



UC/FPCE — 2009

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

*AQUA VITAE: FACTORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE
ÁLCOOL ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIAS DE
COIMBRA*

João Alfredo Marques de Sousa
e-mail: joaoalfredosousa@gmail.com

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Subespecialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor Rui Paixão

Resumo

O presente trabalho é um levantamento epidemiológico dos hábitos de consumo de álcool da população feminina universitária inscrita na primeira fase do Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Secundariamente investigaram-se os factores associados ao consumo de álcool, e analisaram-se as diferenças entre três grupos de consumo constituídos por abstémias, consumidoras ocasionais e *binge-drinkers*. Segundo os resultados obtidos as alunas apresentaram altas prevalências no consumo de álcool, assim como reportaram o consumo de tabaco, cannabis e outras drogas, e o envolvimento em comportamentos de risco. A análise das diferenças entre as alunas pertencentes aos três grupos de consumo revelou que as alunas que praticaram *binge-drinking*, reportaram um maior consumo de tabaco e cannabis quando comparadas com as suas colegas consumidoras ocasionais ou abstémias; assim como se envolveram em mais comportamentos de risco. No entanto, a análise das diferenças entre as alunas pertencentes aos diferentes grupos de consumo de álcool, relativamente às dimensões de personalidade e aos resultados obtidos nas escalas de sintomas psicopatológicos, não foi conclusiva.

Palavras-chave: *Binge-drinking*; alcoolismo; álcool, drogas e comportamentos de risco; consumo de álcool e dimensões da personalidade; consumo de álcool e sintomas psicopatológicos.

Abstract

The present paper is an epidemiological survey of the alcohol drinking practices in the feminine university population that attend de first phase of the Mestrado Integrado em Psicologia, of the Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Secundarily the paper analysis the factors associated with the alcohol drinking habits, and the differences between the three groups formed by abstainers, occasional drinkers and binge-drinkers. According with the results the students reported high prevalence in the alcohol, tobacco and drugs use, and engaging in health-compromising behaviors. The analysis of the differences between the students in the three groups of alcohol consumption revealed that the binge-drinkers reported higher values of tobacco and drugs use, as well as health-compromising behaviors engaging, when compared with abstainers and occasional drinkers. However the analysis of the differences between the groups related with personality variables and psychopathological symptoms were not conclusive.

Key Words: binge-drinking; alcohol abuse; alcohol, drugs and health compromising behaviors; alcohol use and personality dimensions; alcohol use and psychopathological symptoms.

Agradecimentos

A quem posso eu agradecer além da minha família?

A todos aqueles e aquelas
que me provaram que o amor é a única forma de viver.

Ao Professor Doutor Rui Paixão
pela disponibilidade, paciência, mestria e brio.

À Dra. Cláudia Figueiredo
pela preciosa ajuda.

À F.P.C.E-U.C. e aos docentes
que tornaram este projecto possível.

Às alunas do Mestrado Integrado em Psicologia
pela colaboração.

E a todos aqueles
que de uma forma directa ou indirecta
contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

Obrigado

Índice

Introdução.....	2
I. Enquadramento conceptual.....	6
1. Enquadramento histórico.....	6
2. Alcoologia e tipos de alcoolismo.....	7
3. Etiologia geral da doença alcoólica.....	10
4. Alguns dados estatísticos relativos a Portugal.....	13
5. <i>Binge-drinking</i> e factores associados.....	14
II. Objectivos e hipóteses.....	18
III. Metodologia.....	20
1. Instrumentos.....	20
2. Procedimentos e Amostra.....	21
3. Análise dos Dados.....	22
IV. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	23
1. Características Sócio-demográficas.....	23
2. Consumo de Álcool.....	24
3. Comportamentos\Actividades Relacionados com o Consumo de Álcool	27
4. Consumo de Tabaco.....	31
5. Consumo de “Drogas”.....	33
6. EPQ.....	35
7. BSI.....	36
V. Conclusões.....	41
Bibliografia.....	44
Anexos.....	48

Álcool

*Guilhotinas, pelouros e castelos
Resvalam longemente em procissão;
Volteiam-me crepúsculos amarelos,
Mordidos, doentios de roxidão.*

*Batem asas de auréola aos meus ouvidos,
Grifam-me sons de cor e de perfumes,
Ferem-me os olhos turbilhões de gumes,
Descem-me a alma, sangram-me os sentidos.*

*Respiro-me no ar que ao longe vem,
Da luz que me ilumina participo;
Quero reunir-me, e todo me dissipo —
Luto, estrebucho... Em vão! Silvo pra além...*

*Corro em volta de mim sem me encontrar...
Tudo oscila e se abate como espuma...
Um disco de oiro surge a voltear...
Fecho os meus olhos com pavor da bruma...*

*Que droga foi a que me inoculei?
Ópio de inferno em vez de paraíso? ...
Que sortilégio a mim próprio lancei?
Como é que em dor genial eu me eternizo?*

*Nem ópio nem morfina. O que me ardeu,
Foi álcool mais raro e penetrante:
É só de mim que ando delirante —
Manhã tão forte que me anoiteceu.*

Mário de Sá-Carneiro

Introdução

“Segundo Sournia (1986), a alcoolização de um indivíduo ou de uma comunidade é um fenómeno sociológico que se deve a um conjunto de circunstâncias numerosas que constituem a história do próprio homem. Em todos os continentes, a maioria dos povos descobriu o processo de fermentação, e pouco são os ritos de passagem que não são acompanhados pelo consumo de álcool.” (Dias, 2006, p.28)

Actualmente, o abuso do álcool tem alcançado proporções massivas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, e está associado a uma série de consequências adversas, das quais o alcoolismo é apenas uma pequena parte. O problema do alcoolismo transformou-se sem dúvida, num dos fenómenos sociais mais generalizados das últimas décadas (Carvalho, 2003).

Portugal, e praticamente todos os países europeus do mediterrâneo, é um país de longa tradição vitivinícola. O consumo de vinho incorporou-se nos nossos rituais e tradições e faz parte da chamada “dieta mediterrânea” exercendo uma poderosa influencia em diversos sectores económicos de grande importância. No entanto o uso de bebidas alcoólicas começa a ser um problema social e 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. Um dos exemplos de alerta em relação ao consumo excessivo de álcool é dado por Michel (2002) que afirma que, aparentemente, a nossa sociedade valoriza os aspectos benéficos do uso de bebidas alcoólicas, mais do que teme as consequências maléficas da facilidade de acesso quase ilimitada. Assim, o álcool é uma droga subestimada, pois a nossa cultura encara-o como fonte integrante de uma vida “normal”.

Apesar de o alcoolismo continuar a afectar, sobretudo, os homens com mais de 30 anos de idade, é cada vez maior o número de mulheres e jovens com problemas ligados ao consumo de álcool. Assim, e segundo Carvalho (2003) é inquestionável a universalidade do risco, afectando mais recentemente os grupos populacionais mais vulneráveis e tradicionalmente de baixo consumo: jovens e mulheres. No entanto, a importância epidemiológica do álcool acontece não só porque é a droga mais consumida por adolescentes e jovens, mas também pelo protagonismo que o seu consumo adquiriu nos tempos livres, como substância de referência nas relações sociais dos jovens, isto é, o consumo de álcool passou a ser um componente essencial, articulador e dinamizador dos tempos livres de muitos jovens. Num estudo efectuado por Gameiro (1998), na população jovem (15-24 anos), cerca de 500 mil jovens já consomem bebidas alcoólicas três vezes por semana ou mais. E segundo o mesmo autor: *“focar os problemas do álcool apenas nos alcoólicos em fase avançada é proceder como um apagador de incêndios desprevenido e insensato”* (Gameiro, 1998, p.52).

Recuperando os dados apresentados previamente, a pergunta que surge prende-se com a possível correspondência das práticas descritas, com o quotidiano estudantil universitário de Coimbra, cuja população tem cerca de

20000 alunos (UC, 2007).

Segundo Carreiro (2004), referindo-se aos tempos de estudante de Coimbra, os quotidianos dos jovens rodopiam entre tempos monocromáticos e tempos policromáticos. Os primeiros de natureza institucional (escolar, familiar), enfatizam os horários e o estudo; os segundos, de natureza social, privilegiam os sentimentos, a experimentação, a aleatoriedade, e a convivialidade. A realidade é que as vivências narradas conduzem mais rapidamente aos tempos policromáticos. *“São jovens desprendidos de constrangimentos e controlos familiares, longe do rincão familiar, numa atitude de desvinculação em relação aos pais, e a desfrutar de uma grande liberdade de movimentos numa terra de passagem que podem entregar-se ao lado festivo da vida, concretizando interesses e realizando desejos especificamente juvenis”* (Carreiro, 2004).

Será na ocupação dos tempos policromáticos, actividade estruturante de desenvolvimento mental do jovem estudante de Coimbra, que a transformação operada pelo álcool remete para o domínio intrapsíquico relacionada com as transformações que este tem de efectuar no seu encontro diário com a realidade. Resta saber se o aparelho psíquico do indivíduo tem ao seu dispor todas as ferramentas para as efectuar de um modo eficiente e adaptativo, ainda que não isento de dor mental. *“É neste domínio de fronteira, no tipo de utilidade que o aparelho psíquico confere ao álcool que se situa a distinção, entre a moderação e o excesso.”* (Dias, 2006, p.37). No entanto, o consumo de álcool nesta cidade do conhecimento habitada por jovens, tornou-se digna de atenção redobrada, pelo facto de em amostras universitárias e do ensino politécnico, de Coimbra, cerca de 10 a 20% dos indivíduos apresentarem problemas ligados ao álcool (Mello, 2001).

É a partir dos pressupostos anteriormente referenciados que surge o trabalho desenvolvido nesta dissertação. O conhecimento dos hábitos étlicos das estudantes universitárias, um grupo habitualmente descrito como de baixo consumo de álcool, revelou-se eminentemente inevitável, para um primeiro passo no descortinar dos padrões de consumo de álcool nesta etapa transitória do desenvolvimento das nossas jovens adultas. O nosso intuito principal é o de realizar um levantamento epidemiológico no que concerne ao consumo de álcool e, lateralmente, estudar alguns dos factores associados ao mesmo consumo. Assim, o trabalho de investigação proposto tem como objectivo principal o levantamento epidemiológico dos hábitos de consumo de álcool da população estudantil feminina, inscrita na primeira fase do Mestrado Integrado em Psicologia (MIP), da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (F.P.C.E-U.C.). Secundariamente pretende-se, ainda, estudar os padrões de consumo de outras drogas (como o tabaco, a cannabis, a cocaína, etc.), a ocorrência de comportamentos de risco, os sintomas psicopatológicos e as variáveis de personalidade. A partir dos resultados obtidos, pretende-se, ainda, detectar e analisar as diferenças das variáveis anteriormente descritas em relação aos grupos de consumo de álcool formados por: abstmias (Ab), o que inclui todas as estudantes que não consumiram álcool nos últimos 12 meses; consumidoras ocasionais (Co), o que inclui todas as estudantes que consumiram álcool nos últimos 12 meses, mas que não se envolveram em comportamentos de *“binge-drinking”*); e *“binge-drinkers”* (Bd), o que inclui

todas as estudantes que consumiram quatro ou mais bebidas numa ocasião, pelo menos uma vez durante os últimos 30 dias.

**"Os vícios vêm como passageiros, visitam-nos como hóspedes
e ficam como amos."
Confúcio**

I. Enquadramento conceptual

1. Enquadramento histórico

O consumo de bebidas alcoólicas é um acto que remonta praticamente à origem da própria humanidade e acompanha todo o seu desenvolvimento. Segundo Johnsson (1999), os arqueólogos aceitam a descoberta de montículos de grainhas acumuladas como uma prova do fabrico de vinho, evidenciando isto que as mais antigas, provenientes de vinhas cultivadas, foram encontradas na Geórgia e datam de há, aproximadamente, 7000-5000 anos. Vários povos conheceram e desenvolveram as artes do fabrico de bebidas alcoólicas e os seus efeitos, nomeadamente os Egípcios, os Gregos e os Romanos. No séc. XI, sobretudo em França, surge o processo de destilação do vinho, originando bebidas de maior graduação alcoólica. De qualquer modo, é por volta do século XIII que estas técnicas de destilação passam a ser do conhecimento público, começando-se a produzir então bebidas alcoólicas com maior teor de alcoolemia que o vinho, técnica que, até esta data, pertencia ao domínio exclusivo da medicina. “É desta especificidade medicinal que deriva o nome *Aqua Vitae*, sugerindo a importância terapêutica atribuída ao álcool” (Dias, 2006: p.28).

De facto, a influência do álcool foi notória ao longo da história em diversas áreas da sociedade médica, social e religiosa. Do ponto de vista médico, há referências a um texto médico indiano, datado do século VI A.C., que descreve o vinho como “*um revigorante do espírito e do corpo, antídoto para a tristeza e fadiga*” (Johnson, 1999, p.11). Efectivamente, até ao final do século XIX o vinho foi um importante instrumento terapêutico da medicina. Do ponto de vista social, Johnson (1999) refere que “*...numa vida dura, breve e agreste, os primeiros a sentir os efeitos do álcool julgaram que o estado que atingiam era uma antevisão do paraíso, a ansiedade desaparecia, os receios diminuía, as ideias fluíam mais facilmente...sempre que bebiam o sumo mágico...sentiam-se onnipotentes*” (*idem*, p.11).

Do ponto de vista religioso, o vinho é um símbolo de transformação pois o sumo de uva esmagada contém o misterioso poder de se transformar e de transformar aqueles que o bebem, tornando-os mais vigorosos e destemidos: “*O culto do Deus grego Dionísio (no mito romano, Baco) e posteriormente, o Cristianismo, tornaram o vinho um símbolo de união extática com o próprio Deus: aqueles que comerem a minha carne e beberem o meu sangue perdurarão em mim e eu neles*” (Tressider, 2000, p.86).

Apesar da importância atribuída ao longo dos tempos ao vinho, referências antigas aos malefícios do consumo do mesmo também se encontram disponíveis. Segundo Cabral (2004), diz a tradição que Noé, consciente da responsabilidade que lhe cabia na condução da sua barca, se manteve abastémio e só fez uso do álcool quando “*passado o perigo de se afundar, conseguiu imobilizar a sua barca em terra firme. E só então bebeu até se embriagar*” (*idem*, p.173). No Velho Testamento, podem ler-se sábios conselhos dirigidos à mulher, futura mãe: “*Daqui em diante, toma cuidado, não bebas vinho nem qualquer outra bebida fermentada pois vais conceber e dar à luz um filho!*” (*ibidem*, p.173). Em Cartago, como na antiga Grécia, as bebidas alcoólicas não

eram permitidas aos noivos, na noite do casamento, procurando, assim, fazer-se a prevenção dos prejuízos que, por conhecimento empírico, se sabia que o álcool causava na descendência.

O desenvolvimento das preocupações relacionadas com o consumo de álcool conduziu a uma área de investigação em constante evolução, denominada de alcoologia e à ampliação do conceito de base de formação desta ciência: o alcoolismo.

2. Alcoologia e tipos de alcoolismo

A origem do termo alcoolismo deve-se ao médico sueco Magnus Huss, que o propõe em 1849. A introdução deste conceito foi o primeiro passo para a investigação relacionada com o consumo excessivo de álcool, desenvolvida, sobretudo, a partir da Segunda Guerra Mundial. Segundo Dias (2006), foi depois com Jellinek, e a publicação do livro *“The Disease Concept of Alcoholism”*, em 1940, que se introduz o conceito de alcoolismo como doença progressiva, com repercussões negativas a nível pessoal e social, curso fixo e previsível (uma vez atingida a dependência) e perda de controlo sobre o comportamento de ingestão destas bebidas como dado fulcral e patognomónico da assim definida patologia. Segundo o autor, o desenvolvimento da doença envolvia quatro fases: fase pré-alcoólica, fase prodrómica, fase crucial e fase crónica. A escola americana fundada por Jellinek deu passos importantes no sentido da compreensão da extensão dos problemas ligados ao álcool, da complexidade dos seus efeitos, e da multiplicidade e interacção de forças e vectores que lhe estão na origem. Foi nesta escola que se defendeu a importância de uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, psicólogos, juristas, economistas...) e surgiu um novo conceito alargado de alcoolismo, que viria a ser definido pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), em 1951, como: *“ um consumo excessivo cuja dependência de álcool é tal que (...) os sujeitos (...) apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afectam a saúde física ou mental, as relações com os outros e o bom comportamento social e económico (...) devendo (...) ser submetidos a tratamento ”* (Adès & Lejoyeux, 1997, p.46). Assim, segundo os mesmos autores a definição do conceito de alcoolismo pode subdividir-se, essencialmente, em três eixos: o eixo médico, que compreende a definição estrita de doença; o eixo comportamental, com ênfase na conduta e comportamentos associados às dependências; e o eixo social, que se debruça sobre a interacção entre o alcoólico e a sociedade.

Segundo Dias (2006), a evolução dos conhecimentos relacionados com o consumo de álcool conduziu à noção de alcoologia proposta por Fouquet como a *“disciplina consagrada a tudo aquilo que diz respeito ao álcool etílico, quanto a: produção, distribuição, consumo normal e patológico e implicações deste, suas causas e conseqüências, quer a nível individual (orgânico, psicológico e espiritual), quer a nível colectivo (nacional e internacional, social, económico e jurídico)”* (Dias, 2006, p.30). Fouquet acrescentou ainda uma componente importante na definição de alcoolismo, referindo que o alcoólico se caracteriza pela perda de liberdade de se abster do consumo de bebidas alcoólicas, noção importante para a compreensão do funcionamento psíquico destes indivíduos e que veio orientar as investigações em torno da personalidade do alcoólico (Dias,

2006).

Segundo Cabral (2004) é já em 1980 que a O.M.S. refere que existem vantagens em utilizar a designação de “Problemas Ligados ao Álcool”, dado o vasto e multiforme leque de situações relacionadas com o consumo excessivo destas bebidas, como a condução rodoviária de risco, a criminalidade associada, a patologia laboral, as perturbações familiares e os efeitos sobre as crianças em termos de concepção, gestação, aleitamento, desenvolvimento e rendimento escolar. O álcool representa, assim, um risco para a saúde infantil, juvenil e do adulto. Em 1982, é ainda a O.M.S. que, num documento de trabalho preparado para as «Discussões Técnicas sobre Alcoolismo», que tiveram lugar no âmbito da 35.^a Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, refere:

“...problemas ligados ao álcool ou simplesmente problemas de álcool, é uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a colectividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado.”

(Mello, 2001, p. 12).

Em 1987 surgiu a definição diagnóstica para a dependência de álcool proposta pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*) e que consta da DSM-IV (1994), segundo a qual os critérios são iguais aos da dependência de substâncias e que pode ser definida como:

“Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a défice ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por 3 (ou mais) dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses: 1) tolerância 2) abstinência 3) a substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que se pretendia 4) existe desejo persistente ou esforços, sem êxito para diminuir ou controlar a utilização da substância 5) é despendida grande quantidade de tempo em actividades necessárias à obtenção e utilização da substância e à recuperação dos seus efeitos 6) é abandonada ou diminuída a participação em importantes actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido à utilização da substância 7) a utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização da substância.

(DSM-IV-TR, 2002, p. 192)

A definição de abuso de álcool encontra-se também presente como uma categoria residual da DSM-IV-TR, cujos critérios são iguais aos do abuso de substâncias, e que inclui:

“Padrão desadaptativo da utilização de substâncias levando a déficit ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por um (ou mais) dos seguintes, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses: 1) incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola, ou em casa 2) utilização recorrente da substância em que tal se torna fisicamente perigoso 3) problemas legais recorrentes relacionados com a substância 4) continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes. Os sintomas nunca preencheram os critérios de Dependência de Substâncias, para esta classe de substâncias.”

(DSM-IV-TR, 2002, p.194)

Para além dos conceitos acima mencionados, a definição de intoxicação pelo álcool é, também, uma categoria residual da DSM-IV-TR, cujos critérios são:

a) ingestão recente de álcool b) alterações comportamentais ou psicológicas desadaptativas, clinicamente significativas que se desenvolvem durante ou pouco depois da ingestão de álcool c) um (ou mais) dos seguintes sinais, durante ou pouco depois da utilização de álcool: 1) discurso empastado 2) descoordenação 3) marcha instável 4) nistagmo 5) défices na atenção ou memória 6) estupor ou coma. Os sintomas não são devidos a um estado físico geral ou a qualquer outra perturbação mental”

(DSM-IV-TR, 2002, p.215)

Partindo do conceito de intoxicação pelo álcool e ao longo dos últimos anos, um largo número de estudos focou-se num fenómeno recente denominado de “binge drinking”. De uma forma geral, o termo refere-se ao consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas no espaço de, aproximadamente, 2 horas (alguns estudos utilizam o consumo de quatro ou mais bebidas no caso de se tratarem de mulheres), e pode ser definido segundo o *Advisory Council of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA, 2004, cit. in Sher 2005, p.495) como: *“um padrão de consumo de álcool que eleva a concentração de álcool no sangue para 0,8 gramas percentuais ou acima. Para um adulto típico, este padrão corresponde ao consumo de 5 ou mais bebidas (homens), ou 4 ou mais bebidas (mulheres), em cerca de 2 horas.”*

A utilização da expressão *binge-drinking* varia de estudo para estudo sendo que nos dados fornecidos pelo Estudo de Consumo de Álcool, Tabaco e

Drogas (ECATD, 2003)¹, vem referenciado que a frequência de *binge-drinking* para estudos epidemiológicos varia de país para país, e de projecto para projecto. Também no Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009) a definição implica um consumo de 4 a 5 bebidas na mulher, numa só ocasião, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas. A definição de *binge-drinking* utilizada no trabalho presente, refere-se ao consumo de quatro ou mais bebidas² numa determinada ocasião, nos últimos 30 dias.

Actualmente, as dificuldades de delimitação e de restrição do conceito de alcoolismo e dos conceitos relacionados continuam, apesar da vasta investigação realizada nos últimos anos, quer a nível clínico, laboratorial ou epidemiológico. Realça-se, assim, uma nova compreensão etiopatogénica do problema.

3. Etiologia geral da doença alcoólica

As investigações sobre alcoolismo apoiam a ideia de que não há dois alcoólicos iguais e que os indivíduos bebem por razões diversas. De acordo com Neto (1997), o álcool pode ser considerado uma toxicod dependência polimorfa, dado que dá origem a vários efeitos num mesmo indivíduo, de modo intercambiante e em função do humor do momento. Uns procuram no álcool alívio de tensão, outros prazer, euforia, facilidade em expressar agressividade e afecto, atenuação da censura, bem-estar, apreciação de si mais positiva, socialização mais fácil, um sem número de efeitos que podemos observar na prática clínica e que se encontram descritos na literatura. Segundo Sher (2005), a etiologia dos hábitos de consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é uma área de estudo multidisciplinar, informada por estudos epidemiológicos, genéticos, sociais e, ainda, sobre a aprendizagem social, a personalidade, a farmacologia comportamental, a neuropsicologia e a psicopatologia entre outros. No presente trabalho serão realçados os estudos sobre a personalidade (neuroticismo/emocionalidade negativa, impulsividade/desinibição, extroversão/sociabilidade), e das comorbilidades associadas.

Segundo Dias (2006), a literatura relevante sobre a personalidade alcoólica pode agrupar-se de acordo com Donovan (1986) em quatro categorias:

1 O projecto “ECATD”, iniciado no IDT em 2003, insere-se no Programa de “Estudos em Meio Escolar” e representa o alargamento do Projecto ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (que tem como grupo alvo os alunos que completam 16 anos no ano em que se procede à recolha de dados) a todos os alunos do ensino público (3.º Ciclo e Secundário) de todos os grupos etários dos 13 aos 18 anos. Realiza-se de 4 em 4 anos, fornecendo os dados para o estudo europeu do ESPAD.

2 Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidades idênticas de álcool o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 10 a 12 g de álcool puro. A quantidade de álcool é, pois, idêntica por copo padronizado de vinho (a 12º), cerveja (a 5º) e destiladas (a 40º). Tal facto permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diariamente ou semanalmente (PNRPLA, 2009).

estudos sobre traços de personalidade específicos do alcoolismo; estudos psicanalíticos que se debruçam sobre a tentativa de reconstrução do desenvolvimento da personalidade do indivíduo alcoólico; pesquisa sobre factores genéticos; e estudos socioculturais. Porém, a relação entre traços de personalidade, consumo de álcool e Perturbações pela Utilização de Álcool (PUA) é complexa, pelo que não existe uma constelação particular de traços de personalidade alcoólica que, por si só, expliquem o alcoolismo. No entanto, uma variedade de traços de personalidade foi associada ao desenvolvimento e manifestação de perturbações induzidas pelo uso de álcool. Apesar de a relação entre neuroticismo e alcoolismo futuro ser incerta, Zimmerman (2003) evidenciou que as perturbações de ansiedade predizem o aparecimento de PUA numa amostra comunitária. No entanto, a dúvida sobre a natureza da dimensão neuroticismo\emocionalidade negativa (como consequência ou causa do alcoolismo), é um assunto de discussão profunda entre os peritos. Também a impulsividade e a desinibição têm sido consistentemente associadas com o alcoolismo clínico. De facto, e num vasto número de estudos desenvolvidos na área da personalidade, os indivíduos que preenchem os critérios para PUA obtém resultados elevados em testes de auto-resposta (Trull, 2004) e laboratoriais (Kollins 2003) para estas características da personalidade. Para além destes resultados os alcoólicos tendem a exhibir altas taxas de perturbações de personalidade (Cluster B: dramático/impulsivo) como a perturbação da personalidade anti-social (PPAS) (Kanzler, 2003), e a perturbação de personalidade borderline (Trull, 2004). Sher (2005) demonstrou ainda que traços de desinibição predizem prospectivamente a PUA. Como refere Hill (2000) é significativa a relação entre extroversão e sociabilidade e a tendência precoce para consumir bebidas alcoólicas. Para além deste facto, segundo Wennberg (2002), a extroversão prediz o desenvolvimento de problemas com o álcool em amostras comunitárias. De realçar, ainda, o facto de, segundo Flory (2002), a relação entre extroversão e consumo de álcool ser significativa entre não alcoólicos, e que segundo Precott (1997) outros estudos sugerirem que a relação entre extroversão e problemas com o consumo de álcool poder ser mais forte nas mulheres do que nos homens.

No que diz respeito ao relacionamento entre a dependência de álcool e outras perturbações, segundo Kessler (1997), a primeira está significativamente associada ao longo da vida a altas taxas de diagnóstico de perturbações de ansiedade, afectivas, abuso de substâncias e comportamento anti-social. Segundo o mesmo autor a dependência de álcool foi estabelecida como secundária a outras perturbações comórbidas. Estes dados são consistentes com os de Helzer (1991), onde se verifica que as perturbações mais associadas à dependência de álcool são a mania, o abuso de outras substâncias tóxicas e o comportamento anti-social. Também Trull (2004) sugere uma relação forte entre esta dependência e as perturbações de personalidade *borderline* e anti-social, duas desordens caracterizadas por desinibição.

No entanto, o esclarecimento da natureza da comorbilidade entre as outras perturbações e a PUA, isto é, se esta é potencialmente causal, consequencial, ou atribuível a alguns processos etiológicos comuns, continua em aberto. No seguimento desta linha, estudos longitudinais e prospectivos têm sido

realizados, nomeadamente com crianças filhos de alcoólicos e com jovens abstémios ou consumidores ocasionais, que não possuem critérios de consumo abusivo de álcool ou qualquer tipo de perturbação diagnosticada (Sher *et al.*, 2005).

Segundo os mesmos autores, nas investigações realizadas com filhos de alcoólicos encontra-se demonstrada a associação entre alcoolismo paternal e problemas de comportamento interiorizante³ e exteriorizante⁴, e o desenvolvimento subsequente de consumo de substâncias, nomeadamente problemas com o consumo de álcool e alcoolismo. Do mesmo modo, para Zucker (2006) é significativa a associação entre comportamentos anti-sociais e abuso de álcool na adolescência e idade adulta. Ainda no seguimento deste tipo de trabalhos, Leonard e Eiden (2007), num conjunto de oito investigações longitudinais, evidenciaram de forma consistente que a presença de desinibição comportamental⁵ e de défice de controlo comportamental no indivíduo, aumentam a probabilidade de desenvolvimento de perturbações induzidas pelo consumo de substâncias (nicotina, álcool e drogas ilícitas). Também o consumo de álcool antes dos 15 anos parece estar associado não apenas a outras perturbações induzidas pelo consumo de substâncias mas, também, à perturbação da personalidade anti-social. Neste contexto, ainda, Iacono (2008) examinou as relações entre comportamentos problemáticos antes dos 15 anos, nomeadamente consumo de tabaco, consumo de álcool, detenção policial e o aparecimento de perturbações aos 20 anos, incluindo perturbações induzidas pelo consumo de substâncias (nicotina, álcool, e drogas ilícitas) e perturbação de personalidade anti-social. As evidências estatísticas assim obtidas revelaram uma associação significativa entre comportamentos problemáticos e os diferentes tipos de perturbação da personalidade. A probabilidade de diagnóstico clínico, por outro lado, aumentou consideravelmente com a adição de cada um destes comportamentos problemáticos. A prevalência quer de PUA quer de PPAS excedeu os 90% entre rapazes com quatro ou mais comportamentos problemáticos, enquanto que nas raparigas com estes comportamentos a prevalência de cada PUA excedeu os 60%, e a de PPAS foi de 35%. Também Caspi (1996, cit. in Sher, 2005) relata que estudos longitudinais examinando o temperamento de crianças, mostraram que crianças caracterizadas como impulsivas e distraídas são mais prováveis de apresentar problemas relacionados com o álcool por volta dos 21 anos.

A relação entre as variáveis da personalidade e as psicopatologias associadas com o fenómeno de alcoolismo, apresenta ainda um longo e vasto campo de análise a ser investigado e estudado. Os levantamentos epidemiológicos e exploratórios relativos aos níveis de consumo de álcool, poderão representar um primeiro passo na tentativa de compreensão, quer do fenómeno de alcoolismo quer dos consumos abusivos de álcool, bem como dos

³ Problemas de comportamento interiorizante (*internalizing behavior problems*), é um termo que engloba sentimentos de depressão, tristeza e desistência social (Iacono, 2008).

⁴ Problemas de comportamento exteriorizante (*externalizing behavior problems*), é um termo que combina agressão física, comportamentos de “acting out”, comportamentos de oposição e desafio e envolvimento em actividades ilegais (Iacono, 2008).

⁵ Por desinibição comportamental (*behavioral disinhibition*) entende-se a incapacidade de controlar impulsos de comportamentos socialmente indesejáveis (Iacono, 2008)

factores associados a esses comportamentos.

4. Alguns dados estatísticos relativos a Portugal

Segundo Mello (2001), registos estatísticos apontam que Portugal em 2000 ocupava o 3º lugar dos países consumidores de etanol “*per capita*”. Assim, nesse ano, cada português ingeriu em média 65,3 litros de cerveja, 50 litros de vinho e 3,6 litros de bebidas destiladas. Para além dos dados relativos à quantidade de álcool consumido, estima-se que em Portugal existam cerca de 750 mil bebedores excessivos, dos quais cerca de 580 mil são doentes alcoólicos; é, também, frequente referir-se que cerca de 10% da população do país apresenta graves incapacidades ligadas ao álcool. No entanto, e para além deste grupo de doentes alcoólicos, que constituem, digamos, “*o vértice da parte visível do iceberg*” (Mello, 2001, p.23) a que o fenómeno tem sido comparado, sabe-se que apenas 15 a 25% da população se abstém ou consome esporadicamente bebidas alcoólicas, a parte restante, isto é, cerca de 60% da população adulta, corresponde ao grupo dos bebedores regulares de álcool, enquadrados no fenómeno social do consumo geral de álcool. É precisamente neste grupo maior da população que se encontram os bebedores excessivos, muitas vezes não identificados como tal.

Para além dos factos mencionados, existe alguma unanimidade entre os investigadores em aceitar a existência de um sentido europeu de uniformização dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas. Segundo o Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009), podemos afirmar que o consumo destas bebidas se banalizou, registando-se também novos padrões de consumo. Para além do uso tradicional, generalizou-se um consumo de cerveja e bebidas destiladas, muito ligado a locais e ambientes de diversão, e caracterizado pela ingestão de grandes quantidades de álcool num curto espaço de tempo e com o objectivo de causar embriaguez.

O levantamento epidemiológico do consumo de álcool e drogas entre a população adolescente é realizado em Portugal por vários projectos, dos quais se destacam o ECATD e o HBSC⁶. De referir que estes estudos têm como população alvo apenas os alunos adolescentes do ensino secundário.

Relativamente ao consumo de álcool, de acordo com os dados referidos pelo ECATD (2003), 93,1% das alunas de 18 anos já consumiram álcool pelo menos uma vez ao longo da vida, sendo que 8% das estudantes o fez 40 ou mais vezes. No entanto, os valores publicados pelo HBSC (2006), indicam que 94,7% das alunas raramente ou nunca consumiram cerveja, 2,9% fizeram-no todos os meses e 2,4% fizeram-no uma vez por semana, ou mais. Por seu lado, no que

⁶ O HBSC/ OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde, que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982 com investigadores de 3 países: Finlândia, Noruega e Inglaterra, e pouco tempo depois foi adoptado pela OMS como um estudo colaborativo. Actualmente conta com 44 países entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998. Este estudo tem como população alvo os alunos inscritos do 6º ao 10º ano de escolaridade (HBSC, 2006).

concerne ao último mês, dados divulgados pelo ECATD (2003) indicam que 62,9% das alunas de 18 anos consumiram álcool pelo menos uma vez, sendo que 4% consumiram álcool 10 ou mais vezes. De referir ainda que 27% das alunas consumiram cerveja nesses 30 dias, destas alunas 22,1% consumiram-na 1 a 5 vezes, 4,1% fizeram-no 6 a 19 vezes e 1,2% realizaram esse consumo 20 ou mais vezes. A prática de *binge drinking* foi realizada por 10% das alunas 3 ou mais vezes nos últimos 30 dias. Nas alunas do secundário, a idade de consumo da primeira bebida alcoólica, segundo dados HBSC (2006), foi de 12 anos ou mais para 41,8% das alunas, enquanto 15,5% referem tê-lo feito com 11 anos ou menos. Quanto à idade da primeira embriaguez 77,4% afirmam ter ficado embriagadas pela primeira vez com 12 anos ou mais, enquanto 1,8% o fizeram com 11 anos ou menos. O local da última ocasião de consumo de álcool, segundo dados do ECATD (2003), para os alunos do secundário de 18 anos foi o bar/pub (38,4%), as discotecas ou festivais (27,7%), a casa onde vivem ou os restaurantes (25%) e a rua ou os parques públicos (13,6%).

O consumo de tabaco, outra das substâncias estudadas, foi experimentado por 68,3% dos alunos. Nos últimos 30 dias, a prevalência do consumo de tabaco foi de 32,6%. Ainda no último mês, 10,1% das estudantes fumaram menos de um cigarro por dia, 9,1% fumaram 1 a 5 cigarros por dia, 7,7% 6 a 9 cigarros por dia e 5,7% 10 ou mais cigarros por dia. Quanto à idade do primeiro cigarro, 27,5% referenciam os 14 ou 15 anos, 19,6% os 12 ou 13 anos, 12,9% os 16 ou 17 anos e 8,4% os 11 anos ou menos.

As percentagens de consumo de drogas para as estudantes ao longo da vida são de 23,2% para a cannabis, 3,1% para o *ecstasy* e 0,9% para a cocaína. Sendo que o consumo de haxixe nos últimos 30 dias foi realizado por 5% das estudantes. Outro dado adicional é que o consumo de, pelo menos, um tipo de droga, excluindo o consumo de cannabis, foi referido por 6% das alunas. Outra das informações relevantes e reportadas pelo HBSC, revela que todos os consumos de álcool, tabaco e droga, apresentam aumentos estatisticamente significativos com o aumento da idade.

Apesar do estudo epidemiológico dos diferentes consumos de substâncias ser uma prática corrente em Portugal nos alunos do secundário, o levantamento dos mesmos dados a nível universitário peca por escasso. O estudo destes hábitos de consumo poder-se-á revelar como frutífero, quer no reconhecimento dos padrões destes comportamentos, quer na análise das diferenças entre esses mesmos comportamentos e os relacionados com outras faixas etárias.

5. *Binge-drinking* e factores associados

O levantamento de informação referente ao *binge-drinking*, e aos factores associados a este consumo, tem sido alvo de investigação por parte de alguns autores a nível mundial. Em dados referentes aos Estados Unidos da América, Hingson (2005), reportando um inquérito realizado em 2002 pela *National Household Survey on Drug Abuse* (NHDA), revelou que 43,2% dos universitários beberam 5 ou mais bebidas numa única ocasião no mês anterior. Segundo o mesmo artigo, uma investigação realizada pela *Harvard School of Public Health College Alcohol Surveys* (CAS) em 1999, refere que de 14.138 estudantes a tempo inteiro, seleccionados aleatoriamente em 128 universidades e

colégios, 44% relataram, pelo menos, um episódio de *binge drinking* no ano anterior. Cerca de um quarto (23%) têm este comportamento frequentemente (3 ou mais vezes nas 2 semanas anteriores). A mesma investigação refere que, no que diz respeito a comportamentos relacionados com o consumo de álcool, 12% dos estudantes universitários com idades entre os 18 e os 24 anos foram assaltados ou agredidos por outros universitários, 10,5% foram magoados, 8% tiveram relações sexuais desprotegidas, 2,2% foram detidos por ofensas ou receberam tratamento hospitalar, 2,1% reportaram um problema de saúde e 2% experienciaram assaltos sexuais ou foram vítimas de violação. No seguimento deste trabalho, Hingson (2005) revela que quanto mais jovens os estudantes universitários são aquando da primeira intoxicação alcoólica, mais propícios são a experienciar dependência de álcool na universidade, de se envolverem frequentemente em comportamentos de *binge drinking*, de conduzirem depois de beberem, de acompanharem condutores alcoolizados, de serem magoados sob a influência de álcool, e de praticarem relações sexuais desprotegidas depois de consumirem álcool.

No caso do Brasil, um inquérito realizado por Carlini-Marlatt (2003), em escolas do ensino secundário de São Paulo, pertencentes ao sistema público e privado, reporta que em ambos os sistemas de ensino a ingestão de cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião foi altamente prevalente: 32,4% dos estudantes do ensino privado e 21,5% dos estudantes do ensino público reportaram esse comportamento, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Relativamente aos comportamentos relacionados com o consumo de álcool no sistema público, 47,3% reportaram estados de intoxicação alcoólica pelo menos uma vez nos últimos 30 dias e 6,4% ter faltado às aulas devido a ressaca. No sistema privado, 76,9% referem estados de intoxicação alcoólica pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, 13,7% envolveram-se em acidentes rodoviários e 9,4% faltaram às aulas devido a ressaca. Segundo a análise dos resultados recolhidos, o envolvimento em comportamentos de risco entre estudantes secundários aumenta proporcionalmente à medida que os padrões de consumo vão do abstinência ao *binge-drinking*. Estes dados são consistentes com os estudos de Brener (1998), realizado com adolescentes nos EUA, onde se verifica que os adolescentes que bebem mais intensivamente apresentam tendencialmente um maior número de comportamentos de risco (nomeadamente maior envolvimento em confrontos físicos violentos, integração em gangs desviantes, tentativas de suicídio ou comportamento sexual promíscuo). No seguimento desta linha, outro dado a salientar prende-se com o facto de os adolescentes que preferem beber em espaços públicos e com os seus pares, em vez de em casa com familiares, são mais propícios a praticarem *binge drinking*. Estes dados equiparam-se aos obtidos por Cardenal (2000), também com uma população do ensino secundário nos Estados Unidos da América, onde os adolescentes que consomem álcool com os amigos em estabelecimentos comerciais, para além de terem maior probabilidade de se tornarem *binge drinkers*, apresentam uma maior probabilidade de experimentarem intoxicação alcoólica e problemas relacionados com o consumo de álcool, como confrontos físicos, acidentes e absentismo escolar. Também a associação entre consumo de álcool, *binge-drinking* e consumo de outras substâncias (nomeadamente o tabaco e a

cannabis), aparece referenciada por Orpinas (1995). Na investigação conduzida por Carlini-Marlatt (2003), os *binge drinkers* são mais prováveis de consumirem marijuana e fumar tabaco do que os consumidores ocasionais de bebidas alcoólicas, sendo que nenhum dos abstémios reportou ter fumado tabaco ou cannabis. De acordo com o autor, os *binge drinkers* apresentam 64 vezes (ensino privado) e 5 vezes (ensino público) maior probabilidade de fumarem tabaco, e 6,4 vezes (ensino privado) e 4,6 vezes (ensino público) maior probabilidade de fumarem marijuana do que os consumidores ocasionais. Também Silva (2006), num estudo com jovens universitários da área de Ciências Biológicas de uma Universidade de São Paulo, relacionando grupos de consumos com os comportamentos dos estudantes, refere que o faltar ou não faltar às aulas mostrou-se significativamente relacionado com o consumo de álcool, tabaco e “drogas ilícitas” para as três categorias ($p < .001$). A proporção de alunos que não faltaram às aulas (ou que apenas faltaram por doença) é de 44,8% entre os não consumidores de álcool, 34,9% entre os não consumidores de tabaco e 36,5% entre os não consumidores de “drogas ilícitas”.

O estudo dos hábitos de consumo álcool, do consumo de outras substâncias, dos comportamentos associados e de outros factores que poderão estar relacionados com a saúde dos estudantes universitários e, indirectamente, da sociedade envolvente; poderá revelar-se útil na desmistificação e conhecimento do possível panorama de utilização desta franja da população, e do surgimento de novos paradigmas de consumo e de comportamentos. Para tal propomos o nosso contributo, para a investigação destes hábitos em contexto universitário, especificamente entre jovens mulheres.

*“A unidade é a variedade, e a variedade na unidade
é a lei suprema do Universo.”*

Isaac Newton

II. Objectivos e hipóteses

O trabalho de investigação proposto tem como objectivo principal o levantamento epidemiológico dos hábitos de consumo de álcool na população estudantil feminina da primeira fase do MIP da F.P.C.E-U.C. Secundariamente pretende-se, ainda, estudar os padrões de consumo de outras drogas (como o tabaco, a cannabis, a cocaína, etc.), a ocorrência de comportamentos de risco, as variáveis de personalidade e os sintomas psicopatológicos. A partir destes dados procura-se analisar as relações destas variáveis por grupos de consumo de álcool⁷, nomeadamente:

- Abstémias (Ab) (não consumidoras de álcool nos últimos 12 meses);
- Consumidoras Ocasionais (Co) (consumidoras de álcool nos últimos 12 meses, mas sem comportamentos de “*binge-drinking*”);
- “*Binge-drinkers*” (Bd) (consumidoras de quatro ou mais bebidas numa ocasião, pelo menos, uma vez durante os últimos 30 dias).

Com base nestes objectivos formulam-se as seguintes hipóteses de investigação:

Apesar de na literatura revista não se encontrarem estudos que avaliem as diferenças ao nível da frequência do consumo de álcool entre os grupos de consumo formados, é expectável assumir que as jovens que consomem mais bebidas alcoólicas pontualmente, são também aquelas que consomem mais frequentemente bebidas alcoólicas. Assim:

Hipótese 1: A frequência no consumo de bebidas alcoólicas, entre as alunas do MIP da F.P.C.E.-U.C., encontra-se relacionada com os grupos de consumo antes definidos, escalonando-se de forma decrescente do grupo Bd, para o grupo Co e Ab.

Segundo estudos realizados por Carlini-Marlatt (2003), o envolvimento em comportamentos de risco, entre estudantes secundários do estado de São Paulo, aumenta proporcionalmente à medida que os padrões de consumo vão do abstinência ao *binge-drinking*. Também Brener (1998), num estudo realizado com adolescentes nos EUA, afirma que os adolescentes que bebem mais intensivamente apresentam tendencialmente maior número de comportamentos de risco. No mesmo sentido, os estudos realizados por Hingson (2005), afirmam também que os jovens que praticam *binge-drinking* são mais propícios a

⁷ A formação destes grupos de consumo de álcool fundamenta-se no trabalho de Carlini-Marlatt (2003), particularmente na operacionalização dos referidos três grupos. O autor mencionado utilizou, também, para a recolha dos dados o *State and Local Youth Risk Behaviour Survey*, utilizado no presente trabalho. Do mesmo modo, a divisão das alunas nestes grupos tem subjacente o trabalho desenvolvido por Hingson (2005), onde foram estudados os comportamentos de risco associados ao consumo de álcool, nomeadamente dos comportamentos relacionados com o *binge-drinking*.

conduzirem depois de consumirem álcool e/ou de acompanharem condutores que acabaram de consumir esse tipo de bebidas. Assim:

Hipótese 2: O envolvimento em actividades de risco acontece em função dos diferentes grupos de consumo de álcool, particularmente no grupo Bd onde esses comportamentos se devem verificar de forma mais significativa.

Na literatura revista, particularmente no estudo referenciado por Orpinas (1995), com uma população do ensino secundário nos Estados Unidos da América, verifica-se que existe uma associação entre o consumo de álcool, *binge-drinking* e o consumo de outras substâncias (nomeadamente tabaco e cannabis). Também segundo a investigação de Carlini-Marlatt (2003), os binge-drinkers são mais prováveis de consumir tabaco e marijuana, do que os consumidores e abstémios (neste último caso, inclusivamente, nenhum aluno reportou o consumo de tabaco ou cannabis). Apoiados nos dados referidos, formulamos as seguintes hipóteses:

Hipótese 3: O consumo de tabaco acontece em função dos diferentes grupos de consumo de álcool, particularmente no grupo Bd onde esse consumo se deve verificar de forma mais significativa.

Hipótese 4: O consumo de cannabis acontece em função dos diferentes grupos de consumo de álcool, particularmente no grupo Bd onde esse consumo se deve verificar de forma mais significativa.

Hipótese 5: O consumo de outras drogas, particularmente metanfetaminas, ecstasy, cocaína e inalantes, acontece em função dos diferentes grupos de consumo de álcool, particularmente no grupo Bd onde esse consumo se deve verificar de forma mais significativa

Apesar de na literatura revista existirem várias referências à associação entre as perturbações pela utilização de álcool e os traços de personalidade, no entanto, essa associação é largamente discutida pelo facto de estas características da personalidade poderem ser causa ou consequência de um consumo excessivo. Assim, e apesar do facto de não se poder estabelecer uma relação linear entre dependência de álcool e *binge-drinking*, decidiu-se verificar se existem diferenças nas escalas de extroversão e neuroticismo entre os nossos grupos de consumo. As diferenças existentes ao nível da extroversão são fornecidas pela sugestão de que, segundo Precott (1997), a relação entre extroversão e problemas com o consumo de álcool poderá ser mais forte no caso das mulheres do que nos homens, e pelos resultados de Flory (2002), numa amostra comunitária americana, que indicam que a relação entre extroversão e o consumo de álcool é significativa entre não alcoólicos.

Hipótese 6: Os traços de personalidade, entre os diferentes grupos de consumo de álcool, distribuem-se diferencialmente, particularmente no caso da extroversão que deve aparecer de forma mais significativa nos grupos Bd e Co.

Na literatura revista não existem associações entre sintomas psicopatológicos e o consumo de álcool entre não alcoólicos, no entanto, existem vários autores que referem que as perturbações de ansiedade (Kessler, 1997; Zimmerman, 2003) e as de comportamento anti-social (Iacono, 2008; Leonard & Eiden, 2007; Trull, 2004;) estão altamente associadas ao desenvolvimento de perturbações pela utilização de álcool. A partir destes autores, define-se a hipótese de existirem diferenças nos resultados das escalas de psicopatologia entre os grupos de consumo de álcool.

Hipótese 7: As diferenças nos valores obtidos nos índices das escalas de psicopatologia, principalmente as relacionadas com a ansiedade e com os comportamentos anti-sociais, são uma função dos grupos de consumo de álcool, particularmente do grupo Bd.

III. Metodologia

1. Instrumentos (cf. Anexo)

State and Local Youth Risk Behaviour Survey

O *State and Local Youth Risk Behaviour Survey* (2009) é um questionário de auto-resposta, desenvolvido pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). Compõe-se por questões fechadas de escolha múltipla dirigidas às variáveis demográficas e comportamentos/hábitos relacionados com a saúde, incluindo o consumo de álcool. O questionário foi traduzido para português, tendo sido acrescentados e eliminados alguns itens de forma a ajustar o questionário à população em estudo. A versão final do inquérito inclui 69 itens.

AUDIT

O *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (Saunders, Olaf, Thomas, Juan, & Marcus, 1993; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira, Almeida & Leitão, 2008, com a designação de: “Teste de Identificação de Distúrbios pelo Consumo de Álcool”), trata-se de um instrumento composto por 10 itens que avalia três domínios: o consumo de álcool, o comportamento relacionado com o consumo e os problemas consequentes desse consumo. As questões 1 a 3 medem o consumo de álcool, as questões 4 a 6 medem o comportamento relacionado com o consumo, as questões 7 a 8 medem as reacções psicológicas adversas, e as questões 9 a 10 os problemas relacionados com o álcool. As questões descritas são avaliadas de acordo com uma frequência de 0 a 4. O valor final do instrumento é obtido pela soma do valor de todas as questões. A partir deste resultado, o AUDIT permite identificar quatro níveis de consumo⁸: 1- normal (com pontuações entre 0 e 6),

⁸ Apesar dos efeitos do consumo de álcool variarem com a massa corporal e com as diferenças metabólicas, e a selecção do ponto de corte ser influenciada pelos padrões nacionais e culturais referentes ao contexto de aplicação; o ponto de corte sugerido pela OMS é de 8 pontos para a população em geral, sendo que para as mulheres o ponto recomendado é de 7 (Babor, 2001).

2- de risco (pontuações entre 7 e 15); 3- prejudicial (entre 16 e 19 pontos), e 4- dependência (entre 20 e 25 pontos). O ponto de corte do AUDIT inclui a indicação de consumo de álcool de risco (bem como, naturalmente, “prejudicial” e de “dependência”), sendo obtido a partir de uma pontuação de 7, valor recomendado pela O.M.S.

QCA

O QCA (Questionário sobre o consumo de álcool diário) é uma adaptação do *Daily drinking Questionnaire (DDQ)*, Collins, Parks, & Marlatt, 1985; adaptado para a população portuguesa por J.A. Ferreira, L. Almeida e A. Leitão, 2008). Trata-se de um instrumento que pretende verificar o número de bebidas alcoólicas que o sujeito consome em cada dia da semana e o número de horas que passa a consumir essas bebidas. Fornece ainda o valor máximo do número de bebidas alcoólicas que o sujeito consome numa só ocasião, e o número de horas que, nessa mesma ocasião, despende nesse consumo.

EPQ

O Questionário de Personalidade de Eysenk (EPQ) foi adaptado e aferido para a população portuguesa por Fonseca, Eysenck e Simões (1991). É um inventário de avaliação das principais dimensões da personalidade, distribuídas por 4 escalas: Extroversão, Neuroticismo, Psicoticismo e Desiderabilidade Social (Mentira). O questionário é composto por 73 itens, sob a forma de perguntas, a que o sujeito deve responder sim ou não. O EPQ destina-se a adolescentes e adultos (idade igual ou superior a 16 anos), e tem uma duração média de preenchimento de 10 a 15 minutos.

BSI

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) foi adaptado e aferido por Canavarro (1999) a partir do *Brief Symptom Inventory* de L.Derogatis (1982). É um inventário de auto-resposta que avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia: somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo. Os índices que formam as nove dimensões sintomáticas avaliadas pelo instrumento constituem, no seu conjunto, importantes elementos de psicopatologia, sendo considerados pelos manuais de classificação diagnóstica mais utilizados, CID-10 e DSM-IV, como instrumentos importantes para a elaboração desses diagnósticos. O inventário informa, ainda, sobre três índices globais: índice geral de sintomas (IGS), índice de sintomas positivos (ISP) e total de sintomas positivos (TSP). O questionário é composto por 53 itens, e em circunstâncias normais são necessários 8 a 10 minutos para o seu preenchimento. O BSI pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico, indivíduos perturbados emocionalmente, outros doentes e pessoas da população geral. A idade mínima recomendada é de 13 anos.

2. Procedimentos e Amostra

A amostra presente foi recolhida junto da população feminina inscrita na primeira fase do MIP da F.P.C.E.-UC, no ano lectivo de 2008-2009. A recolha

de dados realizou-se em duas etapas distintas: a primeira ocorreu nos dias 28 a 30 de Abril de 2009 e a segunda etapa nos dias 1 a 8 de Junho de 2009. As alunas preencheram o inquérito nas salas de aula da F.P.C.E.-U.C. durante o horário das aulas teóricas, após a autorização e disponibilidade prévia do docente responsável, e a recolha de dados ocorreu na presença do investigador. As alunas foram informadas do carácter voluntário da sua participação e da confidencialidade e anonimato dos dados assim recolhidos. O preenchimento dos questionários teve a duração total de 30 a 40 minutos. A taxa de não-resposta ou de resposta inválida, por sujeito, variou entre os 0,4% e os 7,6%.

Os critérios de inclusão envolveram: o género, considerando apenas o sexo feminino; o ano da licenciatura das alunas, considerando apenas o primeiro, segundo e terceiro ano da primeira fase do MIP; a idade, considerando apenas as idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos; o estado civil, considerando apenas as alunas solteiras; e a profissão, considerando apenas as estudantes a tempo inteiro. Do total de inquéritos recolhidos (N=302), apenas foram considerados válidos 74,2% (n=224). Assim, dos 25,8% dos inquéritos considerados inválidos (n=78): 6% pertenciam a alunas do 1º ano da segunda fase do MIP (n=17); 7% tinham mais de 25 anos (n=21); 7% pertenciam a homens (n=21); e 4% pertenciam a alunos que possuíam o estatuto de trabalhador/estudante.

A partir dos dados obtidos sobre o consumo de álcool nos últimos 12 meses e ao consumo de quatro bebidas ou mais, numa determinada ocasião nos últimos 30 dias, foram constituídos três grupos distintos (N=224): um grupo constituído por Ab representando 14,3% da amostra (n=32); um grupo constituído por Co correspondente a 39,3% das estudantes (n=88); e um outro grupo constituído por Bd (*binge-drinkers*), correspondente a 46,4% da população (n=104).

3. Análise dos Dados⁹

Após a descrição da amostra, e numa segunda fase da análise, os hábitos de consumo de álcool foram tomados como variável independente, de forma a estudar as diferenças entre os grupos, relativas às variáveis em estudo. Para tal, as alunas foram separadas em três grupos (Bd, Co e Ab). Na análise das diferenças entre os grupos, para as variáveis ordinais, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis* para testar as diferenças na distribuição das variáveis entre os grupos de consumo (mais de duas categorias), seguindo-se a aplicação de três testes *Mann-Whitney* para testar a hipótese de que a distribuição das variáveis pelos grupos (dois a dois) seria igual. Para as variáveis dimensionais, foi utilizada a Análise da Variância, *One-Way ANOVA* (comparação de variáveis para mais de duas condições), para testar a hipótese de existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das variáveis para os três grupos. Recorreu-se à aplicação de procedimentos *Post-Hoc*, através do teste de *Tuckey*, para averiguar entre que grupos essas diferenças eram significativas.

⁹ A escolha da metodologia utilizada na análise dos dados, na apresentação dos valores calculados e nas inferências retiradas a partir dos resultados, foram realizadas segundo os critérios recomendados por Elliott e Woodward (2007), Hardy e Bryman (2004), Nicol e Pexman (1999) e Siegel (1956).

Todos os procedimentos estatísticos foram realizados no programa *Statistical Package for Social Sciences v.14.0.* (SPSS).

IV. Apresentação e Discussão dos Resultados¹⁰

1. Características Sócio-demográficas

A população universitária em estudo é proveniente de dezoito distritos diferentes de Portugal, sendo que não existem alunas dos distritos de Beja e Vila Real. Assim, a amostra (N=224) é maioritariamente composta por alunas da Região Centro com 25,9% das inquiridas oriundas de Coimbra (n=58). As restantes são 18,8% do distrito de Aveiro (n=42), 11,2% do de Viseu (n=25), 9,8% do de Leiria (n=22) e 34,4% dos outros distritos (n=77). No que diz respeito à idade das alunas, a maioria das alunas (90,2%) tem entre 18 anos e 21 anos (n=202). Sendo que 25,9% das alunas têm 19 anos (n=58), 25,9% têm 20 anos (n=58); 19,2% têm 18 anos (n=43) 19,2% têm 21 anos (n=43); e as estudantes com 22 anos ou mais são 9,8% da população (n=22). Quanto ao agregado familiar, o valor mais frequente (48,7%) é de quatro pessoas por família (n=109); 29% são famílias compostas por três pessoas (n=65), 12,1% são compostas por 5 pessoas (n=27), 6,7% por apenas 2 pessoas (n= 15), e 3,5% dos agregados têm mais de 6 pessoas (n=8). Relativamente ao rendimento médio *per capita* das famílias (N=222), 47,7% auferem aproximadamente 1 salário mínimo (n=106), 38,3% menos de um salário mínimo (n=85), e 14% auferem 2 ou mais salários mínimos (n=31).

No que concerne às variáveis directamente relacionadas com a Universidade, verifica-se que todos os elementos da amostra ingressaram no ensino superior com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos. De salientar que, 82,1% das estudantes ingressaram no curso actual com 18 anos (n=184), 12,1% com 19 anos (n=27), 4% com 20 anos (n=9) e 1,8% com 21 anos (n=4). Quanto à distribuição das alunas pelos anos do curso verifica-se o seguinte: 33,9% das inquiridas frequentam o 3º ano da licenciatura (n=76); 33,5% o 1º ano (n=75); e 32,6% o 2º ano (n=73).

A mudança de residência, com o intuito de estudar na FPCE-UC, foi efectuada por 79,9% da amostra (n=179). Deste grupo: 69,3% das estudantes reside actualmente num apartamento \ moradia com outros estudantes (n=124), 11,2% num quarto alugado (n=20); 9,5% numa residência universitária (n=17); 3,4% habitam num apartamento \ moradia ou com familiares (n=7), ou sozinhas (n=7), e 2,2% residem noutra tipo de habitação diferente das especificadas no questionário. Quanto aos locais *mais frequentados* dentro da Universidade, e numa questão em que mais de uma resposta poderia ser assinalada¹¹, para além da faculdade, 91,5 % das alunas de Psicologia frequentaram bares (n=204), 87% bibliotecas (n=194), e 10,3% locais culturais (n=23). O dado a salientar nestes

¹⁰ As percentagens apresentadas ao longo desta secção são aquelas consideradas mais relevantes para cada uma das variáveis.

¹¹ As opções de escolha nesta questão eram: bibliotecas\salas de estudo, bares, secções ou clubes desportivos, secções culturais, secções políticas, residências universitárias, repúblicas e outros.

resultados resulta do facto de que mais alunas reportaram frequentar bares do que bibliotecas.

2. Consumo de Álcool

O levantamento epidemiológico de variáveis referentes ao consumo de álcool, revelou que, no que concerne à existência \ conhecimento por parte das estudantes, de alcoolismo familiar (N=224), 29% referiram que existe ou têm conhecimento de algum familiar com historial de alcoolismo (n=65); sendo que 11,6% referenciaram o tio \ tia (n=26), 8% o avô \ avó (n=18), 4,9% o pai (n=11), 0,4% referiram: ou a mãe (n=1) ou irmão\irmã (n=1) ou primo\prima (n=1), e 3,1% outro familiar que não os especificados no inquérito.

Em relação ao consumo propriamente dito, dos 91,9% da população que já experimentou álcool (N=204): 45,6% tiveram essa experiência com 15 ou 16 anos (n=93); 24,5% fizeram-no com 13 ou 14 anos (n=50); e 15,2% com 17 ou 18 anos (n=31). Tendo em consideração que a idade de consumo legal é de 18 anos, a experimentação alcoólica, para a maioria das alunas é inferior a essa idade. Estes dados vêm complementar a informação fornecida pelo HBSC (2006), quando afirma que cerca de metade dos alunos do secundário experimentam as bebidas alcoólicas a partir dos 12 anos.

Ainda relativamente à primeira experiência com álcool, 72% das alunas fizeram-no na companhia de amigos (n=144); 27% na companhia de familiares (n=54); e 1% fê-lo sozinha (n=2). O local em que ocorreu essa experimentação, para 45,5% foi o espaço público ou a rua (n=91); 23,5% fizeram-no em casa de familiares (n=47); e 16% em estabelecimentos comerciais. Estes resultados vêm evidenciar que o início do consumo de álcool, no que a estas jovens diz respeito, ocorreu essencialmente entre os pares e em locais públicos, estando a família relegada para segundo plano. Quanto ao tipo de bebida alcoólica consumida na primeira experiência 35,5% das alunas identifica a cerveja (n=72); 19,2% a vodka (n=39); 10,3% o vinho (n=21); e 30,5% outro tipo de bebida que não as especificadas (n=62). Destes dados destaca-se o baixo consumo de vinho, comparativamente com as outras bebidas como a cerveja e as bebidas destiladas (nomeadamente a vodka), evidenciando o declínio deste consumo mais tradicional. As bebidas não especificadas no questionário, incluem entre outras, o champanhe e as “alcopops”.

Quanto à última ocasião de consumo de bebidas alcoólicas, a grande maioria das estudantes (93,4%) afirma que o fizeram com amigos (n=185); sendo que apenas 5,1% o fizeram na companhia de familiares (n=10). O local do último contacto com álcool, para 58,6% das estudantes foram os espaços públicos ou na rua (n=113); 15,1% fizeram-no em estabelecimentos comerciais (n=30); e 10,1% em casa de amigos (n=20), sendo que a casa de familiares, apenas foi indicada por 6% (n=12). A indicação de espaços públicos, como o último local de consumo de álcool, apresenta valores superiores aos dados reportados pelo ECATD (2003), sendo que na investigação referente aos alunos do secundário o consumo de álcool em casa é superior ao aqui evidenciado. Se atendermos aos resultados obtidos nesta questão, e os compararmos com os valores obtidos relativamente à primeira experiência com álcool, podemos afirmar que a companhia dos pares tornou-se, ao longo do desenvolvimento das

estudantes, muito mais preponderante do que a companhia da família, no que ao consumo de álcool diz respeito. Também os locais públicos se tornaram gradualmente lugares preferenciais, ultrapassando em muito a casa dos pais. No entanto, de referir que, este dado pode ser relativo ao facto da maioria das alunas estarem deslocadas das famílias de origem. Quanto ao tipo de bebida consumido na última ocasião (N=223), e numa questão em que várias opções poderiam ser assinaladas, 38,6% desta população afirmou ter consumido cerveja (n=86); 22,9% vodka (n=51); 13,5% vinho (n=30); e 18,8% outro tipo de bebida que não as especificadas (n=42). Em relação ao tipo de bebida consumida, o padrão mantém-se semelhante à da bebida de experimentação: a cerveja é a bebida de eleição das estudantes, seguida do vodka e, muito depois, do vinho. De referir, ainda, que o consumo de outras bebidas que não as especificadas, apresenta uma percentagem superior ao vinho. Quanto às hipóteses possíveis para essa opção, as diferentes bebidas espirituosas poderão ser algumas das respostas. O consumo de cerveja e bebidas destiladas afirmou-se, então, como o padrão de consumo dominante nas estudantes universitárias aqui estudadas.

No que diz respeito ao consumo de, pelo menos, uma bebida alcoólica ao longo da vida (indicador da experiência de consumo) (N=223), este foi altamente prevalente entre as alunas, tendo sido realizado por 86,5% (n=193). Destas alunas 20,2% referem que já consumiram uma bebida alcoólica entre 40 a 99 dias (n=45); 17,9% entre 10 a 19 dias (n=40), 17,5% em 100 ou mais dias (n=39); e 16,6% fizeram-no entre 20 a 39 dias (n=39). De realçar, ainda, que segundo estes dados 37,7% das estudantes universitárias, já consumiram pelo menos uma bebida alcoólica em 40 ou mais dias - valor considerado de risco pelo ECATD (2003) - (n=84). Se por um lado, os dados de prevalência de consumo ao longo da vida aqui obtidos, são semelhantes aos fornecidos pelo ECATD (2003), relativamente às alunas do ensino secundário com 18 anos, por outro lado, a frequência de consumo respeitante a 40 ou mais dias, é mais do dobro no trabalho presente, do que a relatada pela investigação referida. A partir dos resultados obtidos, relativos à prevalência do consumo de álcool, e com o objectivo de testar a hipótese de que esta prevalência é diferente entre os grupos de consumo de álcool, foi realizada a análise das diferenças entre as alunas pertencentes ao grupo Bd e as alunas pertencentes ao grupo Co¹². A aplicação do *MW*¹³ (comparação de dois grupos) veio evidenciar que a frequência do consumo de álcool ao longo da vida das alunas pertencentes ao grupo Bd (*MR*=114.17) é significativamente superior à observada nas alunas pertencentes ao grupo Co (*MR*=74.73) [*U*= 2660.500, *z*=5.011, *p*<.001]. Estes dados revelam

¹² A análise das diferenças relativas às frequências de consumo, envolve apenas as alunas pertencentes ao grupo Bd e as alunas pertencentes ao grupo Co, dado que, por definição do grupo Ab, nenhuma das alunas pertencentes a este grupo consumiu álcool.

¹³ Como noutros procedimentos não-paramétricos, o *MW* utiliza na sua análise os valores ordenados em posições (ou em rankings), isto é, o valor mais baixo recebe o “rank” 1, o seguinte o “rank” 2 e assim sucessivamente. Os valores são colocados em “ranks” relativos às combinações dos dois grupos; e o teste Mann-Whitney analisa se os valores de uma dada população tendem a ter valores mais altos (logo “ranks” mais elevados), do que a outra população. Devido a este factor a apresentação dos dados é habitualmente realizada pela apresentação das “Mean Ranks” (*MR*). O mesmo procedimento é sugerido na apresentação dos resultados relativos ao *KW* – para mais de dois grupos - (Elliot & Woodward, 2007).

que, tal como expectável, as alunas pertencentes ao grupo Bd consumiram álcool ao longo da vida com maior frequência do que as Co.

O consumo de, pelo menos, uma bebida alcoólica nos últimos 12 meses (indicador do consumo recente) (N=224), também foi altamente prevalente, tendo sido realizado por 85,7% das universitárias (n=192). Destas 34,4% fizeram-no menos de uma vez por mês (n=77); 32,6% fizeram-no, pelo menos, uma vez por mês (n=73); e 18,8% das universitárias consumiram álcool, pelo menos, uma vez por semana (n=42). Estes dados vêm superar significativamente os dados do HBSC (2006), que referem que a maioria das alunas do ensino secundário, raramente ou nunca consumiram álcool, no ano anterior. A partir destes dados, a análise das diferenças entre as alunas pertencentes ao grupo Bd e as alunas pertencentes ao grupo Co, pela aplicação do *MW* evidencia a seguinte informação: a frequência do consumo de álcool durante o último ano das alunas pertencentes ao grupo Bd (MR=119.87) é significativamente superior à das alunas pertencentes ao grupo Co (MR=68.89) [U= 2146.000, z = 6.790, $p < .001$]. Tal como seria de esperar, também no último ano, as alunas pertencentes ao grupo Bd consumiram álcool com maior frequência do que as alunas pertencentes ao grupo Co.

O consumo de, pelo menos, uma bebida alcoólica nos últimos 30 dias (indicador do consumo actual), foi realizado por 69,6% da amostra (n=156). Destas, 25,4% consumiram, pelo menos, uma bebida alcoólica em 1 ou 2 dias (n=57); 20,5% fizeram-no entre 3 a 5 dias (n=46); e 11,6% em 10 ou mais dias (n=26). De referir que estes resultados são também semelhantes aos dados do ECATD (2003), para as alunas de 18 anos do ensino secundário. A aplicação do *MW*, para a análise das diferenças entre as alunas pertencentes ao grupo Bd e as alunas pertencentes ao grupo Co, revela que: a frequência do consumo de álcool durante o último mês das alunas pertencentes ao grupo Bd (MR=130.44) é significativamente superior à das alunas pertencentes ao grupo Co (MR=56.39) [U= 1046.500, z = 9.442, $p < .001$]. A partir destes valores, podemos inferir que, também no último mês, as alunas pertencentes ao grupo Bd consumiram bebidas alcoólicas com maior frequência relativamente às alunas pertencentes ao Co. Assim, através dos resultados observados relativamente à prevalência do consumo de álcool, podemos concluir que, tal como foi hipotetizado as alunas que habitualmente consomem bebidas alcoólicas mais intensivamente, são também aquelas que consomem álcool com maior frequência.

Relativamente ao consumo de quatro ou mais bebidas numa ocasião, durante o último mês (indicador de *binge-drinking*), este foi reportado por 46,4% das estudantes (n=104). Assim, 18,3% realizaram esse consumo num dia (n=41); 18,7% fizeram-no em mais de 6 dias (n=53); 9,4% fizeram-no em 2 dias (n=21), e 9,4% fizeram-no entre 3 a 5 dias (n=21). De salientar que os valores de *binge-drinking* aqui reportados, são semelhantes aos do *Harvard School of Public Health College Alcohol Surveys* (CAS) com estudantes universitários americanos (Hingson, 2005). No entanto, a percentagem de *binge-drinking*, realizada em mais de três dias no último mês, aqui obtida, é cerca do dobro dos valores evidenciados pelo estudo do ECATD (2003) para as alunas do ensino secundário em Portugal. A compreensão destes dados, que indicam que as alunas da primeira fase do MIP consumiram álcool mais intensivamente quando

comparadas com as alunas do ensino secundário, poderá ser reforçada através da análise dos valores relativos à idade da primeira embriaguez. Assim, relativamente à idade da primeira embriaguez, dos 64,3% da população que afirmou já ter ficado alcoolizada (N=144), 45,1% fizeram-no com 17 ou 18 anos (n=65); 22,2% com 15 ou 16 anos (n=32), 13,9% com 13 ou 14 anos (n=20), e 17,4% das alunas ficaram alcoolizadas pela primeira vez com 19 anos ou mais (n=25). De realçar, que segundo estes dados, 84,7% das universitárias experienciaram a sua primeira embriaguez com 17 anos de idade ou mais (n=90). Dado que esta é a idade de entrada na faculdade para a maioria das alunas, a experiência de intoxicação alcoólica medeia esta entrada e/ou os primeiros tempos de frequência do ensino superior. Estes resultados são aproximados aos referidos por Carlini-Marlatt (2003), ao identificar na população brasileira que, apesar do primeiro contacto com álcool começar relativamente cedo, a intoxicação alcoólica ou o consumo regular raramente acontece antes da adolescência tardia.

Segundo os dados obtidos no QCA, relativos aos dias da semana em que as estudantes habitualmente consumiram álcool, 31,7% das estudantes consumiram bebidas alcoólicas aos sábados (n=71); 31,2% às quintas-feiras (n=70); 23,3% às sextas-feiras (n=50); 19,6% às terças-feiras (n=44); 7,1% aos domingos (n=36); 6,7% às segundas-feiras (n=15); e 5,4% às quartas-feiras (n=12). Segundo estes dados podemos afirmar que, os dias de fim-de-semana foram os dias de eleição para o consumo de álcool, assim como as quintas e terças-feiras, dias em que as estudantes se encontram em Coimbra.

A partir dos dados recolhidos com o AUDIT, foram verificadas as distribuições das alunas pelos diferentes níveis de consumo de álcool, tais como são medidos por este instrumento¹⁴. Assim, 78,1% das alunas correspondem ao nível normal (1) (n=175), 20,1% ao nível de risco (2) (n=45), e 1,8% ao nível da dependência (4) (n=4). De sublinhar que, segundo os valores obtidos, nenhuma das alunas corresponde ao grupo prejudicial (grupo 3 do AUDIT). A partir destes resultados podemos inferir que 21,9% da população apresentou valores iguais ou superiores ao nível de consumo considerado de risco (ponto de corte) (n=49), dado que é verdadeiramente preocupante se considerarmos os riscos associados a este nível de consumo. De acrescentar, ainda, que segundo os parâmetros do instrumento estas alunas deveriam ser encaminhadas para aconselhamento, no caso das que se encontram no nível de risco, e de encaminhamento para um especialista para diagnóstico e tratamento, as que se encontram no nível da dependência (Babor, 2001).

3. Comportamentos \ Actividades Relacionados com o Consumo de Álcool

Relativamente aos dados recolhidos sobre comportamentos e actividades relacionadas com o consumo de álcool verifica-se o seguinte: o

¹⁴ Como foi referido anteriormente, o valor final do AUDIT permite identificar quatro níveis de consumo: 1- normal (com pontuações entre 0 e 6), 2- risco (pontuações entre 7 e 15); 3- prejudicial (entre 16 e 19); 4- dependência (entre 20 e 25 pontos) (Babor, 2001). De referir que o AUDIT não faz a distinção entre os abstémios e os indivíduos considerados como tendo um consumo de álcool normal.

acompanhamento, durante os últimos 12 meses, de condutores que consumiram álcool, foi realizado por 43% das inquiridas (n=96); sendo que: 30,9% fizeram-no menos de uma vez por mês (n=69); 10,8% pelo menos, uma vez por mês (n=24); e 1,3% pelo menos, uma vez por semana (n=3). Com base nos dados recolhidos, e com o objectivo de testar a hipótese de que o acompanhamento, durante o último ano, de condutores que consumiram álcool, é diferente entre os grupos de consumo de álcool (Ab,Co, Bd), realizou-se a análise das diferenças, entre os três grupos. A aplicação do *Kruskal-Wallis (KW)* indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2 (2) = 25.364, p < .001$] no acompanhamento, nos últimos 12 meses, de condutores que consumiram álcool entre as alunas pertencentes ao grupo Bd ($MR=132.44$), as alunas pertencentes ao grupo Co ($MR=96.80$), e as alunas pertencentes ao grupo Ab ($MR=86.89$). Dado que o valor do teste das diferenças se revelou significativo, seguiu-se a aplicação de três *MW* para a comparação dos grupos dois a dois. A análise dos resultados obtidos, veio acrescentar que: o valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Bd é significativamente superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Co [$U= 3081.500, z = 4.212, p < .001$], e ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 981.000, z = 3.833, p < .001$]; sendo que o acompanhamento observado nas alunas pertencentes ao grupo Co não é significativamente diferente ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 1271.500, z = .0923, p = .356$]. A partir destes resultados, é legítimo inferir que o acompanhamento de condutores que consumiram álcool foi mais frequentemente realizado pelas alunas pertencentes ao grupo Bd, não havendo diferenciação significava entre os dois outros grupos.

Ainda em relação ao último ano, mas no que diz respeito à condução de veículos motorizados após o consumo de álcool (N=224), 12,5% das estudantes afirmaram ter realizado esse comportamento (n=28). Destas alunas: 5,8% fizeram-no menos de uma vez por mês (n=13), 5,8% uma vez por mês (n=13); e 0,9% fizeram-no uma vez por semana. A aplicação do *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool, indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2 (2) = 16.564, p < .001$], na distribuição da condução, nos últimos 12 meses, de veículos motorizados depois do consumo de álcool entre as alunas pertencentes ao grupo Bd ($MR=123.13$), as alunas pertencentes ao grupo Co ($MR=105.30$), e as alunas pertencentes ao grupo Ab ($MR=98.50$). A aplicação de múltiplos *MW* revelou que: o valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Bd é significativamente superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo das Co [$U= 3838.500, z = 3.134, p = .002$], e ao valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 1296.000, z = -2.894, p = .004$]; sendo que o valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Co não é significativamente diferente ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 1328.000, z = 1.371, p = .0170$]. Tal como no acompanhamento de condutores que consumiram álcool, também na condução de veículos motorizados, foram as alunas pertencentes ao grupo Bd quem praticou mais frequentemente este comportamento, sendo que os outros dois grupos não se diferenciaram entre si.

Através dos resultados observados relativos ao acompanhamento de condutores que consumiram álcool e à condução de veículos motorizados depois

do consumo de bebidas alcoólicas, podemos concluir que estes comportamentos verificaram-se de forma mais significativa nas alunas pertencentes ao grupo Bd.

O acompanhamento, nos últimos 30 dias, de condutores que consumiram álcool, apresentou menores percentagens quando comparado com o mesmo comportamento ao longo do ano, e foi reportado por 22,8% das universitárias (n=51). Assim, 14,3% das alunas acompanharam esses condutores 1 vez (n=32); 7,6% 2 ou 3 vezes (n=17); e 0,9% das alunas fizeram-no 4 ou mais vezes (n=2). A aplicação do KW para a comparação dos grupos de consumo de álcool, indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 15.936, p < .001$], na distribuição do acompanhamento, nos últimos 30 dias, de condutores que consumiram álcool entre as alunas pertencentes ao grupo Bd (MR=123.90), as alunas pertencentes ao grupo Co (MR=108.30) e as alunas pertencentes ao grupo Ab (MR=87.00). A aplicação de múltiplos MW revelou que: o valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Bd é significativamente superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Co [U= 3934.500, z = 2.161, $p = .031$] e ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [U= 112.000, z = -3.683, $p < .001$]; sendo que o valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Co é significativamente superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [U= 1136.000, z = 2.666, $p = .008$]. Assim, no que diz respeito ao acompanhamento, no último mês, de condutores que consumiram álcool, existem diferenças entre os três grupos, sendo que as alunas pertencentes ao grupo Bd são as que realizaram esse comportamento mais frequentemente, seguidas das alunas pertencentes ao grupo Co, e por último surgem as alunas pertencentes ao grupo Ab. O dado a ressaltar destes resultados, prende-se com o facto no último mês ter existido uma diferença significativa entre as alunas do grupo Co e as alunas do grupo Ab. Assim, podemos concluir que o envolvimento neste comportamento, no último mês, tal como hipotetizado, aconteceu em função dos diferentes consumos de álcool, sendo mais significativo nas alunas pertencentes ao grupo Bd. No que diz respeito ao comportamento descrito, mas durante o último mês, de referir que apenas 4,5% das universitárias afirmaram tê-lo efectuado; onde 2,7% fizeram-no 1 vez (n=6); e 1,8% 2 ou 3 vezes (n=4)¹⁵.

Os dados relativos ao acompanhamento de condutores que consumiram álcool, e à condução de veículos motorizados após o consumo de bebidas alcoólicas, vão de encontro aos apresentados por Hingson (2005), que referem que os jovens que praticam *binge-drinking* são mais propícios a conduzirem depois de consumirem álcool e de acompanhar condutores que consumiram álcool. E são também condizentes com os estudos realizados por Carlini-Marlatt (2003), segundo os quais, o envolvimento em comportamentos de risco, entre estudantes secundários do estado de São Paulo, aumenta proporcionalmente à medida que os padrões de consumo vão do abstinência ao *binge-drinker*. Também Brener (1998), num estudo realizado com adolescentes americanos, afirma que os adolescentes que bebem mais intensivamente apresentam tendencialmente

¹⁵ A aplicação do KW para a análise das diferenças entre os grupos de consumo indica que não existem diferenças significativas [$\chi^2(2) = 5.027, p = .081$]. No entanto, este resultado pode ser devido ao facto de a percentagem total, relativa a este comportamento, apresentar valores muito baixos.

maior número de comportamentos de risco.

Relativamente a situações problemáticas, directamente ocasionadas pelo consumo de álcool¹⁶, nos últimos 12 meses, (N=223), é assinalado o seguinte: 2,2% das alunas fraco desempenho escolar (n=5), 2,2% hospitalização \ admissão nas urgências (n=5); 1,3% experienciaram problemas com a família (n=3), 1,3% problemas com amigos (n=3), 1,3% relações sexuais desprotegidas (n=3); 0,9% envolveram-se em relações sexuais de que se arrependeram (n=2), 0,9% experienciaram a ocorrência de acidente ou lesão (n=2); e 0,4% foram vítimas de roubo ou furto (n=1). De salientar, que segundo os dados recolhidos, 91% das alunas afirmaram não ter experienciado nenhum dos problemas referenciados (n=203). Através dos resultados obtidos, relativos à não experiência de problemas ocasionados pelo consumo de álcool, foi realizada a análise das diferenças entre as alunas pertencentes ao grupo Bd e as alunas pertencentes ao grupo Co pela aplicação do *MW*¹⁷. O teste revelou que: o valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Co (MR=102.83) é significativamente superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Bd (MR=90.17) [U= 3931.000, z = 3.119, ρ =.002]. No seguimento destes resultados podemos inferir que no último ano, as alunas pertencentes ao grupo Co experienciaram menos problemas, directamente ocasionados pelo consumo de álcool quando comparadas com as alunas pertencentes ao grupo Bd.

Quanto às mesmas situações, mas durante os últimos 30 dias, 1,3% das alunas experienciaram fraco desempenho escolar decorrente do consumo de álcool (n=3), 0,4% reportaram arrependimento por envolvimento em relações sexuais (n=1), 0,4% acidente \ lesão (n=1), 0,4% admissão nas urgências \ hospitalização (n=1), e 0,4% referiram terem sido vítimas de roubo no último mês (n=1). No entanto, é de salientar que 97,3% das alunas reportaram não ter experienciado estes tipos de problemas relacionados com o consumo de álcool. A análise das diferenças entre o grupo alunas Bd e o grupo alunas Co pela aplicação do *MW* revelou que: o valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Co (MR=99.00) é significativamente superior ao valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Bd (MR=93.44) [U= 1552.000, z = 1.392, ρ =0.164]. A partir dos resultados obtidos relativos ao envolvimento em situações problemáticas directamente ocasionadas pelo consumo de álcool, podemos então depreender, que tanto no último ano, como no último mês, tal como foi hipotetizado, as alunas que habitualmente consumiram álcool mais intensivamente foram aquelas que experienciaram maiores problemas directamente relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas.

Dados adicionais, recolhidos na investigação indicam que, no que diz respeito à frequência de formações sobre álcool e \ ou drogas (N=224), 67% das alunas responderam que já o fizeram (n=150); enquanto 20,1% não

¹⁶ As opções relativas a estas situações problemáticas eram: problemas sérios com familiares, problemas sérios com amigos, fraco desempenho escolar, envolvimento em relações sexuais desprotegidas, arrependimento por envolvimento em relações sexuais, problemas com a polícia, vítima de roubo ou furto, acidente ou lesão, hospitalização ou admissão nas urgências hospitalares, e nenhum dos anteriores.

¹⁷ Também nesta variável optamos por analisar apenas as diferenças entre as alunas pertencentes ao grupo Bd e as alunas pertencentes ao grupo Co, dado que, por definição do grupo Ab, nenhuma das alunas pertencentes a este grupo consumiu álcool.

frequentaram essas formações (n=45), e 12,9% não tinham a certeza se já tinham, ou não, frequentado esse tipo de formações ou aulas. No seguimento desta questão, das estudantes que já frequentaram aulas que abordassem o consumo de substâncias (N=143), 30,8% afirmaram que as informações fornecidas durante as formações não eram suficientes (n=44), e 10,5% não tinham a certeza se as informações fornecidas seriam suficientes (n=15). Segundo estes dados, podemos inferir que apenas 40,6% das alunas frequentaram formações, nas quais as informações relacionadas com o consumo de álcool foram efectivamente consideradas suficientes. Outro dos dados recolhidos refere-se ao absentismo às aulas devido a abstinência alcoólica (N=223), sendo que esta realidade, foi reportada por 34,5% das universitárias (n=77). Ainda no que concerne a comportamentos relacionados com o consumo de álcool, os dados recolhidos relativos aos comportamentos sexuais, revelam que, no que diz respeito à última vez que as alunas tiveram relações sexuais (N=171), 5,8% consumiram álcool ou drogas, antes das relações (n=10). Da população que teve relações sexuais nos últimos 30 dias (N=139), 18,7% das estudantes reportaram esse comportamento (n=26).

4. Consumo de Tabaco

No que diz respeito à experimentação de tabaco (N=224), 67,4% das estudantes já experimentaram a substância (n=151); contudo, apenas 51,3% fumaram um cigarro inteiro (n=115). Destas estudantes: 33,9% fumaram o seu primeiro cigarro com 13 ou 14 anos (n=39); 27% com 15 ou 16 anos (n=31); 20,9% com 17 ou 18 anos (n=24), e 10,5% com 19 anos ou mais. (n=12). De referir que os dados obtidos são semelhantes aos apresentados pelo ECATD (2003) para as alunas de 18 anos que frequentam o ensino secundário.

No que diz respeito à prevalência do consumo de tabaco, nos últimos 12 meses (indicador de consumo recente) (N=224), a percentagem obtida foi de 43,3% (n=97); sendo que: 19,6% fumaram tabaco menos de uma vez por mês (n=44); 12,9% diariamente ou quase diariamente (n=29); 5,4% pelo menos, uma vez por mês (n=12); e também 5,4%, pelo menos, uma vez por semana (n=12). Estes valores também são semelhantes aos apresentados pelo ECATD (2003), para as alunas de 18 anos. Com base nos dados obtidos relativamente ao consumo de tabaco, no último ano, efectuaram-se as análises de diferenças considerando os três grupos de consumo (Ab, Co, Bd). A aplicação do *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 35.638, p < .001$] na distribuição da frequência do consumo de tabaco entre as alunas pertencentes ao grupo Bd ($MR=133.82$), as alunas pertencentes ao grupo Co ($MR=103.97$), e as alunas pertencentes ao grupo Ab ($MR=66.67$). A aplicação de múltiplos *MW* revelou que: a frequência de consumo de tabaco nas alunas pertencentes ao grupo Bd é significativamente superior ao valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Co [$U= 3333.500, z = 3.493, p < .001$], e ao valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 689.000, z = 5.458, p < .001$]; sendo que o valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Co é significativamente superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 916.500, z = 3.681, p < .001$]. Podemos inferir a partir dos resultados obtidos, que a frequência do

consumo de tabaco, durante o último ano, aumenta à medida que os padrões de consumo vão do grupo das Ab ao grupo das Bd.

O consumo de cigarros nos últimos 30 dias foi menor comparativamente aos últimos 12 meses, tendo sido realizado por 28,1% das alunas (n=64). Destas alunas: 8,9% fumaram tabaco num ou dois dias (n=20); 6,3% entre 20 a 29 dias (n=14); e 5,4% fumaram todos os dias (n=12). A aplicação do *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool, indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 31.001, p < .001$], na distribuição do consumo de tabaco nos últimos 30 dias entre as alunas pertencentes ao grupo Bd (*MR*=131.78), as alunas pertencentes ao grupo Co (*MR*=101.17), e as alunas pertencentes ao grupo Ab (*MR*=81.00). A aplicação de múltiplos *MW* revelou que: a frequência de consumo de tabaco nas alunas pertencentes ao grupo Bd é significativamente superior ao valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Co [*U*= 3323.000, *z* = 3.918, $p < .001$], e ao valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [*U*= 912.000, *z* = 4.556, $p < .001$]; sendo que ao valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Co é significativamente superior ao valor observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [*U*= 1152.000, *z* = 2.572, $p = .010$]. Ainda em relação aos últimos 30 dias, considerando o número de cigarros fumados por dia, 11,6% das estudantes consumiram 2 a 5 cigarros por dia (n=26); 6,7% 1 cigarro por dia (n=15); 5,4% menos de um cigarro por dia (n=12); 3,6% 6 a 10 cigarros por dia (n=8); e 1,3% 11 a 20 cigarros por dia. Também neste caso, a aplicação do *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool, indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 30,453, p < .001$], na distribuição do número de cigarros fumados por dia, nos últimos 30 dias, entre as alunas pertencentes ao grupo Bd (*MR*=131.57), as alunas pertencentes ao grupo Co (*MR*=101.60), e as alunas pertencentes ao grupo Ab (*MR*=80.50). A aplicação de múltiplos *MW* revelou que: a quantidade de cigarros fumados pelo grupo Bd é significativamente superior ao valor observado no grupo Co [*U*= 3361.000, *z* = 3.784, $p < .001$], e ao valor observado no grupo Ab [*U*= 896.000, *z* = 4.624, $p < .001$]; sendo que a quantidade de cigarros fumados pelo grupo Co é significativamente superior ao valor observado no grupo Ab [*U*= 1152.000, *z* = 2.573, $p = .010$]. Partindo dos dados recolhidos, relativamente ao consumo de tabaco, podemos afirmar que o consumo de tabaco aumenta proporcionalmente à medida que os padrões de consumo vão das Ab às Bd, sendo que nenhuma das alunas pertencentes ao grupo Ab reportou o consumo de tabaco.

Assim, através dos resultados observados relativos ao consumo de tabaco, podemos concluir que, tal como foi hipotetizado, o consumo de tabaco acontece em função dos diferentes grupos de consumo de álcool, sendo que é nas alunas pertencentes ao grupo Bd que este consumo é mais significativo. Estes valores vão de encontro às conclusões apresentadas por Orpinas (1995), com uma população do ensino secundário nos Estados Unidos da América, que indica que existe uma associação entre o consumo de álcool, *binge-drinking* e o consumo de outras substâncias (nomeadamente tabaco). Também segundo os dados obtidos por Carlini-Marlatt (2003), os *binge-drinkers* são mais prováveis de consumir tabaco do que os consumidores ocasionais. Segundo a mesma referência nenhum dos alunos abstémios reportou este tipo de consumos.

5. Consumo de “Drogas”

A prevalência do consumo de cannabis ao longo da vida (indicador da experiência de consumo) (N=223), foi de 21,1% (n=47). Assim: 7,2% das estudantes fumaram cannabis 1 ou 2 vezes (n=16); 4,5% 40 a 99 vezes (n=10); 4% 3 a 9 vezes (n=9); 3,1% 10 a 19 vezes (n=7); 1,3% 20 a 39 vezes (n=3); e 0,9% 100 ou mais vezes (n=2). De salientar, que estas percentagens são semelhantes às apresentadas pelo ECATD (2003) para as alunas de 18 anos. Com base nos dados recolhidos, relativos à prevalência do consumo de cannabis, e com o objectivo de testar a hipótese de que esta prevalência é diferente entre os grupos de consumo de álcool (Ab, Co e Bd), realizou-se a análise das diferenças. A aplicação do *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool, indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 23.073$, $p < .001$], na distribuição do consumo de cannabis entre as alunas pertencentes ao grupo Bd ($MR = 127.64$), as alunas pertencentes ao grupo Co ($MR = 101.01$), e as alunas pertencentes ao grupo Ab ($MR = 91.89$). A aplicação de múltiplos *MW* revelou que: o consumo nas alunas pertencentes ao grupo Bd é significativamente superior ao observado nas alunas do grupo Co [$U = 3436.500$, $z = 3.839$, $p < .001$], e ao observado nas alunas do grupo Ab [$U = 1132.500$, $z = 3.429$, $p = .001$]; sendo que o consumo observado nas alunas do grupo Co não é significativamente diferente ao observado nas alunas do grupo Ab [$U = 128.000$, $z = 1.460$, $p = .144$]. A partir destes valores podemos inferir que o consumo de cannabis, ao longo da vida, apresentou valores superiores nas alunas pertencentes ao grupo grupo Bd, sendo que não existem diferenças significativas ao nível do consumo entre as alunas pertencentes ao grupo Co e as alunas pertencentes ao grupo Ab.

Quanto ao consumo de cannabis nos últimos 12 meses (indicador de consumo recente), a prevalência foi de 15,2% (n=34); sendo que: 11,2% das alunas consumiram a substância menos de uma vez por mês (n=25); 2,7% pelo menos, uma vez por mês (n=6); e 1,3% pelo menos, uma vez por semana (n=3). A aplicação do *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool, indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 28.869$, $p < .001$], na distribuição da frequência do consumo de cannabis, nos últimos 12 meses, entre as alunas pertencentes ao grupo Bd ($MR = 127.98$), as alunas pertencentes ao grupo Co ($MR = 100.39$), e as alunas pertencentes ao grupo Ab ($MR = 95.50$). A aplicação dos *MW* revelou que: o consumo de cannabis nas alunas pertencentes ao grupo Bd é significativamente superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Co [$U = 3446.000$, $z = 4.438$, $p < .001$], e ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U = 1184.000$, $z = 3.406$, $p = .001$]; sendo que o consumo nas alunas pertencentes ao grupo Co não é significativamente diferente ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U = 1344.000$, $z = 1.222$, $p = .222$]. Segundo os valores observados, podemos inferir que, também no decorrer do último ano, as alunas pertencentes ao grupo Bd foram quem mais consumiu cannabis, sendo que não existem diferenças significativas entre as alunas pertencentes ao grupo Co e as alunas pertencentes ao grupo Ab.

O consumo de cannabis nos últimos 30 dias (N=224), foi mais baixo quando comparado com o mesmo consumo ao longo do ano, e foi reportado por

7,6% da amostra (n=17). Assim: 3,1% consumiram a substância entre 1 a 2 vezes (n=7); 3,1% fizeram-no entre 3 a 9 vezes (n=7), e 1,3% das alunas consumiram cannabis 10 a 19 vezes. De salientar, que os valores aqui observados são praticamente o dobro dos reportados pelo ECATD (2003), referente a alunos do ensino secundário. A aplicação do KW para a comparação dos grupos de consumo de álcool revela que existe uma diferença estatisticamente significativa [χ^2 (2) =16.940, $\rho < .001$], na distribuição do consumo de cannabis, nos últimos 30 dias, entre as alunas pertencentes ao grupo Bd (MR=121.28), as alunas pertencentes ao grupo Co (MR=105.22), e as alunas pertencentes ao grupo Ab (MR=104.00). A aplicação de múltiplos MW revelou que o consumo relativo às alunas pertencentes ao grupo Bd é significativamente superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Co [U= 3919.000, z = 3.476, $\rho = .001$], e ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [U= 1408.000, z = 2.348, $\rho = .019$]. No entanto, o consumo observado nas alunas pertencentes ao grupo Co não é significativamente diferente ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab [U= 1392.000, z = 0.603, $\rho = .546$]. A partir destes dados podemos constatar que o consumo de cannabis referente às alunas pertencentes ao grupo Bd, quer durante a vida, quer durante o último ano, quer durante o último mês, é superior ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Co e ao observado nas alunas pertencentes ao grupo Ab, sendo que o consumo nestes dois grupos não é significativamente diferente. Importa aqui salientar que as alunas pertencentes ao grupo Ab não reportaram o consumo de cannabis nem no último ano, nem no último mês.

A partir destes resultados podemos concluir que o consumo de cannabis, tal como foi hipotetizado, ocorreu mais significativamente nas alunas pertencentes ao grupo Bd. No entanto, o consumo de cannabis nas alunas pertencentes ao grupo das Co não foi significativamente diferente do observado nas alunas pertencentes ao grupo das Ab. Tal como no consumo de tabaco, os resultados aqui observados são semelhantes aos referidos por um estudo referenciado por Orpinas (1995), com uma população do ensino secundário dos Estados Unidos da América, que indica que existe uma associação entre o consumo de álcool, *binge-drinking* e o consumo de outras substâncias (nomeadamente a cannabis). Também segundo a investigação de Carlini-Marlatt (2003), os binge-drinkers são mais prováveis de consumir e marijuana, do que os consumidores ocasionais. Segundo a mesma referência nenhum dos alunos abstémios reportou o consumo de cannabis.

Quanto à idade das alunas, aquando da experimentação de cannabis, 37,5% fizeram-no com 15 ou 16 anos (n=18); 25% com 17 ou 18 anos (n=12); e 16,7% com 19 ou 20 anos (n=8). De salientar, que segundo os dados obtidos, 51% das estudantes que já experimentaram cannabis fizeram-no com idades superiores aos 17 ou 18 anos (n=24). Tal como na idade da primeira intoxicação alcoólica (anteriormente referida), dado que esta é a idade de entrada na faculdade para a maioria das alunas, a experiência de cannabis medeia esta entrada e/ou os primeiros tempos de frequência do ensino superior.

O consumo de outras drogas, ao longo da vida, também foi reportado pelas estudantes do MIP. Assim: 2,2% já consumiram metanfetaminas (n=5), 1,8% ecstasy (n=4); 1,8% cocaína (n=4), e 0,4% já consumiram inalantes (n=1).

Quanto ao consumo no último ano, 2,2% das alunas consumiram metanfetaminas (n=4), 1,3% ecstasy (n=3), e 1,3% já consumiram cocaína (n=3)¹⁸. De salientar, que de acordo com estes dados, nenhuma estudante reportou ter consumido inalantes no último ano. O consumo de heroína, quer ao longo da vida quer nos últimos 12 meses, também não foi realizado por nenhuma das inquiridas. De referir, ainda, que as alunas pertencentes ao grupo Ab não reportaram o consumo deste tipo de drogas.

A partir dos dados obtidos, pudemos observar que quanto aos diferentes tipos de drogas ilícitas consumidas durante a sua vida (N=224), 21,4% das universitárias já consumiram pelo menos um tipo de droga ilícita; destas, 18,8% consumiram apenas um tipo (n=42); 1,3% quatro tipos (n=3); 0,9% dois tipos; e 0,4% consumiram três tipos de drogas ilícitas (n=1). A aplicação do *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 18.888, p < .001$], na distribuição do número de tipos de drogas consumidas entre as alunas pertencentes ao grupo Bd ($MR = 126.32$), as alunas pertencentes ao grupo Co ($MR = 103.65$), e as alunas pertencentes ao grupo Ab ($MR = 91.91$). A aplicação de múltiplos *MW* revelou que o número de drogas consumidas pelo grupo Bd é significativamente superior ao observado no grupo Co [$U = 3649.000, z = 3.230, p = .001$], e ao observado no grupo Ab [$U = 1153.500, z = 3.408, p = .001$]; sendo que o consumo observado no grupo Co não é significativamente diferente ao verificado no grupo Ab [$U = 1259.500, z = 1.636, p = .102$]. A partir destes dados podemos depreender, que ao longo da sua vida, foram as alunas pertencentes ao grupo Bd que consumiram mais diferentes tipos de drogas.

Segundo todos os dados obtidos relativamente ao consumo de drogas, podemos concluir que são as alunas pertencentes ao grupo Bd quem consumiu drogas com maior frequência e em maior variedade, sendo que os valores de consumo observados nas alunas pertencentes ao grupo Co não são significativamente diferentes das alunas pertencentes ao grupo Ab. Ainda de referir, que este último grupo não consumiu cannabis, nem no último ano, nem no último mês, e nunca consumiu nenhuma das outras drogas, anteriormente referidas.

6. EPQ

No que diz respeito às variáveis de personalidade, a aplicação do EPQ revela (tabela 1) que os resultados obtidos pela amostra nas quatro escalas do instrumento, são semelhantes aos encontrados na população portuguesa, quer para as mulheres entre os 16 e 20 anos, quer para as mulheres entre os 21 e 30 anos.

¹⁸ A aplicação do *KW* indica que as diferenças entre os grupos no consumo de : cocaína ao longo da vida [$\chi^2(2) = 1.476, p = .478$], cocaína nos últimos 12 meses [$\chi^2(2) = 3.493, p = .174$], inalantes ao longo da vida [$\chi^2(2) = 1.545, p = .462$], metanfetaminas ao longo da vida [$\chi^2(2) = 2.435, p = .296$], metanfetaminas nos últimos 12 meses [$\chi^2(2) = 2.445, p = .294$], ecstasy na vida [$\chi^2(2) = 1.476, p = .478$], e ecstasy nos últimos 12 meses [$\chi^2(2) = 3.493, p = .174$], não são estatisticamente significativas. Este resultado pode ser devido às percentagens relativas a estes comportamentos apresentarem valores muito baixos.

Tabela 1. Resultados nas escalas do EPQ obtidos pelas alunas de Psicologia da FPCE-UC

	Média	Desvio-Padrão
Neuroticismo	8.58	4.538
Extroversão	12.43	4.023
Psicoticismo	0.92	1.114
Desiderabilidade Social	8.29	3.932

A partir dos valores obtidos, e com o objectivo de testar a hipótese de que estes valores são significativamente diferentes entre os grupos de consumo de álcool (Ab, Co e Bd), foi aplicada uma ANOVA, para a análise das diferenças¹⁹, seguindo-se a aplicação de procedimentos *Post-Hoc* através do teste de *Tuckey*. Os resultados obtidos pela aplicação da ANOVA indicam que os valores da escala de extroversão revelam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, [F(2,221)=7.639, $\rho = .001$]. As comparações múltiplas realizadas pelo teste de *Tuckey* realizadas com um nível de significância de .05, revelam que a média na escala de extroversão para as alunas pertencentes ao grupo Bd (M=13.51, DP=3.525, n=104) é significativamente superior do que a observada nas alunas pertencentes ao grupo Co (M=11.34, DP=4.231, n=88), mas não significativamente diferente à observada nas alunas pertencentes ao grupo Ab (M=11.94, DP=4.165, n=32). Sendo que as médias na escala de extroversão das alunas pertencentes ao grupo Co e das alunas pertencentes ao grupo Ab não se revelaram significativamente diferentes entre si. Segundo estes valores, podemos inferir que: comparando as alunas que consumiram álcool, ou seja, as alunas pertencentes ao grupo Bd e as alunas pertencentes ao grupo Co, foram as alunas que habitualmente consumiram álcool mais intensivamente que obtiveram valores mais altos na escala de extroversão. Porém, algumas reservas devem ser colocadas na interpretação dos resultados, devido ao facto de as médias das alunas pertencentes ao grupo Bd, tal como as médias das alunas pertencentes ao grupo Co, não se terem diferenciado das médias obtidas pelas alunas pertencentes ao grupo Ab.

Através dos resultados observados, relativamente aos traços de personalidade, podemos afirmar que ao contrário do que foi hipotetizado, não existem evidências de diferenciação dos traços de personalidade entre os grupos de consumo de álcool, particularmente no caso de a extroversão ser mais significativa nas alunas pertencentes ao grupo das Bd e nas alunas pertencentes ao grupo das Co.

Devido à inconclusividade dos resultados, no futuro novas investigações relacionadas com a temática revelam-se como essenciais.

7. BSI

A tabela 2 demonstra que, no que diz respeito aos resultados do BSI, as médias e o desvio-padrão dos índices das escalas são semelhantes aos

¹⁹ A aplicação da ANOVA indica que as diferenças entre os grupos nas escalas de neuroticismo [F(2,221)=1.943, $\rho = .146$]; psicoticismo [F(2,221)=1.479, $\rho = .146$] e desiderabilidade social (mentira) [F(2,221)=2.539, $\rho = .081$]; não são estatisticamente significativas.

encontrados na população geral. De facto, apesar dos valores obtidos nos índices serem todos ligeiramente inferiores aos da média e desvio-padrão da população geral, estes encontram-se dentro do intervalo normativo.

Tabela 2. Resultados nos índices do BSI obtidos pelas alunas de Psicologia da FPCE-UC

	Média	Desvio-Padrão
Somatização	0.392	0.520
Obsessões compulsões	0.903	0.647
Sensibilidade interpessoal	0.609	0.673
Depressão	0.675	0.691
Ansiedade	0.630	0.037
Hostilidade	0.597	0.538
Ansiedade fóbica	0.246	0.370
Ideação paranóide	0.588	0.602
Psicoticismo	0.413	0.505
IGS	0.571	0.456
TSP	19.096	11.868
ISP	1.398	0.366

A partir dos valores obtidos nas diferentes escalas foi aplicada uma *ANOVA*²⁰, para a análise da variância, entre os grupos de consumo (Bd, Co e Ab) e procedimentos *Post-Hoc* através do teste de *Tuckey*. Os resultados indicam que os valores da escala de ansiedade revelam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos [$F(2,221)=3.482$, $\rho = .032$]. As comparações múltiplas realizadas pelo teste de *Tuckey* realizadas com um nível de significância de .05, revelam que a média no índice da escala de ansiedade para as alunas pertencentes ao grupo Co ($M=0.733$, $DP=0.619$, $n=88$) não é significativamente diferente à observada nas alunas pertencentes ao grupo Bd ($M=0.599$, $DP=0.539$, $n=104$), mas é significativamente superior à observada nas alunas pertencentes ao grupo Ab ($M=0.447$, $DP=0.318$, $n=32$). Sendo que as médias no índice da escala de ansiedade das alunas pertencentes ao grupo Bd e das alunas pertencentes ao grupo Ab não se revelaram significativamente diferentes uma da outra. Estes resultados revelam que as alunas pertencentes ao grupo Co apresentaram resultados na escala de ansiedade significativamente superiores às alunas pertencentes ao grupo Ab. Sendo que os valores obtidos na escala pelas alunas pertencentes ao grupo Bd, não diferem significativamente de nenhum dos outros dois grupos.

Também em relação aos valores obtidos na escala de hostilidade, a aplicação da *ANOVA* indica que os valores observados revelam diferenças entre

²⁰ A aplicação da *ANOVA* indica que as diferenças entre os grupos nas escalas: somatização [$F(2,221)=3.482$, $\rho = .032$], obsessões compulsões [$F(2,221)=.602$, $\rho = .549$], sensibilidade interpessoal [$F(2,221)=.978$, $\rho = .378$], depressão [$F(2,221)=2.637$, $\rho = .074$], ansiedade fóbica [$F(2,221)=.417$, $\rho = .660$], ideação paranóide [$F(2,221)=.185$, $\rho = .0831$], psicoticismo [$F(2,221)=.829$, $\rho = .438$], assim como nos índices IGS [$F(2,221)=1.966$, $\rho = .142$], TSP [$F(2,221)=1.772$, $\rho = .172$], e ISP [$F(2,221)=.398$, $\rho = .672$], não são estatisticamente significativas.

os grupos, [F (2,221)=3,534, $\rho = .031$]. As comparações múltiplas realizadas pelo teste de *Tuckey*, com um nível de significância de .05, revelam que a média no índice da escala de hostilidade das alunas pertencentes ao grupo Co (M=0.702, DP=0.616, n=88) não é significativamente diferente à observada nas alunas pertencentes ao grupo Bd (M=0.560, DP=0.492, n=104), mas é significativamente superior à observada nas alunas pertencentes ao grupo Ab (M=0.431, DP=0.384, n=32). Sendo que as médias no índice da escala de hostilidade das alunas pertencentes ao grupo Bd e das alunas pertencentes ao grupo Ab não se revelaram significativamente diferentes uma da outra. Os dados obtidos indicam que, também na escala de hostilidade as alunas pertencentes ao grupo Co apresentaram resultados significativamente superiores às alunas pertencentes ao grupo Ab. Sendo que, também nesta escala os valores obtidos pelas alunas pertencentes ao grupo Bd não diferem significativamente de nenhum dos outros dois grupos.

A partir dos valores obtidos relativamente aos índices nas escalas de psicopatologia, podemos afirmar, que ao contrário do hipotetizado, não existe evidência de os valores obtidos nas escalas, principalmente as relacionadas com a ansiedade e com os comportamentos anti-sociais, serem uma função dos grupos de consumo de álcool, particularmente do grupo Bd.

No entanto, e devido às dificuldades observadas na interpretação dos resultados, decorrentes do facto de existir uma indiferenciação entre as alunas pertencentes ao grupo Bd e as alunas pertencentes aos outros dois grupos; seleccionamos apenas as alunas que apresentaram uma pontuação no ISP ≥ 1.7 (ponto de corte)²¹. E deste modo, constatamos que estas alunas representam 18,3% das estudantes (n=41)²². A partir dos novos resultados, foram analisadas as diferenças, relativas às escalas em estudo, entre os grupos de consumo de álcool (Bd, Co e Ab)²³. Assim, nos valores do índice da escala de ansiedade, o *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2 (2) = 7.603$, $\rho = .022$], na distribuição do valores do índice da escala de ansiedade, entre as alunas pertencentes ao

²¹ De acordo com os estudos realizados por Canavarro (1999), o ponto de corte do BSI, entre indivíduos pertencentes à população em geral e indivíduos perturbados emocionalmente é uma nota no ISP ≥ 1.7 . Segundo a autora, com os valores mencionados é provável encontrar-se pessoas perturbadas emocionalmente.

²² A análise desta percentagem apresenta algumas reservas, na medida em que a indicação de perturbação emocional, segundo Canavarro (2004), deverá ser verificada através de outros procedimentos de avaliação, sendo os resultados do BSI utilizados apenas como “ponto de partida”.

²³ Devido à existência de apenas 5 alunas no grupo Ab, a estatística não-paramétrica foi utilizada para a análise das diferenças entre os grupos. Os testes aplicados foram o *KW* para testar as diferenças na distribuição das variáveis entre os grupos de consumo (mais de duas categorias), seguindo-se a aplicação de múltiplos *MW* para testar a hipótese de que a distribuição das variáveis pelos grupos (dois a dois) seria igual. A aplicação do *KW* indica que as diferenças entre os grupos nas escalas: somatização [$\chi^2 (2) = 4.993$, $\rho = .081$], obsessões compulsões [$\chi^2 (2) = 4.661$, $\rho = .097$], sensibilidade interpessoal [$\chi^2 (2) = 1.973$, $\rho = .373$], depressão [$\chi^2 (2) = 2.501$, $\rho = .286$], ansiedade fóbica [$\chi^2 (2) = 5.101$, $\rho = .079$], ideação paranóide [$\chi^2 (2) = 1.895$, $\rho = .388$], psicoticismo [$\chi^2 (2) = 4.486$, $\rho = .099$], assim como nos índices IGS [$\chi^2 (2) = 2.903$, $\rho = .140$], TSP [F(2,221)=1.772, $\rho = .172$], e ISP [$\chi^2 (2) = .031$, $\rho = .985$], não são estatisticamente significativas.

grupo Co ($MR=24.44$), as alunas do grupo Bd ($MR=21.39$), e as alunas pertencentes ao grupo Ab ($MR=7.80$). A aplicação de três *MW* revelou que os valores observados nas alunas pertencentes ao grupo Co não são significativamente diferentes dos observados nas alunas pertencentes ao grupo Bd [$U= 136.000$, $z = .813$, $\rho=0.416$], mas são significativamente superiores aos observados nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 9.500$, $z = 2.620$, $\rho=.009$]; sendo que os valores das alunas pertencentes ao grupo Bd são significativamente superiores aos observados nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 14.500$, $z = 2.361$, $\rho=.018$]. Segundo os dados agora observados, podemos afirmar que as alunas com probabilidade de possuírem perturbação, pertencentes ao grupo CO e ao grupo Bd, apresentam valores na escala de ansiedade significativamente superiores às alunas pertencentes ao grupo Ab. Poderemos neste caso inferir, que nas alunas com $ISP \geq 1.7$, as que consomem álcool apresentaram valores mais elevados na escala de ansiedade, relativamente às suas colegas que pertencem ao grupo Ab. No entanto, a interpretação destes dados deve ser acautelada pelo facto de só existirem 5 alunas pertencentes ao grupo Ab, e também pelo facto de os valores observados nas alunas pertencentes ao grupo Co serem superiores (embora não significativamente) aos observados nas alunas pertencentes ao grupo Bd.

Relativamente aos valores do índice da escala de hostilidade, das alunas com $ISP \geq 1.7$, o *KW* para a comparação dos grupos de consumo de álcool indica que existe uma diferença estatisticamente significativa [$\chi^2(2) = 7.270$, $\rho=.026$], na distribuição dos valores do índice da escala de hostilidade entre as alunas pertencentes ao grupo Co ($MR=26.15$), as alunas pertencentes ao grupo Bd ($MR=19.03$), e as alunas pertencentes ao grupo Ab ($MR=11.00$). A aplicação de múltiplos *MW* revelou que: os valores observados nas alunas pertencentes ao grupo Co não são significativamente diferentes aos observados nas alunas pertencentes ao grupo Bd [$U= 103.500$, $z = 1.853$, $\rho=.064$], mas são significativamente superiores aos observados nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 13.000$, $z = 2.334$, $\rho=.020$]; sendo que os valores das alunas pertencentes ao grupo Bd não são significativamente superiores aos observados nas alunas pertencentes ao grupo Ab [$U= 27.000$, $z = 1.481$, $\rho=.160$]. Nesta escala os valores obtidos, são semelhantes aos observados anteriormente na população abaixo do ponto de corte. Assim, também nas alunas com $ISP \geq 1.7$, as alunas pertencentes ao grupo Co apresentam valores significativamente superiores aos das alunas pertencentes ao grupo Ab, mantendo-se os valores observados nas alunas pertencentes ao grupo Bd indiferenciados dos outros dois grupos.

Assim, através dos resultados observados relativamente aos valores obtidos nas escalas sintomatológicas, podemos afirmar que ao contrário do que foi hipotetizado, não existe evidência de que os valores obtidos nas escalas de psicopatologia, principalmente nas relacionadas com a ansiedade e com os comportamentos anti-sociais, são uma função dos grupos de consumo de álcool, particularmente do grupo Bd.

Os resultados obtidos relativamente a estas duas escalas de sintomas psicopatológicos podem-se considerar inconclusivos, pelo que o desenvolvimento de investigações futuras apresenta-se como necessário.

*“ A verdade a cem por cento,
é tão rara como o álcool a cem por cento”*
Sigmund Freud

V. Conclusões

O levantamento epidemiológico do consumo de álcool e factores associados aqui realizado, constitui-se como um primeiro passo no desvendar das práticas de utilização em contexto universitário, num universo caracterizado “tradicionalmente” como de baixo consumo: o das mulheres jovens. Não é nosso intuito, no entanto, desenvolver aqui qualquer tipo de juízos de valor, ou julgamentos, nem tão pouco, defender a abstinência alcoólica. A passagem pelo ensino universitário é caracterizada por momentos de experimentação e teste de limites, ao longo do qual a ocupação e preenchimento dos tempos policromáticos (ou de socialização) das alunas se revelam de igual importância ao dos tempos monocromáticos (ou escolares). Com este trabalho, pretendemos apenas conhecer a informação no que à área do consumo de álcool e factores associados diz respeito; pelo que o grande intuito é, apenas, a divulgação dos factos e dos dados. A nossa pretensão foi (e é) a de apenas levantar o véu...

Considerando agora os objectivos e as hipóteses em estudo, pode-se concluir que o consumo de álcool entre as alunas universitárias inscritas na primeira fase do MIP (F.P.C.E-U.C.), é uma prática comum e frequente. As estudantes experimentam e consomem preferencialmente cerveja e vodka em locais públicos, e a sua companhia de eleição são os seus pares. Assim, longe vão os tempos em que os jovens consumiam vinho em casa, na companhia de familiares; longe vão os tempos, também, em que as mulheres eram referenciadas como grupo de baixo consumo alcoólico, apesar de, na grande generalidade, todos os estudos apontarem para que continuem a ter hábitos de consumo de álcool inferiores aos homens. Neste mesmo sentido, e de acordo com os dados obtidos, mais de metade das alunas respondentes ao inquérito já se embriagaram, e cerca de metade afirmaram ter consumido quatro ou mais bebidas numa ocasião no último mês (as que denominamos de *binge-drinkers*). De salientar que o número de *binge-drinkers* é superior ao das alunas que efectivamente consomem álcool ocasionalmente, e que são estas (as *binge-drinkers*) quem consome bebidas alcoólicas com mais frequência. Um dos factos surpreendentes aqui revelado, é o de que, segundo os resultados do AUDIT, uma parte considerável das alunas apresentam características de consumo de álcool de risco, particularmente de dependência alcoólica. Estes factos deverão ser, no mínimo, dignos de atenção redobrada, não só pelos valores em si, mas, também, pelo facto de, eventualmente, poderem vir a ser estas alunas que, mais tarde, levarão as noções de saúde mental, de educação, aconselhamento e desenvolvimento à comunidade.

De realçar, também, as desigualdades entre os diferentes tipos de consumidoras de álcool e os comportamentos de risco ocasionados por esse mesmo consumo. Práticas como o acompanhamento de condutores que consumiram álcool, ou a condução de veículos motorizados após consumo destas bebidas, são alguns dos comportamentos mais reportados pelas *binge-drinkers*.

No que diz respeito ao consumo de outras substâncias, é de referir que as estudantes universitárias reportam esses consumos também em valores consideráveis. Para além deste valor quantitativo, existem ainda diferenças significativas entre os grupos, sendo as *binge-drinkers* as alunas que apresentam

maiores consumos quer de tabaco, quer de cannabis. A co-ocorrência destes consumos poderá apontar para a adequação de fornecimento de educação para as drogas de uma forma mais global, aproximando (ou encurtando a distância) quer entre as substâncias ditas “legais”, quer das chamadas “ilegais”, num espectro contínuo de compreensão (salvaguardando as diferenças existentes entre estas substâncias). Este dado é referido na sequência daquilo que é reportado pela maioria das universitárias: isto é, o facto de não terem frequentado acções ou formações relacionadas com o consumo de drogas, ou a informação fornecida nessas formações ser considerada insuficiente. Esta necessidade de participação da sociedade envolvente, pode ser reforçada se se considerar o facto de a idade da primeira embriaguez, bem como de experimentação de cannabis, acontecer, na maior parte destes casos, imediatamente antes ou logo a seguir à entrada no ensino superior.

Relativamente às diferenças entre grupos de consumo nas variáveis de personalidade e nas escalas de psicopatologia, os resultados obtidos são inconclusivos, pelo que novos trabalhos serão necessários.

Finalmente é de referir que, com base nestes dados, uma conclusão final deve ser retirada: referimo-nos, concretamente, ao nível observado de consumo excessivo de álcool, entre estudantes universitárias, e conseqüentemente à necessidade de algo dever ser feito de modo a evitar os eventuais prejuízos actuais e futuros para estas alunas e envolventes.

Nota final

Do conjunto do trabalho agora apresentado é importante salientar que, muito em função do facto das investigações relacionadas com o objecto de estudo serem relativamente recentes e os levantamentos epidemiológicos relativos a esta temática em contexto universitário em Portugal serem desconhecidos, algumas dificuldades e problemas de natureza metodológica se podem apontar a este projecto. Estas dificuldades prenderam-se, portanto, primeiro de tudo, com o facto de não existir uma literatura de base sólida, isto é, de não existirem dados estatísticos suficientes para uma possível comparação. Outra dificuldade prende-se com a ausência de instrumentos adaptados ou produzidos especificamente para a população portuguesa.

Em termos metodológicos devem, também, ser apontadas algumas fragilidades. Destaca-se, neste contexto, o facto da formação dos grupos de consumo, fundamentada no trabalho de Carlini-Marlatt (2003), se basear, apenas, no cruzamento da informação relativa a dois factores: o consumo de álcool no último ano e a prática de *binge-drinking* no último mês.

Outra das fragilidades que poderá também ser apontada, prende-se com a tentativa de extrapolação, do relacionamento entre as dimensões de personalidade e a dependência de álcool, para uma população sem diagnóstico de dependência. No seguimento desta linha de pensamento, também poderão ser apontadas fragilidades na tentativa de relacionar as dimensões sintomáticas com os consumos de álcool nessa mesma população. Devido a estes factos, parece-nos importante referir, que não foi nosso intuito, tentar estabelecer uma relação linear entre dependência e *binge-drinking*, pelo que, as hipóteses levantadas surgiram de uma necessidade inovadora de averiguar a possibilidade de essas

diferenças existirem entre os grupos de consumo de álcool.

Por último, a experiência adquirida ao longo deste trabalho, bem como a análise e discussão dos dados recolhidos, sugerem a realização de outros estudos neste domínio. Neste sentido, como pista para investigações futuras e mediante os resultados obtidos, pensamos que seria importante replicar estudos semelhantes na população universitária masculina.

Bibliografia

- Adès, J. ; Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos Alcoólicos e o Seu Tratamento* (trad.), Lisboa: Climepsi Editores
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test..* Acedido em 23 de Setembro de 2008, em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MDP_MSB_01.6a.pdf
- Brener, N. D., Collins, J. L. (1998). Co-occurrence of health-risk behaviors among adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health* 22:209–213. Acedido em 28 de Outubro de 2008, em: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(97\)00161-4/pdf](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(97)00161-4/pdf)
- Cabral, L. (2004). *Alcoolismo Juvenil*. Acedido em 3 de Maio de 2008, em: www.ipv.pt/millenium/Millenium30/14.pdf
- Canavarro (2004) Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Macahado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardenal, C. A., Adell, M. N. (2000). Factors associated with problematic alcohol consumption in school children. *Journal of Adolescent Health* 27:425–433. Acedido em 6 de Dezembro de 2008, em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T63-3YS2B7W-102&_cdi=5019&_user=10&_orig=search&_coverDate=01%2F31%2F1995&_sk=999629998&_view=c&_wchp=dGLbVlz-zSkzV&_md5=ae7cd62fbad3bdcdf317976d8d7099d0&_ie=/sdarticle.pdf
- Carlini-Marlatt, B., Gazal-Carvalho, C., Gouveia, N., e Souza, M. (2003). Drinking practices and other health-related behaviors adolescents of São Paulo city, Brazil. *PubMed*. Acedido em 30 de Maio de 2008, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12801149>
- Carreiro, T. (2004). *Viver numa república de estudantes de Coimbra – Real República Palácio da Loucura 1960-70*. Porto: Campo das Letras.
- Carvalho, A. – *Bebidas alcoólicas – problema de saúde pública*. In *Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos casos de risco*. Coimbra : Editora Quarteto, 2003.
- Dias, A. (2006). *Alcoolismo: Compreensão psicodinâmica. Etanol, um líquido metonímico*. Lisboa: Climepsi Editores
- DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi editores.
- Elliot, A & Woodward, W. (2007). *Statistical analysis quick reference guidebook: with SPSS examples*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2004). *Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, em alunos do ensino público - Portugal Continental / 2003 (ECATD 2003)*. Acedido em 5 de Março de 2008, em: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>
- Flory K, Lynam D, Milich R, Leukefeld C, Clayton R. 2002. The relations among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: results from a community sample. *Exp. Clin. Psychopharmacol.*10:425–34. Acedido em 29 de Outubro de 2008, em :

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12498340>
- Fonseca, A., Eysenck, S., Simões, A. (1991). Um estudo intercultural da personalidade: comparação de adultos portugueses e ingleses no EPQ. *Rer. Port. de Pedagogia*. Ano XXV, 2ºvol, 187-203
- Gameiro, Aires. (1998) – *Hábitos de consumo de bebidas alcoólicas em Portugal* – 1985, 1991, 1997. Lisboa: Editorial Hospitalidade,
- Hardy, M & Bryman, A. (2004). *Handbook of data analysis*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Hill SY, Shen S, Lowers L, Locke J. 2000. Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biol. Psychiatry* 48:265–75. Acedido em 5 de Março, em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T4S-4118670-2&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&_view=c&_searchStrId=1013184839&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=0076f21f31cce9149aadd078d68476a4
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M. e Wechsler, H. (2005). Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001. *Annual Review of Clinical Psychology*. Acedido em 30 de Maio de 2008, em: <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144652?prevSearch=MAGNITUDE+OF+ALCOHOL+RELATED+MORTALITY>
- Iacono, W., Malone, S., e McGue, M. (2008). Behavioral disinhibition and the development of early-onset addiction: Common and specific influences. *Annual Review of Clinical Psychology*. Acedido em 28 de Maio de 2008, em: <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141157?prevSearch=Behavioral+Disinhibition>
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (2009). *Plano Nacional de Redução dos problemas ligados ao álcool*. Acedido em 5 de Março de 2009, em: <http://www.idt.pt/PT/Noticias/Paginas/PNalcohol.aspx>
- Johnson, H. (1999). *História Universal do Vinho*. Lisboa: Litexa
- Kanzler, H. Rosenthal, R. (2003). Dual diagnosis: alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. *Am. J. Addict.* 12(Supp1. 1):26–40. Acedido em 28 de Outubro de 2008, em: <http://www.informaworld.com/smpp/ftinterface~content=a753990350~fulltext=713240930>
- Kenneth, L.e Eiden R. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. Acedido em 15 de Maio de 2008, em: <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091424?prevSearch=Marital+and+Family>
- Kollins, SH. (2003). Delay discounting is associated with substance use in college students. *Addict. Behav.* 28:1167–73. Acedido em 15 de Novembro de 2008, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12834659>
- Marques, R. (2007). *120 anos da Associação Académica de Coimbra*. Lisboa:

Bookpaperdesign.

- Matos, M., Simões, C., Gaspar, T., Tomé, G., Ferreira, M., Linhares, F., Diniz, J., & Equipa do Aventura Social (2006). *Consumo de Substâncias dos Adolescentes Portugueses – Relatório preliminar (HBSC 2006)*. Acedido em 5 de Março 2008, em: <http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>
- Mello, M., Barrias, J., e Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas ligados ao álcool em Portugal*. [Versão electrónica]. Acedido 3 de Maio de 2008, em: http://azinhaga.net/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=76&Itemid=43&mosmsg=Est%E1+a+tentar+aceder+de+um+documento+a+partir+de+um+dom%E2%82%80+autorizado.+%28www.google.pt%29
- Neto, A.D., (1997). *Etapas do Tratamento de Doentes Alcoólicos*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Universitária Editora.
- Nicol, A. & Pexman, P. (1999). *Presenting your findings: a practical guide for creating tables*. Washington: American Psychological Association.
- Orpinas, P. K., Basen-Engquist, K., Grunbaum, J. A., Parcel, G. S. (1995). The co-morbidity of violence-related behaviors with health-risk behaviors in a population of high school students. *Journal of Adolescence Health* 16:216–225. Acedido em 15 de Novembro de 2008, em: <http://www.uga.edu/publichealth/forms/pubs/1995-Comorbidity.pdf>
- Sher, K. Grekin, E. e Williams N. (2005). The development of alcohol use disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. Acedido em 15 de Maio de 2008, em: <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144107>
- Siegel, S. (1975). *Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento*. (trad.) São Paulo: McGraw-Hill.
- Silva, L., Malbergier, A., Stempliuk, V., e Andrade, A. (2006). Fatores associados ao consumo de álcool e drogas entre estudantes universitários. *Revista de Saúde Pública*. Acedido em 3 de Maio de 2008, em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n2/28533.pdf>
- Trull, T. Waudby, C. Sher, K. (2004). Alcohol, tobacco, and drug use disorders and personality disorder symptoms. *Exp. Clin. Psychopharmacol.* 12:65–75. Acedido em 17 de Novembro de 2008, em: <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&uid=2004-10475-011>
- Universidade de Coimbra. (2007). *UC em números*. Acedido em 28 de Agosto de 2008, em: http://www.uc.pt/informacaosobre/universidadecoimbra/documentos/UC_em_numeros_2007_internet.pdf
- Zimmermann, P. Wittchen, H. Hofler, M. Pfister, H. Kessler, R. Lieb, R. (2003). Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol. Med.* 33:1211–22. Acedido em 30 de Novembro, em: <http://pt.wkhealth.com/pt/re/pgme/abstract.00006826-20031000000010.htm;jsessionid=KwJhJHbLz11GjR6w4hyNt6JQCKwxZF6y0J2tLZdd1IJv14HCFByb!991635284!1811956298091!-1>

Zucker, R. (2006). Alcohol use and alcohol use disorders: a developmental-biopsychosocial system formulation covering the life course. In *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder and Adaptation*, ed. D Cicchetti, DJ Cohen, pp. 620–56. New York:Wiley

Anexos

O inquérito que se segue, foi desenvolvido com o intuito de aprofundar conhecimentos acerca de comportamentos que possam estar relacionados com a sua **saúde**. A informação recolhida será **anónima e confidencial**.

Instruções:

- 1- **Não escreva o seu nome** em nenhuma página deste inquérito.
- 2- Coloque as **iniciais** do seu nome completo no **rectângulo abaixo assinalado** com o nome “**código pessoal**”.



Código pessoal

Ex: João Alfredo Marques de Sousa



JAMS

Código pessoal

- 3- Coloque a sua **data de nascimento**.

Data de nascimento: _____(aa)_____(mm)_____(dd)

4- Leia todas as questões colocadas. Responda a cada pergunta colocando um **círculo** em redor da **resposta que mais se adequa a si**. Responda baseando-se no que realmente **faz e sente**.

- 5- Certifique-se que **responde a todas as perguntas**.

Muito obrigado pela sua colaboração!

As perguntas seguintes referem-se a questões sociodemográficas.

1- Qual é a sua **nacionalidade**?

- A. Portuguesa B. Outra

2- Qual é a sua **idade**?

- A. 18 anos ou menos D. 21 anos G. 24 anos
B. 19 anos E. 22 anos H. 25 anos ou mais
C. 20 anos F. 23 anos

3- Qual é o seu **sexo**?

- A. Feminino B. Masculino

4- Qual é o seu **estado civil**?

- A. Solteira B. Casada C. Outro

5- Qual é a sua **situação profissional**?

- A. Estudante B. Estudante\trabalhadora em part-time C. Trabalhadora full-time
D. Outra

6- Qual o **distrito** de residência do seu **agregado familiar**?

- A. Aveiro H. Faro N. Porto
B. Beja I. Funchal (na Madeira) O. Santarém
C. Braga J. Guarda P. Setúbal
D. Bragança K. Leiria Q. Viana do Castelo
E. Castelo Branco L. Ponta Delgada (nos Açores) R. Vila Real
F. Coimbra M. Portalegre S. Viseu
G. Évora T. Lisboa

7- Por **quantas pessoas** é constituído o seu agregado familiar?

- A. 1 pessoa D. 4 pessoas G. 7 pessoas ou mais
B. 2 pessoas E. 5 pessoas
C. 3 pessoas F. 6 pessoas

8- Quais são, em média, os **rendimentos mensais** do seu agregado familiar? (Sendo que o salário mínimo nacional é de 450 euros)

- A. Menor a 1 salário mínimo nacional D. 5 a 6 salários mínimos nacionais G. Mais de 9 salários mínimos nacionais
B. 1 a 2 salários mínimos nacionais E. 7 a 8 salários mínimos nacionais
C. 3 a 4 salários mínimos nacionais F. 8 a 9 salários mínimos nacionais

As perguntas seguintes referem-se a questões relacionadas com o ensino universitário.

9- Qual é a **instituição** de ensino universitário que frequenta?

- A. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
B. Outra

10- Qual é a **licenciatura** que frequenta?

- A. Psicologia
B. Ciências da Educação
C. Serviço Social
D. Outra

11- Em que **ano** da licenciatura se encontra no ano lectivo 2008\2009?

- A. 1ºano
B. 2ºano
C. 3ºano
D. Outro

12- Qual a sua **idade quando ingressou** na instituição de ensino actual?

- A. 18 anos ou menos
B. 19 anos
C. 20 anos
D. 21 anos
E. 22 anos
F. 23 anos
G. 24 anos
H. 25 anos ou mais

13- O ingresso no ensino superior implicou a sua **mudança de residência**?

- A. Sim
B. Não

14- Se o ingresso no ensino superior implicou a sua mudança de residência, em que local **vive actualmente**?

- A. Não mudei de residência
B. Num apartamento\moradia com outros estudantes
C. Num apartamento\moradia sozinho
D. Num apartamento\moradia com outros familiares
E. Numa residência universitária
F. Numa república
G. Num quarto alugado
H. Outro

15- Quais os **locais**, que frequenta habitualmente **dentro da Universidade**? (pode assinalar mais de 1 opção)

- A. Faculdade
B. Bibliotecas \ Salas de Estudo
C. Bares
D. Secções ou clubes desportivos
E. Secções culturais
F. Secções políticas (como DGAAC ou Núcleos de Estudantes)
G. Residências Universitárias
H. Repúblicas
I. Outros

As perguntas seguintes referem-se a questões de segurança.

16- Nos **últimos 12 meses**, com que frequência **andou num carro** ou outro veículo motorizado, **conduzido por alguém que consumiu álcool**?

- A. Nunca
B. Menos de uma vez por mês
C. Pelo menos uma vez por mês
D. Pelo menos uma vez por semana
E. Diariamente ou quase diariamente

17- Nos últimos 30 dias, com que frequência andou num carro ou outro veículo motorizado, conduzido por alguém que consumiu álcool?

- A. Nunca
B. Menos de uma vez por mês
C. Pelo menos uma vez por mês
D. Pelo menos uma vez por semana
E. Diariamente ou quase diariamente

18- Nos últimos 12 meses, com que frequência conduziu um carro ou outro veículo motorizado depois de consumir álcool?

- A. 0 vezes
B. 1 vez
C. 2 ou 3 vezes
D. 4 ou 5 vezes
E. 6 ou mais vezes

19- Nos últimos 30 dias, com que frequência conduziu um carro ou outro veículo motorizado depois de consumir álcool?

- A. 0 vezes
B. 1 vez
C. 2 ou 3 vezes
D. 4 ou 5 vezes
E. 6 ou mais vezes

As perguntas seguintes referem-se a questões de comportamentos violentos.

20. Nos últimos 12 meses, alguma vez o seu namorado ou namorada, a agrediu fisicamente?

- A. Sim
B. Não

21. Alguma vez foi fisicamente forçada a ter relações sexuais sem o seu consentimento?

- A. Sim
B. Não

As perguntas seguintes referem-se a questões suicidárias.

22- Nos últimos 12 meses, alguma vez pensou seriamente em cometer suicídio?

- A. Sim
B. Não

23- Nos últimos 12 meses, alguma vez elaborou um plano de suicídio?

- A. Sim
B. Não

24- Nos últimos 12 meses, quantas vezes realizou efectivamente uma tentativa de suicídio?

- A. 0 vezes
B. 1 vez
C. 2 ou 3 vezes
D. 4 ou 5 vezes
E. 6 ou mais vezes

25- Se nos últimos 12 meses, realizou efectivamente uma ou mais tentativas de suicídio, alguma dessas tentativas resultou em lesão, envenenamento ou “overdose” pelo qual tivesse de ser hospitalizada?

- A. Não realizei nenhuma tentativa de suicídio nos últimos 12 meses.
B. Sim
C. Não

As perguntas seguintes referem-se a questões relacionadas com o consumo de tabaco.

26- Alguma vez **experimentou** fumar um cigarro, ainda que só uma ou duas passas?

- A. Sim B. Não

27- Qual a era a sua **idade**, quando fumou um **cigarro inteiro** pela primeira vez?

- A. Nunca fumei um cigarro inteiro
B. 8 anos ou menos
C. 9 ou 10 anos
D. 11 ou 12 anos
E. 13 ou 14 anos
F. 15 ou 16 anos
G. 17 ou 18 anos
H. 19 ou 20 anos
I. 20 ou 21 anos
J. 21 ou 22 anos
K. 23 anos ou mais

28- Nos **últimos 12 meses**, com que **frequência** fumou tabaco?

- A. Nunca
B. Menos de uma vez por mês
C. Pelo menos uma vez por mês
D. Pelo menos uma vez por semana
E. Diariamente ou quase diariamente

29- Nos **últimos 30 dias**, em quantos **dias** fumou tabaco?

- A. 0 dias
B. 1 ou 2 dias
C. 3 a 5 dias
D. 6 a 9 dias
E. 10 a 19 dias
F. 20 a 29 dias
G. Todos os dias

30- Nos **últimos 30 dias**, nos dias **em que fumou tabaco**, **quantos cigarros fumou por dia**?

- A. Não fumei cigarros nos últimos 30 dias
B. Menos de um cigarro por dia
C. 1 cigarro por dia
D. 2 a 5 cigarros por dia
E. 6 a 10 cigarros por dia
F. 11 a 20 cigarros por dia
G. Mais de 20 cigarros por dia

31- Nos **últimos 30 dias fumou diariamente**, isto é, pelo menos um cigarro por dia?

- A. Sim B. Não

As perguntas seguintes referem-se a questões relacionadas com o consumo de álcool. Tal consumo inclui beber cerveja, vinho, bebidas espirituosas e licores como o rum, gin, vodka, vinho de porto, aguardente ou whisky. Estas questões não incluem o consumo de alguns goles de vinho para fins religiosos.

31- Existe, ou tem conhecimento de, algum familiar seu com historial de alcoolismo?

- A. Não existe ou não tenho conhecimento
B. Pai
C. Mãe
D. Irmão ou irmã
E. Avô ou avó
F. Tio ou tia
G. Primo ou prima
H. Outro

32- Qual a era a sua **idade**, quando consumiu uma bebida alcoólica pela **primeira vez**?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|------------------|--------------------|
| A. Nunca consumi uma bebida alcoólica (excepto alguns goles) | D. 11 ou 12 anos | I. 20 ou 21 anos |
| B. 8 anos ou menos | E. 13 ou 14 anos | J. 21 ou 22 anos |
| C. 9 ou 10 anos | F. 15 ou 16 anos | K. 23 anos ou mais |
| | G. 17 ou 18 anos | |
| | H. 19 ou 20 anos | |

33- Na **companhia** de quem, consumiu uma bebida alcoólica pela **primeira vez**?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| A. Nunca consumi uma bebida alcoólica (excepto alguns goles) | B. Sozinho | E. Outros |
| | C. Familiares | |
| | D. Amigos | |

34- Em que **local**, consumiu uma bebida alcoólica pela **primeira vez**?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| A. Nunca consumi uma bebida alcoólica (excepto alguns goles) | C. Casa de amigos | E. Estabelecimentos comerciais |
| B. Casa de parentes | D. Espaços públicos ou na rua | F. Outro |

35- Qual o **tipo de bebida alcoólica** que consumiu pela **primeira vez**?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------|-------------------|
| A. Nunca consumi uma bebida alcoólica (excepto alguns goles) | C. Vinho | G. Vinho do Porto |
| B. Cerveja | D. Rum | H. Aguardente |
| | E. Gin | I. Whisky |
| | F. Vodka | J. Outro |

36- Qual a era a sua **idade**, quando ficou **alcoholizada** (embriagada) pela **primeira vez**?

- | | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|
| A. Nunca consumi uma bebida alcoólica (excepto alguns goles) | B. 8 anos ou menos | H. 19 ou 20 anos |
| B. Já consumi bebidas alcoólicas, mas nunca fiquei alcoholizada. | C. 9 ou 10 anos | I. 20 ou 21 anos |
| | D. 11 ou 12 anos | J. 21 ou 22 anos |
| | E. 13 ou 14 anos | K. 23 anos ou mais |
| | F. 15 ou 16 anos | |
| | G. 17 ou 18 anos | |

37- **Durante a sua vida**, em quantos dias **consumiu pelo menos uma** bebida alcoólica?

- | | | |
|----------------|-----------------|---------------------|
| A. 0 dias | D. 10 a 19 dias | G. 100 ou mais dias |
| B. 1 ou 2 dias | E. 20 a 39 dias | |
| C. 3 a 9 dias | F. 40 a 99 dias | |

38- **Nos últimos 12 meses**, com que frequência consumiu **pelo menos uma** bebida alcoólica?

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Nunca | C. Pelo menos uma vez por mês | E. Diariamente ou quase diariamente |
| B. Menos de uma vez por mês | D. Pelo menos uma vez por semana | |

39- **Nos últimos 30 dias**, em quantos dias consumiu **pelo menos uma** bebida alcoólica?

- | | | |
|----------------|-----------------|------------------|
| A. 0 dias | D. 6 a 9 dias | G. Todos os dias |
| B. 1 ou 2 dias | E. 10 a 19 dias | |
| C. 3 a 5 dias | F. 20 a 29 dias | |

40- Nos últimos 30 dias, com que frequência consumiu 4 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião?

- | | | |
|-----------|-----------------|--------------------|
| A. 0 dias | D. 3 a 5 dias | G. 20 ou mais dias |
| B. 1 dia | E. 6 a 9 dias | |
| C. 2 dias | F. 10 a 19 dias | |

41- Na companhia de quem, consumiu uma bebida alcoólica pela última vez?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| A. Nunca consumi uma bebida alcoólica (excepto alguns goles) | B. Sozinho | E. Outros |
| | C. Familiares | |
| | D. Amigos | |

42- Em que local, consumiu uma bebida alcoólica pela última vez?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| A. Nunca consumi uma bebida alcoólica (excepto alguns goles) | C. Casa de parentes | F. Estabelecimentos comerciais |
| B. Residência actual | D. Casa de amigos | G. Outro |
| | E. Espaços públicos ou na rua | |

43- Qual o tipo de bebida(s) alcoólica(s) que consumiu pela última vez, numa única ocasião?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------|----------|-------------------|
| A. Nunca consumi uma bebida alcoólica (excepto alguns goles) | C. Vinho | G. Vinho do Porto |
| B. Cerveja | D. Rum | H. Aguardente |
| | E. Gin | I. Whisky |
| | F. Vodka | J. Outro |

44- Nos últimos 12 meses, quais das seguintes situações ocasionadas pelo consumo de álcool experienciou?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| A. Problemas sérios com familiares | D. Envolvimento em relações sexuais desprotegidas | G. Vítima de roubo ou furto |
| B. Problemas sérios com amigos | E. Arrependimento por envolvimento em relações sexuais | H. Acidente ou lesão |
| C. Fraco desempenho escolar | F. Problemas com a polícia | I. Hospitalização ou admissão nas emergências hospitalares |
| | | J. Nenhum dos anteriores |

45- Nos últimos 30 dias, quais das seguintes situações ocasionadas pelo consumo de álcool experienciou?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| A. Problemas sérios com familiares | D. Envolvimento em relações sexuais desprotegidas | G. Vítima de roubo ou furto |
| B. Problemas sérios com amigos | E. Arrependimento por envolvimento em relações sexuais | H. Acidente ou lesão |
| C. Fraco desempenho escolar | F. Problemas com a polícia | I. Hospitalização ou admissão nas emergências hospitalares |
| | | J. Nenhum dos anteriores |

46- Alguma vez faltou às aulas, devido a estar alcoolizada ou devido a abstinência alcoólica (ressaca)?

- | | |
|--------|--------|
| A. Sim | B. Não |
|--------|--------|

As perguntas seguintes referem-se a questões relacionadas com o consumo de cannabis. Este consumo inclui marijuana, haxixe, pólen e bolota.

47- Durante a sua vida, com que frequência consumiu cannabis?

- | | | |
|-----------------|------------------|----------------------|
| A. 0 vezes | D. 10 a 19 vezes | G. 100 ou mais vezes |
| B. 1 ou 2 vezes | E. 20 a 39 vezes | |
| C. 3 a 9 vezes | F. 40 a 99 vezes | |

48- Qual a era a sua idade, quando consumiu cannabis pela primeira vez?

- | | | |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| A. Nunca consumi marijuana. | D. 11 ou 12 anos | H. 19 ou 20 anos |
| B. 8 anos ou menos | E. 13 ou 14 anos | I. 20 ou 21 anos |
| C. 9 ou 10 anos | F. 15 ou 16 anos | J. 21 ou 22 anos |
| | G. 17 ou 18 anos | K. 23 anos ou mais |

49- Nos últimos 12 meses, com que frequência consumiu cannabis?

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Nunca | C. Pelo menos uma vez por mês | E. Diariamente ou quase diariamente |
| B. Menos de uma vez por mês | D. Pelo menos uma vez por semana | |

50- Nos últimos 30 dias, com que frequência consumiu cannabis?

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| A. 0 vezes | C. 3 a 9 vezes | E. 20 a 39 vezes |
| B. 1 ou 2 vezes | D. 10 a 19 vezes | F. 40 ou mais vezes |

As perguntas seguintes referem-se a questões relacionadas com o consumo de outras drogas.

51- Durante a sua vida, com que frequência consumiu cocaína?

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| A. 0 vezes | C. 3 a 9 vezes | E. 20 a 39 vezes |
| B. 1 ou 2 vezes | D. 10 a 19 vezes | F. 40 ou mais vezes |

52- Nos últimos 12 meses, com que frequência consumiu cocaína?

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Nunca | C. Pelo menos uma vez por mês | E. Diariamente ou quase diariamente |
| B. Menos de uma vez por mês | D. Pelo menos uma vez por semana | |

52- Durante a sua vida, com que frequência inalou cola, conteúdos de latas de aerosol, tintas ou sprays, com o intuito de se drogar?

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| A. 0 vezes | C. 3 a 9 vezes | E. 20 a 39 vezes |
| B. 1 ou 2 vezes | D. 10 a 19 vezes | F. 40 ou mais vezes |

53- **Nos últimos 12 meses**, com que frequência inalou cola, conteúdos de latas de aerosol, tintas ou sprays, com o intuito de se drogar?

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Nunca | C. Pelo menos uma vez por mês | E. Diariamente ou quase diariamente |
| B. Menos de uma vez por mês | D. Pelo menos uma vez por semana | |

54- **Durante a sua vida**, com que frequência consumiu heroína?

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| A. 0 vezes | C. 3 a 9 vezes | E. 20 a 39 vezes |
| B. 1 ou 2 vezes | D. 10 a 19 vezes | F. 40 ou mais vezes |

55- **Nos últimos 12 meses**, com que frequência consumiu heroína?

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Nunca | C. Pelo menos uma vez por mês | E. Diariamente ou quase diariamente |
| B. Menos de uma vez por mês | D. Pelo menos uma vez por semana | |

56- **Durante a sua vida**, com que frequência consumiu metanfetaminas (também denominadas de speed ou cristal)?

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| A. 0 vezes | C. 3 a 9 vezes | E. 20 a 39 vezes |
| B. 1 ou 2 vezes | D. 10 a 19 vezes | F. 40 ou mais vezes |

57- **Nos últimos 12 meses**, com que frequência consumiu metanfetaminas (também denominadas de speed ou cristal)?

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Nunca | C. Pelo menos uma vez por mês | E. Diariamente ou quase diariamente |
| B. Menos de uma vez por mês | D. Pelo menos uma vez por semana | |

58- **Durante a sua vida**, com que frequência consumiu ecstasy (também denominado por MDMA ou pastilhas) ?

- | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|
| A. 0 vezes | C. 3 a 9 vezes | E. 20 a 39 vezes |
| B. 1 ou 2 vezes | D. 10 a 19 vezes | F. 40 ou mais vezes |

59- **Nos últimos 12 meses**, com que frequência consumiu ecstasy (também denominado por MDMA ou pastilhas)?

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| A. Nunca | C. Pelo menos uma vez por mês | E. Diariamente ou quase diariamente |
| B. Menos de uma vez por mês | D. Pelo menos uma vez por semana | |

As perguntas seguintes referem-se a questões relacionadas com relações sexuais.

60- Já alguma vez teve relações sexuais?

- | | |
|--------|--------|
| A. Sim | B. Não |
|--------|--------|

61- Qual a era a sua idade, quando teve relações sexuais pela primeira vez?

- | | | |
|--------------------------------|------------------|--------------------|
| A. Nunca tive relações sexuais | D. 11 ou 12 anos | H. 19 ou 20 anos |
| B. 8 anos ou menos | E. 13 ou 14 anos | I. 20 ou 21 anos |
| C. 9 ou 10 anos | F. 15 ou 16 anos | J. 21 ou 22 anos |
| | G. 17 ou 18 anos | K. 23 anos ou mais |

62- Nos últimos 30 dias, alguma vez consumiu álcool ou drogas antes de ter relações sexuais?

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|
| A. Nunca tive relações sexuais | B. Já tive relações sexuais, mas não nos últimos 30 dias | C. Sim |
| | | D. Não |

63- Nos últimos 30 dias, alguma vez utilizou um preservativo nas suas relações sexuais?

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------|--------|
| A. Nunca tive relações sexuais | B. Já tive relações sexuais, mas não nos últimos 30 dias | C. Sim |
| | | D. Não |

64- Nos últimos 30 dias, que método contraceptivo foi utilizado para a prevenção da gravidez nas suas relações sexuais?

- | | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|
| A. Nunca tive relações sexuais | B. Nenhum método contraceptivo foi utilizado | E. Coito interrompido |
| B. Já tive relações sexuais, mas não nos últimos 30 dias | C. Pílulas contraceptivas | F. Outro método |
| | D. Preservativos | G. Não tenho a certeza |

65- A última vez que teve relações sexuais, consumiu álcool ou drogas?

- | | |
|--------------------------------|--------|
| A. Nunca tive relações sexuais | B. Sim |
| | C. Não |

66- A última vez que teve relações sexuais, utilizou um preservativo?

- | | |
|--------------------------------|--------|
| A. Nunca tive relações sexuais | B. Sim |
| | C. Não |

67- A última vez que teve relações sexuais, que método contraceptivo foi utilizado para a prevenção da gravidez?

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------------------|------------------------|
| A. Nunca tive relações sexuais | B. Nenhum método contraceptivo foi utilizado | D. Preservativos |
| | C. Pílulas contraceptivas | E. Coito interrompido |
| | | F. Outro método |
| | | G. Não tenho a certeza |

AUDIT

(Adaptação de J. A. Ferreira, L. Almeida e A. Leitão, 2008)

- 1- Com que frequência consomes bebidas alcoólicas?
 - 0- Nunca
 - 1- Uma vez por mês ou menos
 - 2- 2-4 vezes por mês
 - 3- 2-3 vezes por semana
 - 4- 4 ou mais vezes por semana

- 2- Num dia normal, em que decides beber, quantas bebidas contendo álcool consomes?
 - 0- 1 ou 2
 - 1- 3 ou 4
 - 2- 5 ou 6
 - 3- 7 a 9
 - 4- 10 ou mais

- 2- Com que frequência bebes 4 ou mais bebidas alcoólicas numa ocasião?
 - 0- Nunca
 - 1- Menos que uma vez por mês
 - 2- Uma vez por mês
 - 3- Uma vez por semana
 - 4- Diariamente ou quase diariamente

- 3- Com que frequência, durante o ano passado, chegaste à conclusão que não conseguias parar de beber, depois de teres começado?
 - 0- Nunca
 - 1- Menos que uma vez por mês
 - 2- Uma vez por mês
 - 3- Uma vez por semana
 - 4- Diariamente ou quase diariamente

- 4- Quantas vezes, durante o ano passado, não conseguiste fazer o que era esperado de ti, por causa da bebida?
 - 0- Nunca
 - 1- Menos que uma vez por mês
 - 2- Uma vez por mês
 - 3- Uma vez por semana
 - 4- Diariamente ou quase diariamente

- 5- Quantas vezes, durante o ano passado, necessitaste de beber logo de manhã para começares a funcionar, depois de uma noite de consumo excessivo de bebidas alcoólicas?
 - 0- Nunca
 - 1- Menos que uma vez por mês
 - 2- Uma vez por mês
 - 3- Uma vez por semana
 - 4- Diariamente ou quase diariamente

- 6- Quantas vezes, durante o ano passado, tiveste um sentimento de culpa ou remorsos depois de beberes?
- 0- Nunca
 - 1- Menos que uma vez por mês
 - 2- Uma vez por mês
 - 3- Uma vez por semana
 - 4- Diariamente ou quase diariamente
- 7- Quantas vezes durante o ano passado, foste incapaz de te lembrar o que aconteceu na noite anterior por teres bebido em excesso?
- 0- Nunca
 - 1- Menos que uma vez por mês
 - 2- Uma vez por mês
 - 3- Uma vez por semana
 - 4- Diariamente ou quase diariamente
- 8- Já foste ferido/a ou alguém já foi ferido/a como resultado de estares alcoolizado?
- 0- Não
 - 1- Sim, mas não no ano passado
 - 2- Sim, durante o ano passado
- 9- Tens alguém na família, um amigo, médico ou outro profissional de saúde que se tenha mostrado preocupado com o teu consumo de bebidas alcoólicas ou sugeriu que bebesses menos?
- 0- Não
 - 1- Sim, mas não no ano passado
 - 2- Sim, durante o ano passado

Questionário sobre o consumo de álcool diário

(Adaptação de J. A. Ferreira, L. Almeida e A. Leitão, 2008)

Instruções: Por favor indica o número de bebidas alcoólicas que habitualmente consumes em cada dia da semana nos últimos 30 dias, e quantas horas passas a consumir bebidas alcoólicas. Se não bebeste nada num determinado dia da semana, por favor coloca 0 nos espaços respectivos, abaixo referidos.

Nota: É considerada uma bebida alcoólica uma cerveja com 33 cl. (eg., a maior parte das garrafas e/ou latas de cerveja), um copo de vinho com 16 cl (um copo de vinho normal) ou um copo de shot (apenas um shot) com 0,30 dl. Apesar destas bebidas alcoólicas terem diferentes graduações, os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas tem idêntica quantidade de álcool, isto é 12 a 16 gramas de álcool puro, aproximadamente. Lembra-te que algumas bebidas têm mais álcool que um shot! Por exemplo, um “Long Island Ice Tea”, bebida composta por Vodka, Gin, Bacardi e Tequilla, tem uma equivalência de 4 shots e, portanto, equivale a 4 bebidas.

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Bebidas: _____	Bebidas: _____	Bebidas: _____	Bebidas: _____	Bebidas: _____	Bebidas: _____	Bebidas: _____
Horas: _____	Horas: _____	Horas: _____	Horas: _____	Horas: _____	Horas: _____	Horas: _____

Nos últimos 30 dias, qual foi o maior número de bebidas alcoólicas que consumiste numa só ocasião? _____

Nessa ocasião, durante quantas horas estiveste a consumir bebidas alcoólicas? _____

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. P. Q. (adulto)

PROFISSÃO..... IDADE SEXO.....

INSTRUÇÕES

Responda a cada pergunta fazendo um círculo ao redor do "SIM" ou do "NÃO" que se segue à pergunta. Não existem respostas certas ou erradas nem há perguntas com rasteiras. Trabalhe rapidamente sem pensar demasiado no significado exacto de cada pergunta.

POR FAVOR, NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A TODAS AS PERGUNTAS

- | | | | |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1 | Tem muitos passatempos? | SIM | NÃO |
| 2 | O seu estado de humor muda com frequência? | SIM | NÃO |
| 3 | É pessoa faladora? | SIM | NÃO |
| 4 | Se tivesse uma dívida sentir-se-ia preocupado(a)?..... | SIM | NÃO |
| 5 | Já alguma vez se sentiu "simplesmente miserável", sem razão? | SIM | NÃO |
| 6 | Já alguma vez se serviu de mais do que aquilo que lhe era devido? | SIM | NÃO |
| 7 | É uma pessoa alegre e descontraída? | SIM | NÃO |
| 8 | Ficaria muito magoado(a) ao ver uma criança ou um animal sofrerem? | SIM | NÃO |
| 9 | Preocupa-se frequentemente com coisas que não deveria ter dito ou feito? | SIM | NÃO |
| 10 | Se disser que fará uma coisa, cumpre sempre a sua promessa,
por mais inconveniente que isso seja? | SIM | NÃO |
| 11 | É geralmente capaz de se descontrair e divertir-se numa festa animada? | SIM | NÃO |
| 12 | É uma pessoa irritável?..... | SIM | NÃO |
| 13 | Já alguma vez culpou alguém por uma coisa que sabia ser falta sua? | SIM | NÃO |
| 14 | Acha que fazer um seguro é uma boa ideia? | SIM | NÃO |
| 15 | Fica magoado(a) com facilidade? | SIM | NÃO |
| 16 | <i>Todos</i> os seus hábitos são bons e desejáveis? | SIM | NÃO |
| 17 | Tende a ficar em segundo plano em encontros sociais? | SIM | NÃO |
| 18 | Seria capaz de tomar drogas que tenham efeitos estranhos ou perigosos? | SIM | NÃO |
| 19 | Sente-se frequentemente "farto(a)" e "chateado(a)"? | SIM | NÃO |
| 20 | Já alguma vez ficou com alguma coisa (nem que fosse um alfinete ou um botão)
que pertencesse a outra pessoa? | SIM | NÃO |
| 21 | Gosta muito de sair?..... | SIM | NÃO |
| 22 | Diverte-se a magoar as pessoas que ama? | SIM | NÃO |
| 23 | Sente-se frequentemente perturbado(a) por sentimentos de culpa? | SIM | NÃO |
| 24 | Prefere ler a encontrar-se com pessoas? | SIM | NÃO |
| 25 | Acha que é uma pessoa nervosa? | SIM | NÃO |
| 26 | Tem muitos amigos? | SIM | NÃO |
| 27 | É uma pessoa preocupada? | SIM | NÃO |
| 28 | Acha que é uma pessoa alegre e descontraída?..... | SIM | NÃO |
| 29 | Preocupa-se com coisas horríveis que podem acontecer?..... | SIM | NÃO |
| 30 | Já alguma vez quebrou ou perdeu alguma coisa que pertencesse a outra pessoa? | SIM | NÃO |
| 31 | É você, geralmente, quem toma a iniciativa de fazer novos amigos? | SIM | NÃO |
| 32 | Acha que é uma pessoa tensa e com os nervos à flor da pele? | SIM | NÃO |
| 33 | Na maioria das vezes, você fica calado(a) quando está com outras pessoas? | SIM | NÃO |
| 34 | Já alguma vez se gabou a si próprio(a)? | SIM | NÃO |
| 35 | É capaz de, facilmente, animar uma festa sem graça? | SIM | NÃO |

36	Preocupa-se com a sua saúde?	SIM	NÃO
37	Já alguma vez disse alguma coisa má ou desagradável sobre uma pessoa?	SIM	NÃO
38	Gosta de contar piadas e histórias engraçadas aos seus amigos?	SIM	NÃO
39	Quando era criança alguma vez foi atrevido(a) para com os seus pais?	SIM	NÃO
40	Gosta de se misturar com as pessoas?	SIM	NÃO
41	Preocupa-se se sabe que existem erros no seu trabalho?	SIM	NÃO
42	Lava sempre as mãos antes das refeições?	SIM	NÃO
43	Tem quase sempre “resposta pronta” quando as pessoas falam consigo?	SIM	NÃO
44	Sente-se frequentemente abatido(a) e cansado(a) sem razão?	SIM	NÃO
45	Já alguma vez fez batota num jogo?	SIM	NÃO
46	A sua mãe é (era) uma boa pessoa?	SIM	NÃO
47	Acha, frequentemente, que a vida é uma coisa aborrecida?	SIM	NÃO
48	Já alguma vez se aproveitou de alguém?	SIM	NÃO
49	Existem muitas pessoas que tentam evitá-lo(a)?	SIM	NÃO
50	Fugiria aos impostos se tivesse a certeza que não seria descoberto(a)?	SIM	NÃO
51	É capaz de animar uma festa?	SIM	NÃO
52	Tenta não ser mal-educado(a) com as pessoas?	SIM	NÃO
53	Fica preocupado(a) durante muito tempo depois de uma situação embaraçosa?	SIM	NÃO
54	Já alguma vez insistiu em impor (aos outros) a sua opinião?	SIM	NÃO
55	Sofre dos nervos?	SIM	NÃO
56	As suas amizades acabam-se facilmente sem que seja sua culpa?	SIM	NÃO
57	Sente-se frequentemente sozinho(a)?	SIM	NÃO
58	Faz sempre o que diz?	SIM	NÃO
59	Gosta às vezes de fazer mal aos animais?	SIM	NÃO
60	Sente-se facilmente magoado(a) quando as pessoas apontam falhas em si ou no seu trabalho?	SIM	NÃO
61	Já alguma vez chegou tarde a um compromisso ou ao seu trabalho?	SIM	NÃO
62	Gosta de muita excitação e animação à sua volta?	SIM	NÃO
63	Gostaria que as outras pessoas tivessem medo de si?	SIM	NÃO
64	Acontece-lhe por vezes sentir-se cheio(a) de energia e outras vezes muito abatido(a)? ...	SIM	NÃO
65	Deixa algumas vezes para amanhã o que deveria fazer hoje?	SIM	NÃO
66	As pessoas pensam que você é muito animado(a)?	SIM	NÃO
67	Está sempre disposto(a) a admitir os erros ou faltas que comete?	SIM	NÃO
68	Ficaria com muita pena de um animal que caísse numa armadilha?	SIM	NÃO
69	É capaz de compreender facilmente como as pessoas se sentem quando elas lhe contam os seus problemas?	SIM	NÃO
70	Preocupa-se com o futuro?	SIM	NÃO
71	Emprestaria dinheiro a um amigo que estivesse com problemas financeiros?	SIM	NÃO
72	Já alguma vez disse, deliberadamente, alguma coisa para magoar outra pessoa?	SIM	NÃO
73	É sempre amável, mesmo com pessoas desagradáveis?	SIM	NÃO

POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS