condicionantes e as circunstâncias em cada intervenção deve estar sempre presentes.

O tratamento é descrito em três locais primários correspondente a etapas globais, tais como: aguda, activa e a de manutenção. Cada uma delas está relacionada com o tipo de prestação de cuidados, que de imediato pode ser a desintoxicação e para estabilizar a crise aguda, sendo no segundo plano efetuar o tratamento e a reabilitação que se refletem nos aspetos psicossociais concretos, onde o cliente participe ativamente, o que faz com que os esforços empreendidos permitirão que haja grande manutenção

da recuperação pessoal e reintegração no convívio social (WHO, 1993, cit. in Borges & Filho, 2004).

PARTE EMPÍRICA

Este Capítulo sistematiza os procedimentos metodológicos do presente estudo que pretende explorar as características e diferenças entre os civis e os militares quanto ao consumo excessivo de álcool. Com efeito, apresentam-se os dados da amostra, os procedimentos e respectivo protocolo de recolha de dados, bem como os resultados obtidos.

1 - Objectivos e hipóteses

O objectivo geral deste estudo é o de descrever e caracterizar os padrões de consumo de álcool em Angola, quer junto de militares, quer junto de civis.

Os objectivos específicos são determinar as diferenças entre os militares e civis quanto às taxas de prevalência de consumo de várias bebidas e quanto aos padrões de consumo de álcool.

As hipóteses colocadas são:

1. os militares apresentam taxas de prevalência de consumo de álcool superiores aos civis
2. os militares apresentam padrões consumo de álcool mais problemáticos do que os civis

2-Amostra

Foram distribuídos 200 protocolos, 100 a militares e 100 a civis.

Não obstante as insistências efectuadas pelo investigador, só foram recolhidos 122, pelo que não foram sido devolvidos ao investigador 78 protocolos.

A análise de dados somente incluiu os protocolos sem respostas omissas, pelo que se anularam 7 protocolos que tinha respostas omissas.

A amostra final do estudo é, pois, constituída por 115 indivíduos, dos quais 39 são militares e 76 são civis residentes na cidade de Benguela, ambos habitantes em zonas urbanas.

Deste modo, observou-se um *turnover* muito superior nos militares do que nos civis.

Todos os indivíduos são do sexo masculino, com idades variáveis entre 22 e 58 anos de idade, com uma média de 36.72 ± 8.35 . Os indivíduos militares ($Md = 41$) têm uma idade superior aos indivíduos civis ($Md = 32.50$, $U = 890.500$; $p = .001$)

Em relação ao estado civil, 62% dos indivíduos da amostra são solteiros, 34% são casados e 4% são divorciados, separados de fato ou viúvos, não existindo diferenças significativas entre os civis e os militares quanto a esta variável ($X^2 = 4.311$, $gl = 2$; $p = .116$)

As habilitações literárias da amostra, 26% dos sujeitos possuem o ensino superior, 62% o ensino secundário e os restantes 12% têm entre a 4ª classe e a 9ª classe. Não existem diferenças significativas entre os civis e os militares quanto ao estado civil ($X^2 = 2.408$, $gl = 2$; $p = .300$)

3 - Procedimento de recolha de dados

O procedimento de recolha de dados foi realizado durante 60 dias na área geográfica de acessibilidade logística na promoção da rede de contactos privilegiada do investigador.

A recolha de dados foi efetuada numa estrutura militar no Município da Catumbela e na própria cidade de Benguela de forma a sustentar-se uma amostra homogénea em termos demográficos e socioculturais.

Para a recolha de dados na estrutura militar do Município da Catumbela foi previamente obtida autorização do Comandante do Regimento Aéreo de Caças Bombardeiro.

Para a participação voluntária dos sujeitos no estudo foi obtido o consentimento informado sob a forma escrita de todos participantes, sem qualquer contrapartida ou benefício económico para os mesmos. O consentimento foi distribuído e recolhido à parte dos restantes instrumentos de recolha de dados, na medida em que o consentimento identifica o participante.

A recolha de dados constitui na distribuição e aplicação em formato de papel de um protocolo constituído por duas partes, sendo a primeira relativa a identificação de participante e a segunda referente ao consumo de álcool.

Após a distribuição do protocolo, o investigador solicitou individualmente e, sempre que necessário, por mais de uma vez a devolução dos mesmos.

Em todos os casos em que existiam dúvidas no preenchimento dos protocolos, o investigador esclarecia os inquiridos.

4- Instrumentos

Antes da recolha de dados foi efectuada uma reflexão falada com o protocolo de forma a detectar e a anular potenciais fragilidades.

O protocolo de recolha de dados estabelecido no âmbito do presente estudo contém uma parte sociodemográfica, questões relativas ao consumo de álcool, AUDIT, CAGE e IDTS.

As variáveis sociodemográficas consideradas no questionário de recolha de dados foram a idade, escolaridade, situação profissional, situação sociofamiliar e estado civil.

As questões relativas ao consumo de álcool medem, relativamente a várias bebidas alcoólicas, as prevalências de consumo: (i) toda a vida; (ii) usuais; (iii) e nas últimas semanas. Estas questões medem ainda a idade do primeiro consumo de álcool e as preferências por várias bebidas alcoólicas.

O AUDIT - The Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor, Thomas F et al, 2001) constitui um método de detecção precoce de alterações por consumo, desenvolvido e recomendado pela OMS desde 1989. Sendo considerado como um instrumento para a utilização nos cuidados de saúde primários. Foi validado em vários países e recentemente validado em Portugal por Cunha (2002).

De acordo com um estudo desenvolvido por Skipsey *et al.* (1997), o AUDIT definiu-se como tendo uma consistência interna excelente entre indivíduos toxicodependentes. É um dos melhores testes de avaliação porque detecta tanto os consumos pontuais como os consumos abusivos.

É constituído por 10 perguntas associadas a uma escala de 0 a 4 pontos. As respostas às perguntas de 1 a 8 são cotadas numa escala de 0 a 4 pontos e as respostas às perguntas 9 e 10 com 0, 2 e 4 pontos.

A sensibilidade do AUDIT varia entre 83 e 92% e a especificidade, entre os 92 e 98%.

Pontuações iguais ou superiores a 8 reflectem comportamentos compatíveis com consumos de risco, nocivos e/ou dependência.

O CAGE – Questionnaire (Wing, J., 1984) é o teste de avaliação mais curto, conhecido e fácil de aplicar. É comumente utilizado para determinar o risco de problemas

relacionados com o álcool, e coloca 4 questões que visam os sintomas nucleares da dependência alcoólica.

A sensibilidade deste questionário situa-se entre os 61 e os 100%, e a especificidade entre os 77 e os 96%.

A cada resposta positiva atribui-se um ponto. Resultados superiores a dois indicam um provável consumo excessivo de álcool.

De acordo com Gomes (2007), verifica-se que pontuações de zero indicam a inexistência de risco para o abuso e/ou problemas de dependência de álcool, pontuações de um e/ou dois representam um elevado risco para problemas de dependência de álcool e pontuações superiores a dois indicam um provável consumo excessivo de álcool.

O IDTS - The Inventory of Drug-Taking Situation (Annis, H. & Martin, G, 1985) foi desenvolvido a partir dos trabalhos de Alan Marlatt e seus colaboradores (Marlatt, 1978, 1979a, 1979b; Marlatt & Gordon, 1980, 1985). É um questionário de auto-relato de 50 itens, que fornece um perfil da situação de alto risco para beber. O IDTS foi escolhido por ser um modo estandardizado de recolher informação acerca das situações associadas ao consumo, esta variável poderá ter um papel mediador importante no processo e resultados terapêuticos.

Segundo a classificação descrita por Allan Marlatt, existem 8 sub escalas, que proporcionam um perfil de uso de álcool, através de 8 tipos de situações de alto risco: as emoções desagradáveis; desconforto físico; emoções desagradáveis; testes de controlo pessoal; impulsos e tentações; conflito com os outros; a pressão social para usar e os tempos agradáveis com outros.

5 – Tratamento de dados

Os dados foram codificados e tratados no IBM SPSS Statistics 20, tendo-se feito análises descritivas em termos de frequências e percentagens dos mesmos.

Em termos de estatística inferencial optou-se pela estatística não paramétrica, dado que os dois grupos constituídos apresentem efectivos bastante diferentes. Com efeito, como se disse anteriormente a amostra é constituída por 39 militares e 76 civis. Assim, em termos de efectivos, o grupo de civis é mais do que 1,5 vezes superior ao dos militares, pelo que é aconselhável o uso de estatística não paramétrica. Deste modo,

para a comparação dos civis com os militares usou-se o teste para 2 grupos independentes de Mann-Whitney U.

6 - Resultados

6.1 - Prevalência do consumo de álcool

A Tabela 1 mostra que a taxa de prevalência de consumo de pelo menos uma bebida alcoólicas ao longo da vida é 87% nos militares e de 80% nos civis, não existindo diferenças significativas entre os 2 grupos ($\chi^2 = .858$, $p = .354$).

A bebida alcoólica com maior taxa de prevalência ao longo da vida, nos 2 grupos em estudo, é a cerveja, com uma prevalência de 67% nos militares e de 74% nos civis, não existindo diferenças significativas entre estas duas taxas ($\chi^2 = .620$, $p = .431$).

Tabela 1: Prevalência de consumo de álcool

	Militares (%)	Civis (%)	χ^2	p
Vinho	63	67	.175	.675
Cerveja	67	74	.620	.431
Whisky	53	59	.413	.521
Gin	29	32	.142	.706
Capuca	24	10	3.901	.048
Dega	21	4	7.569	.006
Marufo	37	23	2.546	.111
Pelo menos uma bebida alcoólica	87	80	.858	.354

Entre as bebidas mais consumidas por militares e civis estão, também, o vinho e o whisky, tendo as duas bebidas taxas de prevalência superiores a 50% nos 2 grupos. O vinho foi consumido ao longo da vida por 63% dos militares e por 67% dos civis ($\chi^2 = .175$, $p = .675$), enquanto o whisky foi consumido por 53% dos militares e por 59% dos civis ($\chi^2 = .413$, $p = .521$).

O gin tem uma taxa de prevalência de 29% nos militares e de 32% nos civis ($\chi^2 = .142$, $p = .706$), enquanto o marufo tem uma prevalência de 37% nos militares e de 23% nos civis ($\chi^2 = .858$, $p = .111$). Assim, os militares e os civis não se diferenciam estatisticamente nas taxas de prevalência de consumo de vinho, whisky, gin e marufo.

A capuca e a dega são as bebidas com taxas de prevalência menores nos 2 grupos e são as que bebidas onde se encontram diferenças com significado estatístico nos 2 grupos em estudo. Com efeito, nos militares, a taxa de prevalência de consumo de capuca é de 24%, enquanto nos civis a taxa é de 10% ($\chi^2 = 3.901$, $p = .048$). Quanto à

dega a taxa de prevalência nos militares é de 21% e nos civis é de 4% ($X^2 = 7.569$, $p = .006$).

Em suma, quase todos os militares e civis já usaram bebidas alcoólicas, sendo, nos 2 grupos, a cerveja, o vinho e o whisky as bebidas mais experimentadas. As duas bebidas com menores taxas de prevalência são a capuca e a dega. Os militares e os civis só se diferenciam nas taxas de prevalência de capuca e de dega, sendo que os militares têm taxas de prevalência superiores aos civis.

6.2 - Idade dos primeiros consumos

Na Tabela 2 são apresentadas as idades em que se efectuam os primeiros consumos. Como se observa nos militares os primeiros consumos ocorrem aos 20 ou mais anos, enquanto para os civis as primeiras experiências com as diferentes bebidas em estudo ocorrem, em geral, antes dos 20 anos, sendo de destacar a idade de iniciação da dega (4) e da capuca (10)

Tabela 2: Idade do 1º consumo

	Militares (Md)	Civis (Md)	U	p
Vinho	21	18	350.500	.003
Cerveja	20	18	440.000	.006
Whisky	23	20	258.500	.024
Gin	24	21	101.500	.086
Capuca	22	10	25.500	.190
Dega	26	4	17.500	.400
Marufo	25	18	88.000	.106
Primeira bebida alcoólica	20	18	669.000	.009

Em relação ao gin ($U = 101.500$, $p = .086$), à capuca ($U = 25.500$, $p = .190$), à dega ($U = 17.500$, $p = .400$) e ao marufo ($U = 88.000$, $p = .106$), as idade do 1º consumo são iguais nos militares e nos civis.

Os civis ($Md = 18$) têm a 1ª experiência com álcool mais cedo do que os militares ($Md = 20$, $U = 669.000$; $p = .009$). Além disso, os civis experimentam mais cedo do que os militares, o vinho ($Md = 21$ vs $Md = 18$; $U = 350.500$, $p = .003$), a cerveja ($Md = 20$ vs $Md = 18$; $U = 440.000$, $p = .006$) e o whisky ($Md = 23$ vs $Md = 20$; $U = 258.500$, $p = .024$).

Em suma, os civis tendem a ter experiências com álcool mais cedo do que os militares, nomeadamente com o vinho, a cerveja e o whisky. Destaque-se a idade precoce da primeira experiência com dega e capuca nos civis.

6.3 - Consumos usuais e atuais

Em termos de consumos usuais, Tabela 3, e atuais, Tabela 4, em relação a todas as bebidas consideradas, não se observam diferenças entre os militares e os civis.

Tabela 3: Normalmente consome

	Militares (Md)	Civis (Md)	U	p
Vinho	2	2	1312.500	.533
Cerveja	2	2	1323.000	.758
Whisky	1	1	1043.000	.130
Gin	1	1	1055.000	.221
Capuca	1	1	1227.500	.429
Dega	1	1	1242.000	.375
Marufo	1	1	1321.000	.539

(1 – Nenhum dia, 2 – Alguns dias, 3 – Todos os dias)

Refira-se que quer os níveis de consumo usuais, quer os níveis de consumo das últimas semanas reportados são, em geral, baixos nos militares e nos civis. Com efeito, nos dois grupos, os consumos usuais têm mediana de 1 (correspondente a nenhum dia) para o whisky, gin, capuca, dega e marufo e mediana 2 (correspondente a alguns dias) para o vinho e cerveja.

Tabela 4: Nas últimas semanas consumiu

	Militares (Md)	Civis (Md)	U	p
Vinho	1	1	1147.000	.116
Cerveja	1	2	1219.500	.438
Whisky	1	1	1073.000	.050
Gin	1	1	1211.500	.144
Capuca	1	1	1336.500	.338
Dega	1	1	1322.500	.325
Marufo	1	1	1363.000	.247

(1 – Nenhum dia, 2 – Alguns dias, 3 – Todos os dias)

Em relação aos consumos nas últimas semanas, com excepção da cerveja nos civis que tem mediana de 2, a mediana é sempre de 1.

Em suma, os consumos usuais e nas últimas semanas são iguais nos militares e nos civis e tendem a ser baixos.

6.4 – Gostar de bebidas alcoólicas

A Tabela 5 apresenta o gosto pelas bebidas alcoólicas. O vinho, a cerveja e o whisky são as bebidas preferidas dos militares e dos civis, sendo que estes demonstram uma preferência maior pela cerveja.

Tabela 5: Gostava de...

	Militares (Md)	Civis (Md)	U	p
Vinho	2	2	1477	.975
Cerveja	2	3	1211.500	.097
Whisky	2	2	1406.500	.810
Gin	1	1	1350.500	.597
Capuca	1	1	1445.500	.890
Dega	1	1	1438.500	.812
Marufo	1	1	1314.000	.242

(1 - Não Gosto, 2 - Gosto Pouco, 3 - Gosto; 4 - Gosto Muito)

Em qualquer uma das bebidas consideradas, não existem diferenças com significado estatístico entre os gostos dos militares e dos civis.

Em suma, o vinho, a cerveja e o whisky são as bebidas preferidas, revelando os militares e os civis gostos iguais.

6.5 - Detecção de padrões de consumo

A detecção de padrões de consumo através do AUDIT e do CAGE é apresentada na Tabela 6

Tabela 6: Padrões de consumo

	Militares (M±DP)	Civis (M±DP)	t	p
AUDIT	9.38±8.20	11.51±9.33	1.205	.231
CAGE	2.00±1.59	1.97±1.37	.092	.926

O valor obtido no AUDIT é de 9.38±8.20 nos militares e de 11.51±9.33 nos civis, portanto acima do ponto de corte de 8 entre os consumos problemáticos e os consumos não problemáticos, não existindo diferenças significativa entre os 2 grupos ($t = 1.205$, $p = .231$). No CAGE, os militares têm um valor de 2.00±1.59 e os civis de 1.97±1.37, estando, assim, os 2 grupos em cima do valor de corte de 2 entre os consumos de risco e os consumos de não risco, não existindo, igualmente, diferenças significativa entre os 2 grupos ($t = .092$, $p = .926$).

Em suma os padrões de consumo dos militares e dos civis não se diferenciam. Nos 2 grupos os padrões de consumo quer medidos pelo AUDIT, quer medidos pelo CAGE, indicam padrões de consumo problemáticos.

6.6 – Situações de alto risco para beber

O grupo dos civis e o grupo dos militares não apresentam diferenças significativas entre si quanto às situações de alto risco para beberem, Tabela 7.

Tabela 7: Situações de alto risco para beber

		Militares (M±DP)	Civis (M±DP)	t	p
Situações Negativas	Emoções Desagradáveis	49.57±17.57	52.59±17.83	.863	.390
	Desconforto Físico	50.77±19.68	51.23±19.17	.120	.904
	Conflitos Interpessoais	48.03±18.19	52.11±18.77	1.113	.268
Situações Positivas	Tempo agradável com os outros	61.71±22.31	65.00±25.93	.674	.501
	Emoções Agradáveis	62.05±22.49	67.63±27.34	1.098	.275
Situações de Tentação	Tentações	50.60±19.92	52.28±17.96	.458	.648
	Pressão Social	57.61±24.45	62.46±25.92	.968	.335
	Teste de Controlo Pessoal	53.50±19.67	58.77±22.72	1.230	.221

Com efeito, nas situações negativas, nas situações positivas e nas situações de tentação os dois grupos têm resultados estatisticamente iguais. Por exemplo,

Em termos de emoções desagradáveis que podem conduzir a comportamentos de consumo, os militares têm uma média de 49.57±17.57 e os civis uma média de 52.59±17.83 ($t = .863$, $p = .390$), enquanto na emoções agradáveis que podem conduzir a comportamentos de consumo, os militares têm uma média de 62.05±22.49 e os civis uma média de 67.63±27.34 ($t = .863$, $p = .390$).

Em suma, Não há diferenças entre os militares e os civis quanto às situações de alto risco para beberem.

Conclusões

Destaque-se, antes de mais, o elevado *turnover* na recolha dos questionários, sobretudo entre os militares. Este fato pode evidenciar receio de responder ao protocolo, tentando-se ocultar dados sobre consumos

Uma primeira conclusão deste estudo é que os militares e os civis apresentam, em geral, as mesmas taxas de prevalência e o mesmo padrão de consumo de álcool. Deste modo, as 2 hipóteses que colocamos não se verificam. As únicas diferenças entre os militares e os civis relacionam-se com as taxas de prevalência de capuca e de dega, sendo a taxa dos militares superior à dos civis, e com as idades de iniciação no consumo de álcool, sendo que os civis tendem a ter experiências com álcool mais cedo do que os militares, nomeadamente com o vinho, a cerveja e o whisky e tendem ter a primeira experiência com dega e capuca muito precocemente.

Em termos de caracterização os padrões de consumo de álcool em Angola, quer junto de militares, quer junto de civis podemos concluir que a experimentação de bebidas alcoólicas é usual, sendo, a cerveja, o vinho e o whisky as bebidas mais experimentadas. As duas bebidas com menores taxas de prevalência são a capuca e a dega. O vinho, a cerveja e o whisky são, também, as bebidas preferidas. Os consumos usuais e nas últimas semanas auto relatados tendem a ser baixos, mas os instrumentos de medida de consumos indicam, em geral, padrões de consumo problemáticos.

O consumo de álcool parece, pois, ser um problema disseminado na sociedade angolana. Por um lado, há dificuldade em assumir o consumo de álcool, por outro, os consumos de álcool tendem a ser problemáticos.

BIBLIOGRAFIA

- APA-practice guidelines for treatments with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. APA clinical. [www.psych.org/clin res/pg substance 1. cfm](http://www.psych.org/clin_res/pg_substance_1.cfm) (31-03-2003).
- ASAM-public policy statement on treatment for alcoholism and other drug dependencies. In ASAM-syllabus for review in addiction medicine. Washington, DC: American society of addiction medicine, 1990.
- EDWARDS, G – o tratamento do alcoolismo. Sao Paulo: Martins fonts, 1995.
- EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION- Evaluating the treatment of drug abuse in the European union. Lisboa: EMCDDA 1999. scientific monograph series nº3
- MCLELLAN, A; MCKAY, J- Components of successful addiction treatment. In GRAHAM, A et al.- principles of addiction medicine. 3ª edição Chevy Chase, MD: American society of addiction medicine (ASAM) 2003*
- MONTEIRO, M- World health organization programme on substance abuse. In EMCDDA- Evaluating the treatment of drug abuse in the European Union. Luxembourg: office for official publication of the European communities 1999.
- NIDA-principles of drug addiction treatment: a research-based guide Rockville, MD. National institute on drug abuse, national institutes of Health 1999.
- SHULMAN, G.; OCONNOR, R – Depois da desintoxicação: a reabilitação do alcoolista. In GITLOW, S.; PEYSER.
- Alcoolismo. Ponto Alegre: Editora Artes Médicas, 1991.
- UNODC –Drug abuse treatment and rehabilitation: a practical planning and implementation guide New York: United Nations office on Drug and crime, 2003.
- UNODCCP— Demand reduction : a glossary of

- WHO—Approaches to treatment of substance abuse (WHO/PSA/93.10). Geneva: World Health organization, 1993.
- WHO—Evaluation of psychoactive substance use disorder treatment: framework workbook. Geneva: World Health organization 2000.

WHO—Expert committee on drug Dependence. 30 report. Geneva: WHO,1998.WHO technical report series, nº 873.

WHO—The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva. World Health organization 2001.

JOHNSON, H.(1999), História Universal do Vinho, Lisboa, Litexa.

ADES.; LEJOYEUX, M.(1997), Comportamentos alcóolicos e Seu Tratamento(trad), Lisboa, Climepsi Editores.

BIBLIA SAGRADA. Trad. João Ferreira de Almeida. 2.ed. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1993.

-ALARCÃO , Madalena – *Do uso ao abuso do álcool: fragmentos de vidas familiares.*

In *Álcool, tabaco e jogo – do lazer aos consumos de risco.* Coimbra : Editora Quarteto, 2003.

-BREDA, João – *Bebidas alcoólicas e jovens escolares : um estudo sobre consumos, conhecimentos e atitudes.* In: Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra. ISSN Ano 0, nº 0, 1997.

CHURCH, O.M.—USA foreword. In COOPER, D.B.—*Alcohol Use.* Oxon: Radcliffe Medical, 2000.

SZZATI,M, et al. –comparative Risk Assessment collaborative Group: Selected major LAST, JM-Um Dicionário de Epidemiologia. Associação Internacionalde Epidemiologia, Nova Iorque: Oxford University Press, 1988. (trad. Para português por Cayolla da Motta. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde,199599).

LEIFMAN, H.; OSTERBERG,E.; RAMSTEDT,M-Alcohol in postwar Europe: a discussion of indicators on consumption and alcohol-related harm. Stockholm:National Institute of Public - Health,2002.

MARINHO, R.T.—Perspectiva médica sobre a taxa de alcoolémia de 0,2mg/ml.Revista Portuguesa de Clínica Geral. 17 (2001)471—485.

- CARVALHO, A. A. – *As bebidas alcoólicas em Portugal*. In Relatório de Primavera 2002 do OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública. 2002.
- CARVALHO, Alvaro A. – *Bebidas alcoólicas – problema de saúde pública*. In *Álcool, tabaco e jogo : do lazer aos casos de risco*. Coimbra : Editora Quarteto, 2003.
- GAMEIRO, Aires – *Depender do álcool : considerados simples para quem ajuda e para quem é ajudado*. 3ª ed.. Telhal : Edições de “O Arauto”, 1979.
- GAMEIRO, Aires – *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal – 1985, 1991, 1997*. [S I]: Editorial Hospitalidade, 1998.
- MELLO, Maria Lucilia Mercês de [et al.]- *Manual de Alcoologia para o clínico geral*. Coimbra : Delagrangue, 1988.
- MELLO, M.L. ; BARRIAS, J. ; e BRENDA, J. – *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.
- MICHEL, Oswaldo R. – *Álcool, drogas e alucinações : como tratar*. Rio de Janeiro : Editora Revinter, 2002.
- ROSA, Armando – *Os filhos de alcoólicos e o insucesso escolar*. Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia. Coimbra : Centro Regional de Alcoologia de Coimbra. ISSN Vol. II, nº 2 suple. (Maio/Agosto 1993).
- SCHUCKIT, Marc – *Abuso de álcool e drogas : uma orientação clínica do diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre : Editora Artes Médica, 1991.
- ZAGO, J. A. – *Considerações sobre os aspectos psicossociais, clínicos e terapêuticos da Agra, (1980) Entre Droga e Crime, Actores, Espaços, Trajectórias*. Lisboa: Notícias Editorial
- American Psychiatric Association (2002). DSM-IV-TR; *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – TR*. (4ª Ed.) Lisboa: Climepsi Editores.

- Anglin, M.; Almong, I.; Fisher, D., & Peters, R. (1989). "Alcohol use by heroin addicts: Evidence for an inverse relationship. A study of methadone maintenance and drugs free treatment sample". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15, 191-207.
- Backmund, Markus; Christian G., Schütz, Kirsten Meyer, Dieter Eichenlaub, Michael Soyka (2003) "Alcohol consumption in heroin users, methadone – substituted and codeine – substituted patients – frequency and correlates of use". *European and addiction research*. 9.1, 45-50.
- Bickel, W. K.; Marion, I.; Lowinson, J. (1987) "Treatment of alcoholic methadone patients: a review". *Journal os Substance Abuse and Treatment*. 4, 15-19.
- Bickel, W. & Rizzuto, P. (1991). "The naturalistic patterns of Alcohol consumption in alcoholic methadone patients". *Journal Study Alcohol*, 52 (5), 454-457.
- Costa, Nuno Félix da; Marques, Rui (2002) "Representações mentais de substâncias psicoactivas. *Revista Toxicodependências*". Lisboa: 8:1, 3-12.
- Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco (2006), *Psic., Saúde & Doenças* v.7 n.1 Lisboa.
- Ehrenstein, Vera; Horton, Nicholas; Samet, Jeffrey (2007) "Inconsistent condom use among HIV-infected patients with alcohol problems". *Drug Alcohol Dependence*. 73:2, 159-166.
- El-Bassel, N.; Schiling, R.; Turnbull, J., & Su, K. (1993)." Correlates of alcohol use among methadone patients". *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (3),681-686.
- Gossop, Michael; P. Griffiths; B. Powis; J. Strang (1993) – "Severity of heroin dependence and HIV risk sharing injecting equipment". *AIDS care*. 5:2
- Gossop, Michael; Marsden, John; Stewart, Duncan (2002). "Patterns of drinking and drinking outcomes among drug misusers. 1 – year follow-up results". *Journal of substance abuse*. 19:1 (2002) p.45-50.
- Gossop, Michael; Marsden, John; Stewart, Duncan (2002). "Dual dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems". *Addiction*. - Hillbrand, Jennifer (2001). "Excessive alcohol consumption and drinking expectation

- among clients in methadone maintenance". *Journal of substance abuse treatment*. -L. K., Muller, M. C. M., Nascimento, C. A. M., Noal, M. H. O., Plein, F. A. S., & Zadra, C. N. (1995). "Depressão em alcoólicos hospitalizados". *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44 (12), 625-629.
- MacManus, E. & Fitzpatrick, C. (2007). "Alcohol dependence and mood state in a population receiving methadone maintenance treatment". *Irish Journal of Psychology Medical*, 24 (1), 19-22.
- Masur, J.; Monteiro, M.G. (1983) "Validation of the "CAGE" Alcoholism Screening Test in a Brazilian Psychiatric Inpatient Hospital Setting". *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 16: 215-218.
- McCUSKER, Monica. (2001). "Influence of hepatitis C status on alcohol consumption in opiate users in treatment". *Addiction*. London: *Chelsea and Westminster Mental health NHS Trust Substance Misuse Service*. 96:7, 1007-1016.
- McCUSKER, Monica. (2002). "Hazardous and harmful drinking: a comparison of the Audit and Cage screening questionnaires". *Q. Journal Medicine*. London. 95, 591-596.
- Mello, Maria Lucília; Barrias, José; Breda (2001). "Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal". Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 925-9425-93-0. 115-120.
- Mórel, Alain; Hervé, François; Fontaine, Bernard (1998). *Cuidado ao toxicod dependente. Coleção Alcoolismo e Toxicomanias Modernas 4*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN 972-8449-15-1. 563.
- OMS (2000). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ottomanelli, G. (1999). "Methadone patients and alcohol abuse". *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 16 (2), 113-121.
- Patrício, L. (1997). *Face à droga: como (re) agir?* Lisboa: Figueirinhas.
- Pessione, F. (1998). "Effect of alcohol consumption on serum hepatitis C virus RNA and histological lesions in chronic hepatitis C". *Journal Hepatology*. 27.
- Rehm, J. (2001). "Steps towards constructing a global comparative risk analysis for alcohol consumption: determining indicators and empirical Weights for patterns os

drinking, deciding about theoretical minimum, and dealing with different consequences. *European Addiction Research*. 7:3. 138-147.

-WHO (2004). "*Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*". World Health Organization: Geneva. *dogradução*. Informação Psiquiátrica, 1996±

O Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte está a realizar um estudo sobre Consumos de Álcool, inserido no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

As suas respostas são confidenciais – não serão reveladas a ninguém – e destinam-se, exclusivamente, para fins de investigação científica. Por isso mesmo, não terá de se identificar. Interessa-nos a sua resposta sincera. Não há boas ou más respostas. Não existe qualquer limite de tempo.

Parte I – Identificação

Idade: _____ Anos

Habilitações literárias: _____

Quantas vezes reprovou: _____

Faltava escola: Sim Não

Situação actual: Profissional Desempregado Empregado

É militar: Sim Não Se sim, há quantos _____ anos tempo: _____

Com que idade começou a trabalhar: _____ Anos

Situação Conjugal: Solteiro Casado/União facto Divorciado/Separado Viúvo

Tem filhos: Sim Não Se sim quantos _____ filhos: _____

Parte II– Consumo de Álcool

Diga se já consumiu alguma das seguintes bebidas alcoólicas e, se sim, com que idade o fez pela primeira vez

Vinho Sim Não Se sim, com _____ Anos

Cerveja Sim Não Se sim, com _____ Anos

Whisky Sim Não Se sim, com _____ Anos

Gin Sim Não Se sim, com _____ Anos

Capuca Sim Não Se sim, com _____ Anos

Dega Sim Não Se sim, com _____ Anos

Marufo Sim Não Se sim, com _____ Anos

Gosta de ...

Vinho	<input type="checkbox"/>	Gosto Muito	<input type="checkbox"/>	Gosto	<input type="checkbox"/>	Gosto Pouco	<input type="checkbox"/>	Não Gosto
Cerveja	<input type="checkbox"/>	Gosto Muito	<input type="checkbox"/>	Gosto	<input type="checkbox"/>	Gosto Pouco	<input type="checkbox"/>	Não Gosto
Whisky	<input type="checkbox"/>	Gosto Muito	<input type="checkbox"/>	Gosto	<input type="checkbox"/>	Gosto Pouco	<input type="checkbox"/>	Não Gosto
Gin	<input type="checkbox"/>	Gosto Muito	<input type="checkbox"/>	Gosto	<input type="checkbox"/>	Gosto Pouco	<input type="checkbox"/>	Não Gosto
Capuca	<input type="checkbox"/>	Gosto Muito	<input type="checkbox"/>	Gosto	<input type="checkbox"/>	Gosto Pouco	<input type="checkbox"/>	Não Gosto
Dega	<input type="checkbox"/>	Gosto Muito	<input type="checkbox"/>	Gosto	<input type="checkbox"/>	Gosto Pouco	<input type="checkbox"/>	Não Gosto
Marufo	<input type="checkbox"/>	Gosto Muito	<input type="checkbox"/>	Gosto	<input type="checkbox"/>	Gosto Pouco	<input type="checkbox"/>	Não Gosto

Normalmente consome

Vinho	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Cerveja	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Whisky	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Gin	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Capuca	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Dega	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Marufo	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia

Agora, diga se na última semana consumiu

Vinho	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Cerveja	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Whisky	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Gin	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Capuca	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Dega	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia
Marufo	<input type="checkbox"/>	Todos os dias	<input type="checkbox"/>	Alguns dias	<input type="checkbox"/>	Nenhum dia

Pedimos-lhe, agora, que assinale em relação à sua situação pessoal qual a resposta que melhor se adequa a si. Por exemplo, se bebe bebidas alcoólicas todos os dias deve assinalar uma cruz na resposta quatro ou mais vezes por semana como neste exemplo.

Quatro ou mais vezes por semana	Duas a três vezes por semana	Duas a quatro vezes por mês	Uma vez por mês ou menos	Nunca
✕				

Se nunca bebe bebidas alcoólicas deve assinalar uma cruz como no exemplo seguinte.

Quatro ou mais vezes por semana	Duas a três vezes por semana	Duas a quatro vezes por mês	Uma vez por mês ou menos	Nunca
				✕

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

Quatro ou mais vezes por semana	Duas a três vezes por semana	Duas a quatro vezes por mês	Uma vez por mês ou menos	Nunca

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

Dez ou mais	De sete até nove	Cinco ou seis	Três ou quatro	Uma a duas

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

Diariamente ou quase diariamente	Pelo menos uma vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

Diariamente ou quase diariamente	Pelo menos uma vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

Diariamente ou quase diariamente	Pelo menos uma vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?

Diariamente ou quase diariamente	Pelo menos uma vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

Diariamente ou quase diariamente	Pelo menos uma vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência **não** se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

Diariamente ou quase diariamente	Pelo menos uma vez por semana	Pelo menos uma vez por mês	Menos de uma vez por mês	Nunca

9. Já alguma vez ficou ferido ou alguém ferido por **voçê** ter bebido?

Não

Sim, mas **não nos últimos 12 meses**

Sim, **aconteceu nos últimos 12 meses**

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

Não

Sim, mas **não nos últimos 12 meses**

Sim, **aconteceu nos últimos 12 meses**

Assinale, agora, se as seguintes situações lhe acontecessem ou não.

1. Já lhe aconteceu ter de beber logo ao levantar, para aliviar a sensação de mal estar?

Sim Não

2. Já pensou que deveria reduzir ou deixar de ingerir bebidas alcólicas?

Sim Não

3. Já alguma vez se sentiu desgostoso e triste com os seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

Sim Não

4. Já se sentiu desagradado com os comentários que outras pessoas tenham feito acerca dos seus hábitos de consumo de bebidas alcoólicas?

Sim Não

Seguidamente, são descritas algumas situações ou acontecimentos em que algumas pessoas consomem álcool. Leia atentamente cada uma das afirmações e assinale a resposta que mais se adequa ao seu consumo durante os últimos 12 meses.

Se NUNCA bebeu nessa situação, assinale 1;

Se RARAMENTE bebeu nessa situação, assinale 2;

Se FREQUENTEMENTE bebeu nessa situação, assinale 3;

Se QUASE SEMPRE bebeu nessa situação, assinale 4.

<u>Nos últimos 12 meses, eu bebi:</u>	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
1. Quando estava deprimido(a) com as coisas em geral;	1	2	3	4
2. Quando me sentia trémulo(a), doente ou com enjoos;	1	2	3	4
3. Quando estava feliz;	1	2	3	4
4. Quando sentia que não havia outra saída;	1	2	3	4
5. Quando eu queria ver se era capaz de beber com moderação;	1	2	3	4
6. Quando estava em lugares onde já tinha bebido ou comprado álcool;	1	2	3	4
7. Quando me sentia tenso(a) ou agitado(a) com a presença de alguém;	1	2	3	4
8. Quando me convidavam para ir a casa de alguém e me sentia desconfortável em recusar uma bebida quando me era oferecida;	1	2	3	4
9. Quando me encontrei com alguns amigos e queríamos passar um bom bocado;	1	2	3	4
10. Quando era incapaz de expressar os meus sentimentos a alguém;	1	2	3	4
11. Quando sentia que me desiludia a mim mesmo;	1	2	3	4
12. Quando tinha problemas de sono;	1	2	3	4
13. Quando me sentia confiante e relaxado(a);	1	2	3	4
14. Quando estava aborrecido(a);	1	2	3	4
15. Quando queria provar a mim mesmo que o álcool não era um problema para mim;	1	2	3	4
16. Quando, inesperadamente, encontrei uma/alguma desta droga ou aconteceu ver algo que mas recordou;	1	2	3	4
17. Quando outras pessoas me rejeitavam ou pareciam não gostar de mim;	1	2	3	4
18. Quando saía com amigos e eles sugeriam insistentemente para irmos beber;	1	2	3	4
19. Quando estava com um amigo(a) íntimo(a) e queríamos sentir-nos ainda mais próximos;	1	2	3	4
20. Quando outras pessoas me tratavam injustamente ou interferiam nos meus planos;	1	2	3	4
21. Quando me sentia sozinho(a);	1	2	3	4
22. Quando queria ficar acordado(a), estar mais activo(a) ou estar mais	1	2	3	4

<u>Nos últimos 12 meses, eu bebi:</u>	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
energético(a);				
23. Quando me sentia entusiasmado(a) com algo;	1	2	3	4
24. Quando me sentia ansioso(a) ou tenso(a) com algo;	1	2	3	4
25. Quando queria descobrir se poderia beber ocasionalmente sem ficar dependente;	1	2	3	4
26. Quando tinha consumido drogas e pensava em beber;	1	2	3	4
27. Quando sentia que a minha família punha muita pressão sobre mim ou que não conseguia corresponder às suas expectativas;	1	2	3	4
28. Quando outros no mesmo quarto estavam a beber e eu sentia que eles esperavam que eu me juntasse a eles;	1	2	3	4
29. Quando estava com amigos e queria aumentar o meu prazer;	1	2	3	4
30. Quando eu não me dava bem com os outros na escola ou no trabalho;	1	2	3	4
31. Quando me começava a sentir culpado(a) em relação a qualquer coisa;	1	2	3	4
32. Quando queria perder peso;	1	2	3	4
33. Quando eu me estava a sentir satisfeito(a) com a vida;	1	2	3	4
34. Quando me senti sobrecarregado(a) e queria escapar;	1	2	3	4
35. Quando queria testar se poderia estar com amigos que bebem, sem eu estar a beber;	1	2	3	4
36. Quando ouvia alguém a falar sobre experiências passadas com o álcool;	1	2	3	4
37. Quando havia brigas em casa;	1	2	3	4
38. Quando era pressionado(a) para beber, e sentia que não poderia recusar;	1	2	3	4
39. Quando queria comemorar com um amigo;	1	2	3	4
40. Quando alguém ficou insatisfeito com o meu trabalho ou me sentia pressionado(a) na escola ou trabalho;	1	2	3	4
41. Quando estava zangado(a) com algo sucedido;	1	2	3	4
42. Quando tinha dor de cabeça ou estava com dores;	1	2	3	4
43. Quando recordava algo de bom que aconteceu;	1	2	3	4
44. Quando me sentia confuso(a) sobre o que deveria fazer;	1	2	3	4
45. Quando queria testar se poderia estar em lugares onde o álcool estava a ser consumido sem que consumisse;	1	2	3	4
46. Quando começava a pensar como era bom uma bebida;	1	2	3	4
47. Quando sentia que necessitava de coragem para enfrentar alguém;	1	2	3	4
48. Quando estava com um grupo de pessoas e todas estavam a beber ;	1	2	3	4
49. Quando estava a passar um bom bocado e queria aumentar o meu	1	2	3	4

<u>Nos últimos 12 meses, eu bebi:</u>	NUNCA	RARAMENTE	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
prazer sexual;				
50. Quando sentia que alguém estava a tentar controlar-me e queria sentir-me mais independente.	1	2	3	4