

Patrícia Moreira Couto

**“Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Junto de  
Mulheres Alcoólicas”**

Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2015



Patrícia Moreira Couto

**“Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Junto de  
Mulheres Alcoólicas”**

Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2015

Patrícia Moreira Couto

**“Avaliação da Eficácia de um Programa de Intervenção Junto de  
Mulheres Alcoólicas”**

Trabalho apresentado à  
Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau Mestre em  
Psicologia Clínica e da Saúde sob  
orientação da Mestre Sónia Alves.

Universidade Fernando Pessoa  
Porto, 2015

## Resumo

O alcoolismo feminino é um fenómeno que nas últimas décadas tem vindo a aumentar consideravelmente, tornando-se numa temática atual de investigação, por ser considerado um problema de saúde pública, com grandes repercussões físicas, psicológicas, sociais, profissionais e familiares. Estes fatores também são determinantes no modo como a mulher bebe e aceita a sua problemática, bem como, no diagnóstico desta doença por parte dos técnicos de saúde, uma vez que, nas mulheres a procura de ajuda se apresenta muitas vezes associada a outros problemas que não o alcoolismo.

De entre esses problemas, podem destacar-se os baixos níveis de autoestima, a vergonha social, a culpabilidade, e os altos níveis de ansiedade e depressão. Diversos autores defendem que é fundamental a intervenção na autoestima no decorrer do tratamento da mulher alcoólica, uma vez que, é considerada um fator que conduz aos consumos alcoólicos numa mulher, bem como, ao desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica. Além de ser considerada um fator de risco, também é um fator protetor.

É precisamente neste contexto que este estudo se insere, tendo como principal objetivo avaliar a eficácia de um programa de intervenção na autoestima de mulheres alcoólicas que se encontram internadas numa comunidade de inserção social. A metodologia utilizada é do tipo exploratório de investigação-ação. A amostra ficou constituída por 11 mulheres alcoólicas, as quais foram avaliadas em termos de autoestima (através da Escala de Autoestima de Rosenberg - EAR) e de sintomatologia psicopatológica (através do Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI) ambos adaptados para a população portuguesa. O primeiro instrumento têm como objetivo avaliar a eficácia do programa de intervenção na autoestima e o segundo tem como objetivo avaliar a sintomatologia psicopatológica e associá-la á autoestima.

O programa de intervenção é composto por 24 sessões, com periodicidade semanal e visa promover/aumentar a autoestima com vista a diminuir a sintomatologia psicopatológica permitindo a manutenção da abstinência.

Como objetivo secundário, este estudo pretende estudar qual a associação entre a perturbação emocional e a autoestima.

Os resultados obtidos mostraram que o plano de intervenção foi eficaz, na medida em que nos diferentes momentos de avaliação a autoestima aumentou significativamente. No que toca a associação entre a autoestima e a perturbação emocional não existe qualquer relação.

**Palavras-Chaves:** Alcoolismo; Alcoolismo no Feminino; Autoestima; Plano de Intervenção.

## **Abstract**

The female alcoholism is a phenomenon that in recent years has increased considerably, making it a current research topic because it is considered a public health problem with major physical effects, psychological, social, work and family. These factors are also determinants in how the woman drinks and accepts his problem as well as the diagnosis of this disease by the health workers, since, in seeking help to women has often associated with other problems than the alcoholism.

Among these problems can be highlighted low levels of self-esteem, social shame, guilt, with high levels of anxiety and depression. Several authors claim that the intervention is crucial in self-esteem during the treatment of alcoholic woman, since it is considered a factor that leads to alcohol consumption in women, as well as the development of psychopathological symptoms. In addition to being considered a risk factor, it's also a protective factor.

In specifically this context that this study is inserted, with the primary objective to evaluate the effectiveness of an intervention program on self-esteem of alcoholic women who are hospitalized in a social integration community. The methodology is exploratory research-action. The sample was composed of 11 alcoholic women, who were evaluated in terms of self-esteem (by Rosenberg Self-Esteem Scale - RSES) and psychopathological symptoms (through Psychopathological Symptoms Inventory - PSI) both adapted for the Portuguese population. The first instrument evaluate the effectiveness of self-esteem intervention program and the second evaluate the psychopathological symptoms and associate to the self-esteem.

The intervention program is composed by 24 sessions, with weekly periodicity and aims to promote / enhance the self-esteem in order to reduce the psychopathological symptoms allowing the maintenance of abstinence.

As a secondary objective, this study want to study the association between emotional distress and self-esteem.

The results showed that the intervention plan was effective, insofar as the different moments of evaluation self-esteem increased significantly. As regards about the association between self-esteem and emotional disturbance there is no connotation.

**Key-Words:** Alcoholism; Female Alcoholism; Self-Esteem; Intervention Plan.



## **Agradecimentos**

Um agradecimento muito especial aos meus pais pelo vosso amor incondicional, pelo sacrifício que fizeram para eu poder realizar esta jornada e pelos valores que me transmitiram.

Obrigado ao meu namorado por acreditar nas minhas capacidades e me apoiar nos momentos difíceis, não me deixando desistir daquilo em que acredito, mesmo que por vezes parecesse difícil. Obrigada pela tua dedicação, carinho e companheirismo.

Agradeço à minha irmã por acreditar meu profissionalismo e me encorajar neste percurso.

Aos meus avós pelos conselhos que me deram, pelos conhecimentos que me transmitiram e por me ensinarem a ter esperança.

Obrigada à Dr.<sup>a</sup> Daniela César, supervisora de estágio e psicóloga da CISE, por toda a dedicação e empenho que colocou no seu trabalho para que me pudesse proporcionar a melhor experiência com a problemática deste estudo.

À Dr.<sup>a</sup> Patrícia Ribeiro, Assistente Social da CISE quero-lhe agradecer toda a sua disponibilidade e o facto de me fazer acreditar que não devo desistir das pessoas.

Obrigada a todas as participantes deste estudo, por toda a patilha, desafios terapêuticos, confiança depositada e por me fazerem acreditar que sou capaz de crescer pessoalmente e profissionalmente a cada dia.

Obrigada à Prof. Doutora Zélia Teixeira pelos conselhos e apoio prestado na elaboração deste projeto.

À Professora Sónia Alves, obrigada pela disponibilidade e pelos momentos de aprendizagem, confiança e segurança que depositou no meu trabalho.

# Índice

Resumo .....	i
Abstract.....	iii
Agradecimentos .....	v
Introdução .....	1
Capítulo 1: Enquadramento Teórico.....	4
1. Álcool e Alcoolismo .....	5
i. Problemas Ligados ao Álcool .....	9
ii. Síndrome de Abstinência Alcoólica.....	12
iii. Diagnóstico .....	14
2. Álcool no Feminino .....	17
i. O Álcool e a Família .....	21
3. Álcool e Psicopatologia .....	26
4. Autoestima e a Mulher Alcoólica .....	30
5. Métodos de Tratamento .....	37
i. Motivação.....	39
ii. Prevenção da Recaída .....	41
iii. Psicoterapia .....	43
iv. Grupos de Autoajuda.....	47
Capítulo 2: Enquadramento Prático.....	49
1. Problemática .....	50
i. Pertinência do Estudo.....	50
ii. Objetivos do Estudo .....	51
2. Metodologia.....	52
i. Método .....	52
ii. Participantes .....	52

iii. Instrumentos .....	54
iv. Procedimento.....	56
3. Análise dos Dados e Interpretação de Resultados .....	60
Conclusão.....	68
Bibliografia .....	71
Anexos .....	90

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Caracterização das Participantes em Relação às Variáveis Independentes: Idade, Escolaridade, Tempo de Internamento e Tempo de Consumo .....	53
<b>Tabela 2</b> - Caracterização das Participantes em Relação às Variáveis Independentes: Estado Civil e Situação Profissional Antes do Internamento .....	53
<b>Tabela 3</b> - Síntese do Plano Intervenção na Autoestima.....	57
<b>Tabela 4</b> - Resultados do Teste de Wilcoxon para Momentos Diferentes na Avaliação da Autoestima .....	61
<b>Tabela 5</b> - Caracterização da Autoestima Pré-Intervenção (N=11).....	62
<b>Tabela 6</b> - Caracterização da Autoestima Pós-Intervenção (N=11) .....	62
<b>Tabela 7</b> - Correlação de Ró de Spearman entre Autoestima e o Índice de Sintomas Positivos do BSI durante os Momentos de Avaliação.....	64
<b>Tabela 8</b> - Caracterização Psicopatológica Pré-Intervenção.....	65
<b>Tabela 9</b> - Caracterização Psicopatológica Pós-Intervenção .....	65
<b>Tabela 10</b> - Teste de Wilcoxon para o Índice de Sintomas Positivos – BSI.....	66

## **Introdução**

A nível mundial e da União Europeia, Portugal apresenta um dos maiores índices de consumos de bebidas alcoólicas e uma elevada prevalência de problemas ligados ao álcool (Balsa, Vital & Pascueiro, 2011).

O uso do álcool é uma questão pertinente dentro dos problemas de saúde pública da atualidade, estando relacionado a diversos problemas sociais, causas de adoecimento e comorbilidades (Melonia & Laranjeira, 2004). Por esta razão, o uso inadequado de bebidas alcoólicas tem fomentado inúmeras investigações que procuram uma melhor compreensão dos problemas relacionados ao consumo de álcool e das suas formas de tratamento (Castro & Baltieri, 2004).

Um estado de dependência psíquica e física, que determina os comportamentos dirigidos para um consumo continuado e compulsivo de álcool, causando consequências prejudiciais a nível fisiológico, social e psicológico tem como designação alcoolismo (Nunes & Jólluskin, 2007).

Até recentemente o alcoolismo era exclusivamente associado aos homens, contudo, o alcoolismo nas mulheres passou a ser uma realidade bastante atual e importante, devido ao aumento da sua prevalência, incidência precoce, e padrão de ingestão idêntico ao do alcoolismo masculino, mas com uma maior gravidade e morbidade na evolução da doença (Hochgraf et al., 1995 as cited in Tung, Demetrio & Andrade, 2000). Este problema constitui ainda um fator importante no que toca à violência doméstica, ao desequilíbrio psicológico, à rutura familiar, e aos maus-tratos nas crianças (Costa & Teixeira, 2005).

Ao falar na mulher alcoólica é essencial mencionar a família e o que ela representa, pois, tem um grande peso que pode ser positivo ou negativo. Como aspeto negativo é apontado o facto de muitas mulheres com diagnóstico de perturbação de uso de álcool provirem de lares onde o álcool predominava, sendo vítimas desses consumos. Como aspeto positivo a família representa muitas vezes a causa de motivação que leva a mulher à procura de um tratamento (Tracy & Martin, 2007).

É fundamental que o tratamento ao alcoolismo seja multidisciplinar, sendo que o tratamento farmacológico é apenas uma parte importante. Neste sentido, há consenso de que a recuperação do dependente alcoólico exige intervenção psicológica (entrevista motivacional, a terapia cognitivo-comportamental, entre outros) e o suporte social (para permitir a reinserção dos dependentes alcoólicos na sociedade) (Castaldelli-Maia & Andrade, 2012).

Neste tratamento são vários os problemas ligados ao álcool que a mulher apresenta, um deles é a baixa de autoestima que tem sido apontada como preditora no consumo de álcool (Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira, & Fernandes, 2009) e como uma característica central presente na etiologia do alcoolismo (Castro & Pimenta, 1999).

A autoestima pode ser definida como a avaliação afetiva do valor, estima ou importância que cada um faz de si mesmo. É a forma como a pessoa se vê e valoriza, baseada nos pensamentos, comportamentos e experiências recolhidas ao longo da sua vida. Esta avaliação de si próprio pode ser positiva ou negativa, o que acarreta uma baixa ou alta autoestima (Quiles & Espada, 2014). A autoestima resulta, portanto, de um equilíbrio dinâmico, por vezes flutuante, entre o sobestimar-se e o subestimar-se que pressupõe um juízo realista de si próprio (Duclos, 2006).

A baixa autoestima, para além de ser um fator preditor do alcoolismo no feminino, também é preditor da sintomatologia psicopatológica estando relacionada com diversas perturbações psicopatológicas (Durá; Pérez, 2005; Erol et al., 2002 as cited in Garaigordobil; Teixeira, & Fernandes, 2009; Vaz-Serra & Pocinho, 2001).

A pertinência deste estudo deve-se ao facto da autoestima ser uma fator que pode, simultaneamente, contribuir para o consumo de substâncias e também proteger no que toca à manutenção da abstinência (Alvares, 2013). Outro motivo que apoia este estudo é o facto de diversos autores referirem que a intervenção na autoestima é fundamental no tratamento do álcool numa mulher, uma vez que, é um indicador de saúde mental capaz de identificar e prevenir problemas psicológicos (Sbicigo, Bandeira & Dell’Aglío, 2010). Desta forma, ao intervir na autoestima não se estará apenas a contribuir para a manutenção da abstinência, mas também a intervir em diversas comorbilidades do alcoolismo como a

depressão e ansiedade, pois ao aumentar a autoestima esta sintomatologia tem tendência a diminuir (Silverstone & Salsali, 2003).

Por estes motivos, o objetivo deste estudo foi o de construir um programa promotor da autoestima e avaliar a sua eficácia. Adicionalmente, procurou-se estudar a associação entre a autoestima e a existência da perturbação emocional.

A metodologia utilizada para concretizar os objetivos deste estudo foi o método exploratório de investigação-ação, uma vez que permite desenvolver um plano de intervenção (Silva & Pinto, 2007). Para testar o primeiro objetivo do estudo foi utilizado o teste de Wilcoxon, permitindo analisar as diferenças existentes na amostra depois da intervenção (Pestana & Gageiro, 2000; Maroco, 2003). O coeficiente de correlação de Ró de Spearman foi utilizado para medir a associação entre autoestima e a perturbação emocional e assim verificar o segundo objetivo.

## **Capítulo I: Enquadramento Teórico**

---



## 1. Álcool e Alcoolismo

O álcool é definido como uma substância que entra na composição de bebidas alcoólicas que resulta da fermentação de açúcares existentes em diversos produtos de origem vegetal, efetuada por microrganismos, particularmente por leveduras (Mello, Barrias & Breda, 2001; Precioso et al., 2014). É uma molécula que pode ser sintética ou natural, designada por etanol que tem um efeito simultaneamente sedativo e hipnótico (Nunes & Jóluskin, 2007).

Trata-se de uma substância incolor, volátil, de odor característico, de sabor ardente, misturável com água e a sua separação dá-se através da destilação a uma temperatura de ebulição de 78,5° (Melo & Figlie, 2004). É das substâncias de uso e abuso mais antigas que se conhece e mais utilizada pela humanidade (Ferreira-Borges & Filho, 2004), uma vez que tem um grande significado simbólico quando usada dependendo dos hábitos e rituais sociais, culturais e religiosos (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

A Revolução Industrial permitiu que esta substância fosse produzida em maiores quantidades e a preços mais baixos, pois, surgiu a técnica de destilação dos fermentados e urbanizações, modificando o perfil das relações interpessoais que começaram a dar uma grande importância ao álcool fazendo com que o seu consumo aumentasse (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2004).

O ato de beber álcool é um comportamento presente em diversas culturas, sociedades e na história humana, associado a tradições de convívio já que as características psicotrópicas do etanol, em baixas doses, predispõe a boa disposição e à partilha de experiências (Precioso et al., 2014). Este comportamento também está associado à procura imediata de prazer (Ronzani & Furtado, 2010), uma vez que, os efeitos imediatos desta substância consumida em doses moderadas são percebidos como agradáveis (Schuckit, 1998). Contudo o uso inadequado pode trazer consequências graves a nível psicológico, social e orgânico, caracterizando a condição de alcoolismo (Formigoni & Monteiro, 1997).

Na atual sociedade o álcool apresenta uma conotação diferenciada das outras drogas pois, trata-se de uma droga de caráter lícito, relativamente barata de fácil acesso favorecendo uma aceitação social estimulado pela indústria do álcool (Oliveira, Dell’Agnolo, Ballani, Carvalho & Peloso, 2012).

O consumo varia de acordo com a cultura e meio social no qual a pessoa está inserida (Gigliottia & Bessab, 2004). Em Portugal o álcool é uma droga legal e comercializada, fazendo parte dos hábitos alimentares da maioria da população. Está muitas vezes associado, como um elemento primordial, a inúmeros quadros do relacionamento social tanto a nível privado como público (Balsa, Vital & Pascueiro, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou recentemente o relatório global de saúde e álcool que aponta que Portugal está entre os maiores consumidores de álcool do mundo (OMS, 2014). Para combater este problema Portugal tem vindo a integrar-se, nos últimos anos, na política geral europeia de controlo dos problemas ligados ao álcool para uma melhor saúde da pessoa e da comunidade (Mello, Barrias & Breda, 2001). Os hábitos de beber vinho, mais recentemente cerveja e outras bebidas alcoólicas são parte integrante nos hábitos alimentares dos portugueses. Bebe-se à refeição, em festas e em contexto de negócios (Mercês de Mello & Frazão, 1993). É verificável que as bebidas alcoólicas estão presentes na nossa vida social, tradições e cultura (Mercês de Mello & Frazão, 1993).

O consumo frequente de álcool conduz, muitas vezes à dependência química acarretando o alcoolismo, um problema reconhecido como um dos maiores de saúde pública (Kiritzé-Topor & Bénard, 2007; Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). É uma doença crónica progressiva que se não for controlada é inevitavelmente fatal (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

Após a Revolução Industrial é que o conceito do beber nocivo como uma condição clínica aparece na literatura, apesar de este problema ser detetado desde os tempos pré-bíblicos (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2004) e foi usado pela primeira vez por Magnus Huss em 1848, onde define alcoolismo crónico como uma síndrome autónoma (Precioso et al., 2014). Bejnamim Rush e Thomas Trotter também contribuíram para o conceito de alcoolismo sendo que, Rush descreveu-o e enumerou os quadros clínicos ligados a ele

desenvolvendo campanhas de sensibilização de saúde pública, enquanto, Trotter, contribui com algumas ideias sobre o ato de beber “oferecendo” a palavra doença à sua definição (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

Apenas em 1985 é que o alcoolismo foi reconhecido como uma doença pela comunidade médica e desde então surgem diversas definições, contudo, nenhuma satisfaz completamente. (Silveira, 2004).

A OMS considera o alcoolismo uma doença e o alcoólico um consumidor excessivo cuja dependência do álcool é tal que pode apresentar quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afetam a sua saúde e as relações com os outros (Mello, Breda & Barrias, 2001). Para Bauer os alcoólicos são: hipersensíveis, mostrando-se mais suscetíveis que os outros a estímulos físicos e psicológicos; dependentes, pois existe falta de segurança afetiva, existindo uma necessidade de fugir da vida; idealistas; impulsivos, perfeccionistas, exigem gratificação instantânea; são muito exigentes consigo próprios e racionalizadores de desejo, precisam de fugir para o mundo da fantasia a fim de concretizar os sonhos (Bauer, 2003).

A Associação Americana de Psiquiatria define o alcoolismo como um problema de saúde pública que atinge todos os níveis sociais propondo uma definição diagnóstica de alcoolismo. Tais critérios encontram-se em conformidade com a OMS, no que diz respeito à manifestação de um desejo de consumir bebidas alcoólicas superior a todos originando uma perda do controlo sobre o seu consumo, ao aparecimento de sintomas de abstinência, e o comportamento dos indivíduos que se vai restringindo progressivamente à procura e consumo de bebidas alcoólicas, independentemente das consequências que possam surgir (APA, 2014).

Pode dizer-se que alcoolismo é um estado em que a pessoa apresenta uma perda de controlo no que toca à quantidade de álcool ingerido após ter começado a consumir (Nunes & Jóluskin, 2007). Não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool na pessoa estendem-se a vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, na vida familiar, profissional e social, repercussões económicas, legais e morais (Mello, Pinto, Frazão & Rocha, 1988).

Apresenta características comuns a outras dependências tais como a obsessão pelo consumo, a dificuldade no controlo do comportamento que visa a obtenção da substância tóxica, os sintomas de abstinência, que desaparecem com um novo consumo e a tolerância face que originam um aumento exponencial do consumo (APA, 2014).

Ao longo dos tempos têm-se feito várias tentativas de criar categorias que incluam as similaridades existentes entre os alcoólicos (Traber, Würmle & Modestin, 2009). Contudo não há um consenso e existem diferentes classificações relativamente ao consumo de álcool.

Uma das classificações possíveis faz-se através da distinção entre diagnóstico, que pode ser classificado como primário ou secundário, dependendo da ordem do aparecimento dos sintomas. O alcoolismo primário corresponde aquele que apareceu antes de qualquer outra perturbação, podendo até contribuir para o aparecimento de alguma. O alcoolismo secundário corresponde aquele que terá aparecido após o diagnóstico do problema psiquiátrico, podendo ser uma consequência do mesmo (Adés & Lejoyeux, 1997; Nunes & Jólluskin, 2007; Vicente, Nunes, Viñas, Freitas & Saraiva, 2001).

Outra classificação de alcoolismo refere-se ao padrão de consumo e foi sugerido pela Associação Americana de Psiquiatria, que distingue o alcoolismo como ligeiro, moderado ou grave (APA, 2014). O alcoolismo ligeiro apresenta poucos sintomas de dependência alcoólica, o moderado apresenta sinais e prejuízos funcionais intermédios e o terceiro corresponde à presença de 6 ou mais sintomas com nível elevado de prejuízos funcionais visíveis (APA, 2014).

A quem distinga o alcoolismo através da forma de consumir e do contexto, distinguindo três tipos de bebedores: os de estágio inicial, os afiliativos e os esquizoides-isolados. Os primeiros não exibem a totalidade dos sintomas de dependência de álcool, o segundo, tendem a beber moderadamente e diariamente e em contexto sociais, os últimos, apresentam um quadro de dependência, bebendo compulsivamente (Nunes & Jólluskin, 2007).

Uma outra classificação baseia-se nos padrões de consumo e noutros aspetos que possam estar subjacentes a esse consumo. As categorias segundo esta classificação são o alcoolismo: antissocial, evolutivamente cumulativo, de afeto negativo e evolutivamente limitado. O alcoolismo antissocial é predominantemente masculino de início precoce, com mau prognóstico e associado à presença de perturbação da personalidade antissocial. O alcoolismo evolutivamente cumulativo apresenta uma tendência primária para o abuso de álcool que se vai aumentando à medida que se verifica o aumento das expectativas culturais reforçadas das oportunidades de beber. O alcoolismo de afeto negativo, é predominantemente feminino partindo da ideia que as mulheres consomem álcool como instrumento regulador do humor, e de apoio no âmbito dos relacionamentos sociais. O alcoolismo evolutivamente limitado é caracterizado pelos surtos frequentes do consumo excessivo de álcool (Nunes & Jólluskin, 2007).

Também as teorias psicológicas tentam explicar o ato de beber. A teoria psicodinâmica refere que o alcoolismo é o resultado de experiências precoces, enquanto teoria cognitivo-comportamental defende que o ato de beber é apreendido que dá prazer, retirando a ansiedade, facilitando as relações sociais e eliminando as relações desagradáveis (Schuckit, 1998). Outras teorias postulam que certas personalidades são particularmente vulneráveis e usam o álcool para lidar com o stress, ansiedade e outros problemas (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

#### **i. Problemas Ligados ao Álcool**

A expressão - problemas ligados ao álcool - ou simplesmente problemas de álcool, é uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada para designar as consequências nocivas do consumo de álcool, podendo ser elas de ordem física, mental ou social e resultam de um consumo excessivo ou prolongado de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a sociedade em geral (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Relativamente às consequências físicas pode-se dizer que todos os órgãos e sistemas do organismo humano podem ser afetados pelo álcool e são várias as perturbações e doenças associadas a esse consumo. Entre as principais doenças causadas diretamente pelo

consumo de álcool encontram-se: as doenças neuropsiquiátricas, doenças gastrointestinais, doenças cardiovasculares, síndrome fetal alcoólico e diabetes (Precioso et al., 2014).

No que diz respeito às doenças neuropsiquiátricas, o álcool tem efeitos sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) fazendo com que haja a diminuição das funções inibitórias, redução de autocontrole e do discernimento. Causa também a depressão do SNC, perda de memória e concentração, convulsões, psicoses, perturbações de sono entre outros problemas (Figlie, Bordin, & Laranjeira, 2004). As síndromes amnésicas de Wernick e de Korsakoff também são consideradas consequências do alcoolismo (Nunes & Jóluskin, 2007; Simão, Kerr-Corrêa & Smaira, 2002).

Quanto às doenças gastrointestinais o álcool estimula a produção de suco gástrico e de secreções, bem como irrita a mucosa, causando gastrite, cirrose hepática ou pancreática e cancro (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2004; Simão, Kerr-Corrêa & Smaira, 2002; Vicente, Nunes, Viñas, Freitas & Saraiva, 2001). O cancro é mais comum no esófago e no estomago (Schuckit, 1998). As doenças cardiovasculares mais comuns são: as taquicardias, a hipertensão, disritmias cardíacas e acidentes vasculares cerebrais (Precioso et al., 2014). Além de problemas individuais o uso excessivo de álcool pode acarretar perigo para a sociedade como violência, acidentes rodoviários, criminalidade, desemprego e a mendicidade (Gomes, 2004; Lourenço & Fernandes, 2011; Moraes, 2014; Manguera & Oliveira, 2014; Marinho, 2008; Nunes, Costa, Teixeira & Coelho, 2014).

O consumo de álcool também afeta negativamente os comportamentos e as relações interpessoais, sendo um agente precipitante de inúmeros problemas de convivências como discussões, disputas e agressões (Mello, Barrias & Breda, 2001). A violência é um dos efeitos agudos do consumo de álcool, que também se verifica como efeito crônico do alcoolismo (Nunes & Jóluskin, 2007). O consumo excessivo de álcool é igualmente propenso na prática de crimes de infração de ordem pública, assaltos, homicídios e violações (Precioso et al., 2014).

O desempenho profissional também é frequentemente afetado quer pela existência de conflitos quer pelo absentismo resultantes das intoxicações ou por acidentes de trabalho

devido aos défices causados pelo álcool no organismo tendo como repercussão o desemprego (Adés & Lejoyeux, 1997). Verifica-se também a redução de produtividade (Nunes & Jólluskin, 2007). Os acidentes de viação são também uma consequência do uso abusivo do álcool, pois, desencadeia perturbações nas áreas cerebrais fundamentais para a condução, nomeadamente a perceção, motricidade e comportamento (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Todos estes problemas associados ao ato de beber são determinados por múltiplos fatores que segundo a literatura podem ser de ordem familiar, sociocultural, individual e situacionais.

Um dos principais fatores de risco que influencia o consumo de álcool na população em geral é o seu baixo custo, fácil acesso e oferta elevada. A cultura em que se está inserido, os fatores genéticos e a predisposição da dependência também influenciam a incidência dos problemas ligados ao álcool (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

A família é apontada como outro importante fator determinante no ato de beber, pois, o consumo de álcool por parte dos conviventes parece ter um papel fundamental no consumo de bebidas alcoólicas. Isto pode-se explicar através da modelagem que faz com que as pessoas desenvolvam uma atitude positiva e tolerante face ao consumo (Precioso et al., 2014). O consumo de álcool por parte dos pais, o clima conflituoso entre pais e filhos, a ausência de coesão familiar, a reduzida ou nula supervisão sobre os filhos e as reduzidas oportunidades de comunicação, são fatores familiares que são apontados como fatores prognosticadores do consumo de álcool (Nunes & Jólluskin, 2007).

Caraterísticas individuais, como o sexo, crenças favorecedoras dos aspetos positivos do consumo e expectativas face ao uso de álcool são preditores de risco para ao consumo de álcool, bem como o contexto escolar, situação laboral mais concretamente o desemprego ou emprego a termo parcial e a influência dos pares (Nunes & Jólluskin, 2007; Oliveira, Dell’Agnolo, Ballani, Carvalho & Pelloso, 2012).

Fatores psicológicos como a personalidade e as caraterísticas de externalização e internalização, parecem constituir um risco para o consumo de álcool. As caraterísticas

de externalização como a impulsividade, a agressividade, comportamentos delinquentes, gosto pela transgressão de normas e regras, procura de novas sessões e desinibição são apontadas como um fator de risco, bem como, as características internas como sintomatologia depressiva, ansiedade, baixa autoestima e inibição (Precioso et al., 2014; Nunes & Jóluskin, 2007).

A cultura, a experiência familiar com o consumo excessivo de álcool e eventos stressantes são considerados fatores ambientais determinantes que podem estar associados aos problemas ligados ao álcool (Edwards, Marshall & Cook, 2005). Teixeira (2007) explica que os eventos stressantes na vida são explicação para o consumo abusivo de álcool pelo facto de este aliviar a ansiedade.

## **ii. Síndrome de Abstinência Alcoólica**

A dependência alcoólica carece de uma ligação à síndrome de abstinência, bem como ao poder da substância criar um quadro de tolerância (Nunes & Jóluskin, 2007).

O álcool é uma droga psicoativa à qual o SNC cria tolerância (Edwards, Marshall & Cook, 2005) ou seja, a pessoa à medida que o tempo de consumo aumenta necessita de doses crescentes de álcool para obter os mesmos efeitos que inicialmente obtinha com doses mais baixas, fazendo com que o consumo aumente (Silva, 2015).

Quanto à síndrome de abstinência, Azevedo (2003) explica-a como um conjunto de sinais e sintomas de desconforto que ocorrem quando uma pessoa para de consumir e à qual o organismo já estava adaptado (as cited in Silva, 2015). Numa fase inicial os sintomas da síndrome de abstinência são leves e causam pouca incapacidade, contudo com o aumento da dependência esses sintomas intensificam (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

A síndrome de abstinência alcoólica segundo Edwards e Gross (1976) apresenta a seguinte sintomatologia: estreitamento do repertório de beber, evidências de comportamentos de procura de álcool, aumento da tolerância, sintomas repetidos de abstinência, alívio ou eliminação da abstinência pela ingestão de álcool, consciência



subjetiva da compulsão de beber e possível reinstalação da síndrome após abstinência (as cited in Nunes & Jólluskin, 2007).

Para a Associação Americana de Psiquiatria a dependência física do álcool é evidenciada pela presença da tolerância ou pelos sintomas de abstinência da substância e define como critérios de diagnóstico à abstinência do álcool: A. Cessão ou redução do uso pesado e prolongado de álcool; B. Dois ou mais dos seguintes, que se desenvolvem entre várias horas a poucos dias a cessação ou redução do uso do álcool dos critérios A: 1- Hiperatividade autonómica; 2- Tremor das mãos aumentado; 3- Insónia; 4- Náuseas ou vômitos; 5- Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; 6- Agitação psicomotora; 7- Ansiedade; 8- Convulsões (APA, 2014).

Quanto ao critério C. menciona que os sinais ou sintomas do critério B. causam mal-estar clinicamente significativo ou défices social, ocupacional, ou outras áreas importantes de funcionamento, quanto ao critério D. refere que os sinais e sintomas não são atribuíveis a outra condição médica e não são mais bem explicados por outra perturbação mental, incluindo intoxicação ou abstinência de outras substância (APA, 2014).

É o quadro conhecido por ser o mais difícil de suportar. O sinal mais clássico deste quadro são os tremores seguidos de uma expansão de sintomas que podem englobar quadros psicóticos com alterações de percepção, convulsões e sintomatologia pertencente ao *delirium tremens*. Esta é a fase mais severa da síndrome de abstinência alcoólica e constitui uma emergência médica, pois acarreta morbidade e mortalidade, uma vez que as pessoas que se encontram nesta fase são um perigo para si mesmas e para aqueles que os rodeiam, tornando-se agressivas ou suicidas, atuando em conformidade das alucinações e delírios que parecem reais (Nunes & Jólluskin, 2007).

Segundo a OMS o *delirium tremens* é um estado de confusão de pouca duração, que ocorre geralmente como resultado da redução de álcool em pessoas dependentes, é uma complicação da abstinência alcoólica. Pode fazer-se acompanhar de hiperatividade, taquicardia, diaforese, febre, insónia, ansiedade e hipertensão, geralmente um quadro de *delirium tremens* é antecipada por uma convulsão.

### **iii. Diagnóstico**

Face às dificuldades ligadas à própria definição e evolução do conceito de doença alcoólica e ao conjunto de problemas que abrange tanto a nível individual e social o diagnóstico é um dos aspetos menos contemplados na literatura (Mello, Barrias & Breda, 2001).

O diagnóstico para o alcoolismo pode ser realizado em qualquer idade, sexo, religião e estatuto social (Precioso et al. 2014). A avaliação do consumo de álcool é o ponto de partida do qual se poderão definir os aspetos que devem constar numa possível análise (Nunes & Jólluskin, 2007).

Este deve assentar essencialmente na história clínica, psicológica e social, e quanto mais cedo for feito melhor será o prognóstico, tal como em qualquer doença progressiva e crónica. Existem várias formas de diagnósticos disponíveis. Incluem questionários, a história clínica e familiar da pessoa, o exame físico e os testes laboratoriais. Também o comportamento da pessoa pode influir no diagnóstico (Silveira, 2000).

Uma das formas disponíveis e práticas que possibilitam informação pertinente que podem ajudar na avaliação e diagnóstico na perturbação de uso de álcool são os questionários como o AUDIT, SMAST e o CAGE. Análises toxicológicas é algo indispensável para o esclarecimento do diagnóstico (Schuckit, 1998), porém não existe um teste laboratorial específico para o diagnóstico da perturbação de uso de álcool, mas podem conter alterações que poderão levantar suspeitas dessa patologia. Estas análises devem incluir a avaliação da função empática, com gama-glutamyltranspeptidase (GGT, o ionograma para além das rotinas habituais (ureia, glicemia e urina tipo II) (APA, 2014; Schuckit, 1998; Silveira, 2000). O teste de alcoolémia também deve ser realizado (Nunes & Jólluskin, 2007).

Quanto à história familiar e pessoal pode ser feita através da entrevista com o auxílio da anamnese sendo possível recolher dados relativos aos padrões de consumo, à história do comportamento de beber, ao motivo da consulta e de quem partiu o pedido de ajuda, as perturbações psiquiátricas, o funcionamento familiar, a relação com os pares, os

interesses vocacionais entre outros. Contudo, deve-se ter cuidados, uma vez que o consumidor de álcool procura minimizar alguns aspetos relativos ao consumo, como por exemplo a quantidade de álcool ingerida diariamente (Nunes & Jóluskin, 2007; Schuckit, 1998).

Existem ainda um número de sinais físicos que podem ser observados e poderão contribuir decisivamente para o diagnóstico, são eles: rubor facial, couperose e edema da face, eritrose palmar, descoordenação psicomotora, vertigens, suores, tremor fino das extremidades, hematomas, vômitos matinais, odor alcoólico, confusão, desorientação, câibras musculares, dores abdominais, taquicardia e tosse crónica (Adés & Lejoyeux, 1997; Silveira, 2000). Através do exame clínico também é possível detetar sintomas decorrentes do abuso do álcool como a cirrose hepática, hipertensão arterial, pancreatite crónica, cardiomiopatia e varizes esofágicas (Adés & Lejoyeux, 1997; Silveira, 2000).

Outra forma que possibilita o diagnóstico da perturbação de uso de álcool é proposta pela Associação Americana de Psiquiatria e menciona os seguintes critérios (APA, 2014):

- A. Padrão problemático de uso de álcool que leva a um mal-estar ou défices clinicamente significativos, manifestados por pelo menos dois dos seguintes sintomas, ocorrendo num período de 12 meses:
- 1- O álcool é muitas vezes consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longos do que pretendia;
  - 2- Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos para diminuir ou controlar o uso de álcool;
  - 3- É gasta uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de álcool, uso de álcool ou a recuperar dos seus efeitos;
  - 4- *Craving* ou forte desejo ou impulso pelo uso de álcool;
  - 5- Uso de álcool recorrente resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;
  - 6- Uso de álcool continuado apesar de ter problemas sociais e interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos;
  - 7- Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso do álcool;

- 8- Uso de álcool recorrente em situações em que é fisicamente perigoso;
- 9- Uso de álcool é continuado apesar de saber ter um problema persistente ou recorrente, físico e psicológico que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool;
- 10- Tolerância, defendida por qualquer um dos seguintes:
  - a. Uma necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
  - b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuidade da mesma quantidade álcool;
- 11- Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
  - a. Uma síndrome de abstinência característica do álcool;
  - b. O álcool é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

É importante salientar que o diagnóstico desta perturbação é difícil, pois existe a interferência de alguns problemas como a negação que é usada como mecanismo de defesa, pois o alcoólico acredita que o problema que tem não resulta do álcool, e continua a usá-lo (Silveira, 2000).

## 2. Álcool no Feminino

Durante muito tempo o alcoolismo esteve quase exclusivamente identificado na população masculina, sendo que os resultados apontavam para uma prevalência mínima nas mulheres (Cesar, 2006), no entanto, o alcoolismo nas mulheres existe e tem vindo a aumentar nas últimas décadas (Costa & Teixeira, 2005; Pillon et al., 2014). Um beber problemático segundo a OMS para uma mulher situa-se ente os 21 e 40 gramas por dia e sendo que doses superior os 40 gramas por dia é considerado excessivo (Secades, 2001 as cited in Nunes & Jóluskin, 2007).

O consumo de substâncias psicoativas nas mulheres foi incitado pelo movimento de emancipação feminina, na medida em que as mulheres assumiram novos papéis e responsabilidades sociais, tornando-se mais competitivas no mercado de trabalho e na vida pública (Assis & Castro, 2010; Wolle et al., 2011).

Na grande maioria das culturas as mulheres tendem a beber menos que os homens e a ingerir menores quantidades de bebida de cada vez (Edwards, Marshall & Cook, 2005), porém as consequências do consumo são mais negativas nestas do que neles, uma vez que, metabolicamente as mulheres são menos tolerantes ao álcool (Oliveira, Dell’Agnolo, Ballani, Carvalho & Pelloso, 2012) pois, apresentam quantidades maiores de gordura em relação aos homens contribuindo para que esta chegue ao estado de intoxicação com quantidades menores de álcool que um homem (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004a; Elbreder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008; Mendes, Cunha & Nogueira, 2011; Simão, Kerr-Corrêa & Smaira, 2002) acarretando mais prejuízos físicos e psíquicos (Mendes, Cunha & Nogueira, 2011). Fisiologicamente as mulheres são mais vulneráveis aos efeitos do álcool tendo como consequência uma dependência mais rápida (Costa & Teixeira, 2005; Simão, Kerr-Corrêa & Smaira, 2002).

Uma vez que as mulheres são metabolicamente menos tolerantes ao álcool do que os homens a sua vulnerabilidade a doenças associadas ao consumo é maior (Nóbrega & Oliveira, 2005) como a hepatite, a cirrose, a hipertensão, desnutrição, mio-cardiopatia, anemia, acidentes cerebrovasculares, cancro (da boca, do esófago, entre outros), osteoporose e o aumento de sintomas pré-menstruais (Costa & Teixeira, 2005; Esper,

Corradi-Webster, Carvalho & Furtado, 2013; Novaes, Melo, Bronstein & Zilberman, 2000; Precioso et al., 2014; Tung, Demetrio & Andrade, 2000). Apresentam também um aumento de infertilidade e de abortos espontâneos, bem como a perda do desejo sexual (Costa & Teixeira, 2005).

Quanto às diferenças de género as mulheres são menos propensas a manifestar certos fatores de risco e menos problemas relacionados ao uso de álcool do que os homens. No entanto, as consequências do uso abusivo de álcool parecem ser mais negativas nelas (Mendes, Cunha & Nogueira, 2011). Também começam a beber com maior frequência a partir da ocorrência de eventos significativos e experiências stressantes como: a morte ou uma separação, pois conseguem um efeito ansiolítico (Assis & Castro, 2010; Goodman, 2000; Edwards, Marshall & Cook, 2005; Wodarz, et al., 2003) que as fazem esquecer por momentos os seus problemas ou perdas, funcionando como estratégia de coping, enquanto, os homens iniciam o seu consumo pela influência de pares e curiosidade (Wagner, Stempluk, Zilberman, Barroso & Andrade, 2007).

Geralmente o ato de beber nas mulheres é solitário, vespertino e tem como objetivo o efeito euforizante e ansiolítico (Costa & Teixeira, 2005; Souza, Lima & Santos, 2008), enquanto os homens bebem socialmente como forma de sustentar o seu estatuto e a sua imagem de masculinidade (Guillon et al, 2012).

Em relação ao primeiro contacto com o álcool, ainda não existe um consenso em relação a quais dos géneros é o mais precoce a iniciar os consumos. O estudo realizado por Assis e Castro (2010) refere que as mulheres tiveram o seu primeiro contacto com o álcool entre a infância e adolescência. Os mesmos autores citam Siqueira et al. (2005) que defende que a média de idades do início consumo de bebidas alcoólicas nas mulheres é 15 anos. Contudo, o estudo realizado por Simão, Kerr-Corrêa e Smaira (2002), demonstra que as mulheres iniciam os seus consumos mais tardiamente que os homens, bem como os estudos realizados por, Chou e Dawson (1994) e Gomberg (1993) citados por Diehl, Croissant, Mundle, Nakovics e Mann (2007).

Relativamente aos comportamentos decorrentes da intoxicação pelo álcool as mulheres apresentam sentimentos depressivos, de culpa e problemas familiares, enquanto

os homens expõem tendencialmente comportamentos violentos, problemas legais e profissionais (Nichol, Krueger & Iacono, 2007).

A vulnerabilidade para desenvolvimento de problemas ligados ao ato de beber nas mulheres não se deve apenas ao seu metabolismo, mas também é influenciada por vários fatores demográficos, económicos, sociais e culturais, nomeadamente a idade, a situação profissional, o estado civil e a etnia (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

Segundo Edwards (2005) e Adés e Lejoyeux (1997), as mulheres mais jovens apresentam maiores índices de consumo e de problemas ligados ao álcool do que mulheres mais velhas. O divórcio aumenta a probabilidade das mulheres aumentarem seu consumo de álcool, contudo são as mulheres em união de facto que, segundo Wilsnack e cols. (1994) tem uma maior probabilidade de consumir (as cited in Edwards, Marshall & Cook 2005). Quanto à sua atividade de trabalho há pouca relação entre as mulheres possuírem problemas com álcool, considerando a ocupação em integral. Contudo, verifica-se que as mulheres que trabalham em ambientes carateristicamente masculinos têm maior probabilidade de beber pesadamente, ou desenvolver problemas com álcool, provavelmente, pela influência grupal ou pelo stress do trabalho denominado culturalmente masculino. Mulheres com dependência financeira e ativas em relação á sua situação profissional apresentam um aumento do consumo alcoólico. Também mulheres com escolaridade elevadas em comparação com as de escolaridade baixa, têm maiores consumos de álcool (Cibeira, Muller, Lazzaretti, Nader & Caleffi, 2013; Elbreder, Laranjeira, Siqueira & Barbosa, 2008). No que se refere à raça e à etnia, existe uma maior propensão a beber entre mulheres brancas, seguidas das hispânicas e, por fim, das afro-americanas (Edwards, Marshall & Cook 2005).

As experiências traumáticas na infância como o abuso sexual, físico, verbal e negligência por parte das famílias disfuncionais, lares alcoólicos, parceiros com hábito de beber também são considerados fatores relacionados com o abuso de álcool na mulher (Costa & Teixeira, 2005; Edwards, Marshall & Cook, 2005; Sacksa, McKendrick, & Banks, 2008), bem como caraterísticas presentes na sua personalidade como a impulsividade, a hipersensibilidade, o perfeccionismo e a falta de segurança afetiva (Bauer, 2003).

As mulheres utilizam o beber excessivo como forma de aliviar a tensão e ansiedade, apaziguar o peso das relações laborais e pessoais, controlar sentimentos e distanciar o tédio e a apatia (Bauer, 2003). Todavia o papel social da mulher não permite que esta beba, pois, uma mulher alcoólica é considerada como uma mulher que não cumpre o seu papel de mãe, de esposa e dona de casa (Campos & Reis, 2010). Falar de álcool nas mulheres é falar de perdas, perda do seu estatuto social, do papel de mãe, de esposa e de pessoa (Nóbrega & Oliveira, 2005).

Por tudo isto, mulheres com problemas ligados ao álcool são objeto de julgamento e estigmatização social, pois, é ainda um fenómeno de grande estigma originando críticas, represálias e incompreensões por parte da sociedade atual, (Adés & Lejoyeux, 1997; Nóbrega & Oliveira, 2005) conduzindo à vergonha, a um sentimento de desprezo pelo ato de beber e uma ausência de autoestima (Petit, 2002). Por esta razão, o consumo é feito de forma solitária ao contrário daquilo que acontece com os homens (Googman, 2000) e tem como objetivo um efeito de euforia ou tranquilizante (Adés & Lejoyeux, 1997). O uso do álcool na mulher é um fenómeno sentido com muita culpa e de vergonha social (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004a; Nóbrega & Oliveira, 2005). Esta culpa e vergonha levam que os consumos na mulher aumentem (Lillie, 2002).

Além da culpabilização e da vergonha também a baixa autoestima está relacionada com os consumos de álcool na mulher (Petit, 2002), bem como, as dificuldades para estabelecer relações interpessoais, a falta de capacidade para a resolução de problemas, a baixa tolerância à frustração ao fracasso e à dor, a insegurança, a timidez e a instabilidade emocional (Pereira, 2012).

Segundo Castro e Pimenta (1999) e Nóbrega e Oliveira (2005) a baixa autoestima é a característica central presente na etiologia do alcoolismo sendo essencial no tratamento da mulher alcoólica a promoção da mesma, uma vez que, um défice nesta é traduzido em problemas observáveis de motivação.

Todos estes fatores de ordem psicológica (baixa autoestima, vergonha, culpabilidade e o desprezo pelo ato de beber) contribuem para que a mulher mantenha a sua alcoolização secreta, mesmo no âmbito da consulta médica, na qual apresenta queixas na tentativa de



ocultar o seu problema com o álcool (Petit, 2002), dificultando o seu diagnóstico. Outro obstáculo presente no diagnóstico esta relacionada com o papel de mãe e de protetora do lar, cuja, hipótese de tratamento se traduz em pensamentos intoleráveis sobre o abandono do lar, dificuldade de cuidar dos filhos e ansiedade de separação (Petit, 2002).

Para além das doenças físicas que o alcoolismo acarreta nas mulheres também proporciona várias perturbações do foro psiquiátrico, estando estas propensas a perturbações de personalidade, depressão, perturbação bipolar, perturbação da ansiedade (fobia social, e perturbação de stress pós-traumático) e perturbação alimentar (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004a; Costa & Teixeira, 2005; Edwards, Marshall & Cook, 2005; Esper, Corradi-Webster, Carvalho & Furtado, 2013; Nóbrega & Oliveira, 2005).

Pode-se dizer que o alcoolismo na mulher não pode ser entendido, sem ter uma clara referência a características fisiológicas e psicossociais femininas, responsáveis pela maior vulnerabilidade ao álcool (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004a).

### **i. O Álcool e a Família**

A família é percebida como um grupo com identidade própria, um sistema aberto com comunicação multidirecional, que pode representar um fator de risco ou de proteção aos processos de saúde e de doença dos seus membros e aos processos de adaptação inerentes ao seu desenvolvimento (Mangueira & Lopes, 2014). É um agregado de pertinência natural, onde são estabelecidas relações de dependência e vínculos afetivos entre seus constituintes. A satisfação das necessidades, que ocorrem em nível familiar, permite o desenvolvimento da confiança básica, a segurança e a autoestima, que as pessoas necessitam para a vida e constitui a base de apoio e estabilidade psicológica. O desenvolvimento individual não pode ser entendido sem considerar o papel fundamental da família (Minuchin & Fishman, 2003).

O alcoolismo também é considerado um problema familiar, pois o consumo problemático por um dos membros da família desestrutura todo o sistema familiar, sendo uma fonte de stress para todos os membros, afetando negativamente as relações e os padrões comunicacionais da família (Nunes & Jóluskin, 2007). O álcool torna-se o centro

das preocupações das pessoas constituintes da família, e esta tem que se reorganizar em função do mesmo e da pessoa que bebe.

Este sistema familiar é caracterizado pela negação do problema e da existência do mesmo (Teixeira, 2007) devido às dificuldades ao nível da expressão emocional; comunicacional e negocial, predominando condutas de hostilidade, conflitualidade e tensão adjacentes à inversão e confusão de papéis. Existem níveis problemáticos de violência, descontrolo e agressividade que geram uma instabilidade familiar que pode resultar em maus-tratos, abandono e a negligência (Lourenço & Fernandes, 2011).

Uma vez que, a negação do problema faz parte da realidade destas famílias potencia uma transmissão transgeracional (Teixeira, 2007) e no caso de mulheres alcoólicas estudos apontam que a maioria provem de lares onde um ou ambos os progenitores eram alcoólicos (Goodman, 2000), sendo este lar um fator de stress para a mulher devido à carência emocional experienciada com o alcoólico principalmente se este for a mãe (Perez, 1994 as cited in Goodman, 2000).

Na atualidade as maiores responsabilidades no contexto familiar é atribuída à mulher, contudo, quando esta é alcoólica outras pessoas devem assumir essas responsabilidades, emergindo os conflitos familiares, pois, aquela que deveria ser a cuidadora encontra-se impossibilitada, devido ao alcoolismo passando a ser estigmatizada pela família (Santos & Silva, 2012).

Esta mulher aos olhos da sociedade deveria assumir o seu papel de mãe e de esposa. Como esposa a vida conjugal da mulher alcoólica é complexa, existe falta de comunicação, externalização e evitamento de responsabilidade, competição mútua, dificuldades no trabalho cooperativo e elevado criticismo (Lourenço & Fernandes, 2011).

Devido a estes fatores é quase inevitável a existência de conflitos, agressividade, violência, stress e desestruturação familiar originando o divórcio (Edwards, Marshall & Cook, 2005; Lourenço & Fernandes, 2011). O álcool é utilizado por estas mulheres como estratégia para lidar com os problemas da relação conjugal (Chait & Calvo, 2005).

Enquanto mães dependentes de álcool manifestam sentimentos ambivalentes de amor-ódio pelos filhos, são intolerantes, menos responsivas às necessidades emocionais destes, mais provocativas, intrusivas e ameaçadoras, violentas e negligentes (Conners, Crone, & Whiteside-Mansell, 2006; Suchman, Mayes, Conti, Slade, & Rounsaville, 2004) estando expostos a uma série de impactos negativos na sua vida (Tracy & Martin, 2007).

A violência suportada por estas crianças pode tomar diferentes proporções, tanto a nível físico como psicológico. Os maus-tratos das crianças em meios alcoólicos pode manifestar-se por pancada, humilhações, reprovações violentas e em palavras odiosas ou culpabilizantes. Pode tomar grandes proporções como os abusos sexuais, incesto, ou atitudes incestuosas (Faoro-Kreit & Hers, 2002). A negligência por parte da mãe alcoólica é repercutida na criança, no que diz respeito, à segurança da mesma, pois, é inexistente. Esta insegurança pode ser física e afetiva, fazendo-se sentir nos cuidados básicos da criança e na rejeição de afetos (Faoro-Kreit & Hers, 2002).

A vergonha, o isolamento social e a fuga são problemáticas características das crianças de uma família com um membro alcoólico (Maia, 2012). A vergonha é um sentimento que afeta os filhos dos alcoólicos originando o isolamento. Para estes é difícil suportar os comportamentos errados e o medo que os outros descubram a problemática e sejam rejeitados. Está associada ao “segredo” da família que faz como que exista um isolamento social não havendo partilha de emoções e pensamentos. A fuga e a negação são utilizados como mecanismos de defesa dos filhos dos alcoólicos. A atitude de negação é reforçada pelo comportamento dos pais, que não conseguem enfrentar a realidade (Faoro-Kreit & Hers, 2002).

Para além destas características os filhos de dependentes químicos apresentam um risco maior para desenvolverem dependência alcoólica na vida adulta (Silva, 2003) bem como para o desenvolvimento de perturbações psicopatológicas (Figlie, Melo & Payà, 2004). São comuns quadros de ansiedade, depressão e baixa autoestima (Zeitlin 1994 as cited in Edwards, Marshall & Cook, 2005) e uma perceção de serem uns falhados perante a vida (Maia, 2012). Geralmente também exibem em maior número problemas físicos como fadiga, asma, anemia e dores de cabeça comparando com outras crianças (Nunes & Jólluskin, 2007).

São também características dos filhos adultos de alcoólicos a negação de necessidades pessoais, a falta de discernimento na análise de situações que implicam responsabilidade interpessoal, a impulsividade nas reações e realizações, a dificuldade em confiar e de prosseguir relações efetivas e íntimas e o desejo de controlo e dominação (Costa & Teixeira, 2005).

A exposição à violência e aos abusos de álcool aumenta a probabilidade destas crianças verem comprometidas o futuro, e serem as próprias, vítimas ou atores de atos de violência (Maia, 2012). São crianças suscetíveis a ter dificuldades em resolver problemas e em tomar decisões, bem como, no estabelecimento de relações saudáveis com os outros, devido à falta de modelagem do papel parental positivo e à falta de desenvolvimento de competências para resolver problemas (Maia, 2012), uma vez que, provêm de famílias consideradas desorganizadas e disfuncionais (Halpern, 2002, as cited in Figlie, Melo & Payà, 2004).

Como o tema em estudo é o alcoolismo nas mulheres é fundamental falar acerca dos problemas que o álcool acarreta na gravidez. O consumo materno excessivo durante a gravidez causa a síndrome fetal alcoólica que se caracteriza por defeitos congênitos permanentes, tais como dismorfia craniofacial, microcefalia, deficiência de crescimento, comprometimento do sistema nervoso central, perturbações comportamentais e intelectuais (Yang et al., 2012).

As crianças com esta síndrome padecem de um crescimento reduzido, anormalidades morfológicas no rosto e cabeça, deformidades nos membros e doenças cardíaca congénita (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2004a). Apresentam aspetos faciais característicos como, microcefalia, fissuras palpebrais curtas, abertura ocular pequena, estreitamento do comprimento do lábio superior, retração de mandíbula, nariz curto e ponte nasal baixa, sulco entre nariz e lábio superior, pregas cutâneas no canto do olho e porção média da face pequena e plana (Santos & Santos, 2009).

Revelam funcionamento social mal adaptativo que se evidencia pela falha em ponderar as consequências dos seus atos, falta de resposta a pistas sociais apropriadas, falta de amizades recíprocas, isolamento social, labilidade emocional, comportamentos

de “bullying” e períodos de elevada ansiedade e infelicidade (Pinho, Pinto & Monteiro, 2006), demonstram também problemas de comportamento e de aprendizagem (Schuckit, 1998). O tratamento mais eficaz nesta doença é a sua prevenção (Pinho, Pinto & Monteiro, 2006).

Posto isto, pode-se afirmar que o alcoolismo na família cria uma rutura e desorganização nas relações interpessoais com conseqüente prejuízo para o desenvolvimento dos restantes membros da família (Silva, 2003).

### **3. Álcool e Psicopatologia**

Os consumidores dependentes de álcool apresentam frequentemente perturbações psiquiátricas associadas (Vicente, Nunes, Viñas, Freitas & Saraiva, 2001). Algumas delas são induzidas pelo abuso ou pela abstinência alcoólica, outras podem ser uma consequência da ingestão de álcool (Figlie, Bordin, & Laranjeira, 2004). Por esta razão o abuso de substâncias psicoativas por pessoas com perturbações mentais acaba sendo uma comorbidade que se mostra como regra, e não como exceção (Zaleski et al., 2006).

As perturbações mais comuns encontradas incluem as perturbações de humor, as perturbações de ansiedade, perturbações alimentares e as perturbações de personalidade (Zaleski et al., 2006). Também a esquizofrenia e perturbação antissocial da personalidade estão relacionadas a um aumento marcado da taxa de perturbação de uso do álcool (APA, 2014).

As perturbações do humor frequentemente ligadas ao consumo de álcool são a perturbação bipolar e a depressão. A perturbação bipolar é considerada um fator de risco para o uso indevido do álcool e precede os consumos, contudo estes podem contribuir para o surgimento da primeira crise (maníaca ou depressiva). Segundo Krishnan (2005) citado por Ribeiro, Laranjeira e Cividanes (2005), o consumo de substâncias têm como consequência na perturbação bipolar o aumento dos episódios mistos do tempo de remissão das crises, maior incidência de complicações clínicas e aumento dos índices de tentativa de suicídio, fazendo com a recuperação seja lenta. Aqueles em que o diagnóstico de perturbação do uso do álcool já foi estabelecido apresentam mais sintomas de mania, maior labilidade do humor, impulsividade e episódios de violência do que aqueles que não consomem álcool (Ribeiro, Laranjeira & Cividanes, 2005). A Associação Americana de Psiquiatria defende que mais de metade das pessoas com perturbação bipolar tem perturbação de uso de álcool.

A depressão é uma das comorbilidades que acompanham com maior frequência o diagnóstico de alcoolismo nas mulheres (Edwards, Marshall & Cook, 2005; King, Nardi & Cruz, 2006) precedendo as tentativas de suicídio na maioria dos casos, devido à estigmatização social marcada pelo alcoolismo. Segundo Pulcherio e Bicca (2002) a

depressão é anterior ao alcoolismo, daí se considerar que esta pode ser a primeira forma que o quadro de alcoolismo apresenta, escondido pela vergonha, hostilidade familiar e o medo da perda dos filhos (Rosa, 1999 as cited in Costa, & Teixeira, 2005). Os sintomas depressivos podem surgir tanto no período em que a pessoa está a consumir como num período de abstinência tornando-se uma causa de recaída (Fernández, 2006 as cited in Álvarez, 2007; Maciel & Yoshida, 2006). O diagnóstico clínico na depressão no alcoólico pode ser dificultado pela semelhança entre os sintomas de abstinência ou de intoxicação e os sintomas depressivos (Vicente, Nunes, Viñas, Freitas & Saraiva, 2001). Está também correlacionada com a baixa autoestima comum nestas mulheres, sendo um fator que contribui para o diagnóstico de depressão. Contudo, ao intervir na autoestima, o estado depressivo da pessoa melhora, ou seja, ao aumentar a autoestima está-se a diminuir a sintomatologia depressiva (Silverstone & Salsali, 2003).

Para além da depressão também a ansiedade constitui um fator de vulnerabilidade para o uso abusivo de substâncias. O álcool é a substância psicoativa mais usada para atenuar os sintomas ansiosos, como a tensão muscular, a insônia, os sentimentos de culpa e a irritabilidade (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2004). Todavia, o uso deste como automedicação para controlar a sintomatologia ansiosa acaba por tornar esses mesmos sintomas mais graves, sendo a ansiedade um sintoma que faz parte da síndrome de abstinência e da intoxicação alcoólica (Laranjeira, Nicastrì, Jerônimo & Marques, 2000; Zaleski et al. 2006). Pode-se dizer que a ansiedade nas pessoas dependentes de álcool é consequência da própria intoxicação e relaciona-se com os sintomas de privação e com os efeitos ansiogénicos dos problemas somáticos, familiares e sociais do alcoolismo (Vicente, Nunes, Viñas Freitas & Saraiva, 2001). Assim sendo, o álcool é utilizado como estratégia para aumentar a autoestima dando uma sensação de competência permitindo a redução da ansiedade (Mitrovic, Hadzi-Psic, Stojanovic & Milicevic, 2014; Silverstone & Salsali, 2003).

A perturbação de ansiedade com maior comorbilidade com a perturbação do uso do álcool é a fobia social, sendo que a probabilidade dos dependentes de álcool é nove vezes maior do que no resto da população, sendo que estas pessoas bebem para tentar reduzir a sua ansiedade social, desta forma, pode-se afirmar que fobia social é precedente aos problemas com o álcool (Paiva, Araújo, Pereira, Ronzani & Lourenço, 2008). Os ataques

de pânico são recorrentes nos alcoólicos ocorrendo quatro vezes mais que na população em geral (Vicente, Nunes, Viñas Freitas & Saraiva, 2001).

Também a perturbação de stress pós-traumático e os problemas com álcool costumam ocorrer conjuntamente (Edwards, Marshall & Cook, 2005), contudo é mais frequente no sexo masculino que feminino (APA, 2014).

As perturbações da personalidade também são apontadas como frequentes em pessoas com perturbação de uso de álcool. O neuroticismo é um traço da personalidade que se destaca em estudos sobre a dependência e sua comorbilidade sendo apontado como fator de recaída devido ao facto das pessoas tenderem a avaliar negativamente o ambiente e interpretarem estímulos ambíguos de forma ameaçadora ou negativa gerando problemas e crises onde não existem (Maciel & Yoshida, 2006).

A esquizofrenia, em comorbilidade com dependência alcoólica, pode ter um curso extremamente desfavorável, pois, devido ao efeito do álcool existe uma redução das funções cognitivas e sociais que pode causar episódios psicóticos. Para os doentes esquizofrénicos o álcool funciona como um tratamento que elimina os efeitos colaterais da doença (Solter et al., 2004). Em relação às características sintomatológicas, segundo Ramos e seus colaboradores (1997) pacientes esquizofrénicos com diagnóstico de dependência de álcool apresentaram maior sintomatologia alucinatória e delirante (as cited in Kantorsky et al., 2014). Têm também um prognóstico pior do que as pessoas com apenas uma das perturbações, bem como um difícil tratamento (Zaleski et al., 2006).

A autoestima é um fator importante, no que diz respeito, á saúde mental, sendo que a baixa autoestima é a etiologia de várias doenças de foro psiquiátrico (Silverstone & Salsali, 2003), ou seja, a autoestima é apontada como um forte preditor de sintomatologia psicopatológica (Erol et al., 2002 as cited in Garaigordobil; Durá & Pérez, 2005) estando associada ao desenvolvimento de diversas perturbações psicopatológicas (Vaz-Serra & Pocinho, 2001) que incluem a perturbação de uso de álcool (Walitzer & Sher, 1996).

Apesar de diversos autores referirem uma relação entre a baixa autoestima e as perturbações psicopatológicas, esta relação permanece ainda inserta, pois, não fica claro



se a baixa autoestima ocorre em algumas perturbações psicológicas ou em todas (Silverstone & Salsali, 2003).

#### **4. Autoestima e a Mulher Alcoólica**

Na Psicologia, o constructo da autoestima é de grande importância, uma vez que, influencia a falta de ajustamento psicossocial e a sua carência está relacionada com certas perturbações mentais (Gobitta & Guzzo, 2002). É considerada um indicador de saúde mental e fator relevante na análise de crescimento e progresso nos países desenvolvidos, bem como, no processo de avaliação, de identificação e prevenção de problemas psicológicos (Sbicigo, Bandeira & Dell’Aglia, 2010). É considerada um conceito complexo não só porque é designada por uma diversidade de expressões e de sinónimos mas também, porque, engloba diferentes domínios abstratos. Tem extrema pertinência na Psicologia, apesar de não haver consenso na literatura em torno da sua definição (Andrade & Souza, 2010).

Para Vaz Serra (1988), a autoestima está ligada a aspetos avaliativos e emocionais do autoconceito (a perceção que a pessoa tem de si própria e o conceito que, devido a isso, forma de si), encontrando-se também ligada aos aspetos motivacionais. Apresenta-se como um dos constituintes intrínsecos do autoconceito e deriva dos processos de avaliação que a pessoa faz das suas qualidades, desempenhos, virtudes ou valores morais. Porém, a autoestima deve ser diferenciada do autoconceito, no sentido em que o autoconceito pode ser considerado a descrição que a pessoa faz de si mesma na dimensão cognitiva, afetiva e comportamental, enquanto a autoestima é fundamentada numa combinação de informação objetiva acerca de si próprio e numa avaliação subjetiva dessa informação (Quiles & Espada, 2014).

Vaz Serra e Pocinho (2001) defendem que na autoestima devem ser consideradas duas dimensões, a primeira é baseada no sentido de competência relacionada com o desempenho considerado eficaz, a segunda é baseada na virtude, que considera o valor pessoal em função das normas e valores respeitantes ao comportamento pessoal e interpessoal, em termos de justiça recíproca e honra.

Para Grecas (1982) a autoestima tem características motivacionais que seguem duas facetas, a auto-saliência que procura o crescimento, a expansão e o aumento da autoestima pessoal, e a automanutenção, cujo objetivo é levar a pessoa a não perder o que possui.

Estas facetas caracterizam-se por diferentes estratégias comportamentais. A primeira, a pessoa luta pelo êxito, a segunda desenvolve estratégias que se relacionam com o medo do fracasso. As pessoas com baixa autoestima escolhem a segunda estratégia em detrimento da primeira (Vaz-Serra & Pocinho, 2001).

William James (1885) refere que a autoestima é aquilo que sentimos por nós mesmos sendo determinado pela proporção entre as realizações e as supostas potencialidades, uma fração, cujo, denominador, são as pretensões e o numerador os sucessos, enquanto para Branden (1995) a autoestima é algo interno à pessoa estando ligada às suas operações mentais e não às circunstâncias externas bem ou malsucedidas (as cited in Andrade & Souza, 2010).

Rosenberg (1965) define autoestima como uma atitude positiva ou negativa relativamente ao self, assim um sujeito com elevada autoestima considera-se uma pessoa com valor, que se respeita a si mesmo pelo aquilo que é, estando relacionada com os afetos positivos, como a alegria, e a confiança, pelo contrário, uma pessoa com uma autoestima negativa sente-se desvalorizado, insatisfeito, angustiado, vergonha, culpa, tristeza e com falta de respeito relativamente a si próprio vergonha, angustia, tristeza, culpa sendo responsável por muitas problemas de foro psicológico (Quiles & Espada, 2014; Romano, Negreiros & Martins, 2007).

Para Coopersimth (1967) a autoestima é a avaliação que a pessoa faz de si mesma. Expressa uma atitude de aprovação ou de repulsa de si englobando o autojulgamento em relação à sua competência e valor. É o juízo pessoal de valor revelado através de atitudes que uma pessoa tem consigo mesma, sendo uma experiência subjetiva acessível às pessoas através de relatos verbais e comportamentos observáveis (as cited in Yamasak, Ponchio, Silva & Rocha, 2013;). É a forma como a pessoa escolhe as suas metas, aceita a si mesma, valoriza o outro e estabelece suas expetativas e projetos, sendo que o ponto fundamental da autoestima é o aspeto valorativo (Bandeira & Hutz, 2010).

A autoestima não é inata forma-se e consolida-se a partir das relações com os outros e da imagem que se tem acerca de si mesmo e daquilo que os outros projetam (Quiles & Espada, 2014) variando consideravelmente no tempo (Duclos, 2006). De acordo com a

teoria da vinculação, a qualidade da relação com as figuras parentais desempenha um papel fundamental na forma como os jovens se percebem a si e aos outros, contribuindo para o desenvolvimento da autoestima (Rocha, Mota & Matos, 2011). A criança a partir das mensagens e imagens que os pais transmitem, como as opiniões, afetos e atos, formam o primeiro conceito de si mesmas. À medida que a criança cresce e se vai integrando em grupos sociais, outras pessoas tornam-se o seu espelho (Duclos, 2006; Quiles & Espada, 2014). A adolescência é o momento de consolidação de autoestima, sendo que numa fase adulta esta é afetada pelos acontecimentos da vida e pelas pessoas que se vai conhecendo (Duclos, 2006).

Rosenberg explica o desenvolvimento da autoestima através de quatro princípios são eles: a forma como a pessoa avalia as suas ações; as apreciações que a pessoa pensa que os outros elaboram sobre ele; as comparações que acontecem nas interações sociais, podendo a pessoa sair favorecida ou depreciada; e a importância e o valor relativos das várias dimensões do autoconceito, enquanto Reasoner (1982) citado por Duclos (2006) menciona que as quatro dimensões da autoestima são o sentimento de segurança e confiança, autoconhecimento, sentimento de pertença a um grupo e de competência, sendo que, a confiança e segurança são pré-requisitos da autoestima.

O sentimento de segurança consiste em compreender os limites, conhecer as expectativas e sentir-se confortável e em segurança. A confiança surge do sentimento de segurança e é estabelecida na primeira infância permanecendo para o resto da vida. O autoconhecimento permite à pessoa interiorizar o valor pessoal, a pertença a um grupo. Desenvolve o valor que a pessoa dá a si própria no plano social através das relações que estabelece. O sentimento de competência interioriza e conserva as lembranças das experiências eficazes e êxitos pessoais obtidos contribuindo para a autoestima (Duclos, 2006).

A autoestima segundo Rosenberg pode ser classificada em baixa, média e alta. A baixa autoestima refere-se às dificuldades da pessoa que a incapacitam a enfrentar problemas; a média autoestima diz respeito, ao alternar entre sentimentos de auto-aprovação e autorrejeição e por fim, a alta autoestima corresponde ao autojulgamento que a pessoa faz de si, valorizando-se, apresentando sentimentos de competência e autoconfiança

(Schultheisz & Aprile, 2013). Segundo Quilles (2002), uma pessoa com alta autoestima é consciente das suas qualidades e defeitos, tem uma imagem realista acerca de si própria e procura a mudança, desenvolve relações interpessoais satisfatórias exprimindo os seus sentimentos, pensamentos de forma assertiva é capaz de resolver os seus problemas e tomar decisões, gosta de si mesma e dos outros (as cited in Quiles & Espada, 2014).

Para o mesmo autor uma pessoa com baixa autoestima tem uma imagem distorcida de si mesma e vê-se cheia de defeitos, minimizando ou ignorando os seus pontos fortes, é uma pessoa pouco suscetível à mudança, porque, pensa que impossível ocorrer. Depende dos outros e necessita sempre da aprovação e reconhecimento por parte do outro, não é capaz de expressar os seus sentimentos e pensamentos, pois, considera que não têm valor, geralmente usa o estilo de comunicação passivo, porém, quando “explode” comunica agressivamente. Relativamente à resolução de problemas e tomada de decisões, não é capaz de o fazer, esperando sempre que alguém o faça por si, desta forma, sente-se com frequência frustrada. Evita responsabilidade e não gosta de si mesma vendo os outros a rejeitá-la pelos defeitos (as cited in Quiles & Espada, 2014).

De forma geral, pode-se dizer que apesar da existência de uma vasta variação na definição de autoestima, esta está relacionada com o autoconceito, com a autoperceção e com a autoimagem fazendo referência à forma como as pessoas se veem e se avaliam a si mesmas. Esta avaliação pode ser positiva ou negativa, conforme a consciência adquirida ao longo de anos, do valor pessoal, assim como das qualidades e potencialidades que permitem que a pessoa viva harmoniosamente consigo e com os outros. É um processo dinâmico, que se modifica ao longo do desenvolvimento da pessoa, resultando das experiências e interpretações interpessoais (Burns, 1982; Duclos, 2006).

Em relação ao género de forma geral, o homem e a mulher seguem a mesma trajetória ao longo da vida em termos de autoestima. Contudo, existem algumas diferenças de género a considerar, na adolescência, os rapazes têm tendência a apresentar níveis de autoestima mais elevados que as raparigas, diferença que continua ao longo da idade adulta, dispersando-se ou até desaparecendo na terceira idade. Também fatores sócio-contextuais e as diferenças de género nos ideais de imagem corporal podem contribuir

para as diferenças nos níveis de autoestima entre homens e mulheres (Robins & Trzesniewski, 2005).

O autoconceito e a autoestima constituem um suporte imprescindível e forte enquanto fatores mediadores ao nível da tomada de decisões saudáveis e conseqüentemente evitar comportamentos de risco para a saúde, designadamente, os consumos de álcool, tabaco e drogas (Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira, & Fernandes, 2009). Funciona como estratégia de resistência à pressão social, favorecendo um sentimento de segurança e contribuindo para uma menor probabilidade de consumir álcool (García, Aguilar, & Facundo, 2008).

Vários estudos (King, 1997; Beman, 1995; Mutrie, 1997) mencionam que uma autoestima positiva diminui o risco do uso de álcool e de drogas, sendo que, a baixa autoestima está relacionada com o consumo de álcool e com o uso de drogas (as cited in Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira, & Fernandes, 2009). Uma elevada autoestima aponta para uma menor frequência de dependência do álcool (Formiga, Souza, Picanço & Santos, 2014).

Segundo Zhan (1999) uma função importante da autoestima é regular o comportamento através de um processo de autoavaliação (as cited in Maldonado, Pedrão, Castillo, García, & Rodríguez, 2008), desta forma, a consolidação de uma boa autoestima é essencial, uma vez que, está na base da prevenção de inúmeras problemáticas, como a delinquência, o abuso de álcool e drogas (Duclos, 2006). Um bom nível de autoestima é considerado como um fator protetor, que isola a pessoa das influências não saudáveis, tendo uma menor vulnerabilidade perante a conduta antissocial (Becoña, 1999 as cited in Maldonado, Pedrão, Castillo, García & Rodríguez, 2008). Em oposição uma autoestima baixa provocada por um evento negativo, pode aumentar nos níveis de ansiedade, fazendo com que a pessoa procure alternativas para encarar a situação como o uso do álcool (López & Moreno, 2002 as cited in Maldonado, Pedrão, Castillo, García & Rodríguez, 2008).

No consumo de bebidas alcoólicas, a baixa autoestima tem sido vista como um forte preditor do mesmo (Vasconcelos-Raposo, Gonçalves, Teixeira & Fernandes, 2009; Vaz-

Serra & Pocinho, 2001). O estudo realizado por García, Aguilar e Facundo (2008) demonstram que existe uma diferença significativa na autoestima em relação aos adolescentes que consomem álcool e os que não consomem, demonstrando que a autoestima é mais baixa naqueles que consomem álcool.

A autoestima na mulher está relacionada com a forma que esta é olhada socialmente. Se a imagem que os outros constroem dela é negativa, a mulher vai perceber-se de acordo com a imagem social que tem. A autoestima encontra-se estreitamente relacionada aos fenómenos de compensação ou de descompensação emocional da pessoa (Vaz-Serra, 1988), sendo a característica predominante na mulher alcoólica (Goodman, 2000).

A baixa autoestima nas mulheres alcoólicas pode resultar como consequência do estigma social e dos seus estereótipos, pelo facto de ser julgada socialmente de não conseguir ter um bom papel de mãe e de dona de casa, reforçando a imagem negativa que tem de si (Goodman, 2000; Schomerus et al., 2011). Segundo um estudo realizado por Gudmundsdottir (1997) a baixa autoestima nas mulheres alcoólicas está relacionada com níveis elevados de culpa e perda de controlo (as cited in Lillie, 2002). Está relacionada também a sentimentos de autoaversão, vergonha e falta de poder (Castro e Pimenta 1999 as cited in Costa, & Teixeira, 2005; Lillie, 2002).

Para Walitzer e Sher (1996), a baixa autoestima é preditora do uso de álcool na vida adulta de uma mulher, enquanto, nos homens este fenómeno não acontece. Para além de ser um fator preditor para o consumo de álcool, também é um fator protetor, no que diz respeito, à manutenção da abstinência (Lillie, 2002). A baixa autoestima também é forte preditor da sintomatologia psicopatológica (Erol et al. as cited in Garaigordobil; Durá; Pérez, 2005) e está relacionada com o desenvolvimento de diversas perturbações psicopatológicas (Costa & Teixeira, 2005).

Vários estudos indicam que ao intervir na autoestima, os dependentes alcoólicos são menos propensos à recaída permanecendo abstinentes após o tratamento. Todavia, apesar de vários estudos indicarem que as pessoas alcoólicas apresentam uma baixa autoestima em relação às pessoas que não bebem, não se pode afirmar que existe uma relação entre

estas variáveis, pois os dados obtidos em diversos estudos são pouco consistentes (Trucco, Connery, Griffin & Greenfield, 2007).

Apesar de diversos autores promoverem a ideia de que aumento da autoestima é parte integrante e necessária, em programas de prevenção e intervenção no que toca ao abuso de substâncias, outros pesquisadores sugerem que a autoestima pode explicar apenas uma pequena parte do uso de substâncias, não sendo um fator determinante (Trucco, Connery, Griffin & Greenfield, 2007).



## 5. Métodos de Tratamento

Os objetivos do tratamento ao alcoolismo passam por ajudar o sujeito a iniciar e a manter a longo prazo a abstinência favorecendo a sua qualidade de vida em todas as áreas psicossociais saúde física e promover a inserção familiar, social e profissional (Adés & Lejoyeux, 1997).

Este tratamento podem ser feito em regime de ambulatório, de internamento e intermedio. O regime em ambulatório é uma forma menos estigmatizante e restrita, o internamento é uma opção para situações graves, onde existe uma grande deterioração física e destruturação familiar, o regime intermedio é um tratamento sob internamento parcial (Nunes & Jóluskin, 2007).

A procura de tratamento ao álcool para uma mulher ainda é uma atualmente uma barreira devido a todos os estereótipos sociais. As atitudes moralistas e o estigma social são a maior barreira na procura de ajuda (Edwards, Marshall & Cook, 2005; Petit, 2002). Geralmente as mulheres não procuram ajuda devido ao seu problema com o consumo, mas sim em relação aos problemas associados ao mesmo (Edwards, Marshall & Cook, 2005; Bordin, Figlie, & Laranjeira, 2004a).

Historicamente, os modelos de tratamento foram estruturados com base nas características dos homens e não contemplavam as particularidades das mulheres (Wolle et al., 2011). As características das mulheres em relação ao alcoolismo são bastante distintas dos homens, desta forma o tratamento devem estar adequado a essas características para garantir a sua eficácia (Bordin, Figlie, & Laranjeira, 2004a).

Os obstáculos a um diagnóstico que permitem um tratamento eficaz são de duas ordens na mulher, individual e institucional, por exemplo, a vergonha e a baixa autoestima podem levar com que as mulheres acreditem que não vale apenas procurar um tratamento para este problema e o facto de a mulher manter o problema escondido o mais tempo possível do seu médico de família contribui para o adiamento de uma intervenção, pois este não consegue encaminhar (Edwards, Marshall & Cook, 2005; Petit, 2002).

As técnicas da terapia para o abuso de álcool requerem, em primeiro lugar o fortalecimento da aliança terapêutica através de um entendimento empático do problema da pessoa e aceitação incondicional (Rangé & Marlatt, 2008). O relacionamento entre terapeuta e utente é fundamental, tanto ao nível do que se pode alcançar numa sessão terapêutica, como ao nível de mudanças posteriores (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

A empatia em Psicologia é essencial na prática profissional e é defendida como uma capacidade social multidimensional que torna pessoa capaz de compreender sentimentos, necessidades e perspetivas de alguém, expressando esse entendimento de modo que o outro se sinta compreendido e validado. Esta permitirá uma maior capacidade de resolução de problemas, de adesão ao tratamento e um aumento da autoestima do utente, desta forma pode-se dizer que a promoção de empatia é fundamental no tratamento ao alcoolismo (Edwards, Marshall & Cook, 2005; Rodrigues, Peron, Cornélio & Franco, 2014). Os terapeutas que possuem mais e melhores estratégias e competências interpessoais e relacionais, que são menos confrontativos e mais empáticos conseguem melhores resultados no tratamento de dependência alcoólica (Moreira, Gonçalves & Beutler 2005).

O tratamento para o abuso de substâncias através de fármacos encontram-se bem estabelecidos, contudo, a generalidade dos especialistas na área concorda que para existir sucesso no tratamento os fármacos devem estar articuladas com as terapias psicossociais (Moreira, Gonçalves & Beutler 2005). Os modelos de tratamento necessitam de tipos de intervenções, que incluam diversas estratégias de abordagem do problema, considerando elementos biológicos, psicológicos e sociais (Kaplan et al., 2007 as cited in Sousa, Ribeiro, Melo, Macie & Oliveira, 2013). Tais estratégias devem ter em consideração a baixa adesão e a falta de motivação para o tratamento (Sousa, Ribeiro, Melo, Maciel & Oliveira, 2013).

## **i. Motivação**

É essencial promover a motivação para o tratamento, na medida em que a pessoa não estiver motivada para mudar a intervenção será difícil e ineficaz (Nunes & Jólluskin, 2007).

Atualmente o tratamento ao alcoolismo não se prende com a criação de técnicas terapêuticas, mas sim com o desenvolvimento de estratégias de motivação para a mudança. É importante levar as pessoas a um processo de tomada de consciência a respeito do seu consumo problemático e das respetivas consequências, bem como, implicá-las de forma ativa e empenhada no tratamento (Nunes & Jólluskin, 2007)

A motivação deve ser entendida como um estado de prontidão e vontade de mudar, sujeita a oscilações ao longo do tempo em função das diferentes situações que vão surgindo ao longo do processo (Sousa, Ribeiro, Melo, Maciel & Oliveira, 2013). Uma das teorias que mais tem contribuído para a compreensão da motivação para o tratamento é a do Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente, pois, é através dos estádios de mudança definidos que é possível situar a pessoa em termos de motivação para a mudança (Nunes & Jólluskin, 2007; Sousa, Ribeiro, Melo, Maciel & Oliveira, 2013).

Este modelo foca-se em cinco fases são elas a pré-contemplanção, a contemplanção, preparação, ação e manutenção. Na fase de pré-contemplanção não se observa nenhuma intenção de mudar comportamentos, geralmente, a existência do problema é negado. Verifica-se a presença de uma forma de pensamento aditivo que subsidia a manutenção dos consumos. A contemplanção é o segundo estádio, a pessoa admite ter um problema e considera a possibilidade de mudança, mostrando preocupação e uma clara avaliação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. Porém, a ambivalência é a principal característica deste estádio, pois, existe vontade de mudar, contudo, surgem momentos de ansiedade e de dúvida que enfraquecem a força motivacional. As pessoas oscilam entre a preocupação e as justificativas para a simultânea negação do seu comportamento com problemático. O estádio da preparação é marcado pela oportunidade de reflexão sobre uma possibilidade futura de abandono do álcool. Há uma conscientização do problema e a pessoa constrói um plano cuidadoso de ações, iniciando pequenas mudanças.

No estágio de ação, a pessoa inicia explicitamente a modificação de seus comportamentos/problemas. Neste estágio a pessoa está ativamente envolvida no novo comportamento, ou seja, a pessoa procura realmente a mudança no sentido de eliminar ou reduzir os consumos. O último estágio é a manutenção e é o grande desafio no processo de mudança, consiste na fase em que se consolidam a persecução da abstinência por via do desenvolvimento de ações conducentes ao abandono definitivo do álcool (Ferreira & Moutinho, 2013; Nunes & Jóluskin, 2007; Sousa, Ribeiro, Melo, Maciel & Oliveira, 2013; Szupszynski & Oliveira, 2008; Ribeiro, 2005).

É de salientar que estes estágios não obedecem a uma sequência rígida, a pessoa pode transitar para qualquer estágio e em dois sentidos o da evolução e o da regressão (Bandinelli, Gonçalves & Fonseca, 2015; Nunes & Jóluskin, 2007).

O êxito de um tratamento depende da adesão ao tratamento e da sua motivação para tal (Adés & Lejoyeux, 1997), por esta razão, a entrevista motivacional seria uma boa técnica no começo do tratamento, visto que está centrada na pessoa e visa estimular a mudança de comportamentos explorando e resolvendo a ambivalência do cliente sobre a mudança de comportamentos de risco (Bennett, 2002; Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004b; Sobell & Sobell, 2013). Também é eficaz na ajuda em resolver a ambivalência identificando as discrepâncias nos comportamentos atuais e objetivos desejados minimizando a resistência.

A sua teoria está assente na teoria centrada no cliente de Carl Rogers, uma vez que é caracterizada como uma forma centrada de interagir com pessoas, diretiva, não confrontativa e não julgadora que estimula a mudança (Sobell & Sobell, 2013). É considerada uma intervenção breve, inicialmente desenvolvida por Miller e Rollnick, que define uma abordagem focada na mudança de comportamentos, peculiarmente naqueles em que há um base marcada pela ambivalência, ou seja, existe um conflito interno entre duas realidades psicológicas vigentes (Rodrigues et al., 2011).

Nela estão presentes diversas técnicas e princípios selecionados de diferentes modelos de tratamentos e princípios de mudança de comportamento, como por exemplo, a terapia centrada no cliente de Carl Rogers, a teoria de aprendizagem social e a terapia cognitiva

(Edwards, Marshall & Cook, 2005; Sobell & Sobell, 2013). Estas estratégias podem ser utilizadas em grupo ou individualmente. Pedir permissão, expressar empatia, eliciar uma conversa sobre a mudança, explorar a importância e a confiança de mudar, formular perguntas abertas, empregar a escuta ativa e reflexiva, normalizar, utilizar a matriz de decisões, fazer afirmações que promovam e apoiem a autoeficácia, o feedback, e o paradoxo terapêutico são exemplos de técnicas da entrevista motivacional (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004b; Sobell & Sobell, 2013).

O uso destas técnicas cria uma interação que capacita o cliente a compreender o seu problema e a sua motivação, e possibilita o insight em relação à mudança (Sobell & Sobell, 2013).

## **ii. Prevenção da Recaída**

Considera-se a recaída como uma parte integrante do tratamento e do processo de mudança e pode ser essencial para que a pessoa possa aprender com experiência e recomesse de forma mais consciente e não significa que a pessoa tenha fracassado ou que não se irá recuperar. É uma tentativa de parar ou diminuir os consumos de substâncias psicoativas, ou apenas o fracasso ao tentar atingir objetivos estabelecidos por uma pessoa após ter iniciado um tratamento, é um regresso ao uso do álcool, geralmente vem seguida de um lapso, (consumo ocasional de álcool que pode ou não levar à recaída) associado sentimentos de culpa (Álvarez, 2007).

Marlatt classifica os fatores de recaída como determinantes imediatos e antecedentes ocultos. Entre os determinantes imediatos estão as situações de alto risco, como estados emocionais negativos, situações de conflito interpessoal, situações de pressão social e estados afetivos positivos. Entre os antecedentes ocultos, estão o estilo de vida do paciente, os tipos de afrontamento ao stress, o sistema de crenças etc., que mediam a resposta aos fatores imediatos (Álvarez, 2007;Trigo, 2006).

Segundo Knapp et al. (1994) e Llama et al. (2003) citado por Álvarez (2007) existem diversas fatores de risco que podem provocar as recaídas, são elas: as emoções negativas, conflitos interpessoais, manuseamento de situações difíceis e dos problemas físicos e

psicológicos, como por exemplo insônia, solidão e sintomas de abstinência (as cited in Edwards, Marshall & Cook, 2005). A frustração, ansiedade e raiva foram as principais emoções negativas apontadas como fator de risco à recaída. Situações relacionadas a convites para festas e festas também são considerados como fatores de risco à recaída pois existe uma facilidade de acesso às substâncias psicoativas (Álvarez, 2007; Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011).

Os amigos do consumo são considerados uma má influência, pois, na maioria das vezes, estes não conhecem a problemática da doença e facilitam e estimulam, a pessoa em tratamento, ao retorno do uso do álcool (Hendershot, Witkiewitz, George & Marlatt, 2011; Silva, Guimarães & Salles, 2014).

A prevenção da recaída é aconselhável nos alcoólicos e faz parte das técnicas de intervenção breve para o tratamento dos mesmos. Marlatt foi um dos psicólogos responsáveis pelo desenvolvimento dos primeiros modelos de prevenção da recaída. Este modelo tem como objetivo a manutenção de abstinência em alcoólicos, porém, foi extensível a outras adições e outras problemáticas de foro mental, como por exemplo, a depressão e a perturbação bipolar (Trigo, 2006).

A prevenção de recaída procura essencialmente mudar o ato autodestrutivo e manter o processo de mudança de hábito (Marlatt & Donovan, 2009). O modelo proposto baseia-se na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura e de acordo com esta, o comportamento de uso ou abuso de substâncias é aprendido, e sua frequência, duração e intensidade aumentam em função dos benefícios psicológicos alcançados. Um conceito fundamental na Teoria da Aprendizagem Social do uso e dependência de álcool é o conceito de autoeficácia, de Bandura. Este é um sentimento de ser capaz de resolver com sucesso uma situação, e é essa avaliação de oportunidades de ser bem-sucedido que determinará a seleção do comportamento. Pesquisas indicam que uma baixa autoeficácia está associada a recaídas e, inversamente, a autoeficácia está positivamente correlacionada à abstinência (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004c). O modelo de Marlatt sugere que, uma vez iniciado o processo de mudança comportamental, acontecerá um aumento progressivo da autoeficácia e da capacidade para lidar com o problema em questão (Trigo, 2006).

O principal objetivo dos programas de prevenção de recaída é evitar que um lapso se torne numa recaída, para isso o utente têm que ter um papel ativo na identificação das situações de risco que podem causar a recaída. São ensinadas estratégias cognitivas que ajudem a pessoa a lidar com situações potenciadoras de recaída incluindo o saber evitar a situação de risco (Edwards, Marshall & Cook, 2005).

### **iii. Psicoterapia**

A eficácia das intervenções psicoterapêuticas têm sido validadas aquando da conjugação com a farmacológica relativamente à motivação para o tratamento, adesão, aquisição de estratégias *coping* e com a gestão de dificuldades recorrentes do uso do álcool (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). O papel da psicoterapia no tratamento do alcoolismo é fulcral sejam elas inspiradas na psicanálise, tratamentos cognitivos-comportamentais, terapias corporais, terapia de grupo ou familiar, que utilizadas em conjunto em programas de intervenção revelam-se uteis na maturação psicológica e reinserção sociofamiliar dos alcoólicos (Adés & Lejoyeux, 1997).

O modelo cognitivo-comportamental parece ser a abordagem de tratamento que melhores resultados concebe. Entre elas salienta-se o treino de aquisição de competências sociais, o reforço da comunidade e a terapia conjugal comportamental (Moreira, Gonçalves & Beutler 2005). Este modelo entende que a dependência química resulta de uma interação complexa entre cognições, comportamentos, emoções, relacionamentos familiares e sociais, processos biológicos e fisiológicos (Cafruni, Brolese & Lopes, 2014).

A terapia cognitiva-comportamental baseia-se no princípio do que o problema com o álcool deve ser tratado, ou seja, o padrão mal adaptativo deve ser substituído por um padrão adequado, mais concretamente a abstinência, desta forma, é necessário um treino de condutas sociais, entre eles pode-se enumerar, e o treino de resolução de problemas, o treino de competências sociais e o treino de relaxamento (Edwards, Marshall & Cook, 2005; Nunes & Jóluskin, 2007).

A resolução de problemas é uma boa abordagem para o tratamento de dependência alcoólica nas mulheres, uma vez que estas não se sentem confortáveis com a confrontação

(Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004a) e geralmente têm dificuldades em resolver problemas respondendo aos mesmos através da negação ou bebendo mais (Edwards, Marshall & Cook, 2005). O treino de resolução de problemas tem como objetivo ajudar a pessoa a desenvolver estratégias adaptativas para lidar com situações de risco (Edwards, Marshall & Cook, 2005). Uma vez que, muitas pessoas consumidoras de álcool têm deficiências nesta competência beneficiaram de instruções de como especificar um problema, como projetar soluções, como escolher a solução mais eficaz da lista que projetaram, como implementá-la e avaliar a sua eficácia (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004d).

Este treino segue cinco etapas na resolução de problemas, a primeira corresponde à orientação para o reconhecimento de um problema e das reações a esse problema, a segunda representa a definição e formulação do problema, com operacionalização clara e objetiva em termos do problema e procura de alternativas como possíveis soluções, a terceira fase é a chamada tomada de decisão em que se compara as alternativas pensadas e escolhe-se a melhor solução. Na quarta fase implementa-se a solução escolhida na etapa anterior e por fim analisa-se os resultados através da aplicação da solução escolhida (Nunes & Jóluskin, 2007).

Também o treino de competências sociais é apontado como fundamental no tratamento da dependência de álcool e é originário dos princípios da Teoria de Aprendizagem Social (Monti, Kadden, Roshsenow, Cooney & Abrams, 2005; Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005). Estão presentes técnicas que visam o desenvolvimento de competências sociais e de estratégias de confronto, tendo em conta todos os fatores de risco que a pessoa terá de enfrentar (Nunes & Jóluskin, 2007). Assenta essencialmente sobre dois fatores, competências interpessoais e intrapessoais. Deve estar inserido num programa de intervenção devido ao facto dos alcoólicos não terem competências para gerir situações como a ansiedade, depressão e baixa autoestima e utilizarem o álcool como estratégia de gestão dos seus problemas. Desta forma, treinos de relaxamento, reestruturação cognitiva, podem ser estratégias úteis no que visam a lidar com o comportamento alcoólico (Edwards, Marshall & Cook, 2005).



A reestruturação cognitiva tem como objetivo ajudar o alcoólico a substituir os pensamentos que geralmente o levam a consumir por pensamentos positivos. É a técnica que deve constar num plano de intervenção com resultados satisfatórios combinado com um programa de competências sociais (Edwards, Marshall & Cook, 2005). O questionamento sócrático é fundamental na reestruturação cognitiva, e tem como objetivo estimular o autoconhecimento e o pensamento, de forma a corrigir pensamentos automáticos e erros cognitivos, originando pensamentos alternativos em relação aos fatores de risco que displetam o pensamento automático. É fundamental o registo dos estímulos precipitadores, dos pensamentos disfuncionais e emoções, de forma a identificar as crenças centrais e as distorções cognitivas comuns. Outra estratégia utilizada para a indentificação de pensamentos automáticos é o *Role-Play* (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004d).

A tomada de decisão, também é importante num plano de intervenção, pois, a avaliação das consequências positivas ou negativas é uma importante técnica que auxilia a tomada de decisão. Em relação ao consumo de álcool esta técnica possibilita uma visão e avaliação dos efeitos negativos, comparando-os com os positivos (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004a).

As psicoterapias breves, têm se tornado uma parte cada vez mais importante no tratamento de problemas relacionados ao uso de substâncias e têm como objetivos: obter mudanças profundas e persistentes de padrões de reação emocional ou comportamental e a manutenção de abstinência ou a habilidade de desenvolver estratégias para lidar com o stress e situações de risco intrínsecas e extrínsecas. O objetivo da intervenção breve é reduzir o risco de danos proveniente do uso continuado de substâncias psicoativas, ou seja, reduzir as ocasiões e condições que favoreçam o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de substâncias (Marques & Furtado, 2004).

A redução de danos é uma técnica das psicoterapias breves e considera que, mesmo perante um consumo dependente, as pessoas podem diminuir consequências mais prejudiciais, minimizando os efeitos prejudiciais à sua saúde (Santos, Soares & Campos, 2012). Um programa de intervenção de redução de danos tem como objetivo não a abstinência ou a diminuição do uso de bebidas alcoólicas, mas a redução dos

comportamentos de risco e dos danos produzidos pelo álcool (Déa, Santos, Itakura, & Olic, 2004). Quando a abstinência é a meta do tratamento do alcoolismo, a redução de danos pode ser aplicada para reduzir a frequência ou intensidade de recaídas (Fontes & Figlie, 2004).

Todas estas técnicas de intervenção podem ser aplicadas em grupo e há quem defenda que a psicoterapia em grupo deva ser o tratamento de eleição na dependência química (Melo & Figlie, 2004), pois proporciona oportunidades para observar as interações das pessoas fornecendo feedback dessas mesmas interações (Guerra & Lima, 2005). Permite também explorar as crenças e os comportamentos interpessoais dos participantes do grupo, bem como, atenuar as atitudes de negação e controlo de reações impulsivas (Adés & Lejoyeux, 1997; Guerra & Lima, 2005; Figlie, Melo & Payà, 2004).

São apontadas como vantagens á psicoterapia em grupo, o facto de existir uma pressão positiva e apoio social que proporciona uma sensação de pertença ao grupo e uma sensação de estar a receber e simultaneamente a dar ajuda aos membros do grupo (Nunes & Jólluskin, 2007). Esta abordagem promove as capacidades de relação e de interação e constitui um contexto seguro no qual se podem treinar novos comportamentos e desenvolver o insight dos participantes (Adés & Lejoyeux, 1997; Guerra & Lima, 2005; Figlie, Melo & Payà, 2004). Um alcoólico em contexto grupal pode encontrar a possibilidade de perceber mais acerca de si mesmo e do outro, contribuindo para a reestruturação dos seus pensamentos (Melo & Figlie, 2004).

Para que a terapia de grupo seja eficaz é necessário que o psicólogo conheça e domine a dinâmica do problema abordado e as técnicas psicoterapêuticas, pois, o seu comportamento influencia a dinâmica grupal (Melo & Figlie, 2004). O terapeuta tem um papel fundamental no sentido de ajudar o dependente alcoólico a perceber situações de recaída e de risco, ajudando-o a evitar tais situações ou a enfrentá-las através da autoeficácia. (Figlie, Melo & Payà, 2004).

As sessões devem ser de periodicidade semanal e o tratamento deve durar entre três e seis meses, nelas deve-se procurar gerar um clima que facilite a tomada de consciência das pessoas quanto ao seu problema com o álcool, preparando-as para os problemas e

dificuldades do dia-a-dia, bem como para a possibilidade de uma eventual recaída (Nunes & Jólluskin, 2007).

#### **iv. Grupos de Autoajuda**

Entre as abordagens de grupo, pode-se falar de grupos de autoajuda, que têm como objetivo estabelecer uma relação de ajuda mútua entre os seus membros, os quais aderem voluntariamente a um grupo com quem partilha um mesmo problema (Nunes & Jólluskin, 2007).

Um grupo de autoajuda eficaz na manutenção da abstinência do álcool são os Alcoólicos Anónimos (AA). Segundo Wilson (1994) surgiram nos Estados Unidos em 1935 e foi fundado por dois alcoólicos (as cited in Edwards, Marshall & Cook, 2005) Bill Wilson, um corretor da Bolsa de New York e Dr. Bob S, médico-cirurgião, que perceberam o poder do falar sobre o alcoolismo e conseqüentemente, da compreensão por seus iguais. Esta comunidade é constituída por ambos os sexos, que partilham as suas experiências de forma a ajudar a resolver o problema que têm em comum, o alcoolismo. Apenas apontam um requisito para ser membro dos AA, ter vontade de parar de beber, tendo como objetivo a sobriedade e ajudar outros alcoólicos a alcançar a mesma (Edwards, Marshall & Cook, 2005; AA, 2011).

Os AA foram introduzidos em Portugal através de um inglês residente em Lisboa que entrará em contacto com os AA durante uma desintoxicação no seu país de origem. De regresso a Portugal, transmitiu a mensagem de recuperação a um velho amigo alcoólico Guilherme S., a quem contou como conheceu os AA e como deixara de beber. Guilherme deixou igualmente de beber, começando os dois a reunir-se regularmente, ora em casa de um, ora em casa do outro. Desde logo começaram a ajudar outros alcoólicos, o que levou à divulgação, ainda que em pequena escala (AA,2011).

O tratamento que os AA propõem é baseada em reuniões periódicas, que tem como objetivo ajudar o indivíduo a evitar o primeiro gole mantendo assim a sobriedade. Nessas reuniões muitas experiências são trocadas, um tipo de ajuda mútua para superar a doença alcoólica (Campos, 2005) e é feita a referência aos 12 passos, sendo fulcral nestas

reuniões o reconhecimento que tem uma doença por parte do membro (Melo & Figlie, 2004). Este tratamento assenta no modelo de Minnesota com uma essência predominantemente espiritual, e baseada na ajuda mútua e em 12 passos. O tratamento é realizado em regime fechado e varia entre os 28 dias a vários meses e procura a instilação de esperança através da confiança em um poder divino superior (Damas, 2013). Este modelo tem sofrido varias críticas relativamente a inumerosas menções a um poder superior e ineficácia (Edwards, Marshall & Cook, 2005), contudo, existem estudos que revelam que o tratamento dos doze passos pode ser uma eficaz intervenção cognitivo-comportamental (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

## **Capítulo II: Estudo Empírico**

---

## **1. Problemática**

### **i. Pertinência do Estudo**

Uma autoestima adequada caracteriza-se por um bom desenvolvimento psicológico, bem como, pela falta de problemas de saúde mental, porém, uma autoestima baixa, encontra-se associada a problemas de saúde mental, tais como depressões, ansiedade, insatisfação com a vida e comportamentos aditivos originado, por exemplo, a dependência de álcool (Aguirre, Castillo, & Zanetti 2010; Formiga, Souza, Picanço & Santos, 2014; Silverstone & Salsali, 2003). Perante uma situação de alta gravidade como o alcoolismo várias áreas científicas têm procurado avaliar qual a influência da autoestima nesta problemática (Formiga, Souza, Picanço & Santos, 2014).

Sabe-se que a autoestima nas mulheres alcoólicas é considerada um fator preditor e de risco para o uso de álcool, mas também funciona como um fator protetor em relação à manutenção da abstinência (Aguirre, Castillo & Zanetti, 2010; Alvares, 2013; García, Aguilar & Facundo 2008; Lillie, 2002). Por esta razão, a intervenção terapêutica que possibilite o resgate ou o aumento da autoestima na mulher alcoólica é fundamental no seu tratamento (Nóbrega & Oliveira, 2005).

Já que a autoestima se trata de um fator protetor, este estudo torna-se pertinente na medida em que se intervir na mesma de forma a resgatá-la e aumentá-la, a pessoa é capaz de diminuir os riscos atitudinais quanto ao uso excessivo de álcool, mantendo a abstinência após o término do tratamento. Torna-se pertinente também, na medida em que intervir na autoestima permitirá identificar e prevenir problemas não só em relação ao abuso de álcool, mas também de foro psicológico, uma vez que, esta é responsável pelo desenvolvimento emocional e comportamental da pessoa que influencia o ajustamento psicossocial. Assim sendo ao intervir na autoestima também possibilitará a diminuição da sintomatologia psicopatológica que é comorbilidade ou não do alcoolismo (Aguirre, Castillo & Zanetti, 2010; Oubrayrie-Roussel & Safont-Mottay, 2001; Sbicigo, Bandeira & Dell’Aglio, 2010; Silverstone & Salsali, 2003).

**ii. Objetivos do Estudo**

O objetivo geral deste estudo é o de avaliar a eficácia de um programa de intervenção na autoestima em mulheres alcoólicas internadas numa comunidade de inserção social.

Adicionalmente procurou-se estudar a associação entre a perturbação emocional e a autoestima.

## **2. Metodologia**

### **i. Método**

O método escolhido para este estudo foi, o método exploratório de investigação-ação. Considera-se um processo no qual o investigador e os participantes pesquisam uma situação e colocam questões com objetivo de resolver um problema vivido pelos participantes (Monteiro, 1988 as cited in Guerra, 2010) possibilitando conhecimento acerca de uma realidade, a inovação de cada caso, a produção de mudanças sociais e, ainda, a criação de competências nos intervenientes (Guerra, 2010). É um estudo exploratório, porque, pretende explorar um fenómeno e as características de uma população identificando e conceptualizando uma situação (Fortin, 2009).

Esta metodologia foi escolhida, porque, permite desenvolver um plano de intervenção acerca de uma necessidade com a finalidade de atuar sobre a mesma (Silva & Pinto, 2007), neste caso concreto a autoestima. Paralelamente e segundo Coutinho (2011), é o método mais eficaz para avaliar a eficácia de um programa de intervenção.

### **ii. Participantes**

Este estudo decorre no contexto de estágio que se realizou numa comunidade de inserção social. Desta forma, as participantes do mesmo são 11 mulheres alcoólicas em regime de internamento com idades compreendidas entre os 32 e os 55 anos. A média de idades encontra-se próxima dos 45 anos ( $M = 44,8$ ;  $DP = 6,3$ ) relativamente aos anos de escolaridade a sua média é de 6,6 com um desvio padrão de 3,2 como se pode observar na Tabela 1.



Tabela 1

*Caraterização das Participantes em Relação às Variáveis Independentes: Idade, Escolaridade, Tempo de Internamento e Tempo de Consumo*

Variáveis	N	Média	DP	Mínimo	Máximo
Idade	11	44,82	6,306	32	55
Escolaridade (anos)	11	6,64	3,202	2	12
Tempo de Internamento (meses)	11	7,73	2,453	5	12
Tempo de Consumo (anos)	11	25,18	11,652	10	50
Início do Consumo (anos)	11	20	9,879	5	36

A maioria das participantes são solteiras (54,5%), em situação de desemprego (72,7%), sendo que apenas três mulheres se encontravam a trabalhar antes do internamento (Tabela 2). Encontram-se em regime de internamento aproximadamente há 8 meses ( $M = 7,73$ ;  $DP = 2,45$ ) (Tabela 1). Relativamente aos anos de consumo varia entre os 10 e os 50 anos de consumo, com uma média de 25,18 anos (Tabela 1). Quanto aos anos em que as participantes iniciaram o consumo de álcool varia entre os 5 e 36 anos de idade tendo como média os 20 anos de idade.

Tabela 2

*Caraterização das Participantes em Relação às Variáveis Independentes: Estado Civil e Situação Profissional Antes do Internamento*

Variáveis	<i>n</i>	%	
Estado Civil	Solteira	6	54,5
	Casada	3	27,3
	Divorciada	1	9,1
	União de Facto	1	9,1
	Total (N)	11	
Situação profissional antes do internamento	Empregada	3	27,3
	Desempregada	8	72,7
	Total (N)	11	

### **iii. Instrumentos**

#### Caraterização Geral

Para este estudo foi construído um Questionário de Caraterização Geral com questões referentes à caraterização sociodemográfica, como a idade, o estado civil, a escolaridade e a situação profissional, e ao consumo onde é perguntado o tempo de consumo em anos, a idade que tinham quando iniciaram o primeiro contacto com o álcool e o tempo de internamento em meses. Estas questões permitiram efetuar a caraterização das participantes.

#### Escala de Autoestima de Rosenberg - EAR

Para avaliar a eficácia do programa de intervenção recorreu-se à versão portuguesa da Escala Autoestima de Rosenberg - EAR (Rosenberg, 1965), cuja adaptação, foi efetuada por José Pedro Ferreira em 2001.

A EAR foi desenvolvida por Rosenberg em 1965, com o objetivo de atingir uma medida unidimensional de autoestima global. É constituída por dez itens, cinco são de cariz positivo e cinco são de cariz negativo, sendo apresentados na escala de forma alternada com o objetivo de reduzir o risco da resposta direcionada. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de quatro pontos variando entre concordo totalmente e discordo totalmente. Cada opção de resposta é atribuído um valor de 0 a 3, variando consoante a afirmação em causa. Os itens relativos à autoconfiança (1, 2, 4, 6 e 7) são cotados diretamente (0-3) e os itens s relacionados com a Autodepreciação (3, 5, 8, 9 e 10), apresenta uma pontuação invertida (3-0) (Dini, Quaresma & Ferreira, 2004). O score total poda variar entre 0 e 30, sendo que, quanto maior for o score obtido, maior a autoestima e vice-versa.

Interessa salientar que os valores encontrados nesta escala que indiciam uma elevada autoestima, não traduzem o sentimento da pessoa se sentir necessariamente superior aos seus pares, mas sim, que a pessoa reconhece as suas limitações pessoais, no sentido de poder melhorá-las, e, eventualmente, até mesmo modificá-las (Brandão & Silva, 2012).

A EAR apresenta boa consistência interna no estudo de validação original, realizado com 5024 jovens de Nova Iorque ( $\alpha = 0,92$ ), e em pesquisas brasileiras, nas quais o coeficiente alfa de Cronbach variou entre 0,68 (Avanci, Assis, Santos & Oliveira, 2007) e 0,86 (Santos & Maia, 2003). O valor de consistência interna do estudo de adaptação do instrumento de medida à população portuguesa obteve um  $\alpha$  Cronbach de 0,84, traduzindo um índice de fidelidade adequado.

### Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI (Canavarro, 1999) foi também utilizado para a recolha de dados com o objetivo de conhecer a sintomatologia psicopatológica.

Este instrumento constitui a adaptação portuguesa de Canavarro em 1999 da Brief Symptom Inventory (BSI). Consiste num instrumento de autorrelato composto por 53 itens, podendo ser aplicado individualmente ou em conjunto, onde é solicitado ao sujeito que classifique o grau em que cada problema listado o incomodou durante a última semana numa escala de tipo Likert que oscila entre 0-Nunca e 4-Muitíssimas vezes (Canavarro, 2007).

Avalia nove dimensões, a somatização representada pelos itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37, as obsessões-compulsões, que inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36, a sensibilidade interpessoal com os itens 20, 21, 22 e 42, a depressão medida pelos itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50, a hostilidade composta pelos itens 6, 13, 40, 41 e 46, a ansiedade que é medida através dos itens, 1, 12, 19, 38, 45 e 49, a ansiedade fóbica que inclui os itens 8, 28, 31, 43, 47, a ideação paranoide composto pelos itens 4, 10, 24, 48 e 51 e por último o psicoticismo é avaliado pelos itens 3, 14, 34, 44 e 53. Os itens 11, 25, 39 e 52 contribuem as dimensões suprarreferidas, mas não pertencem a nenhuma, porém foram mantidos no inventário devido à sua relevância clínica (Canavarro, 2007).

Quanto à sua consistência interna pode-se considerar boa, uma vez que, os valores da mesma variam nas nove escalas entre 0,7 e 0,8, exceto a escala de ansiedade fóbica e de

psicoticismo. Conclui-se que o BSI possui uma boa estabilidade temporal uma vez que os valores da correlação de Pearson varia entre 0,63 e 0,81 (Canavarro, 2007).

Para além destas nove dimensões o BSI, também, avalia os sintomas psicopatológicos em três índices globais, são eles: o índice geral de sintomas (IGS), que representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar que a pessoa experimenta com o número de sintomas assinalados, o índice de sintomas positivos (ISP), que fornece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados e o total de sintomas positivos (TSP) que representa o número de queixas sintomáticas. Um total de sintomas positivos baixo indica que os sintomas não são intensos nem perturbadores, ao contrário de um total de sintomas alto que representa uma variedade complexa de sintomatologia (Canavarro, 2007).

#### **iv. Procedimento**

O programa de intervenção na autoestima foi implementado entre Novembro de 2014 e Abril de 2015, num total de 24 sessões e para a sua implementação foi obtida autorização por parte da coordenação do estabelecimento.

Foi mencionado pela psicóloga da instituição a necessidade de trabalhar a autoestima das mulheres que se encontravam em regime de internamento. Posta esta necessidade foi feita uma pesquisa bibliográfica que permitisse entender o porquê de trabalhar a autoestima nestas participantes. Foram formulados os objetivos e construído o plano de intervenção (Anexo 1).

A Tabela 3 demonstra uma síntese das atividades realizadas neste programa. Como pode ser observável foram utilizadas várias técnicas de intervenção psicológicas indispensáveis no tratamento do alcoolismo e que promovem também a autoestima.

Tabela 3

*Síntese do Plano Intervenção na Autoestima*

<b>Sessão</b>	<b>Designação</b>	<b>Atividades</b>
1	O que é a Autoestima?	Administração do BSI e da EAR Dinâmica de grupo “Anjos da Guarda” Psicoeducação Brainstorming Análise e reflexão da sessão
2	Motivar para a Mudança	Matriz de decisões Identificar os problemas Análise e reflexão da sessão
3	Ateliê de Imagem	Ida ao dentista Cabeleireiro e maquiagem Sessão fotográfica Análise e reflexão da sessão
4	RVCC	Psicoeducação Motivação Orientação Vocacional Análise e reflexão da sessão
<b>Reestruturação cognitiva</b>		
1	Reestruturação cognitiva	Dinâmica de grupo “Espelhos” Pensamentos automáticos Análise e reflexão da sessão
2 e 3	Identificação das distorções cognitivas	Psicoeducação Erros cognitivos Análise e reflexão da sessão
4 e 5	Questionamento Socrático	Questionamento sobre os pensamentos automáticos Grau de convicção Encontro de alternativas aos pensamentos automáticos Teste das alternativas Vantagens e desvantagens dos pensamentos alternativos Análise e reflexão da sessão
<b>Treino de competências sociais</b>		
1	Autoaceitação	Qualidades e defeitos Análise e reflexão da sessão
2	Comunicação	Psicoeducação Análise e reflexão da sessão
3	Comunicação verbal e não-verbal	Dinâmicas de grupos “Expressar os meus sentimentos” “Como estou a comunicar” Análise e reflexão da sessão
4	Assertividade	<i>Role-playing</i> Análise e reflexão da sessão
5	Dar e receber elogios	Dinâmica de grupo “A caixa dos elogios” Análise e reflexão da sessão

6	Dizer não	Técnica de autoafirmação-DEEC <i>Role-playing</i> Análise e reflexão da sessão
7	Injustiça Social	<i>Role-playing</i> Análise e reflexão da sessão
8	Autocontrolo	Modelo de Kanfer Autorreforço Análise e reflexão da sessão
9	Confrontação	Cartões de confronto Análise e reflexão da sessão
10	Como promover a autoestima	Dinâmica de grupo “Pontos positivos” “Dar e receber feedback” “Bazar das emoções” Análise e reflexão da sessão
<b>Relaxamento</b>		
1	Relaxamento	Relaxamento Análise e reflexão da sessão
<b>Tomada de decisão e resolução de problemas</b>		
1	Tomada de decisão e Resolução de problemas	Brainstorming Psicoeducação Resolução de problemas e tomada de decisão Análise e reflexão da sessão
<b>Redução de danos</b>		
1	Redução de danos	Identificação de situações de alto risco Dinâmica de grupo “ Gosto de mim ou não, quando uso ou quando não uso” Análise e reflexão da sessão
<b>Prevenção da recaída</b>		
1	Prevenção da recaída	Estratégias Racionais Predição das circunstâncias da recaída Análise e reflexão da sessão
<b>Término do plano</b>		
1	Encerramento e despedida	Administração do BSI e da EAR Avaliar o plano

Seguidamente foi proposto o plano de intervenção à psicóloga da instituição, onde a mesma foi informada que a participação das mulheres internadas era de carácter voluntário e a avaliação seria anónima e confidencial.

Antes de ser iniciada qualquer atividade na instituição foram pedidas as autorizações aos autores dos instrumentos de recolha de dados utilizados (Anexo 2).

Obtidas as autorizações para a utilização dos mesmos, o projeto foi submetido à comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa. Após a aprovação da comissão de ética prosseguiu-se a recolha de dados no local (Anexo 3).

A primeira tarefa realizada com o grupo de participante foi o preenchimento da EAR e do BSI, depois de assinados os consentimentos informados. Seguidamente iniciou-se o plano de intervenção. Este decorreu ao longo de 24 semanas e cada sessão tinha uma duração de 90 minutos. Estas sessões foram feitas em grupo porque, este promove o desenvolvimento interpessoal e o apoio mútuo entre os participantes. O estabelecimento do relacionamento eleva a autoestima dos participantes, bem como a motivação para o tratamento (Edwards & Dare, 1997).

Foram incluídas no programa de intervenção todas as utentes da comunidade de inserção social. O grupo ficou constituído por 11 mulheres alcoólicas internadas na instituição com uma idade heterógena, bem como, os anos que iniciaram o consumo, proporcionando uma relação dinâmica e uma interação grupal mais ampla (Falkowski, 1997). A opção de 11 mulheres para o grupo terapêutico deve-se ao facto de existir uma dificuldade em realizar grupos menores devido á subcarga de horário das utentes. Contudo, a literatura defende que até 12 membros o grupo é considerado ideal, pois, proporciona a oportunidade de todas as utentes participarem e de se envolverem suficientemente no grupo permitindo também, uma identidade e coesão grupal (Falkowski, 1997).

Terminadas as sessões do plano de intervenção foram novamente administrados os instrumentos suprarreferidos.

Após a recolha de dados foi feito o tratamento e a análise dos mesmos, que foram inseridos informaticamente num programa de apoio à estatística - IBM SPSS Statistics 22 tendo sido adotada a estatística não paramétrica, dado o baixo número de participantes.

### **3. Análise dos Dados e Interpretação de Resultados**

O presente estudo permitiu identificar características peculiares de mulheres alcoólicas internadas numa comunidade de inserção social. Entre as principais características, verificou-se uma baixa escolaridade, desemprego, estado civil maioritariamente solteiro e um início de consumos considerado tardio como comuns nesta amostra.

Vários estudos apontam para que os resultados obtidos em relação às variáveis sociodemográficas analisadas estejam em conformidade com os resultados deste estudo, como por exemplo, o facto da mulher solteira ter um maior risco de se tornar dependente alcoólica (Costa, et al., 2004) (Tabela 1). Outro resultado que vai de encontro com os estudos anteriormente realizados diz respeito, à defesa que o alcoolismo ocorre numa fase tardia na mulher (Croissant, Mundle, Nakovics & Mann, 2007; Simão, Kerr-Corrêa & Smaira, 2002), pois o primeiro contacto com o álcool nestas participantes situa-se em média nos 20 anos de idade, contrariando os estudos que afirmam que as mulheres iniciam os seus consumos no período da infância e adolescência (Assis & Castro, 2010).

Contudo, em relação às variáveis escolaridade e situação profissional os resultados obtidos são contrários ao que a literatura consultada defende, ou seja, os autores consultados mencionam que na mulher uma maior escolaridade e uma situação profissional ativa está associada a um nível consumo de álcool maior, porém, esta amostra apresenta como situação profissional maioritariamente desempregada (72,7%) (Tabela 2) e uma escolaridade baixa ( $M = 6,64$ ) (Tabela 1).

Com a implementação do programa de intervenção na autoestima espera-se que as participantes: se conheçam melhor enquanto pessoas; se autoavaliem de forma mais positiva; se conheçam entre elas; tenham consciência dos seus pontos positivos e negativos, saibam identificar fatores de risco que podem influenciar a sua autoestima e por consequência o seu problema com o alcoolismo e sejam capazes de ser assertivas no que toca a resolver problemas e tomar decisões, bem como adotar estratégias de coping e pensamentos alternativas face às situações de risco.



Ao analisar os resultados referentes á implementação do programa de intervenção na autoestima e tendo em conta o objetivo principal deste estudo, que, passou pela avaliação da eficácia do mesmo, recorreu-se ao teste estatístico Wilcoxon para a comparação de duas amostras emparelhadas (Tabela 4). Através da significância bilateral deste teste é possível verificar que existem valores estatisticamente significativos nos diferentes momentos de avaliação ( $p = 0,005$ ), o que significa que o programa foi eficaz. A média das classificações positivas também é superior no segundo momento de avaliação ( $M = 5,50$ ).

Tabela 4

*Resultados do Teste de Wilcoxon para Momentos Diferentes na Avaliação da Autoestima*

Momento de avaliação		<i>n</i>	Média das classificações	<i>Z</i>	<i>p</i>
	Classificações negativas	0	0		
Autoestima Momento 2 - Autoestima Momento 1	Classificações Positivas	10	5,50	2,809	0,005
	Empate	1			
	Total	11			

A análise descritiva das médias da autoestima na pré-intervenção possibilitou verificar que a média da autoestima destas mulheres no primeiro momento de avaliação é de 15,36 com um desvio padrão de 1,02 (Tabela 5). A mesma análise descritiva realizada à média da autoestima após a intervenção possibilitou averiguar que comparativamente à média obtida no primeiro momento, a autoestima aumentou ( $M = 21,81$ ;  $DP = 4,95$ ) (Tabela 6).

Tabela 5

*Caraterização da Autoestima Pré-Intervenção (N=11)*

Grau de Autoestima	Pontuação Obtida	<i>n</i>	%	Média	<i>DP</i>
Baixa (0-15)	14	2	18,2	15,36	1,02
	15	5	45,5		
Moderada (15-25)	16	2	18,2		
	17	2	18,2		

Tabela 6

*Caraterização da Autoestima Pós-Intervenção (N=11)*

Grau da Autoestima	<i>n</i>	%	Média	<i>DP</i>
Moderada (15-25)	8	72,7	21,81	4,95
Elevada (26-30)	3	27,3		

A EAR permite verificar o score de autoestima obtido por cada participante, sendo que, de 0 a 14 considera-se que a pessoa tem uma baixa autoestima, de 15-25 uma moderada autoestima e por último de 26-30 é uma elevada autoestima (J. Ferreira, comunicação pessoal, 10 de Dezembro, 2014). Ao analisar a Tabela 5 e adaptando a recodificação proposta por o autor da adaptação da EAR para a população portuguesa, verifica-se que a autoestima mínima apresentada pelas participantes é 14 e a máxima é 17. Dezoito por cento destas mulheres apresentam uma baixa autoestima e 81,8% delas apresentam uma autoestima moderada. Contudo 45,45% das participantes encontram no limite entre a baixa e a moderada autoestima, ou seja, 45,45% apresentam uma pontuação de 15 pontos que é a pontuação mínima para se considerar uma moderada autoestima.

Ao analisar a Tabela 6 é possível verificar que após a implementação do programa de intervenção nenhuma mulher apresenta um score equivalente à baixa autoestima e se encontra no linear da mesma, surgindo 27,3 % das participantes com autoestima elevada.

O resultado do teste do Wilcoxon conjugado com as alterações de médias encontradas indica que a intervenção psicoterapêutica efetuada na autoestima contribuiu de forma determinante para essas mesmas alterações estatísticas confirmando a eficácia do programa de intervenção na melhoria da autoestima das doentes com problemas ligados ao álcool.

O estudo efetuado Brandão e Silva (2012) em doentes alcoólicos, cujo objetivo é testar qual o impacto da psicoterapia de grupo em doentes com problemas ligados ao álcool na autoestima e no controlo do craving demonstra que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a autoestima e o craving nos três momentos de avaliação do plano de intervenção, plano este que também foi eficaz no aumento da autoestima contribuindo para que estes utentes deixassem o álcool de forma mais precoce.

Estes resultados também vão de encontro com o estudo de Maldonado et al. (2008) em que foi investigada a autoestima e autoeficácia nos adolescentes de uma área urbana do México, que permitiu verificar a existência de uma correlação estatisticamente significativa entre o consumo de álcool e a autoestima nos participantes do estudo, sendo que quando a autoestima aumentava o consumo de substâncias alcoólicas diminuía.

De acordo com estudo de Formiga et al (2014), cujo objetivo foi verificar as associações entre a perturbação de abuso de álcool e a autoestima procurando identificar se o consumo mais elevado estava associado à baixa autoestima, demonstrou que existe uma influência desta perturbação na autoestima, sendo que, quanto maior o abuso de álcool, menor será a avaliação que a pessoa faz em relação a si mesma, por isso é fundamental intervir na autoestima para um sucesso no tratamento que segundo os mesmos autores pode ser uma causa do consumo abusivo de álcool.

O estudo realizado por Silverstone e Salsali (2003), com o objetivo de verificar qual a influência da autoestima nas perturbações psicológicas, incluindo o abuso de substâncias, demonstra que os utentes dependentes de álcool apresentam uma autoestima mais baixa que a população em geral. Os mesmos autores chegam também á conclusão que a perturbação de uso de substância com comorbilidade de depressão apresentam a autoestima com o score ainda mais baixo. Segundo os mesmos autores estes resultados

vão de encontro com estudos realizados por Hong e Bianca (1993), Mujis (1997), March (1990) e Silverstone (1999), cujos resultados demonstram que os utentes com perturbação de uso de álcool apresentam uma baixa autoestima.

Quanto ao objetivo secundário, que diz respeito, à associação entre a autoestima e a perturbação emocional foi efetuado o teste estatístico Correlação de Ró de Spearman ( $r_s$ ). Verificou-se que existe uma associação linear positiva entre as variáveis autoestima e índice de sintomas positivos antes do plano de intervenção na autoestima ( $r_s = 0,072$ ,  $p = 0,833$ ) e uma associação negativa após a implementação do programa de intervenção ( $r_s = -0,322$ ,  $p = 0,334$ ) as quais não são estatisticamente significativas, o que significa, que não existe qualquer associação entre a autoestima e a sintomatologia psicopatológica (Tabela 7).

Tabela 7

*Correlação de Ró de Spearman entre Autoestima e o Índice de Sintomas Positivos do BSI durante os Momentos de Avaliação*

Momentos de Avaliação	Pré Intervenção		Pós Intervenção	
	Autoestima	$p$	Autoestima	$p$
Índice de Sintomas Positivos – BSI	- 0,224	0,509	- 0,3807	0,239

Segundo Canavarro (2007) uma pontuação no ISP do BSI  $\geq 1,7$  significa que existe uma probabilidade de encontrar perturbação emocional na pessoa, pela análise da Tabela 8 é observável que a média da perturbação emocional nas participantes é de 2,18 com um desvio padrão de 0,46 o que significa, que se trata de um grupo homogéneo quanto à perturbação emocional, uma vez que, o desvio padrão é pequeno, logo é possível dizer que estas participantes apresentam perturbação emocional. É visível que o índice de perturbação emocional nestas mulheres varia entre 1,48 e os 3, sendo que, apenas uma mulher não apresenta sintomatologia de perturbação emocional como demonstra a Tabela 8.

Tabela 8

*Caraterização Psicopatológica Pré-Intervenção*

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Máximo
Índice de Sintomas Positivos (BSI)	2,18	0,46	1,48	3

Através da análise da Tabela 9 é possível verificar que, após a intervenção na autoestima a sintomatologia psicopatológica diminui ( $M = 1,7$ ;  $DP = 0,59$ ) variando entre 1,07 e 2,91. Observa-se também através do teste de Wilcoxon (Tabela 10) que existe uma diferença estatisticamente significativa entre os diferentes momentos de avaliação ( $p = 0,041$ ). Porém não se deve interpretar estes resultados unicamente como resultados do plano de intervenção na autoestima uma vez que estas mulheres estão sujeitas diariamente à psicoterapia, tanto a nível individual como grupal, bem como, a atividades, cujo objetivo, é desenvolver estratégias de coping eficazes na resolução dos seus problemas, contribuindo também para o desaparecimento da sintomatologia psicopatológica. É proporcionado pela comunidade de inserção social a realização de reuniões semanais com o grupo de autoajuda dos AA, o que também pode contribuir para o aumento da autoestima, através de partilha, reconhecimento de problemas e sentimento de pertença.

Tabela 9

*Caraterização Psicopatológica Pós-Intervenção*

Variáveis	Média	DP	Mínimo	Máximo
Índice de Sintomas Positivos (BSI)	1,7	0,59	1,07	2,91

Tabela 10

*Teste de Wilcoxon para o Índice de Sintomas Positivos – BSI*

Momento de avaliação		<i>n</i>	Média das classificações	<i>Z</i>	<i>p</i>
Índice de Sintomas Positivos-BSI 2 - Índice de Sintomas Positivos-BSI 1	Classificações negativas	3	3,33	-2,045	0,041
	Classificações Positivas	8	7		
	Empate	0			
	Total (N)	11			

Apesar de este resultado demonstrar que não existe associação entre o grau de autoestima e a psicopatologia Vaz Serra e Pocinho (2001) mencionam que baixa autoestima está relacionada com o desenvolvimento de diversas perturbações psicopatológicas.

Um estudo de Garaigordobil et al. (2005) demonstra que mulheres com elevada autoestima apresentam menor sintomatologia psicopatológica em relação a mulheres com baixa autoestima, encontrando uma correlação significativa entre a autoestima e os sintomas psicopatológicos (*cit in*. Rosa-Alcázar, Parada-Navas & Rosa-Alcázar, 2014).

Também o estudo realizado por Rosa-Alcázar, Parada-Navas e Rosa-Alcázar (2014), demonstra uma correlação negativa significativa entre os sintomas psicopatológicos e a autoestima, sendo que quanto maior for a autoestima, menor será a sintomatologia psicopatológica.

O estudo realizado por Silverstone e Salsali (2003) demonstra que todos os utentes psiquiátricos tinham uma autoestima mais baixa em comparação com a população geral. Mencionam também que ao desenvolver uma perturbação psicológica a autoestima é afetada. Também o grau de autoestima nesses utentes variavam consoante o seu diagnóstico, sugerindo que a autoestima varia conforme o tipo de perturbação.

Relativamente aos resultados deste estudo pode-se dizer que o facto de não serem encontradas diferenças significativas entre as correlações das variáveis autoestima e sintomatologia psicopatologia pode dever-se ao tamanho reduzido da amostra e da sua especificidade. Também se pode dever ao facto de existir uma falta de consenso e uma definição clara de autoestima, tendo esta diferentes definições que destacam aspetos diferentes, em diferentes instrumentos, fazendo com que a correlação existente entre variáveis seja fraca e exista uma dificuldade em comparar estudos (Silverstone & Salsali, 2003).

Tendo em conta o tamanho e o tipo de amostra não se pode concluir que estes resultados sejam extensíveis a toda a população, sendo essa uma limitação deste estudo no entanto evidencia claramente ganhos para a amostra em estudo relativamente ao aumento da autoestima. Outra limitação encontrada neste estudo foi o nível de escolaridade, fazendo com que as participantes por vezes não entendessem alguns conceitos específicos relativamente as sessões de reestruturação cognitiva dedicadas à identificação dos erros cognitivos, tendo sido explicado de diversas formas com exemplos para que entendem-se, esta também é a justificação ao facto de se ter escolhido dinâmicas simples para trabalhar algumas problemáticas.

Sugere-se que esta intervenção seja efetuada a mais mulheres em comunidades terapêuticas de forma a comprovar a sua eficácia e possivelmente tornar o programa generalizado à população a que se destina em geral. Recomenda-se que o tamanho do grupo terapêutico seja menor, de forma a facilitar a participação de todos os membros de grupo, sem criar exaustão, bem como a presença de um coterapeuta para uma melhor análise de comportamentos não-verbais e dinâmica grupal.

## **Conclusão**

Em suma, o álcool é uma droga psicoativa, com o maior número de usuários no mundo, devido à sua legalização, fácil acesso, e aceitação social, estando associado a tradições culturais, sociais e económicas tornando-o num grande problema de saúde pública.

O alcoolismo era um problema atribuído aos homens contudo, atualmente a realidade é diferente e o consumo por mulheres é cada vez mais comum. A aquisição de novos papéis e responsabilidades sociais por parte das mulheres contribuíram para o aumento do consumo de álcool nas mesmas.

Fatores demográficos como a idade, estado civil, etnia e ocupação em consonância com outros aspetos como a predisposição genética, os fatores psicológicos e socioculturais, exercem uma influência no comportamento das mulheres contribuindo para a determinação do início e evolução do beber problemático, originando problemas a nível físico e mental.

O alcoolismo feminino causa alterações na vida das mulheres alcoólatras e estas são mais vulneráveis fisicamente e psicologicamente aos efeitos negativos do álcool que os homens. Esses efeitos têm repercussões não só nelas, mas também na família no trabalho e nas relações com os outros.

Devido às peculiaridades psicossociais do consumo feminino, o seu diagnóstico é difícil e raramente a mulher procura ajuda especializada devido ao seu problema com o álcool, mas sim devido aos problemas associados ao mesmo.

Fatores como a baixa autoestima, a vergonha, o desprezo pelo ato de beber, a mentira, o papel de mãe e de protetora do lar e os estereótipos sociais, contribuem para a não procura de um tratamento adequado ao alcoolismo. Contudo, esse tratamento é fundamental para melhorar a qualidade de vida destas mulheres.



Uma vez que, a autoestima tem um papel de destaque em relação ao desenvolvimento da perturbação de uso de álcool, funcionando como um fator preditor, protetor e indicador de saúde mental, intervir na mesma é fundamental no tratamento do alcoolismo nas mulheres.

De facto, uma mulher alcoólica apresenta uma baixa autoestima e este estudo comprovou mais uma vez esse fenómeno, como demonstra os resultados obtidos antes da implementação do programa de intervenção.

Como se trata da perturbação de uso de álcool o plano de intervenção realizado engloba várias componentes fundamentais no tratamento do alcoolismo, cujo objetivo, é aumentar a autoestima atribuindo estratégias de coping e sentimentos de autoeficácia que serão uteis na manutenção da abstinência e prevenção de recaída.

A primeira conclusão que se chegou neste estudo é que o programa de intervenção foi eficaz na medida em que após uma avaliação final a autoestima das participantes aumentou significativamente.

Quanto á segunda conclusão refere-se ao facto de existir, como defende a literatura consultada, sintomatologia psicopatológica na maioria das mulheres, o que mais uma vez, aponta que a perturbação do uso de álcool pode ocorrer comorbidamente com outras perturbações psicológicas.

É visível também que ao intervir na autoestima o índice de sintomas positivos diminui, contudo, neste estudo não existe qualquer associação entre a autoestima e a perturbação emocional.

Esta é uma questão que gera diversas opiniões na comunidade científica, sendo que, existem autores que defendem que a autoestima é preditora de uma perturbação emocional e outros referem que está não é um indicador suficientemente claro para poder prever a existência da perturbação.

Existiu uma dificuldade em encontrar estudos que associassem as variáveis em estudos, isto pode dever-se ao facto de apesar das tentativas em definir autoestima é difícil comparar resultados de diversos estudos, pois podem utilizar diferentes definições e serem confundidos com outros conceitos. Também pode dever-se ao facto de existir um consenso em relação a que a baixa autoestima está presente nos dependentes de álcool, mas não existirem correlações significativas entre a autoestima e o abuso de álcool.

Pelo facto do programa de intervenção na autoestima ter-se mostrado eficaz neste grupo de participantes e os resultados irem de encontro com outros estudos seria bastante oportuno implementa-lo em mais grupos de mulheres em internamento para verificar a sua validade e possibilitar a sua generalização.

## Bibliografia

- Adés, J., & Lejoyeux, M. (1997). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Alcoólicos Anónimos. (2011). *Alcoólicos Anónimos-Portugal*. Acedido em 23 de Janeiro, 2015, de Serviços Gerais de AA Portugal em <http://www.aaportugal.org/sobre-aa.html>.
- Almeida, A., Gomes, A., Breda, J., & Lameiras, E. (1999). Avaliação do auto-conceito nos doentes alcoólicos. *Psiquiatria Clínica*, 20(4), 307-316.
- Alvares, A. A. (2013). Fatores que favorecem a abstinência no alcoolismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5(12), 60-80.
- Álvarez, A. M. (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 56(3), 188-193. doi:10.1590/S0047-20852007000300006
- American Psychiatric Association. (2006). *Manual de Estilo da APA: regras básicas*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5º ed.). Lisboa: Climepsi Editoras.
- American Psychological Association. (2009). *Publication manual of the American Psychological Association* (6º ed.). Washington : American Psychological Association.
- Andrade, E. R., & Souza, E. R. (2010). Autoestima como expressão de saúde mental e dispositivo de mudanças na cultura organizacional da polícia. *Psicologia Clínica*, 22(2), 179-195. doi: 10.1590/S0103-56652010000200012

- Assis, D. F., & Castro, N. T. (2010). Alcoolismo Feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento. *Textos & Contextos*, 9(2), 358-370.
- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro, L. (2011). *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Consumos, 2001-2007*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I. P. .
- Bandeira, C., & Hutz, C. S. (2010). As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*, 14(1), 131-138. doi:10.1590/S1413-85572010000100014
- Bandinelli, L. P., Gonçalves, H. A., & Fonseca, R. P. (2015). A entrevista motivacional e sua aplicabilidade em diferentes contextos: uma revisão sistemática. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 13(1), 26-34.
- Bauer, J. (2003). *O alcoolismo e as mulheres: Contexto e Psicologia*. São Paulo: Cultrix.
- Bennett, P. (2002). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2004a). Dependência Química na Mulher. Em N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Coord.), *Aconselhamento em Dependência Química* (pp. 314-320). São Paulo: Roca.
- Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2004b). Entrevista Motivacional. Em N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Coord.), *Aconselhamento em Dependência Química* (pp. 223-248). São Paulo: Roca.
- Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2004c). Prevenção da Recaída. Em N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Coord.), *Aconselhamento em Dependência Química* (pp. 249-300). São Paulo: Roca.

- Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2004d). Terapia Cognitiva. Em N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Coord.), *Aconselhamento em Dependência Química* (pp. 187-212). São Paulo: Roca.
- Brandão, M., & Silva, C. (2012). Impacto da psicoterapia de grupo em doentes alcoólicos relativamente à auto-estima e controlo do craving. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 45-51.
- Burns, R. B. (1982). *Self-Concept development and education*. Holt: New York.
- Cafruni, K. H., Brolese, G., & Lopes, F. (2014). Tratamentos Não Farmacológicos para Dependência Química. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 14(1), 10-19.
- Campos, E. A. (2005). Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos alcoólicos anônimos. *Revista de Antropologia*, 48, 315-361. doi:10.1590/S0034-77012005000100008
- Canavarro, M. C. (2008). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão dos estudos. Em M. R. Simões, C. Machado, M. Almeida, & M. S. Gonçalves (Coord.), *Avaliação Psicológica. Instrumentos Validados para a população portuguesa realizados em Portugal* (Vol. III, pp. 305-330). Porto: Livpsic.
- Castaldelli-Maia, J. M., & Andrade, A. G. (2012). Estado atual da terapia farmacológica para a dependência de álcool: enfoque nas futuras direções para os pesquisadores brasileiros. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, 37, 134-136. doi:10.7322/abcs.v37i3.26
- Castro, E. F., & Pimenta, E. F. (1999). Alcoolismo Feminino, Suicídio e Parasuicídio. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), 249-254.

- Castro, L. A., & Baltieri, D. A. (2004). Tratamento farmacológico da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 43-46. doi:10.1590/S1516-44462004000500011
- Cesar, B. A. (2006). Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 55(3), 208-211. doi:10.1590/S0047-20852006000300006
- Chait, L., & Calvo, Z. (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos Adictivos*, 7(2), 104-113. doi:10.1016/S1575-0973(05)74515-3
- Cibeira, G. H., Muller, C., Lazzaretti, R., Nader, G. A., & Caleffi, M. (2013). Consumo de bebida alcoólica, fatores socioeconômicos e excesso de peso: um estudo transversal no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3577-3544. doi:10.1590/S1413-81232013001200014
- Conners, N. A., Crone, C. C., & Whiteside-Mansell, L. (2006). Substance abuse treatment for mothers: Treatment outcomes and the impact of length of stay. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 447-456. doi:10.1016/j.jsat.2006.06.001
- Correia, R. (2004). Recomendações na gravidez. Em C. F.-B. Filho, & H. Cunha, *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2* (pp. 83-94). Lisboa: Artes Gráficas.
- Costa, C., & Teixeira, Z. (2005). Alcoolismo no feminino: Uma revisão. *Boletim Centro Regional de Alcoologia do Norte*, 2, 11-19.
- Coutinho, C. P. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Alfragide: Leya.
- Damas, F. B. (2013). Comunidades terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 6, 50-65.

- Déa, H. R., Santos, E. N., Itakura, E., & Olic, T. B. (2004). A Inserção do Psicólogo no Trabalho de Prevenção ao Abuso de Álcool e Outras Drogas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 108-115. doi:10.1590/S1414-98932004000100012
- Diehl, A., Croissant, B., Batra, A., Mundle, G., Nakovics, H., & Mann, K. (2007). Alcoholism in women: is it different in onset and outcome compared to men? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(6), 344-351. doi:10.1007/s00406-007-0737-z
- Dini, G. M., Quaresma, M. R., & Ferreira, L. M. (2004). Adaptação Cultural e Validação da Versão Brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 19(1), 45-52.
- Duclos, G. (2006). *Auto-Estima, um passaporte para a vida*. Lisboa: Climepsi.
- Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. C. (2005). *O tratamento do Alcoolismo: Um guia para profissionais da saúde* (4º ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Elbreder, M. F., Laranjeira, R., Siqueira, M. M., & Barbosa, D. A. (2008). Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 57(1), 9-15. doi:10.1590/S0047-20852008000100003
- Esper, L. H., Corradi-Webster, C. M., Carvalho, A. M., & Furtado, E. F. (2013). Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(2), 93-101. doi:10.1590/S1983-14472013000200012
- Falkowski, W. (1997). Terapia de Grupo e as Adições. Em G. Edwardas, & C. Dare, *Psicoterapia e Tratamento de Adições* (pp. 189-200). Porte Alegre: Artes Médicas.

- Faoro-Kreit, B., & Hers, D. (2002). A criança na família alcoólica. Em J.-P. Roussaux, B. Faoro-Kreit, & Denis-Hers, *O alcoólico em família* (2ª ed., pp. 141-156). Lisboa: Climepsi.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). *Alcoolismo e Toxicoddependência: Manual Técnico 2*. Lisboa: Climepsi.
- Ferreira, S., & Moutinho, L. (2013). Os novos caminhos da reabilitação alcoólica: uma proposta de intervenção. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 4(1), 49-63.
- Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2004). Álcool. Em N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Coord.), *Aconselhamento em dependência química* (pp. 30-54). São Paulo: Roca.
- Figlie, N., Fontes, A., Morae, E., & Payá, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 53-62.
- Figlie, N., Melo, D. G., & Payà, R. (2004). *Dinâmicas de grupo aplicadas no tratamento de dependência química: Manual teórico e prático*. São Paulo: Roca.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fontes, A., & Figlie, N. B. (2004). Redução de Danos - Uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas. Em N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Coord.), *Aconselhamento em Dependência Química* (pp. 421-444). São Paulo: Roca.
- Formiga, N. S., Souza, R. C., Picanço, É. L., & Santos, J. D. (2014). Transtorno no uso do álcool e autoestima: verificação de um modelo empírico em diferentes grupos sociais. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 22(1), 9-19. doi:10.15603/2176-1019/mud.v22n1p9-19



- Formigoni, M. L., & Monteiro, M. G. (1997). A etiologia do alcoolismo. Em S. Ramos, & J. M. Bertolote, *Alcoolismo Hoje*. São Paulo: Artes Médicas.
- Fortin, M.-F. (2009). *Os desenhos de investigação não experimentais*. Loures: Lusodidacta.
- Garaigordobil, M., Durá, M., & Pérez, J. I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63.
- García, N. A., Aguilar, L. R., & Facundo, F. R. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *Revista Eletrónica Salud Mental Alcohol y Drogas*, 4(1), 1-16. doi:10.11606/issn.1806-6976.v4i1p01-12
- Gastal, F. L., Leite, S. S., Treptow, E. C., Marini, S. S., Noal, M. V., Binz, M. A., & Amaral, M. T. (2006). Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28(3), 245-254. doi:10.1590/S0101-81082006000300004
- Gigliottia, A., & Bessab, M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 11-13. doi:10.1590/S1516-44462004000500004
- Gobitta, M., & Guzzo, R. S. (2002). Estudo Inicial do Inventário de Auto-Estima (SEI) Forma A. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 134-150. doi:10.1590/S0102-79722002000100016
- Goodman, J. (2000). *The female alcoholic*. Temecula: Women and Addiction counseling and Educational Services.

- Guerra, I. (2010). *Fundamentos e processos de uma sociologia de acção: o planeamento em ciências sociais*. Cascais: Príncipeia.
- Guerra, M. P., & Lima, L. (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contextos de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Guillon, A., Chauveau-Clerc, C., Courtois, R., Bacq, Y., Maugé, D., Ballon, N., & Gaillard, P. (2012). Comparaison de l'estime de soi de femmes alcoolo-dépendantes et de femmes devenues abstinentes, par rapport à un groupe témoin. *La Presse Médicale*, 41, 420-425. doi:10.1016/j.lpm.2012.01.037
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 6, 6-17. doi:10.1186/1747-597X-6-17
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M., Oliveira, M. M., Alves, P. F., Silveira, K. L., Weiss, C. V., & Weiss, C. V. (2014). O consumo de álcool em serviços de saúde mental no Rio Grande do Sul. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 22, 103-109. doi:10.4322/cto.2014.034
- King, A. L., Nardi, A. E., & Cruz, M. S. (2006). Risco de suicídio em paciente alcoolista com depressão. *Revista de Psiquiatria Brasileira*, 55(1), 70-73. doi:10.1590/S0047-20852006000100010
- Kiritzé-Topor, P., & Bénard, J.-Y. (2007). *Guia Prático de Alcoologia*. Lisboa: Climepsi.
- Laranjeira, R., Nicastrí, S., Jerônimo, C., & Marques, A. (2000). Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 62-71. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000200006
- Laranjeiras, R. (2009). *O alcoolismo*. São Paulo: Editora Contexto.

- Lillie, N. (2002). Women, alcohol, self-concept and self-esteem: a qualitative study of the experience of person-centred counselling. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 99-107. doi:10.1080/14733140212331384877
- Lourenço, S. T., & Fernandes, O. M. (2011). “O Álcool entre Nós”: impacto do consumo de álcool no casal. *Revista CES Psicologia*, 4(2), 15-28.
- MacCrady, B. S. (1999). Alcoolismo. Em D. H. Barlow, *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos* (2ª ed., pp. 405-439). Porto Alegre: Artmed.
- Maciel, M. J., & Yoshida, E. M. (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 43-54.
- Maia, L. (2012). *Violência Doméstica e Crimes Sexuais*. Lisboa: Lidel.
- Maldonado, R. M., Pedrão, L. J., Castillo, M. M., García, K. S., & Rodríguez, N. N. (2008). Auto-estima, auto-eficácia percebida, consumo de tabaco e álcool entre estudantes do ensino fundamental, das áreas urbana e rural, de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 614-620. doi:10.1590/S0104-11692008000700018
- Mangueira, S. d., & Lopes, M. V. (2014). Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 149-154. doi:10.5935/0034-7167.20140020
- Mann, M. M., Hosman, H. M., Schaalma, P. H., & Vries, K. N. (2004). Self-esteem in a broad spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 4, 357-372. doi:10.1093/her/cyg041
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.

- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística - Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marques, A. C., & Furtado, E. F. (2004). Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 28-32. doi:10.1590/S1516-44462004000500008
- Mello, M. L., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Melo, D. G., & Figlie, N. B. (2004). Psicoterapia de grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química. Em N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira (Coord.), *Aconselhamento em Dependência Química* (pp. 359-390). São Paulo: Roca.
- Melonia, J. N., & Laranjeira, R. (2004). Custo social e de saúde do consumo do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 7-10. doi:10.1590/S1516-44462004000500003
- Mendes, M. C., Cunha, J. R., & Nogueira, A. A. (2011). A mulher e o uso de álcool. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(11), 323-327. doi:10.1590/S0100-72032011001100001
- Mercês de Mello, P., & Frazão. (1993). Abordagem epidemiológica aos problemas ligados ao álcool em Portugal - Alguns aspectos da sua evolução. *Revista da Sociedade Portuguesa de Alcoologia*, 2, 61-82.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2003). *Técnicas de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed.
- Mitrovic, M., Hadzi-Psic, M., Stojanovic, D., & Milicevic, N. (2014). Personality traits and global self-esteem of alcohol addicts. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 127, 255-259. doi:10.1016/j.sbspro.2014.03.251

- Monti, P. M., Kadden, R. M., Roshenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2005). *Tratando a dependência de Álcool: Um guia de Treinamento das Habilidades de Enfrentamento*. São Paulo: Roca.
- Moraes, L. F. (2014). Álcool, gravidez e síndrome alcoólica fetal: uma proposta de educação em saúde. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 5(1), 1-8.
- Moreira, P., Gonçalves, Ó., & Beutler, L. E. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento- O melhor para cada paciente*. Porto: Porto Editora.
- Nichol, P. E., Krueger, R. F., & Iacono, W. G. (2007). Investigating Gender Differences in Alcohol Problems: A Latent Trait Modeling Approach. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(5), 783-794.
- Nóbrega, M. P., & Oliveira, E. M. (2005). Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 39(5), 816-832. doi:10.1590/S0034-89102005000500018
- Novaes, C., Melo, N. R., Bronstein, M. D., & Zilberman, M. L. (2000). Impacto do alcoolismo em mulheres: repercursões clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(1), 1-8.
- Nunes, L. M., & Jóluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adicção*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Oliveira, G. C., Dell’Agnolo, C. M., Ballani, T. S., Carvalho, M. D., & Pelloso, S. M. (2012). Consumo Abusivo de Álcool em Mulheres. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(2), 60-68. doi:10.1590/S1983-14472012000200010
- Oliveira, M. d., Laranjeira, R., Araujo, R. B., Camilo, R. L., & Schneider, D. D. (2003). Estudo dos Estágios Motivacionais em Sujeitos Adultos Dependentes do Álcool.

*Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 265-270. doi:10.1590/S0102-79722003000200006

OMS. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Luxemburgo: World Health Organization.

Oubrayrie-Roussel, N., & Safont-Mottay, C. (2001). Conduites à risques et dévalorisation de soi : Etude de la consommation de toxiques (tabac, alcool, drogue) chez les adolescents scolarisés. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 59-75. Obetido em 26 de Janeiro, 2015, em <https://hal-univ-tlse2.archives-ouvertes.fr/hal-00790842>

Paiva, D. P., Araújo, L. F., Pereira, S. M., Ronzani, T. M., & Lourenço, L. M. (2008). O Estudo da Comorbidade entre Fobia Social e Álcool. *Psicologia em Pesquisa*, 2(1), 40-45.

Pereira, I. S. (2012). Produção científica no Brasil sobre álcool e mulher: uma revisão bibliográfica. *Serviço Social em Revista*, 14(2), 236-251.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS* (5º ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Petit, C. (2002). O alcoolismo feminino na sua abordagem em psiquiatria - Obstáculos e particularidades que podem guiar a intervenção. Em J.-P. Roussaux, & D.-H. Blandine Faoro-Kreit, *O alcoólico em família* (2ª ed., pp. 101-108). Lisboa: Climepsi.

Pinho, P. J., Pinto, A. L., & Monteiro, V. (2006). Síndrome fetal-alcoólico: a perspetiva do psicólogo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 271-285.

Precioso, J., Dias, A., Correira, C., Samorinha, C., Sousa, I., Antunes, H., & Macedo, M. (2014). *O essencial sobre alcoolismo*. Coimbra: Almedina.

- Pulcherio, G., & Bicca, C. (2002). Avaliação dos Transtornos Comórbidos. Em G. Pulcherio, C. Bicca, & F. A. Silva, *Álcool Outras Drogas & Informação* (pp. 79-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Quiles, M. J., & Espada, J. P. (2014). *A autoestima na infância e na adolescência*. Madrid: Bookout, Lda.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2º ed.). Lisboa: Gravidia.
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 88-95. doi:10.1590/S1516-44462008000600006
- Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, M., Laranjeira, R., & Cividanes, G. (2005). Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(1), 78-80.
- Robins, R. W., & Trzesniewski, K. H. (2005). Self-esteem development across the lifespan. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 158-162. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x
- Rocha, M., Mota, C. P., & Matos, P. M. (2011). Vinculação à mãe e ligação aos pares na adolescência: O papel mediador da auto-estima. *Análise Psicológica*, 29(2), 185-200. doi:10.14417/ap.47
- Rodrigues, A. S., Pissarra, A. C., Marques, F. J., Mourão, M. J., Marcelino, M. M., Mendes, G., & Freire, P. M. (2011). A eficácia da Entrevista Motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta – Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Toxicodependências*, 17(3), 37-46.

- Rodrigues, M. C., Peron, N. B., Cornélio, M. M., & Franco, G. d. (2014). Implementação e avaliação de um Programa de Desenvolvimento da Empatia em estudantes de Psicologia. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, *14*, 914-932.
- Romano, A., Negreiros, J., & Martins, T. (2007). Contributos para a validação da escala de auto-estima de Rosenberg numa amostra de adolescentes na região interior norte do país. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *8(1)*, 109-116.
- Ronzani, T. M., & Furtado, E. F. (2010). Estigma social sobre o uso de álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *59(4)*, 326-332. doi:10.1590/S0047-20852010000400010
- Rosa-Alcázar, A. I., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, Á. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de psicología*, *30*, 133-142. doi:10.6018/analesps.30.1.165371
- Rossi, J. A., Santiago, K. B., & Martins, O. A. (2012). Estudo da síndrome alcoólica fetal (saf). *Revista Eletrônica de Educação e Ciência*, *2(1)*, 1-9.
- Sacksa, J. Y., McKendrick, K., & Banks, S. (2008). The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *34(1)*, 90-100. doi:10.1016/j.jsat.2007.01.010
- Santos, A. M., & Silva, M. R. (2012). A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *46(2)*, 364-371. doi:10.1590/S0080-62342012000200014
- Santos, E., & Santos, M. (2009). Síndrome Alcoólica Fetal – recorrência em duas gerações de uma família. *Scientia Medica*, *19(4)*, 182-185.



- Santos, V. E., Soares, C. B., & Campos, C. M. (2012). A produção científica internacional sobre redução de danos: Uma análise comparativa entre MEDLINE e LILAC. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 8(1), 41-47.
- Sbicigo, J. B., Bandeira, D. R., & Dell'Aglio, D. D. (2010). Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR): validade fatorial e consistência interna. *Psico-USF*, 15(3), 395-403. doi:10.1590/S1413-82712010000300012
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 12-17. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013
- Schuckit, M. A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa: Climepsi.
- Schultheisz, T. S., & Aprile, M. R. (2013). Autoestima, conceitos correlatos e avaliação. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde*, 5(1), 36-48.
- Siegel, S., & Castellan, N. J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento* (2º ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Silva, A. B. (2015). Cuidados de enfermagem a pacientes com dependência química. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 5, 1-5. Acedido em 12 de Março, 2015, em <http://gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3145/2640>
- Silva, A., & Pinto, J. (2007). *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Silva, M. L., Guimarães, C. F., & Salles, D. B. (2014). Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 15(6), 1007-1015. Acedido em 13 de Abril, 2015, em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1854>

- Silva, M. R. (2003). Família de alcoolista: O Retrato que Emerge da Literatura. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 5(1), 9-18. Acedido em 14 de Abril, 2015, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/5090>
- Silveira, C., Meyer, C., Souza, G. R., Ramos, M. O., Souza, M. C., Monte, F. G., . . . Parcias, S. R. (2013). Qualidade de vida, autoestima e autoimagem dos dependentes químicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2001-2006. doi:10.1590/S1413-81232013000700015
- Silveira, S. (2000). Efeitos, sinais, sintomas do uso de álcool e outras drogas. Em C. Ferreira-Borges, & H. C. Filho, *Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2* (pp. 83-95). Lisboa: Climepsi.
- Silverstone, H. P., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: part I- the relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1-2. doi: 10.1186/1475-2832-2-2
- Simão, M. O., Kerr-Corrêa, F., & Smaira, I. D. (2002). Alcoholic women and men: a comparative study of social and familial aspects and outcome. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 121-129. doi:10.1590/S1516-44462002000300005
- Soares, J. R., Donato, M., Farias, S. N., Mauro, M. Y., Araujo, E. F., & Ghelman, L. G. (2014). Grupo focal como estratégia para a prevenção da recaída no alcoolismo. *Revista de Enfermagem Uerj*, 22, 494-499. Obtido em 10 de Maio de 2015, de <http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a10.pdf>
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2013). *Terapia de Grupo para transtornos por abuso de substâncias: abordagens cognitivo-comportamental motivacional*. Porto Alegre: Artemed.

- Solter, V., Thaller, V., Bagaric, A., Karlovic, D., Crnkovic, D., & Potkonjak, J. (2004). Estudio de la esquizofrenia comórbida con la adicción alcohólica. *European Journal of Psychiatry, 18(1)*, 14-22.
- Sousa, P. F., Ribeiro, L. C., Melo, J. R., Maciel, S. C., & Oliveira, M. X. (2013). Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. *Temas em Psicologia, 21(1)*, 259-268. doi:10.9788/TP2013.1-18
- Souza, J. G., Lima, J. M., & Santos, R. d. (2008). Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12(4)*, 622-629. doi:10.1590/S1414-81452008000400003
- Suchman, N., Mayes, L., Conti, J., Slade, A., & Rounsaville, B. (2004). Rethinking parenting interventions for drug-dependent mothers: from behavior management to fostering emotional bonds. *Journal of Substance Abuse Treatment, 27*, 179-185.
- Szupszynski, K. P., & Oliveira, M. d. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática, 10(1)*, 162-173.
- Teixeira, Z. (2007). Alcoolismo feminino ou histórias de mulheres? Protótipos e esteriótipos. *Hospitalidade, 29-34*.
- Traber, R., Würmle, O., & Modestin, J. (2009). Two types of classification in female alcoholism. *Arch Womens Ment Health, 12(5)*, 291-299. doi:10.1007/s00737-009-0075-4
- Tracy, E. M., & Martin, T. C. (2007). Children's roles in the social networks of women in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*, 81-88. doi:10.1016/j.jsat.2006.06.008
- Trigo, M. (2006). Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: Os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações à nicotina-dependência.

*Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 22(3), 299-238. Acedido em 29 de Março, 2015, em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=10244>

Trucco, E. M., Connery, H. S., Griffin, M. L., & Greenfield, S. F. (2007). The Relationship of Self-Esteem and Self-Efficacy to Treatment Outcomes of Alcohol-Dependent Men and Women. *The American Journal on Addictions*, 16, 85-92. doi:10.1080/10550490601184183

Tung, T. C., Demetrio, F. N., & Andrade, A. G. (2000). Alcoolismo na mulher e a síndrome pré-menstrual: existem associações. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(1), 1-8.

Vasconcelos-Raposo, J., Gonçalves, O., Teixeira, C., & Fernandes, H. (2009). Relação entre dimensões do autoconceito e consumo de álcool em alunos. *Motricidade*, 5(1), 51-76. doi:10.6063/motricidade.5(1).187

Vaz-Serra, A. (1988). Auto-Conceito. *Análise Psicológica*, 2, 101-110.

Vaz-Serra, A., & Pocinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 9-21.

Vicente, S., Nunes, A., Viñas, C., Freitas, D., & Saraiva, C. B. (2001). Depressão, ideação suicida e desesperança em doentes alcoólicos. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 85-93.

Wagner, G. A., Stempliuk, V. d., Zilberman, M. L., Barroso, L. P., & Andrade, A. G. (2007). Alcohol and drug use among university students: gender differences. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(2), 123-129. doi:10.1590/S1516-44462006005000033

Walitzer, K. S., & Sher, K. J. (1996). A Prospective Study of Self-Esteem and Alcohol Use Disorders in Early Adulthood: Evidence for Gender Differences. *Alcoholism:*

*Clinical and Experimental Research*, 20(6), 1118-1124. doi:10.1111/j.1530-0277.1996.tb01956.x

Wodarz, N., Bobbe, G., Eichhammer, P., Weijers, H. G., Wiesbeck, G. A., & Johann, M. (2003). The candidate gene approach in alcoholism: are there gender-specific differences? *Arch Womens Ment Health*, 6, 225-230. doi:10.1007/s00737-003-0011-y

Wolle, C. C., Sanches, M., Zilberman, M. L., Caetano, R., Zaleski, M., Laranjeira, R. R., & Pinsky, I. (2011). Differences in drinking patterns between men and women in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33, 367-373. doi:10.1590/S1516-44462011000400010

Yang, Y., Roussotte, F., Kan, E., Sulik, K., Mattson, S. N., Riley, E. P., . . . Sowell, E. R. (2012). Abnormal Cortical Thickness Alterations in Fetal Alcohol Spectrum Disorders and Their Relationships with Facial Dysmorphology. *Cerebral Cortex*, 22, 1170-1179. doi:10.1093/cercor/bhr193

Zaleski, M. et al. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 8(2), 142-148. doi:10.1590/S1516-44462006000200013

## **Anexos**

---

## **Anexo 1**

---

## **Anexo 2**

---



Fwd: Solicitação de autorização para a utilização do BSI

Caixa de entrada x



Patricia Moreira Couto <24025@ufp.edu.pt>  
para mccanavarro

30/11/14 ☆



Cara Professora Doutora Maria Cristina Canavarro,

Venho por este meio solicitar a vossa excelência autorização para a utilização da BSI, bem como, forma de cotação e interpretação que servira como instrumento de avaliação ao estudo que tem como objectivo avaliar a autoestima nas mulheres de uma comunidade de inserção social intervindo de forma a aumentá-la de modo a diminuir níveis de psicopatologia. Este estudo é feito no âmbito da realização de uma tese de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa, com a orientação do Professora Sónia Alves, intitulada como "O álcool e a autoestima nas mulheres."

Aguardo resposta.

Atenciosamente,  
Patrícia Couto



Patricia Moreira Couto <24025@ufp.edu.pt>  
para jpferreira

30/11/14 ☆



No dia 30 de novembro de 2014 às 23:48, Patricia Moreira Couto <24025@ufp.edu.pt> escreveu:

Caro Professor Doutor José Pedro Leitão Ferreira,

Venho por este meio solicitar a vossa excelência autorização para a utilização da Escala de auto-estima de Rosenberg que adaptou em 2001, bem como, forma de cotação e interpretação que servirá como instrumento de avaliação ao estudo que tem como objectivo avaliar a autoestima nas mulheres de uma comunidade de inserção social intervindo de forma a aumentá-la de modo a diminuir níveis de psicopatologia.

...

## **Anexo 3**

---



**Ana Rita Martins** <anaritamm4\_4@hotmail.com>

para mim ▾

20/01 ☆



Cara Patrícia Couto,

Está autorizada a utilizar a versão portuguesa do BSI (Canavarro, M. C., 1997), a qual se envia em anexo.  
Para conhecer dados relativos a procedimentos de passagem e cotação, bem como informações sobre as características psicométricas do instrumento, deve consultar a bibliografia indicada na nossa página web <http://gaius.fpce.uc.pt/saude/bsi.htm>, bem como capítulo de livro que também anexo ao presente email.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Rita Martins

(P<sup>l</sup>a Prof. Cristina Canavarro)

**José Ferreira** <jpl.ferreira.2010@gmail.com>

para mim ▾

05/12/14 ☆



Cara Patricia,

Autorização concedida. Votos de bom trabalho.

Pedro ferreira

